

Die EGK äussert sich zur Frage der «Rationierung» im Gesundheitswesen in der Schweiz

*Eidgenössische Kommission
für Grundsatzfragen
der Krankenversicherung*

Im Jahr 2001 hat die Eidg. Kommission für Grundsatzfragen der Krankenversicherung, kurz Eidg. Grundsatzkommission (EGK), zwei Studien [1, 2] in Auftrag gegeben, die die Frage beantworten helfen sollen, ob, in welchem Ausmass und in welcher Form in der Schweiz eine sogenannte implizite Rationierung von medizinischen Leistungen verbreitet sei.

Die EGK hat an ihrer Sitzung vom 17. März 2006 die nachfolgenden Stellungnahmen zu den beiden Studien und zur Frage der «Rationierung» im Gesundheitswesen in der Schweiz in einer ersten Form erörtert und Ende Mai 2006 auf dem Zirkularweg in ihrer definitiven Fassung verabschiedet. Die Stellungnahmen wurden durch eine Subkommission der EGK, bestehend aus Mitgliedern bzw. Ersatzmitgliedern [3], erarbeitet und redigiert.

Stellungnahme zu zwei Studien zur impliziten Rationierung

Die beiden Berichte: «Effects of Rationing of Nursing Care in Switzerland on Patients' and Nurses' Outcomes» des Institutes für Nursing Science der Universität Basel (im folgenden RICH genannt) und die Studie «Is there evidence of implicit rationing in the Swiss health care system?» von B. Santos-Eggimann vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne (im folgenden RIS [Rationnement Implicite en Suisse] genannt), versuchen mit unterschiedlichen Ansätzen, allfälligen Hinweisen auf implizite Rationierung auf die Spur zu kommen.

Die RICH-Studie geht der Frage nach, ob notwendige pflegerische Massnahmen aufgrund fehlender Ressourcen im Pflorgeteam unterlassen wurden und ob sich ein Zusammenhang mit Qualitätsindikatoren der medizinischen und pflegerischen Leistung zeigt. Sie untersuchte ausserdem die Arbeitsbedingungen und stellt die Resultate in einen internationalen Vergleich. Die Resultate zeigen deutlich, dass die Qualität medizinischer und pflegerischer Leistungen (Fehler bei Medikamentenabgabe, Stürze, nosokomiale Infektionen, kritische Zwischenfälle, Dekubitalulzera, Mortalität, Patientenzufriedenheit) in

den Spitälern mit den vorhandenen pflegerischen Ressourcen und zum Teil auch mit den selbsteingeschätzten Arbeitsbedingungen korrelieren. Zwischen einzelnen Spitälern finden sich beträchtliche Unterschiede nicht nur in der Zufriedenheit des Pflegepersonals, sondern auch in der Häufigkeit der verhinderbaren erfassten Fehler. Bezogen auf die Qualität der Leistung und die Arbeitsbedingungen steht die Schweiz im internationalen Vergleich relativ gut da.

Die RIS-Studie versucht, von verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen (Ärzte und Spitalverwalter) sowie aus Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung herauszufinden, inwieweit Einschränkungen von notwendigen Behandlungsmöglichkeiten (vor allem Zugang zu notwendigen Leistungen) erfahren werden. Die Studie findet deutliche kantonale und regionale Unterschiede im Zugang zu notwendigen Leistungen. Besonders deutlich wurden diese Unterschiede in bezug auf den Zugang zu psychiatrischen Diensten. Aber es werden auch besondere Risikogruppen genannt, deren Zugang zu notwendigen medizinischen Leistungen gefährdet scheint. Als Risikopersonen werden ältere Personen, geistig Behinderte, psychisch Kranke und sozial Benachteiligte genannt.

Für die Arbeitsgruppe ergibt sich daraus:

1. Die Gesundheitsversorgung in der Schweiz ist zwar hochstehend, es finden sich aber zwischen einzelnen Kantonen und Regionen grosse Unterschiede in der Zugänglichkeit der Versorgungsstruktur (RIS).
2. Unterschiedliche Personalstrukturen in den Spitälern können zu Qualitätsverlust führen (RICH).
3. Besondere Risikogruppen wie psychisch Kranke, ältere Patienten und geistig Behinderte benötigen besonderes Augenmerk (RIS).
4. Die Studien zeigen insbesondere einen Bedarf nach vermehrter Überwachung der Qualität und der Patientensicherheit, damit die bestehenden Unterschiede verkleinert werden können (RICH und RIS).

- Die systematischere Anwendung von Qualitätsindikatoren kann helfen, Mittel im Gesundheitswesen effektiver einzusetzen und damit bestehende Ungleichheiten zu verkleinern.

Stellungnahme zur Frage der «Rationierung» im Gesundheitswesen

Vorbemerkung

Zur Sicherung von Patientensicherheit und Leistungsqualität ist jedes Gesundheitssystem reglementiert. Ebenso geht es im Rahmen der Finanzierung der Krankenpflegeleistungen darum, die durch die Sozial- bzw. Privatversicherungen oder den Staat zu übernehmenden Leistungen festzusetzen. Es kommt also kein Gesundheitssystem ohne Leistungsauswahlkriterien aus, die einen für alle gleichen und den individuellen Gesundheitsbedürfnissen entsprechenden Zugang zu qualitativ hochstehenden Pflegeleistungen gewährleisten. Das Recht auf Zugang zu medizinischen Leistungen ist also aus gesundheitspolizeilichen und Qualitätsgründen sowie aufgrund der verfügbaren Ressourcen eingeschränkt.

Grundsätze

- Die Rationierung kann als Auswahlverfahren betrachtet werden, das auf der Festlegung von Prioritäten innerhalb von effizienten und notwendigen Dienstleistungen, Anwendungen und Leistungen beruht, die von den Patienten bzw. den Nutzern einerseits und den Leistungserbringern andererseits nachgefragt bzw. als notwendig erachtet werden. Ein solches Verfahren wirkt sich auf die ärztliche Verschreibungspraxis und den Bezug von Pflegeleistungen und damit auf den Zugang zum Gesundheitssystem aus.
- Üblicherweise werden Rationierungen explizit im Gesundheitssystem in Gang gesetzt, sobald die primäre oder induzierte Nachfrage das Angebot bzw. die gewährten Ressourcen übersteigt, oder anders gesagt, wenn die Kosten die Ressourcen übersteigen. Ob eine Rationierung eintritt, hängt also sowohl von Angebot und Nachfrage als auch von der Zuteilung der Ressourcen ab.
- Eine Rationierungsmassnahme ist dann implizit, wenn die Prioritäten nicht ausdrücklich festgesetzt oder beschlossen worden sind, sondern dies allein dem freien Ermessen eines Pflegeleistungserbringers (im allgemeinen einem Arzt, einer Ärztin oder einer anderen behandelnden Person) überlassen wird, der aufgrund des ungleichen Informationsstands allein über die letztlich anzuwendende Behandlung entscheiden oder zumindest die Entscheidung darüber massgeblich beeinflussen kann. Eine implizite Rationierung kann auch aufgrund fehlender Transparenz bei der Ressourcenzuteilung induziert sein.
- Identifikation und Ermittlung von impliziten Rationierungssituationen setzen voraus, dass für jeden korrekt diagnostizierten Krankheits- bzw. Behandlungsfall «best practice»-Richtlinien (Indikation und Behandlung basieren auf einem breit abgestützten wissenschaftlichen Konsens) vorhanden sind, und zwar so, als würde keinerlei Rationierung bestehen.
- Um Gewissheit über eine implizite Rationierung bei einem Patienten zu erlangen, bedarf es zumindest einer Untersuchung des Gesundheitszustands dieses Patienten sowie des Nachweises, dass effektiv eine andere Behandlung erfolgte als ein nach allen Regeln der Kunst verstandenes Verfahren.
- Allgemein ist der Tätigkeitsbereich der Gesundheitsdienstleistungen sehr komplex und ist bzw. kann gekennzeichnet sein durch Unsicherheit, eine schwer messbare Qualität, Informationsungleichstand, manchmal auch Interessenkonflikte, Eigenmächtigkeit und kaum nachvollziehbare Entscheidungen sowie auf seiten der Versicherten durch irrationale und illusorische Erwartungen, die oft durch Angstgefühle und das Bedürfnis nach Rechtlichkeit und Legitimität gestützt werden.
- Diese Situation führt zu einer erheblichen Variabilität bei den ärztlichen Praktiken, Verschreibungen und beim Konsum. Dazu findet sich sowohl in der schweizerischen als auch in der internationalen wissenschaftlichen Literatur eine breite Abhandlung.
- Diese Studien haben bezüglich Variabilität bei den Verschreibungen (bzw. beim Konsum) einen Faktor von 1 bis 4 (+300%) aufgezeigt, was einem indirekten Nachweis für einen fehlenden Konsens bei den Indikationen und den «best practice»-Richtlinien bzw. deren Anwendung in den betroffenen Berufskreisen gleichkommt.

Fazit

9. Ausgehend von der einfachen Variabilität käme das Ziehen von Rückschlüssen über bestehende implizite Rationierungen einem rein willkürlichen Vorgehen gleich, wenn man den Anteil der «korrekten» Verschreibungen bzw. des «korrekten» Konsums einer bestimmten Leistung bezogen auf Einzelper-

- sonen und/oder einer gegebenen Personen-
gruppe nicht kennt.
10. Effektiv verfügt man gerade in einem Land wie der Schweiz, das insbesondere durch das KVG einen äusserst gerechten Zugang zur medizinischen Versorgung der gesamten Bevölkerung sicherstellt, über keine verlässlichen Informationen darüber, ob man in Kantonen mit einem geringen Grad an chirurgischen Eingriffen mit impliziter Rationierung zu rechnen hat. Tatsächlich könnte man auch aufgrund fehlender Informationen über den Entscheidungsprozess davon ausgehen, dass in Kantonen mit einer höheren Anzahl Eingriffen eigentlich eine Überarztung bzw. ein medizinischer Überkonsum stattfindet.
 11. Aus diesem Grund heben die in der Schweiz festgestellten Variabilitäten beim Zugang zu den verschiedenen medizinischen Leistungen – besonders in geographischer Hinsicht – zwar die Probleme im Zusammenhang mit der Qualität sowie der Angemessenheit von Leistungen und Indikationen hervor, reichen aber nicht aus, um die Frage nach dem Vorkommen von impliziter Rationierung zu beantworten.
 12. Andere mit der Verwaltung und den Zielen eines Gesundheitssystems relevanten Indikatoren müssten festgehalten werden können, um eine erste Antwort bezüglich eines allfälligen Vorkommens impliziter Rationierung geben zu können. Diese hauptsächlich sozioökonomischen Indikatoren müssten insbesondere Aufschluss geben über Hindernisse und Hemmnisse für einen gerechten und rechtzeitigen Zugang zu Leistungen und Dienstleistungen, und zwar bezogen auf die Bevölkerung im allgemeinen und die schwächeren und bedürftigeren Gruppen im besonderen [4].
 13. Um die implizite Rationierung besser zu erfassen, gilt es, folgendes zu beachten:
 - a. Indikatoren definieren, die es ermöglichen, einen ungleichen Zugang zur medizinischen Versorgung sichtbar zu machen (Wartelisten nach Versicherungstyp, Dienstleistung, Region, Einkommen, Franchise, inoffizielle Zahlungen usw.).
 - b. Diese Indikatoren müssen einem Monitoring mit Benchmarking ausgesetzt werden.
 14. Parallel dazu:
 - a. Definition von prioritären und heiklen Dienstleistungen bezogen auf vulnerable Gruppen und/oder Untergruppen der Bevölkerung.
 - b. Systematische Datensammlung und -analyse nach prioritären Dienstleistungen und vordefinierten Bevölkerungsgruppen und Untergruppen sowie nach ausgewählten Indikatoren.
 15. Um eine potentiell negative Auswirkung einer allfälligen impliziten Rationierung auf die Volks- und Patientengesundheit zu vermeiden, gilt auch folgendes:
 - a. Innere Kohärenz im Gesundheitswesen schaffen.
 - b. Definition der Ausrichtung des Gesundheitssystems nach den Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung und nicht in erster Linie nach den Kosten der Leistungen.
 - c. Intensivere Forschung zur Evaluation der Versorgung und der Gesundheitspolitiken, um mehr Transparenz und Gleichbehandlung zu schaffen.
 - d. Angesichts der Bedürfnisse des Gesundheitswesens kann man sich überlegen, ob allenfalls zeitlich befristete Vergütungen von Leistungen unter der Bedingung der Evaluation auf Erfüllung der Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) eine Lösung wären.

Bern, im Juni 2006

Literatur

- 1 Schubert M, Schaffert-Witvliet B, Glass T, De Geest S. Effects of Rationing in Nursing Care in Switzerland on Patients' and Nurses' Outcomes. Basel: Institute of Nursing Science, University of Basel 2004. (Unpublished report).
- 2 Santos-Eggimann B. Is There Evidence of Implicit Rationing in the Swiss Health Care System? Lausanne: Institute of Social and Preventive Medicine, University of Lausanne 2005. (Unpublished report).
- 3 Mitglieder der Arbeitsgruppe: Ursula Ackermann-Liebrich, Basel; Jacques de Haller, Genf; Beat Seiler, Zürich; Dominique Sprumont, Neuenburg; Gianfranco Domenighetti, Lugano; Bernhard Wegmüller, Bern.
- 4 Ausser den sozio-ökonomischen Indikatoren gilt es auch, klinische Indikatoren zu berücksichtigen, bei denen der «Gold-Standard» keinerlei Unsicherheitsfaktoren zulässt (der Minimalwert ist immer der beste), beispielsweise die Infektionsrate in Spitälern, die Mortalität bei Operationen oder die Mortalität nach «mortality amenable to medical intervention»: Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *Br Med J.* 2003;327:1129-32.