Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen: Einschätzung und Empfehlungen*

Arbeitsgruppe «Rationierung»[a] *im Auftrag der Steuerungsgruppe des Projektes «Zukunft Medizin Schweiz»*

a Der Arbeitsgruppe, die sowohl den ausführlichen Bericht wie auch diese Broschüre verfasst hat, gehörten folgende Personen an: Prof. Dr. med. Fred Paccaud, Lausanne, Vorsitz; Dr. med. Hermann Amstad, Basel; Prof. Dr. med. Daniel Candinas, Bern; Dr. med. Daniel Grob, Zürich; Prof. Dr. iur. Olivier Guillod, Neuenburg; Dr. med. Samia Hurst, Genf; Dr. med. Bruno Kesseli, Basel; Dr. med. Roland Kunz, Affoltern a.A.; Prof. Dr. med. Brigitte Santos-Eggimann, Lausanne; lic. oec. publ. Anna Sax, Zürich; Prof. Dr. med. Peter Suter, Genf (Mitglied der Steuerungsgruppe); Pierre Théraulaz, Belmont-sur-Lausanne; Dr. theol. Markus Zimmermann, Luzern.

1 Diese Definition orientiert sich an Ubel P, Goold S. "Rationing" health care. Not all definitions are created equal. Arch Intern Med. 1998;158(3):209-14: "Instead we favor a broad interpretation of health care rationing, whereby rationing encompasses any explicit or implicit measures that allow people to go without beneficial health care services" (p. 209).

* Der vorliegende Text fasst die wichtigsten Elemente eines ausführlichen Berichtes zur Rationierung zusammen, ermöglicht einen Überblick über die wichtigste Literatur und formuliert Empfehlungen und konkrete Vorschläge. Er kann als Broschüre (in deutscher oder französischer Sprache) bezogen werden bei: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), Petersplatz 13, 4051 Basel, Tel. 061 269 90 30, E-Mail: mail@samw.ch.

Die Schweiz braucht eine Diskussion zur Rationierung

Im Bericht «Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts», der von einer Expertengruppe der Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW, der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH sowie der Medizinischen Fakultäten der Schweizer Universitäten im Jahr 2004 publiziert wurde, kam die Frage nach der gerechten Ressourcenverteilung im Schweizer Gesundheitswesen mehrfach zur Sprache. Dabei standen Fragen der Prioritätensetzung sowie zu Anreizen, Qualität und Wirtschaftlichkeit im Zentrum. Die Steuerungsgruppe – erweitert um den Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) – hat deshalb die Rationierung zu einem Schwerpunkt des Projekts «Zukunft Medizin Schweiz» erklärt. Eine daraufhin eingesetzte Arbeitsgruppe nahm eine Begriffsklärung vor, stellte die verfügbaren empirischen Erhebungen zusammen, kommentierte diese und gab abschliessend eine Einschätzung sowie Empfehlungen ab. Als Ergebnis ihrer Arbeiten verfasste sie einen umfassenden Bericht. Dieser 100seitige Bericht zur Rationierung steht bei der SAMW zum Download bereit (www.samw.ch/publikationen) und wird im vorliegenden Text, der als Broschüre erhältlich ist, zusammengefasst.

Zu Beginn stellt sich die Frage nach der Relevanz einer Debatte zur Rationierung. Muss diese Diskussion geführt werden? Falls ja, in welcher Art und Weise?

Die Notwendigkeit einer Diskussion ergibt sich aus zwei Befunden:

– Erstens wird im Gesundheitswesen immer eine Kluft bestehen zwischen dem Wünschbaren und dem Machbaren. Eine Diskussion drängt sich also auf, um zu einer möglichst legitimen und gerechten Verteilung knapper Ressourcen zu kommen.
– Zweitens verlangt bereits die Umschreibung des Wünschbaren nach Grenzziehungen. Die wahre Frage ist nicht, zu wissen, ob eine Grenze gesetzt werden soll, sondern wo die Grenze zu ziehen ist und insbesondere wie sie gesetzt werden soll.

Die Tatsache, dass in der Schweiz über Rationierung diskutiert wird, hat nichts mit einem Notstand zu tun, sondern ist die Folge wachsender Ansprüche, welche wiederum auf dem zunehmenden Wohlstand und insbesondere dem medizinischen Fortschritt basieren. Dieser trägt massgeblich zu einer Verbesserung der Gesundheit, aber auch zu einem kontinuierlichen Anstieg der Kosten bei.

Gesundheitsfachleute aus allen Bereichen müssen an der Diskussion um angemessene Behandlung und Rationierung beteiligt werden, da sie im direkten Umgang mit den Patientinnen und Patienten Entscheidungen fällen und nicht nur Ausführende sind. Selbst die blosse Anwendung einer Regel kann Interpretation nötig machen, und die individuellen Merkmale der Patientinnen und Patienten sind für die Gesundheitsfachleute wichtige Kriterien bei Entscheidungen. Die Erfahrungen aus der Praxis und der klinischen Realität sind für die Diskussion der Prioritätensetzung unverzichtbar.

Fazit: Der Auseinandersetzung mit der Rationierung entgeht man nicht; das Gegenteil wäre eine Rationierung, die im stillen passiert.

Rationierung – ein vielschichtiger Begriff

Eine typische Definition von Rationierung lautet, dass Rationierung dann vorliegt, wenn die von der Solidargemeinschaft abgedeckten Leistungen bewusst unter das Niveau des medizinisch anerkannt Notwendigen gelegt werden. Selbstverständlich kann dies niemand ernsthaft wollen – und damit ist jede Diskussion über Rationierung beendet, bevor sie begonnen hat.

Um eine konstruktive (und aus ihrer Sicht notwendige) Diskussion der Rationierung in der Gesundheitsversorgung zu führen, hält sich die Arbeitsgruppe an folgende Definition [1]:

> «Rationierung umfasst implizite oder explizite Mechanismen, die dazu führen, dass einer Person eine nützliche Leistung im Rahmen der Gesundheitsversorgung nicht zur Verfügung steht.»

Diese Definition ist bewusst weit gefasst, damit sie möglichst keine wertenden Aussagen enthält, sondern weitgehend deskriptiv bleibt. Der

Formulierung liegt die Einsicht zugrunde, dass einerseits alle Ressourcen grundsätzlich knapp sind und andererseits nützliche Massnahmen (d.h. solche, die aller Wahrscheinlichkeit nach zum angestrebten Ziel führen) stets noch ausbaufähig sind. Indem die Arbeitsgruppe diese Definition benützt, gibt sie ihrer Überzeugung Ausdruck, dass Rationierung angesichts der Endlichkeit aller Mittel nicht zu vermeiden ist bzw. dass sie bereits existiert. (Rationalisierung hingegen bezeichnet im Sinne einer Effizienzsteigerung den «Verzicht auf nutzlose Leistungen» und ist immer angezeigt.) Die zentrale Frage ist damit nicht jene nach der Zulässigkeit oder Vermeidbarkeit von Rationierung, sondern jene nach der Unterscheidung zwischen gerechter und ungerechter Rationierung.

Unser Definitionsvorschlag ermöglicht es, die Frage nach der ethischen Beurteilung der Rationierung möglichst offen zu diskutieren. Anders gesagt geht es darum, Grenzen anzuerkennen und bewusst zu gestalten, und zwar auf gerechte Weise (engl.: setting limits fairly). Der Vorschlag richtet sich damit gegen andere, in den öffentlichen Diskussionen verbreitete Rationierungsverständnisse, welche zumeist bereits eine Vorentscheidung darüber beinhalten, was gerechte und was ungerechte Massnahmen sind: Unter Rationierung werden dann in der Regel lediglich (wie einleitend dargestellt) die ungerechten Massnahmen verstanden und damit systemische Vorgaben (die grundsätzliche Knappheit aller Mittel) ausgeblendet. Da aber genau über diese moralische Beurteilung grosse Meinungsverschiedenheiten in der Gesellschaft bestehen, über die diskutiert werden sollte, eignen sich diese engen Rationierungsverständnisse nicht. Sie verhindern lediglich, zur Sache zu kommen (was in öffentlichen Debatten nicht selten auch die ausdrückliche Absicht des Einsatzes des Rationierungsbegriffs sein dürfte, nämlich ihn als «conversation stopper» einzusetzen).

Eine Vielfalt an Perspektiven

Rationierung wird von den Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen unterschiedlich wahrgenommen, in den verschiedenen Fachrichtungen unterschiedlich betrachtet und kann nur in einem interdisziplinären Rahmen weiterführend diskutiert werden. Der Darstellung dieser unterschiedlichen Betrachtungsweisen hat die Arbeitsgruppe im Bericht breiten Raum gewidmet.

Rationierung aus ökonomischer Sicht

Wo Güter nur in begrenzter Menge zur Verfügung stehen, müssen Entscheidungen über ihre Verteilung getroffen werden. Verschiedene Instrumente der Ökonomie unterstützen die rationale Entscheidungsfindung zur Ressourcenzuweisung im Gesundheitswesen. Ziel dieser Verfahren ist, einen maximalen Gesamtnutzen mit den verfügbaren medizinischen Leistungen zu erzielen.

Einschränkung des Grundleistungskatalogs oder Analyse des Nutzens?

Von Rationierung im Gesundheitswesen spricht die Ökonomie in der Regel dann, wenn der kollektiv finanzierte Grundleistungskatalog von Einschränkungen betroffen ist. Im Bereich der Zusatzversicherungen und nicht versicherten Leistungen führen die Marktmechanismen theoretisch zu einer effizienten Verteilung. Die Rationierung erfolgt auf der Makroebene durch Kapazitätseinschränkungen oder Globalbudgets. Mit dieser Methode weiss man beim Rationierungsentscheid jedoch nicht, wer konkret wie stark davon betroffen sein wird.

Mit Kosten-Nutzwert-Analysen können zudem medizinische Interventionen miteinander verglichen und in eine Rangfolge gebracht werden. Die Kosten der medizinischen Intervention werden im Verhältnis zu den gewonnenen Lebensjahren gewertet und mit der Lebensqualität gewichtet. Diese Berechnung der Kosten bereitet aber Schwierigkeiten, da sowohl direkte Kosten wie Heilungskosten als auch indirekte Kosten wie Betreuungsleistungen von Angehörigen miteinbezogen werden müssen.

Wie rationieren?

Weil sich Gesundheitsleistungen, die im Rahmen der obligatorischen Grundversicherung erbracht werden, den Preisbildungsmechanismen eines freien Marktes weitgehend entziehen, betrachtet die Ökonomie Rationierung im Gesundheitswesen als unausweichlich. Die Frage ist, wie die knappen vorhandenen Mittel am effizientesten im Sinne einer Maximierung des Gesamtnutzens eingesetzt werden. Die Notwendigkeit einer kollektiv finanzierten Grundversorgung ist weitgehend unbestritten, doch werden Fragen nach Umfang und Kriterien des Grundleistungskatalogs gestellt. Die Ökonomie kann nützliche Beiträge leisten zum Verständnis von Effizienz und Nutzenbewertung im Gesundheitswesen. Sie verfügt jedoch über keinen Gradmesser für «Fairness». Die Frage der Verteilungsgerechtigkeit bleibt letztlich dem politischen Aushandlungsprozess überlassen.

Rationierung aus rechtlicher Sicht

Die Schweizer Juristinnen und Juristen haben sich bisher nicht ausführlich mit der Frage der

Rationierung befasst. Das scheint drei Gründe zu haben:

– Aus juristischer Sicht spitzt sich das Rationierungsproblem in der Schweiz nicht zu, obwohl versteckte oder implizite Formen vorhanden sind.
– Im Moment ist weder eine allgemeine noch eine rechtlich gültige und anwendbare Definition der Rationierung vorhanden.
– Mit Ausnahme der Regelungen zu Organtransplantation und zur Bewältigung eines Pandemierisikos sind weder Rechtstexte mit Rationierungskriterien noch eine Rechtsprechung dazu vorhanden.

Vereinbarkeit mit der Bundesverfassung?

Aus rechtlicher Sicht stellt die Rationierung ein Problem dar, weil sie die Grundrechte eines Menschen antastet. Artikel 10 der Bundesverfassung (BV) hält das Recht auf Leben und auf persönliche Freiheit fest; Art. 8 BV garantiert die Gleichheit der Behandlung und verbietet jede Diskriminierung (z.B. beim Zugang zu den Grundleistungen der Krankenversicherung). Darüber hinaus sichert Art. 12 BV jeder Person das Recht auf das Existenzminimum zu (inkl. einer medizinischen Basisbehandlung, die gelegentlich als jene Behandlung definiert wird, die zur Wahrung der Menschenwürde notwendig ist [2]).

Der Art. 41 BV sieht zudem vor, dass der Bund und die Kantone dafür sorgen, dass «jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält». Die Bedeutung dieser Bestimmung, die die vom Staat zu verfolgenden Sozialziele festlegt, ist allerdings primär symbolisch: Der Staat soll darüber wachen, dass die gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung angemessen erfüllt werden, dies unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen. Ein Bürger kann daraus jedoch kein individuelles Recht auf Gesundheitsversorgung ableiten.

Alle gleich oder alle anders?

Das Gleichbehandlungsgebot von Art. 8 BV beruht darauf, identische Situationenen ähnlich und nicht identische Situationen unterschiedlich zu behandeln. Es verbietet daher sowohl unberechtigte Unterscheidung als auch unhaltbare Gleichstellung. Anders gesagt ist eine ungleiche Behandlung nur dann verboten, wenn sie kein nachvollziehbares Motiv hat und nicht auf einer vernünftigen Begründung beruht.

Eine Rationierung, die sich auf eines der in Art. 8 Abs. 2 BV genannten Kriterien (Herkunft, Rasse, Geschlecht, Alter, Sprache, soziale Stellung, Lebensform, religiöse, weltanschauliche oder politische Überzeugung oder körperliche, geistige oder psychische Behinderung) stützen würde, wäre damit verfassungswidrig

Rationierung aus klinischer Sicht

Der ausführliche Bericht gibt einen umfassenden Einblick in die Fragen, die sich zur Rationierung aus allen Blickwinkeln des klinischen Alltags stellen. Stellvertretend für die Vielfalt in der Klinik werden im Folgenden Aussagen dreier Mitglieder der Arbeitsgruppe wiedergegeben [3]:

Geriatrie (Daniel Grob)
«Wenn Ärztinnen und Ärzte wenig durchdachte ökonomische (Spar-)Kriterien am Einzelfall am Krankenbett ihrer Patienten/Patientinnen anwenden und unreflektiert diagnostisch-therapeutische Leistungen bei kranken Hochbetagten einschränken würden, führte dies zu einer weder ethisch noch juristisch, noch ökonomisch zu rechtfertigenden Altersrationierung: Aus ethischer Sicht wären Fürsorge- und Gerechtigkeitspostulate verletzt, juristisch könnten Haftbarkeitsfragen ins Spiel kommen, ökonomisch würden wohl enorme gesamtwirtschaftliche (Pflege-)Folgekosten auflaufen, und gesellschaftspolitisch würden die Kosten der sozialen Sicherheit steigen. Der alte Patient würde so definitiv zum Opfer des gesellschaftlichen Altersbildes.»

Palliative Care (Roland Kunz)
«Die Vorenthaltung von möglichen Leistungen in palliativen Situationen erfolgt in erster Linie im Sinne der passiven Sterbehilfe, um Leiden nicht unnötig zu verlängern und den unabwendbaren Tod nicht hinauszuzögern. Das fehlende regionale Angebot an palliativen Betreuungsangeboten oder die ungenügende Finanzierung nichtmedizinischer palliativer Leistungen können die Betreuungsqualität am Lebensende einschränken. Grosse Aufmerksamkeit muss darauf gerichtet werden, dass nicht schwerkranken Patienten sinnvolle Interventionen unter dem Deckmantel Palliative Care oder passive Sterbehilfe aus ökonomischen Überlegungen vorenthalten werden.»

Pflege (Pierre Théraulaz)
«Avec la généralisation des restrictions budgétaires, les moyens dévolus aux soins infirmiers ont clairement été remis en cause. La principale conséquence en a été la non-adaptation à l'augmentation de la

2 Steffen G. Droit aux soins et rationnement: approche d'une définition des soins nécessaires. Bern: Stämpli; 2002, S. 265ff.

3 Die ausführlichen Aussagen dieser und weiterer Fachleute finden sich im Gesamtbericht.

charge des ressources dévolues aux forces de travail infirmières. A partir de la fin des années 1990, des études ont été alors publiées qui tendent à décrire l'effet des dotations sur la qualité des soins. C'est dans ce contexte très particulier qu'il est fait mention de rationnement implicite.
Ce rationnement implicite des soins s'exerce à travers
– une diminution de dotation en personnel de soins (ou une non-adaptation en cas d'augmentation d'activité) ou
– une déqualification de ce même personnel (remplacement de personnel diplômé par du personnel d'assistance).
Quant au rationnement explicite des soins, il n'a guère fait l'objet actuellement de publications. Jusqu'à ce jour, il est plus souvent fait mention de choix de prise en charge, de pose de priorités que de rationnement des soins.»

Rationierung aus ethischer Sicht
Viele Diskussionen rund um die Prioritätensetzung basieren auf dem ethischen Rahmenthema der Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Bei diesen sozialethischen Debatten geht es erstens um die unterschiedlichen Vorstellungen von Gerechtigkeit (z.B.: Gibt es ein Menschenrecht auf Gesundheit?), zweitens um Fragen rund um die Finanzierungsmodelle des Sozialstaates (z.B.: Ist Rationierung überhaupt nötig?) und drittens um Detailfragen bei der Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgung (z.B.: Wie hoch soll der Selbstbehalt sein?).

Unterschiedliche Gerechtigkeitsvorstellungen
Eine verbreitete Umschreibung von Gerechtigkeit postuliert, dass alle Menschen die möglichst gleiche Chance haben sollen, ihre eigenen Lebensentwürfe tatsächlich zu verwirklichen. Die Bedingung dazu wäre Chancengleichheit beim Zugang zu Ressourcen. Eine andere Gerechtigkeitsvorstellung zielt auf das Ergebnis staatlicher Massnahmen: Alle Menschen sollen dazu befähigt werden, ihre Pläne und Projekte für ihr Leben durchführen zu können. Dieses Gerechtigkeitsverständnis orientiert sich an der Befähigung der Menschen und nicht an der Herstellung eines möglichst gleichen Zugangs zu den Ressourcen.

Die Verständigung darüber, was gerechte und was ungerechte Situationen bzw. Entscheidungen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung sind, setzt die Klärung des Gerechtigkeitsbegriffs voraus. Die Arbeitsgruppe liefert dazu eine konkrete Antwort, die im gesellschaftlichen Kontext der Schweiz verankert ist: Dem Sozialstaatssystem liegt traditionellerweise ein egalitäres Gerechtigkeitsverständnis mit einem Solidaritätsbewusstsein zugrunde, das zu einer breiten, kollektiv finanzierten Grundversorgung für alle führt.

Rationierung als Mittel zur Besinnung
Eine Variante, die ebenfalls auf der Wohlstands- und Fortschrittsperspektive aufbaut, besteht darin, die Aufmerksamkeit der Rationierungsdebatten auf Fragen nach *Sinn und Unsinn von Leistungen der Gesundheitsversorgung* ins Zentrum zu rücken. Der wachsende Finanzierungsdruck und die Unausweichlichkeit, nicht mehr alles bezahlen zu können, werden als *Chance* verstanden, um über die *Ziele der Medizin* nachzudenken. Beispielsweise wird Kritik an der gesellschaftlich verbreiteten Werthaltung geäussert, im Zeichen wachsenden Wohlstands und zunehmender Säkularisierung Heil und Segen von der Gesundheitsversorgung zu erwarten und menschliche Gegebenheiten wie die Endlichkeit des Lebens oder die Vulnerabilität zu verdrängen. Auch die Grenzverschiebungen im Verständnis von Therapie einerseits und der Verbesserung individueller Fähigkeiten und Eigenschaften bei Gesunden (Enhancement) andererseits werden kritisch kommentiert. Auf diese Weise müssten Erwartungen an die Gesundheitsversorgung potentiell grenzenlos werden und könnten und sollten auch nicht mehr bezahlt werden. Ähnliche Vorstösse werden auch aus der Perspektive der Entwicklungszusammenarbeit formuliert, insofern über die Rationierungsthematik die gewaltigen Unterschiede in der weltweiten Gesundheitsversorgung zum Thema gemacht werden.

Existiert Rationierung in der Schweiz?
Aufsätze und Studien aus verschiedenen Fachgebieten zeigen, dass in der Schweiz bereits heute in gewissen Situationen rationiert wird, also Patienten und Patientinnen Leistungen nicht zur Verfügung stehen, die nützlich wären. Im Bericht hat die Arbeitsgruppe die dazu vorliegenden Untersuchungen aus der Schweiz detailliert ausgewertet und kommentiert und damit eine bisher bestehende Lücke gefüllt. Auszugsweise werden hier ausgewählte Ergebnisse präsentiert.

In der Arbeit von Schopper et al. [4] werden klare Schlüsse formuliert: Es werde heute in der medizinischen Versorgung in der Schweiz rationiert, aber in viel geringerem Ausmass als in

4 Schopper D, Baumann-Hölzle R, Tanner M (Hrsg.). Mittelverteilung im schweizerischen Gesundheitswesen. Befunde und Empfehlungen. Basel/Zürich: Schweizerisches Tropeninstitut und Dialog Ethik; 2001.

anderen industrialisierten Ländern. Rationierung finde verdeckt und vor allem im stationären Sektor statt. Ein selektiver Spardruck sei vor allem in der Pflege spürbar, während sich der Trend zur Ausgabensteigerung im medizinisch-technischen Bereich ungebremst fortsetzt. Im stationären Sektor gebe es damit ein Nebeneinander von verdeckter Rationierung und Überversorgung. Wünschbar sei eine stärkere Orientierung an Erfahrungen, die im Ausland mit Entscheidungsprozessen über die Mittelverteilung in der Gesundheitsversorgung gemacht worden sind.

Die RICH-Nursing-Studie [5] hat im Bereich der Pflege implizite Rationierungseffekte geortet: Dabei geht es um Massnahmen, die von Pflegefachpersonen nicht durchgeführt wurden, obwohl sie notwendig und nützlich gewesen wären. Nicht erbracht werden konnten die Leistungen aufgrund eines Mangel an zeitlichen, fachlichen oder personellen Ressourcen in Pflegeteams. Die Studie zeigt einen Zusammenhang zwischen der Arbeitsumgebungsqualität (Angemessenheit der Stellenbesetzung und Fachkompetenz in Pflegeteams, Zusammenarbeit Pflegende und Ärzte, Unterstützung der Pflegenden durch Pflegemanagement) mit der Anzahl nicht durchgeführter, notwendiger pflegerischer Leistungen, benannt als implizite Rationierungseffekte.

In der Studie von Hurst et al. [6] mit Vergleichen zwischen europäischen Ländern fanden die Autorinnen und Autoren, dass die Schweizer Ärzte trotz eines gut ausgebauten Gesundheitssystems mehr klinische Rationierung empfinden als ihre italienischen, norwegischen und britischen Kollegen. 67,7% der Schweizer Internisten und Allgemeinmediziner gaben an, wegen entstehender Kosten für das Gesundheitswesen auf Eingriffe, die im Interesse der Patienten gewesen wären, verzichtet zu haben. Die von den Ärzten am häufigsten als rationiert gemeldeten Eingriffe sind Magnetresonanztomographie, Screeningtests, diagnostische Labortests und rezeptpflichtige Medikamente.

Die Untersuchung von Santos-Eggimann [7] erhob bei Grundversorgern, Spitalfachärzten und -verwaltern sowie Patienten Angaben dazu, welche Bereiche der medizinischen Versorgung manchmal oder oft als schwer zugänglich bezeichnet werden: Es sind dies Psychiatrieversorgung, Rehabilitationsversorgung sowie Langzeitversorgung und -betreuung chronisch Kranker. Etwas mehr als die Hälfte der Grundversorger ist der Meinung, dass die Probleme des Zugangs zur Gesundheitsversorgung, auf die ihre Patienten stossen, manchmal negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Unter den Chefärzten der öffentlichen Spitäler teilt die Hälfte der Verantwortlichen der medizinischen Abteilungen diese Meinung, bei den Chirurgie-/Orthopädieverantwortlichen ist es ein Drittel, und bei Psychiatrie-/Psychogeriatrieverantwortlichen sind es mehr als 80%. Die wichtigsten Merkmale der mit Zugangsschwierigkeiten identifizierten Patienten sind hohes Alter, soziale Verletzlichkeit, das Fehlen einer ausreichenden Versicherungsdeckung und das Vorhandensein psychischer Störungen. Die Personen mit diesen gleichen Merkmalen werden auch als diejenigen genannt, die ein grösseres Risiko haben, im schweizerischen Gesundheitssystem durch die Chefärzte der medizinischen, chirurgischen und psychiatrischen Spitalabteilungen benachteiligt zu werden.

Die Befragung von Domenighetti/Maggi [8] zum Thema der Rationierung hat gezeigt, dass in der Schweiz die Meinungen von Experten und Bevölkerung in zentralen Fragen zur Rationierung weit auseinander gehen. Die wichtigsten Divergenzen betreffen die grundsätzliche Limitierung der Ausgaben im Gesundheitswesen (Bevölkerung: tendenziell «nein», Experten: tendenziell «ja») und die Entscheidungsträger allfälliger Rationierungsmassnahmen (Bevölkerung: Fachleute wie die Ärzteschaft, aber auch Bürgerinnen und Bürger sollen entscheiden; Experten wollen eher politische Instanzen als Entscheidungsträger). Die Studienautoren kommen unter anderem zum Schluss, dass ein gesamtgesellschaftlich getragenes Rationierungskonzept diejenigen Gruppierungen in die Entscheidungsprozesse einbeziehen muss, die das Vertrauen der Bevölkerung geniessen (Ärzteschaft, Patientenorganisationen).

Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnisse diskutierte die Arbeitsgruppe Massnahmen, die die Akteure im Gesundheitswesen dazu bringen sollen, sich mit dem Thema der Rationierung auseinanderzusetzen. Die Empfehlungen zielen auf eine transparente und ehrliche Diskussion der damit verknüpften Fragen ab.

Empfehlungen

Anstatt das Thema Rationierung zu verdrängen oder für den politischen Schlagabtausch zu verwenden, sollten sich die Verantwortungsträger des Gesundheitssystems offen damit auseinandersetzen – und so dafür sorgen, dass das Vertrauen der Bevölkerung in unsere qualitativ hochstehende, allen zugängliche Gesundheitsversorgung weiterhin gerechtfertigt ist.

5 RICH Nursing Study: Rationing of Nursing Care in Switzerland: Effects of Rationing of Nursing Care in Switzerland on Patients and Nurses outcome. Institut of Nursing Science, University of Basle and Penn Nursing – University of Pennsylvania. Schlussbericht. Bern: Bundesamt für Gesundheit; 31. Januar 2005.

6 Hurst S, Slowther A, Forde R, Pegoraro R, Reiter-Theil S, Perrier A, et al. Prevalence and determinants of physical bedside rationing: data from Europe. J Gen Intern Med. 2006;21(11):1138-43.

7 Santos-Eggimann B. Is there evidence of implicit rationing in the Swiss health care system? Lausanne: Institut de Médecine Sociale et Préventive; 2005.

8 Domenighetti G, Maggi J. Définition des priorités sanitaires et rationnement: l'opinion des Suisses, des administrateurs hospitaliers et des départements sanitaires des cantons. Lausanne: DEEP (Département d'économétrie et d'économie politique); 2000. www.hec.unil.ch/deep/textes/00.01.pdf.

In der Auseinandersetzung mit der Rationierung sind vier Stossrichtungen zentral: Grenzen anerkennen, Ziele setzen und Ergebnisse kontrollieren, Zugang sichern und Kriterien festlegen sowie sorgfältig handeln.

Grenzen anerkennen

– Angesichts der Tatsache, dass Ressourcen immer endlich sind, kommt die Gesellschaft nicht um die Aufgabe herum, auch im Gesundheitswesen Grenzen anzuerkennen. Die grosse Herausforderung für die Verantwortungsträger auf allen Ebenen des Gesundheitswesens besteht darin, die Grenzen gerecht zu setzen.
– Politik, Gesellschaft und Gesundheitsfachleute haben anzuerkennen, dass Beschränkungen im Gesundheitswesen existieren bzw. unvermeidlich sind. Die ständige Erhöhung der finanziellen Mittel, die Steigerung der Effizienz (Rationalisierung) oder die Verstärkung von Marktelementen können diese Tatsache nicht eliminieren.
– Es gibt in der Schweiz etliche Beispiele für gesellschaftlich akzeptierte Formen von Leistungsbeschränkung, wie z.B. den Ausschluss der Zahnbehandlung oder der In-vitro-Fertilisation aus der Grundversicherung, oder die Tatsache, dass je nach Region unterschiedliche Angebote an Lebensrettungsdiensten oder an aufwendigen diagnostischen Apparaturen bestehen. Auch die Festlegung von Globalbudgets in Spitälern ist eine Massnahme, die sich heute als eine Begrenzung und damit als implizite oder ungeregelte Rationierung auswirken kann, wenn Behandlungsteams im Einzelfall nicht alle nützlichen Leistungen anbieten können oder wollen. Zu den Problemzonen gehören die Psychiatrie und Rehabilitation. Generell benachteiligt sind alte Menschen, gesellschaftlich marginalisierte Personen, Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen.

Ziele setzen und Ergebnisse kontrollieren

Die Schweiz benötigt gut definierte und verbindliche Gesundheitsziele, die im Rahmen einer nationalen Gesundheitspolitik stehen müssen, damit sie umgesetzt werden können. Nur wenn die angestrebten Ergebnisse bekannt sind, ist es überhaupt möglich, verbindliche Prioritäten zu setzen und demokratisch wie ethisch legitimierte Entscheidungen über die Verteilung der Ressourcen in der Gesundheitsversorgung zu treffen.

Zugang sichern und Kriterien festlegen

– Es ist sicherzustellen, dass alle Patientinnen und Patienten (auch solche aus sozialen Randgruppen) prinzipiell einen guten Zugang zur Gesundheitsversorgung haben.
– Bei allen Entscheiden über den Zugang zu Ressourcen sind die zugrunde gelegten Kriterien transparent zu machen, und die Verantwortlichkeiten sind zu benennen. Eher wenig umstritten ist die Anwendung *prozeduraler* (z.B. die demokratische Entscheidungsfindung) oder *medizinischer* Kriterien (z.B. die Berücksichtigung der Polymorbidität eines Patienten, die zu erwartende Wirksamkeit einer Therapie), kontroverser hingegen wird die Anwendung *rein ökonomischer* Kriterien (z.B. der Kosteneffektivität) beurteilt; zu Recht sehr umstritten und auch verfassungsrechtlich verboten ist die alleinige Berücksichtigung sozialer Kriterien oder des Alters. Über die Entscheide selbst ist offen zu informieren.
– Die Kriterien sind in Abhängigkeit zur jeweiligen Anwendungsebene zu beurteilen: bei Budgetentscheidungen auf der Makroebene (z.B. bei der Gestaltung des Staatshaushalts), institutionellen Entscheidungen auf der Mesoebene (z.B. bei der Erstellung eines Jahresbudgets für ein Spital oder Heim oder der Gewichtung einzelner Versorgungsbereiche) oder bei Therapieentscheiden am Krankenbett (z.B. bei Zuweisungen auf die Intensivstation). Bleiben diese unterschiedlichen Anwendungsebenen bei der Debatte um geeignete Kriterien unberücksichtigt, kann es leicht zu Missverständnissen und falschen Kurzschlüssen kommen.

Sorgfältig handeln

– Die Politik hat die Bevölkerung darüber zu informieren,
  – welche öffentlichen Mittel für das Gesundheitssystem aufgewendet werden;
  – dass es darum geht, in der Medizin wirklich nützliche von nichtwirksamen sowie den nur für den Komfort relevanten Mitteln zu unterscheiden;
  – dass auch Bereiche ausserhalb des Gesundheitssystems von Bedeutung sind für die Gesundheit der Bevölkerung (z.B. Bildung, Arbeit, Umweltschutz) und entsprechend zu unterstützen und zu kontrollieren sind.
– Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) formulieren auf der Basis der von der WHO Europe definierten (und von Public Health Schweiz für die Schweiz adaptierten)

Strategie «Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert» innerhalb zweier Jahre verbindliche Gesundheitsziele und richten die Gesundheitspolitik danach aus.

– Das BAG, die GDK sowie die Krankenversicherer unterstützen die Outcome-Forschung; diese ermöglicht einerseits die stärkere Berücksichtigung von Wirksamkeit in der Praxis, Verteilungsgerechtigkeit und Kosteneffektivität, insbesondere bei neu einzuführenden Massnahmen, und andererseits die Etablierung von Guidelines bzw. Standards durch eine neutrale Institution. Die Unterstützung entsprechender Forschungsprojekte ist anzustreben.
– Auf der Stufe der Institutionen (Spitäler, Ärztenetzwerke, Spitex, Pflegeheime, Rehabilitationszentren u.a.) besteht unter dem Druck der Kosten- und Ertragsoptimierung die Gefahr, dass ertragsfreundliche (z.B. technische) Angebote forciert werden auf Kosten von ertragsschwachen (z.B. pflegeintensiven) Angeboten und dabei «unattraktive Gruppen» wie alte, psychisch kranke oder sterbende Patientinnen und Patienten benachteiligt werden. Dieser Gefahr ist entgegenzuwirken bei der Formulierung der Leistungsaufträge an die verschiedenen Anbieter und in der Ausgestaltung der Tarifstruktur. Adäquate Standards und Leitlinien (durch die Fachgesellschaften, evtl. in Zusammenarbeit mit der SAMW formuliert) und Qualitätskontrolle in diesen sensiblen Bereichen können ungerechter Rationierung entgegenwirken.
– Die Institutionen sorgen dafür, dass den Behandlungsteams neben den Daten der Evidence-based Practice Kriterien und Hilfestellungen zur ethischen Entscheidungsfindung zur Verfügung stehen und dass sie eine entsprechende Schulung erhalten.
– Die Gesundheitsfachleute übernehmen im Rahmen gesetzlicher bzw. gesellschaftlicher Vorgaben auf ihrer Ebene die Verantwortung einerseits für den bestmöglichen und andererseits für einen gerechten Einsatz der vorhandenen Mittel; die dafür notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten eignen sie sich an. Standards und explizite Ausschlüsse müssen stets auf den Einzelfall hin interpretiert werden – ein Vorgang, der in der Verantwortung der Behandlungsteams bleiben soll. Ein Entscheidungsspielraum im Einzelfall muss stets gewährleistet bleiben.

Literatur

Diese Liste ist ein Auszug aus den detaillierten Literaturverzeichnissen, die im ausführlichen Bericht enthalten sind.

– Baumann-Hölzle R. Rationierung im Gesundheitswesen. Schweiz Ärztezeitung. 1999;80(45):2635-7.
– Breyer F, Kliemt H, Thiele F (eds). Rationing in Medicine. Ethical, Legal and Practical Aspects, Berlin/Heidelberg/New York: Springer; 2002.
– Chevrolet JR, Chioléro R. Traitements et médicaments coûteux aux soins intensifs: une réflexion sur la légitimité d'un rationnement et sur le rôle du réanimateur. Med Hyg. 2003;61(2462):2419-22. http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=23457.
– Daniels N, Sabin JE. Setting Limits Fairly. Can We Learn to Share Medical Resources? Oxford/New York: Oxford University Press; 2002.
– Domenighetti G, Maggi J. Définition des priorités sanitaires et rationnement: l'opinion des Suisses, des administrateurs hospitaliers et des départements sanitaires des cantons. Lausanne: DEEP (Département d'économétrie et d'économie politique); 2000. www.hec.unil.ch/deep/textes/00.01.pdf.
– Eidgenössische Kommission für Grundsatzfragen der Krankenversicherung. Zur Frage der «Rationierung» im Gesundheitswesen in der Schweiz. Bern: EKG; Juni 2006.
– Ham C, Robert G (eds). Reasonable Rationing. International Experience of Priority Setting in Health Care. Maidenhead/Philadelphia: Open University Press; 2003.
– Hurst S, Slowther A, Forde R, Pegoraro R, Reiter-Theil S, Perrier A, et al. Prevalence and determinants of physical bedside rationing: data from Europe. J Gen Intern Med. 2006;21(11):1138-43.
– Klein R. Priorities and rationing: pragmatism or principles? BMJ. 1995;311:761-2.
– Marckmann G, Liening P, Wiesing U (Hrsg.). Gerechte Gesundheitsversorgung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen. Stuttgart: Schattauer; 2003.
– Mechanic D. Muddling through elegantly: finding the proper balance in rationing. Health Aff (Millwood). 1997;16(5):83-92.
– Rationierung im Gesundheitswesen: Sonderbeitrag. Schweiz Ärztezeitung. 1999;80(45):2635-71.
– RICH Nursing Study, Rationing of Nursing Care in Switzerland: Effects of Rationing of Nursing Care in Switzerland on Patients and Nurses outcome. Institut of Nursing Science, University of Basle and Penn Nursing – University of Pennsylvania. Schlussbericht. Bern: Bundesamt für Gesundheit; 31. Januar 2005.
– Santos-Eggimann B. Is there evidence of implicit rationing in the Swiss health care system? Lausanne: Institut de Médecine Sociale et Préventive; 2005.
– Schopper D, Baumann-Hölzle R, Tanner M (Hrsg.). Mittelverteilung im schweizerischen Gesundheits-

wesen. Befunde und Empfehlungen. Basel/Zürich: Schweizerisches Tropeninstitut und Dialog Ethik; 2001.

– Sommer Jürg H. Muddling Through Elegantly. Rationierung im Gesundheitswesen. Basel: EMH; 2001.

– Steffen G. Droit aux soins et rationnement: approche d'une définition des soins nécessaires. Bern: Stämpfli; 2002.

– Ubel P. Pricing Life: Why It's Time for Health Care Rationing. Cambridge, MA: The MIT Press; 2001.

– Ubel PA, Goold SD. "Rationing" health care. Not all definitions are created equal. Arch Intern Med. 1998;158(3):209-14.

– Zimmermann-Acklin M. Rationierung im schweizerischen Gesundheitswesen. Überlegungen aus ethischer Sicht. Dtsch Med Wochenschr. 2005;130: 2343-6.

– Zimmermann-Acklin M, Halter H (Hrsg.). Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz. Basel: EMH; 2007.