

# Ethik und Recht in die Pflicht nehmen.

Jahresbericht 2023



## Impressum

Redaktion: Flavian Kurth  
Autoren: Dr. med. Michel Romanens, Dr. med. Edward A. Schober, PhD, Flavian Kurth

Bilder: photocase.de, User: ismael juan salcedo, Sviatlana, Piotr Adamowicz, MarcOliver

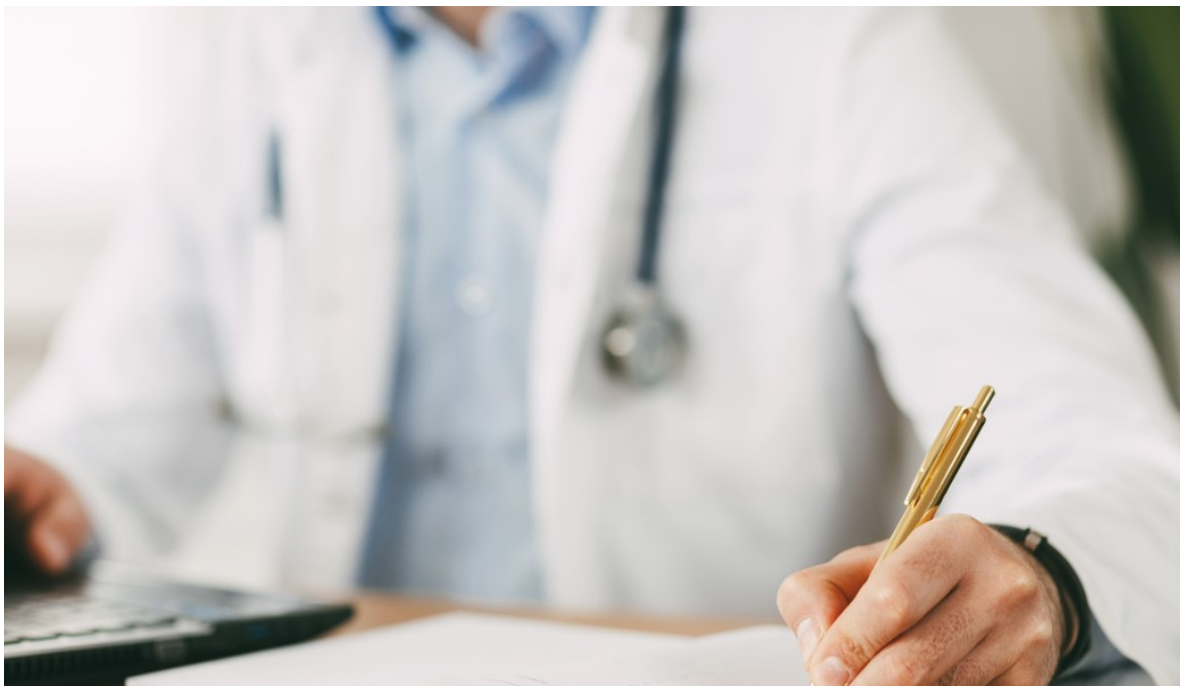
Abdruck auch auszugsweise nur mit schriftlicher Genehmigung der Fairfond Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen,  
Spitalstrasse 9, 4600 Olten, [www.fairfond.ch](http://www.fairfond.ch)

# Inhalt.

Vorwort des Stiftungsrats	Seite	3
Vorwort des Präsidenten	Seite	5
Tätigkeitsbericht des Sekretärs	Seite	7

# Eindrücke aus dem Praxisalltag.

Vorwort des Stiftungsrats, *Dr. med. Edward A. Schober, PhD*



Können Politik, Sozial- und Krankenversicherungen krank machen? Zunehmend muss ich diese Frage aus meiner Sicht leider mit ja beantworten. Meine Frau und ich sind seit 2007 im Emmental hausärztlich tätig, einem Gebiet,

in welchem man keinesfalls nur wegen einem Problem zum Arzt oder zur Ärztin geht. Und auch bei mehreren Problemen muss das Gesundheitsanliegen schon gross sein, damit man vorstellig wird.

Wenn diese geduldigen Menschen sich einem anvertrauen, braucht es Zeit, und Zeit ist zunehmend Mangelware: Im Umkreis schliessen Praxen ohne Nachfolgelösungen, das heisst, immer weniger Ärztinnen und Ärzte versorgen immer

mehr Patientinnen und Patienten. Gleichzeitig sprechen Politik und Krankenkassen von kostenverursachenden Ärzten. Dies, obwohl wir versuchen, Krankheiten zu verhindern oder zumindest früh zu erkennen, um den Gesundheitsschaden möglichst klein zu halten. Wo behandelt werden muss, bemühen wir uns, möglichst vollständig ambulant zu behandeln, um die Kosten gering zu halten. Nur wird das aber eben erschwert, wenn Zulassungstopps angeordnet werden, denn diese aggravieren den Ärztemangel unnötig. Bern tut dies dennoch, obwohl es anscheinend bereits in Bundesbern nicht einfach sein soll, einen Hausarzt oder eine Hausärztin zu finden.

Die übermässige Belastung durch Administration, die national und kantonale von der Legislative mit ungeheurer Energie aufgebaut und erweitert wird, bringt die nächste Generation von ursprünglich hochmotivierten und hochbegabten

Ärztinnen und Ärzten schon während der Weiterbildung dazu, ihrer Berufung den Rücken zu kehren. Dies nicht zuletzt, damit sie selber nicht erkranken und arbeitsunfähig werden. Eine alarmierende Situation.

Nach abgeschlossenem Facharzttitel halten auch diverse Anfragen der Krankenkassen, die eigentlich via Rechnungen von Gesundheitsfachpersonen automatisch beantwortet werden könnten, Ärztinnen und Ärzte weiterhin von der eigentlichen Behandlung von Patientinnen und Patienten ab. Es ist aber die Möglichkeit, unser Wissen und unsere Menschlichkeit einzusetzen, die uns tatsächlich für die Arbeit mit Patientinnen und Patienten belohnt. Angesichts des Lohnes selbst ist jedoch festzuhalten, dass die ambulanten Tarife ohne Anpassung für Teuerung auf der Basis der Kosten von 1996 beruhen. Auch festzuhalten ist, dass zumindest die *santésuisse* dem Bundesrat ermöglichte, über Jahre die Annahme und Umsetzung vom TARDOC zu verhindern – um nun auf einmal das TARMED als veraltet darzustellen. Das ist der Opportunismus der Versicherer, und er geht auf Kosten der Versicherten und Gesundheitsfachpersonen.

Personalmangel scheint sich auch in den vertrauensärztlichen Diensten der Krankenkassen breit zu machen, wo Patientinnen und Patienten inzwischen manchmal Monate auf eine Kostensprache für ein Medikament warten, das sie klar benötigen und das klar indiziert ist. Vielleicht sind manche Krankenkassen auch Opfer ihres Prämienerfolges, womit mehr Patientinnen und Patienten angelockt werden, als überhaupt versorgt werden können. Doch das ist Spekulation.

Bezüglich meiner Frage am Anfang möchte ich einen der gravierendsten Fälle, der mich sehr beschäftigt, schildern. Es ist dies die Krankengeschichte eines Familienvaters mit MS und anderen Erkrankungen. Über 10 Jahre erhielt er eine IV-Rente (dies notabene nach langjähriger Abklärung). Aufgrund eines anonymen Hinweises wurde er von einem Privatdetektiv im Auftrag der IV verfolgt und gefilmt. Die Folge war, dass nach einem Jahr ohne irgendwelche finanziellen Leistungen der IV die vollständige Sistierung der IV-Rente aufgrund eines Gutachtens veranlasst wurde, womit weder die betreuende Neurologin noch ich einverstanden sind.

Nicht nur seine psychische Gesundheit litt in dieser Zeit gravierend, sondern auch die Gesundheit seiner Ehefrau und die der drei Kinder, von denen zwei noch minderjährig sind. Auch wurden ihm keinerlei Integrationsmassnahmen zugänglich gemacht. Stattdessen wurde ihm eine Rückzahlung von mehreren Fr. 10'000 in Rechnung gestellt. Wie kann sich ein kranker Mensch mit Einschränkungen davon erholen, wo dies bereits einem Gesunden schwerfallen dürfte?

Es geht aber auch anders: Krankenkassen ermöglichen auch den *off label use* von Medikamenten für Patientinnen und Patienten mit schwerer Erkrankung und im palliativen Setting (nach gebührendem Aufwand seitens der Antragsteller), und auch die IV unterstützt Umschulungen, um eine gesundheitsfördernde und Einkommen sichernde Beschäftigung von Versicherten zu gewährleisten.

Es ist leider manchmal nötig, gesundheitlich schwierige Situationen zu erleben, um so richtig zu schätzen, was wir an unserer Gesundheit haben. Warum darf dieses ausgesprochen wertvolle Gut nicht etwas Kosten? Und wofür Geld ausgeben, wenn nicht an erster Stelle für die Gesundheit – für unsere eigene, für die unserer Mitmenschen, für die von uns allen und von uns als Gesellschaft?



Dr. med. Edward A. Schober, PhD

# Recht haben und Recht bekommen.

Vorwort des Präsidenten, *Dr. med. Michel Romanens*



Im vergangenen Jahr haben wir unseren Blick vermehrt darauf konzentriert, die rechtlichen Möglichkeiten besser auszuschöpfen. Einzelne Praxen sind fast machtlos vor den Versicherern, denen es gelungen ist, in den Wirtschaftlichkeitsverfahren eine Situation zu etablieren, wie sie in keinem anderen Rechtsbereich vorliegt: Zum einen gilt hier entgegen dem in dubio pro reo die Schuld-, nicht die Unschuldsvermutung. Zum anderen erstellen die Versicherer als klagende Partei die Beweismittel, und die Gerichte übernehmen diese eins zu eins – ohne eigene Beweismittel zu erstellen

oder erstellen zu lassen, ja ohne auch nur eine Prüfung auf Validität. Bis auf wenige Fälle, in denen die Versicherer ungerechte Verfahren fallenlassen mussten, können die Praxen hier aber wenig bewirken und müssen sich mit Vergleichen abspeisen lassen. Bisher.

Im 2023 haben wir mit unserem Engagement Interessengruppe Profiling igprof einiges bewirken können. Der Zusammenschluss zu Unrecht mit Verfahren belegter Praxen bringt erstmal vor allem dies: er macht Mut. Denn oftmals sind es die Praxen selbst, die ihre Kanzleien dazu anhalten, auf einen Vergleich hinzuwirken, obwohl sie sich keiner Schuld bewusst sind und auch nichts Unrechtes getan haben. In Online-Briefings zwischen Kanzlei, Praxis und Vertretern von igprof konnten wir unser Wissen mehr und strategische Überlegungen entwickeln, die mehr Erfolg versprechen. Dieses Wissen ha-

ben wir Ende Jahr in einem Kompendium zusammengefasst, welches fortan den Mitgliedern der igprof und ihren Kanzleien zur Verfügung steht und laufend aktualisiert wird.

Es ist andererseits aber auch klar: Dieses Engagement sollte eigentlich nicht nötig sein, denn es wäre die Aufgabe der FMH, ihre Mitgliederinnen und Mitglieder vor diesem krassen, seit Jahren geduldeten Unrecht zu beschützen. Wir halten den derzeitigen Kurs des Zentralvorstands der FMH, vor den Versicherern zu kuschen, für kontraproduktiv, um nicht zu sagen für potenziell ruinös für den Berufsstand der Ärztinnen und Ärzte. Was Wunder, verlässt rund ein Drittel nach der Ausbildung den Beruf, ein Umstand, der nicht nur zu denken geben sollte, sondern auch zum Umdenken bewegen. Wir haben unseren Standpunkt an verschiedener Stelle vorgebracht und dargelegt. Nun hoffen wir auf eine Besinnung des Zentralvorstands auf ärztliches Berufsethos. Dies insbesondere auch vor dem Hintergrund zweier aktueller Bundesgerichtsurteile, in welchen die Beweismittel der Versicherer vom Bundesgericht zurückgewiesen wurden und die beklagten Praxen entlastet. Das Bundesgericht steht also offenbar mehr auf der Seite der Ärztinnen und Ärzte als ihr Verband.

Auch in einem anderen Dossier vermissen wir das Engagement der FMH: Kosten-Effektivitäts-Analysen, sogenannte CEAs. Auf den ersten Blick klingt auch diese Sache durchaus vernünftig: Wir rechnen aus, welche Behandlungen kosteneffektiver sind, und ziehen diese einer teuren Variante vor. In der Praxis ist aber auch diese Acta von den Versicherern vereinnahmt. Entsprechend wird die Frage, was effektiv sei und was nicht, zur ökonomischen, manchmal auch zur politischen Frage, und viel zu selten zur Frage klinisch-medizinischer Evidenz. Wir haben uns in unserer Berichte-Serie auch auf Englisch damit auseinandergesetzt, denn wir sind hier an einem Thema, das international heiss diskutiert wird.

Nicht zuletzt geht es auch hier um eine rechtliche Frage, im Zusammenhang mit Aspekten wie dem Versorgungsauftrag der Medizin, doch auch bezüglich Urkundenfälschung: Wenn in CEAs nachweislich und mutmasslich mit Vorsatz falsch gerechnet wird, um Behandlungen zu rationieren, dann haben wir womöglich ein justiziables Verhalten vorliegen. Diese Fragen fachlich abklären zu lassen, dazu haben wir auf Ende dieses Jahres ein grösseres Expertengutachten in Auftrag gegeben.

Insgesamt stellen wir eine gewisse Blindheit der Medizinethik für Gerechtigkeitsfragen fest, denn eine solcherart betriebene Rationierung trifft die Schwächsten: alte, mehrfachkranke und behinderte Patientinnen und Patienten. Wir informieren die Ethik institute der Schweiz laufend über unsere Aktivitäten und treten mit ihnen auch in einen Dialog, wo es uns zielführend scheint. Wenn dieses Korrektiv nun aber nicht mehr richtig spielt, wie es den Anschein macht, dann ist das Recht wohl das wirkungsvollere Korrektiv.

Daran werden wir im 2024 arbeiten. Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit und für Ihr geschätztes Engagement!



Dr. med. Michel Romanens,  
Präsident des Stiftungsrats

# Instrumente, die praktisch sind – und gefährlich.

Tätigkeitsbericht, *Flavian Kurth*



In diesem Jahr haben wir unter anderem einen Bericht ausgearbeitet, welcher Kosteneffektivitäts-Analysen auf den Grund geht, sogenannten CEAs. Diese spielen zunehmend eine entscheidende Rolle in

der Medizin – und einmal mehr schaut die Ethik weg. Nach dem Motto: Die Ökonominen und Ökonomen werden schon wissen, was sie tun. In unserem Bericht zeigen wir, wie leicht in solchen Kalkulationen die Kosten-Effektivitäts-Verhältnisse so «errechnet» werden können, dass es einer bestimmten Agenda entspricht, gegebenenfalls auch mal komplett entgegen klinisch-medizinischer Evidenz. Ein Instrument,

das derart manipulationsanfällig ist, sollte unter strenger Aufsicht von Ethik und Recht stehen, vonseiten unserer Behörden, Institutionen und Institute. Würde man denken.

Es herrscht hier aber weitgehend Untätigkeit. Die falschen Zahlen werden in den Publikumsmedien gestreut, wo sie zur Untermauerung falscher Narrative instrumentalisiert werden. Der dadurch entstehende öffentliche Druck führt dazu, dass ein restriktives Behandeln mit Medikamenten gefordert wird, die kosteneffektiv wären, doch vermittels dieser meinungsbildenden CEAs als ineffektiv dargestellt wurden. Das kann, wie es bei den Statinen in der kardiovaskulären Primärprävention geschehen ist, sogar dazu führen, dass die Fachgesellschaften ihre Empfehlungen entsprechend anpassen, also die ökonomisch konstruierte falsche Realität über die tatsächliche klinisch-medizinische Realität stellen. Mit

der Folge unbehandelter Krankheiten in frühen Stadien, die sich dadurch aggravieren und später weitaus teurer behandelt werden müssen. Oder gar nicht mehr, wenn die Patientinnen und Patienten an einem Herzinfarkt oder an einem Hirnschlag versterben. Nein, dies ist keine effiziente Medizin – auch nicht eine in irgendeiner Weise akzeptable.

Während wir uns etwa bezüglich der Algorithmen, welche unser Verhalten in den sozialen Medien lenken und manipulieren, inzwischen eine gesunde Skepsis angewöhnt haben, vertrauen wir den hilfreichen Algorithmen der mathematisch-statistischen Maschinerie der Gesundheitsökonomie aber scheinbar noch immer blind. Und hier wie dort ist nicht von der Hand zu weisen, dass die Helfer halt einfach zu praktisch sind, als dass wir sie hinterfragen mögen. Das ist fatal, geht es hier doch buchstäblich um Leben und Tod. Auch die Narration, der die hilfreichen Kalkulationen zudienen, ist aber halt einfach zu bequem, als dass wir uns hier veranlasst sähen, unbequeme Fragen zu stellen: Die Ärztinnen und Ärzte, so die Narration, behandeln doch wohl schon eher etwas zu viel als zu wenig, und auch die Pharmaindustrie ist ja wohl kaum bemüht, dass Medikamente vernünftig und massvoll verschrieben werden.

Selbst wenn dies alles in dieser holzschnittartigen Weise richtig wäre: Wir befinden uns hier auf einem gefährlichen Weg. Fast vergessen geht dabei nämlich, dass Kosten-Effektivitäts-Analysen ein wichtiges und richtiges Instrument sind. Um der Medizin zu helfen, ihre Kräfte zielführend einzusetzen. Um der Pharmaindustrie zu helfen, Preise korrekt anzusetzen und Forschungsschwerpunkte richtig zu setzen. Und um uns als Gesellschaft zu helfen, die Ressourcen unseres Gesundheitswesens bestmöglich zu allokieren und einzusetzen. Dies alles können CEAs aber nur leisten, wenn sie korrekt durchgeführt werden, also so, wie es etwa das Grundlagenpapier der Akademien der Wissenschaften Schweiz «Methoden zur Bestimmung von Nutzen bzw. Wert medizinischer Leistungen» aus dem Jahr 2012 vorgibt. Nur eben: daran hält sich niemand, es wird gerechnet, wie es grade passt.

Da die Mehrzahl der CEA-Berechnungen direkt oder indirekt von den Versicherern getragen sind, werden Kosten-Nutzen-Verhältnisse auch eigentlich immer nach unten verzerrt, kaum je nach oben. Was zur Situation führt, dass wir systematisch die Kosteneffektivität guter, seit Jah-

ren im Markt befindlicher Medikamente kleinrechnen und diese in der Folge nicht mehr verschrieben werden. Während auf der anderen Seite neu eingeführte Medikamente von den Ökonominen und Ökonomen der forschenden Pharmaindustrie als kosteneffektiver dargestellt werden, als sie es manchmal sind, auch dort, wo bewährte Medikamente vielleicht sogar besser abschneiden als die neuen. Es dürfte Konsens sein, dass dies kein probates Vorgehen ist, die Gesundheitskosten in den Griff zu bekommen. Alle müssen sich an die Regeln halten, alle richtig rechnen, damit wir korrekte Entscheidungsgrundlagen haben und richtig entscheiden können. Hierzu muss in erster Linie etabliert werden, dass dies derzeit nicht der Fall ist und dass derzeit kaum jemand etwas gegen das Falschrechnen unternimmt.

Wir haben unseren CEA-Bericht auf Deutsch und Englisch ausgearbeitet, da wir uns hier in einem Diskurs befinden, der, anders als in der Schweiz, international hitzig und kontrovers geführt wird. 2024 werden wir einerseits weitere solcher Berichte ausarbeiten, denn wir sehen, dass das Format rege gelesen wird. Zum anderen werden wir mit einer strukturierten Befragung an unsere Ethik Institute gelangen, um in Erfahrung zu bringen, wie der jeweilige Kenntnisstand ist, wie die Bedeutung von CEAs eingeschätzt wird und ob die ethischen Probleme erkannt sind, so etwa das Problem der inhärenten Diskriminierung von alten, polymorbiden und behinderten Patientinnen und Patienten in CEAs, die mit dem Konzept der qualitätsadjustierten Lebensjahre QALY arbeiten. Drittens schliesslich werden wir die rechtliche Situation klären, wozu wir ein umfangreiches juristisches Fachgutachten in Auftrag gegeben haben. Es steht die Frage im Raum, ob und inwieweit sich Autorinnen und Autoren, die Kosten-Effektivitäts-Verhältnisse falsch darstellen und damit medizinische Behandlungsentscheide fehlleiten, in Schwierigkeiten mit geltendem Recht begeben. Das Dossier CEAs wird also weiterhin spannend bleiben.

Ein anderer vermeintlich praktischer Helfer, den wir quasi fest als App in unserem Gesundheitswesen installiert haben, sind die Wirtschaftlichkeitsverfahren. Seit bald dreissig Jahren schon ist dieser dysfunktionale Algorithmus operativ und identifiziert, vergleichbar einer falsch kalibrierten Diesel-Software, fälschlicherweise ein Drittel aller freien ambulanten Praxen als Überarzt, obwohl diese das in aller Regel nicht



sind, nur einfach ihre Arbeit machen, sprich Patientinnen und Patienten behandeln, auch die sehr kranken, deshalb teuren.

Konzentrieren wir uns auch hier auf die verschriebenen Medikamente. Es wurde als Verbesserung verkauft, dass neu die auffälligen Praxen (30% und mehr höhere Durchschnittskosten) mittels einer Adjustierung durch pharmaceutical cost groups (PCG) verfeinert würden. Das klingt erstmal vernünftig, lässt sich an den verschriebenen Medikamenten doch die Morbidität des Patientenguts ablesen. Nur eben: basierend auf welcher Liste? Wohl weil keine andere Liste verfügbar war und man auch keine repräsentative Liste erstellen mochte, greift man hier auf die PCG-Liste des BAG zurück, eine Liste, die für den Risikoausgleich zwischen den Versicherern, also zu komplett anderen Zwecken entwickelt wurde. Resultat: Sie erklärt die Kosten einer Praxis im Bereich von fünf bis zehn Prozent. Die Gerichte werten die Liste aber, als tue sie dies substanziell, taxieren also Praxen, deren Kosten nach der Adjustierung mit dieser untauglichen Liste noch immer zu hoch sind, fälschlich als Überarzt, und dies nun auch noch mit einem vermeintlichen Beweis: eben dieser Liste. Man hat hier also nicht Recht geschaffen, sondern Unrecht legitimiert, und dass hierbei die Arbeitsgruppe WZW der FMH federführend war, kommt einem Verrat des eigenen Berufsstands gleich.

Etwas zynisch formuliert könnte man argumentieren, eben weil die WZW-Verfahren derart willkürlich angebliche Überarzt identifizierten, würden sie helfen, die Gesundheitskosten zu dämpfen. Denn wo niemand sicher sein kann, vielleicht als nächster an den Pranger gestellt zu werden, da verschreiben alle ängstlich restriktiv. Dass die Verfahren insgesamt aber keinen solchen Effekt haben, zeigen die explodierenden Kosten in den Ambulatorien der Spitäler – die von den Wirtschaftlichkeitsverfahren befreit sind. Die Patientinnen und Patienten lernen schnell, dass sie dort behandelt werden, und lassen sich dann halt auch dort behandeln. Man kann Kosten wegsparen, aber Krankheiten wegsparen, das geht nicht. Sich von diesem vermeintlichen praktischen Kostendämpfungs-Instrument zu trennen, hiesse aber auch, sich von der bequemen Erzählung der Ärzte als Sündenböcke verabschieden. Und auch von einer lukrativen Einnahmequelle der Versicherer.

Die Interessengruppe Profiling igprof, unser neues Engagement im Bereich der Wirtschaftlichkeitsverfahren, hat im letzten Jahr erfreuliche Fortschritte zu verzeichnen. Der Erfahrungsaustausch unter den zu Unrecht belangten Praxen bringt eine Häufung des Wissens, die Bündelung der Kompetenzen und Ressourcen eine substanzielle Gegenkraft. Wir rechnen damit, dass auf dieser Grundlage inskünftig in mehr Verfahren die Versicherer zu einem Aufgeben gezwungen werden können, oder wenn nicht, dann doch zu drastisch kleineren Vergleichssummen. Dies nicht zuletzt auch eingedenk der beiden Bundesgerichtsurteile, von denen unser Präsident in seinem Beitrag berichtet.

Damit wird es dann auch leichter sein, die Medienschaffenden vermehrt zu Berichten zu motivieren, die nicht Einzelschicksale ins Zentrum setzen, sondern die systematischen Mängel des Verfahrens und die skandalöse Rechtsprechung thematisieren. Dies schliesslich könnte die Grundlage schaffen, eine überfällige Volksinitiative zu lancieren: Der Staat muss die Wirtschaftlichkeitsverfahren aus den Händen der privatwirtschaftlichen Versicherer nehmen und die Verantwortung selbst übernehmen. Auch das Dossier Wirtschaftlichkeitsverfahren wird also spannend bleiben.

Schliesslich noch ein Wort zu unseren eigenen Instrumenten, VEMSInsights, VEMS-Medizin-Narrative und VEMS-Berichte. Auch sie sind hoffentlich brandgefährlich und dies hoffentlich im besten Sinn. Wir wollen mit diesen Formaten Gedanken anregen und Diskurse anstossen. Die Rückmeldungen, die wir jeweils erhalten, ermutigen uns und zeigen, dass uns dies offenbar gelingt. Im nächsten Jahr werden wir auch wieder ein grösseres Positionspapier ausarbeiten, in welchem wir unser Gesundheitssystem als Teilsystem nach der Systemtheorie von Niklas Luhmann betrachten. Es lässt sich auf dieser Basis auch gut aufzeigen, welche hilfreichen Instrumente tatsächlich der Medizin helfen und welche das System Medizin verstören und zerstören. Zurück zur Analogie im Bild: Streichhölzer können grossen Nutzen bringen, in den Händen eines Pyromanen aber sind sie Instrumente der Zerstörung.