

# Factsheet

Sind die Anreize im Schweizer Gesundheitswesen geeignet, kostensenkende Handlungen zu motivieren?

Belohnung der Unredlichen, Strafe der Redlichen

Stand Juni 2014



### Kurzantwort:

Sämtlichen Anreizen unseres Gesundheitswesens ist gemeinsam, dass sie eine gegebene intrinsische Motivation des Arztes durch extrinsische, zumeist geldwerte Anreize ersetzen, um so genau jene Einstellung und jene Ärzte zu fördern, die kostentreibend sind.

### Der klassische Anreiz

Es gibt nur einen richtigen Grund für ärztliches Handeln: den medizinischen. Die Wahl, welcher Indikations- und Behandlungsentscheid der Arzt fällt, darf von keinen anderen Erwägungen gelenkt sein als allein von der Einschätzung der gegebenen Patientensituation, aufgrund welcher der Arzt kraft seiner Ausbildung und Erfahrung nach bestem Wissen und Gewissen zusammen mit dem Patienten festlegt, was getan werden soll. Damit diese Integrität garantiert ist, sieht die klassische Triage bei Überweisungen vom Hausarzt zum Spezialisten keinerlei geldwerte Vorteile für den überweisenden Arzt vor, ebenso wenig, wie der Spezialist davon profitieren darf, an den Hausarzt zu verweisen. Dass dies über Jahrzehnte funktioniert hat, ist einer gegebenen intrinsischen Motivation des Arztes geschuldet: Man wird nicht Arzt allein des Lohnes wegen, man wird es auch und vor allem, weil sie sich aus persönlicher Überzeugung in der Gesellschaft einbringen will.

### Der scheinbar bessere Anreiz

Gottfried T. W. Dietzel stellt fest: «Das anzuwendende medizinische Wissen verdoppelt sich alle fünf Jahre» (<http://www.aerzteblatt.de/pdf/99/21/a1417.pdf>). Dies stellt die Gesellschaft vor die Frage, ob all die aus diesem Wissen resultierenden Behandlungsmöglichkeiten auch tatsächlich ausgeschöpft werden sollen, beziehungsweise, was davon zweckmässig und bezahlbar ist. Dem Patienten wird dabei unterstellt, er tendiere dazu, möglichst alles Machbare auch machen zu wollen, dem Arzt unterstellt man, aus ökonomischen Interessen diesem Wunsch nicht nur zu entsprechen, sondern ihn sogar zu schüren. Um dem entgegenzuwirken, hat das Gesundheitswesen Steuerungsmechanismen installiert, die den gegenteiligen Anreiz schaffen sollen: Je weniger behandelt wird, desto mehr verdient der Arzt. Dass dieser Anreiz aber eben kein Anreiz zu mehr Wirtschaftlichkeit ist, sondern im Gegenteil wirtschaftlichen Schaden anrichtet, zeigt eine Übersicht:

Anreiz	Folge
Die <b>Wirtschaftlichkeitsverfahren</b> vergleichen die Durchschnittskosten eines Arztes mit denen der Kollegen einer Gruppe. Liegen diese 30% und mehr über dem Schnitt, wird ein Verfahren gegen den Arzt eröffnet.	Der Vergleich der Durchschnittskosten zwingt den Hausarzt in einen Kostenmittelwert, den er am besten einhalten kann, wenn er möglichst viele Patienten mit möglichst geringen Kosten (Gesunde) behandelt und jene wenigen, die hohe Kosten verursachen (Kranke) möglichst nicht behandelt. Damit ist just das Gegenteil des Beabsichtigten erreicht: seine Indikationsentscheide werden zunehmend unzweckmässig, mit der Folge zunehmender Kosten: <a href="http://www.physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetWZW.pdf">www.physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetWZW.pdf</a>
Im <b>Hausarztmodell</b> muss der Patient immer zuerst zu seinem Hausarzt, der mit Bonus-Malus-Vereinbarungen angehalten wird, möglichst nicht an den Spezialisten zu verweisen.	Der Hausarzt entscheidet nicht mehr nach medizinischen Kriterien, sondern nach ökonomischen. Die Folge sind verspätete und deshalb teilweise massiv verteuerte Behandlungen plus eine Degenerierung der Triagekompetenz des Hausarztes, die tendenziell zu Mehrkosten aufgrund einer gestörten Triage führt: <a href="http://www.physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetMCForschung.pdf">www.physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetMCForschung.pdf</a>
Die <b>Fallpauschalen DRG</b> zwingen die Spitäler in einen definierten Kostenrahmen pro Behandlung, was de facto einem Globalbudget entspricht. Die <b>Qualitätsindikatoren</b> des BAG sollen sicherstellen, dass innerhalb dieses Kostenrahmens die Qualität eingehalten wird.	Die Kombination dieser beiden Anreize führt zu tendenziell steigenden Kosten bei tendenziell abnehmender Qualität. Die Spitäler sind aufgrund der Fallpauschalen angehalten, betriebswirtschaftlich sinnvoll zu behandeln, nicht medizinisch zweckmässig, was die Kosten treibt. Die Qualitätsindikatoren reizen dazu an, nicht mehr für die Patienten zu arbeiten, sondern für die Erfüllung der Qualitätsindikatoren, was die Qualität senkt: <a href="http://www.physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetDRG.pdf">www.physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetDRG.pdf</a> <a href="http://www.physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetBAGIndikatoren.pdf">www.physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetBAGIndikatoren.pdf</a>

### Forderungen

Es gibt Ärzte, die unangemessene Behandlungen machen und so die Kosten in die Höhe treiben, weil sie fehlgeleitet, also nicht intrinsisch motiviert sind, sondern extrinsisch. Diese gilt es gezielt zu identifizieren und zu büssen ([www.physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetDysfunction.pdf](http://www.physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetDysfunction.pdf)). Anreizsysteme, die mit Mittelwertvergleichen arbeiten, haben hingegen die Tendenz, ebendiese Fehlleitung zu fördern und so das Gegenteil des Beabsichtigten zu bewirken (<http://physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetOekonomie.pdf>).



Weitere VEMS-Factsheets: [www.vems.ch/fakten-und-standpunkte](http://www.vems.ch/fakten-und-standpunkte)