

Prioritätensetzung – eine politische Managementaufgabe¹

«Die Rationierung als Policy ist in der Schweiz keine Realität und drängt sich nicht auf»: Die vom Bundesrat für das KVG eingesetzte eidgenössische Grundsatzkommission (EGK) sieht vorerst keinen Anlass, unverzichtbare Leistungen zu rationieren. Die Verantwortung für die Festlegung, welche der anerkannten Massnahmen im Einzelfall erforderlich seien, liege bei der Ärzteschaft

Fritz Britt

Landauf – landab werden die Kosten des Gesundheitswesens diskutiert, gar eine Kostenexplosion herbeigeredet (objektiv steigen die Kosten konstant linear!), der Prämienanstieg verflucht (obschon nur ein Drittel der Gesundheitskosten über Prämien finanziert wird) und die Grenzen der Bezahlbarkeit gesichtet. Kein Thema am Stammtisch scheinen die Punkte «steigende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen», «Versorgungsdichte und Angebotssteuerung», «verbesserte medizinische Leistungen und Therapieformen» und «Eigenverantwortung» zu sein. Wenn es aber um die Diskussion der Prioritätensetzung geht, müssen beide Seiten der Medaille diskutiert werden: Kosten und Leistungen.

Die Kosten des Schweizerischen Gesundheitswesens steigen kontinuierlich mit etwa 5% jährlich an. Mit diesem Wachstum liegt die Schweiz im europäischen Mittelfeld. Gemessen am Brutto-Inlandsprodukt liegt die Schweiz mit ihren heute etwa 11% hinter den USA und Deutschland an dritter Stelle. Die Preisniveaus bei fast ausnahmslos allen Gesundheitsdienstleistungen und Produkten sind europäische Spitze, und die Versorgung wird als ausgezeichnet bezeichnet. *Wo liegt das Problem?*

Die Grenze der finanziellen Belastbarkeit der Bevölkerung lässt sich mit Sicherheit nicht am Anteil BIP messen. Und das ökonomische Axiom, wonach sämtliche Güter beschränkt sind, darf allein wohl kaum als Anlass für die Behauptung, die Rationierung sei Tatsache, genommen werden. Zu diskutieren ist allenfalls die Frage, welche Menge und welche Qualität das von der Sozialversicherung finanzierte Leistungspaket haben

soll. Und dies ist eine politische Frage. Um die öffentliche (und politische) Diskussion zu versachlichen, hat die vom Bundesrat für das KVG eingesetzte Grundsatzkommission (EGK) das Thema «Prioritätensetzung» als ständiges Traktandum in ihr Arbeitsprogramm aufgenommen und entsprechende Aufträge erteilt.

Kern des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) ist, dass alle Versicherten Zugang zu allen Massnahmen der Diagnostik und Behandlung haben sollen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Dieser Grundsatz gilt auch, wenn es sich um sehr teure medizinische Massnahmen handelt, meint die EGK: Für sie besteht vorerst kein Anlass, unverzichtbare Leistungen zu rationieren, das heisst, aus ökonomischen Gründen von der Leistungspflicht auszunehmen. Bei ihren Überlegungen stellt die Kommission die gesetzlich verbürgte Chancengleichheit im Zugang zu den im Einzelfall erforderlichen Leistungen in den Mittelpunkt. Die Verantwortung für die Festlegung, welche der anerkannten Massnahmen im Einzelfall erforderlich sind, liegt dabei bei der Ärzteschaft.

Die soziale Krankenversicherung basiert (im Gegensatz zur Unfallversicherung) auf dem Rückerstattungsprinzip. Die Krankenversicherer greifen deshalb im Einzelfall nicht in die Behandlung ein, ausser wo dies in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), der Spezialitätenliste (SL) oder in Tarifverträgen explizit vorgesehen ist. *Die Verantwortung, sich auf den im Einzelfall erforderlichen Mitteleinsatz zu beschränken (Art. 56 KVG), liegt damit bei der Ärzteschaft.* Bindeglied zwischen Versicherern und behandelnden Ärzten sind die Vertrauensärzte. Angesichts dieser Verantwortung der Ärzteschaft sind Weiter- und Fortbildung und insbesondere die Erarbeitung und Verbreitung von Abklärungs- und Behandlungsrichtlinien von zentraler Bedeutung.

Die Thesen der EGK

1. Das Schweizer Gesundheitswesen

Im internationalen Vergleich hat die Schweiz ein qualitativ sehr gutes Gesundheitswesen. Der Versorgungsgrad (z.B. Anzahl Ärzte, Spitäler, Apotheken) ist auf einem hohen Niveau. Temporäre Engpässe in Spitzenzeiten (Aufnahmestopp für Nicht-Notfall-PatientInnen oder Wartezeiten für Wahleingriffe) sind

¹ Referat von Fritz Britt, Fürsprecher, Leiter der Hauptabteilung Kranken- und Unfallversicherung, Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern, am 4. Novartis-Forum für Gesundheitsökonomie. «Von der Prioritätensetzung zur Patientenzufriedenheit am 28.11. 01 in Bern».

La version française suivra dans le prochain numéro de PrimaryCare.

Fritz Britt
Bundesamt für
Sozialversicherungen
Efringerstrasse 20
CH-3003 Bern

zumutbar. Angesichts der Fortschritte und der Verfügbarkeit immer neuer Methoden und Möglichkeiten müssen aber bereits eingeführte und neu verfügbare Leistungen im Gesundheitswesen in bezug auf Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit bewertet werden.

2. Chancengleichheit

Ein Nicht-Erbringen von medizinisch notwendigen Leistungen aufgrund fehlender Zahlungsfähigkeit oder anderer, nicht medizinisch begründeter Kriterien *widerspricht dem Diskriminierungsverbot in der Bundesverfassung*.

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung deckt alle für die Gesundheit relevanten Leistungen ab und verhindert damit eine Zweiklassenmedizin. Zusätzliche Annehmlichkeiten und Luxusleistungen müssen privat finanziert werden. Dazu gehört der Komfort im Spital, der Anspruch auf Chefarztbetreuung, gewisse kosmetische Eingriffe sowie Leistungen, deren Wirksamkeit nicht nachgewiesen ist (Teile der Komplementärmedizin oder andere nicht evaluierte Methoden).

3. Was heisst Rationieren?

Von Rationierung wird gesprochen, *wenn eine wirksame medizinische Leistung nicht allen PatientInnen angeboten werden kann*, weil nicht genügend Ressourcen verfügbar sind (z.B. Geld, Ausrüstung, Medikamente, Impfstoff, Personal, Betten, Organe). In dieser Situation muss eine Auswahl getroffen werden. Offen rationiert wird, wenn die Kriterien diskutiert und bekannt sind. Verdeckt rationiert wird, wenn die Kriterien spontan, zufällig und ohne für die Bevölkerung nachvollziehbare Diskussion festgelegt werden. Nicht als Rationierung darf verstanden werden, wenn beschränkt verfügbare Leistungen gleichwertig ersetzt werden, die zeitlichen und örtlichen Wünsche der PatientInnen eingeschränkt sind oder wenn unwirksame oder schlecht wirksame Methoden nicht angeboten werden.

4. Einschätzung der aktuellen Situation in der Schweiz

Der Rationalisierungs-Spielraum im Gesundheitswesen innerhalb des heutigen finanziellen Rahmens ist gross genug, damit nicht auf Behandlungen verzichtet werden muss, welche für die PatientInnen notwendig sind. Ärzte, PatientInnen und Angehörige

haben die Freiheit, den Einsatz von Mitteln auf das Notwendige und Sinnvolle zu beschränken. Dazu muss das Wissen über die Wirksamkeit und die Grenze von Methoden noch verbessert werden. Es gibt andere als finanzielle Gründe, die eine Auswahl von Patienten unausweichlich machen, wie z.B. die fehlende oder beschränkte Verfügbarkeit von Organen, technischen Ausrüstungen oder in einer neuen Methode ausgebildete Fachleute. Diese Einschätzung gilt für die nähere Zukunft, eine regelmässige Neubeurteilung im Lichte der medizinisch-technischen, ökonomischen, epidemiologischen und demographischen Entwicklung ist notwendig.

5. Globalbudgets, Fallpauschalen

Feste Jahresbudgets für Spitäler oder Spitalabteilungen (Globalbudgets) sowie fixe Beiträge für bestimmte Behandlungen (Fallpauschalen) stellen per se keine Rationierung dar. Ein zu knappes oder starres Budget oder ein Budget, das auf zu tiefer organisatorischer Ebene angesetzt ist, kann im Einzelfall allerdings individuelle Rationierungsentscheide auslösen. Deshalb sollten Auffangnetze zur Finanzierung von sehr teuren medizinischen Leistungen geplant werden (z.B. Rückversicherung, Fonds für teure Einzelfälle). Zudem sollten die Spitäler für den Umgang mit Situationen, die Triage-Entscheide erfordern, interne Regeln entwickeln, welche organisatorische Aspekte (z.B. Entscheide im Team), kommunikative Aspekte (z.B. Transparenz gegenüber Trägerschaft/Aufsichtsbehörde) und medizinisch-wissenschaftliche Aspekte (z.B. Evidence Based Medicine, «medical review systems») umfassen. Damit kann dem Bedürfnis der ÄrztInnen und des Pflegepersonals nach Hilfe bei der Triage entsprochen werden. Es besteht ein Bedarf nach allgemein anerkannten Grundsätzen und Kriterien, welche solchen internen, lokalen Regeln zugrunde liegen müssen.

6. Alternativen zur Rationierung

Um auch in Zukunft eine qualitativ gute Gesundheitsversorgung für die ganze Bevölkerung zu garantieren, braucht es Anstrengungen in vielen Bereichen:

- Reduktion des Bedarfs nach Leistungen des Gesundheitswesens durch Gesundheitsförderung, Prävention, Förderung der Eigenkompetenzen im Umgang mit Krankheit («self care»).

- Reduktion der Nachfrage nach Leistungen durch Information über die Grenzen der Medizin, indem übertriebene Erwartungen in die Medizin relativiert werden und die Patienten zunehmend befähigt werden, informierte Entscheide über ihre Gesundheit zu treffen oder mitzutragen («patient empowerment»).
- Keine Verschwendung von Ressourcen durch konsequente Förderung der wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Medizin auf der Grundlage von gesicherten Erkenntnissen, durch Verhinderung von Doppelspurigkeiten, durch Ausmerzen von finanziellen Anreizen, die zur Verschwendung einladen.
- Förderung von innovativen Strukturen (z.B. Hausarztmodelle, HMOs, vertikal integrierende Versorgungsnetze) und Prozessen (Case Management und andere Managed-care-Techniken).
- Verhinderung von unanständig hohen Preisen.
- Wissenschaftliche Forschung über den grösstmöglichen Gesundheitsnutzen bei beschränkten Ressourcen durch Förderung der Gesundheitssystemforschung und der Technologiebewertung.
- Definieren der Grenze zwischen der solidarisch finanzierten sozialen Krankenversicherung und der selbst finanzierten Zusatzversicherung.

7. Wer ist angesprochen?

Es liegt in der Verantwortung aller beteiligten Akteure und Einzelpersonen, einen Beitrag dazu zu leisten, dass die begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen den grösstmöglichen gesundheitlichen Nutzen bewirken. Bestimmte Akteure sind aber für einzelne Handlungsfelder prädestiniert, die Initiative bzw. Führungsrolle zu übernehmen. Einige Beispiele: Die (bisher nicht existierenden) Anstrengungen mit dem Ziel, die Patienten mündiger zu machen und die Erwartungen in die Medizin zu relativieren, erfordern ein Engagement des Bundes, ebenso die Initiierung der Gesundheitssystemforschung. Für Gesundheitsförderung und Prävention sind Bund und Kantone angesprochen. Die Förderung der Evidence Based Medicine ist in der Verantwortung der Leistungserbringer, insb. der Ärzteschaft, und die Entwicklung von innovativen Strukturen ist eine Aufgabe der Krankenversicherer.

8. Teure medizinische Massnahmen: ein Dauerthema für die EGK

Die Auseinandersetzung mit dem Thema des Umgangs mit teuren medizinischen Massnahmen im Rahmen der sozialen Krankenversicherung ist mit der Verabschiedung des vorliegenden Thesenpapiers nicht abgeschlossen. Die EGK wird sich auf gesellschaftlicher Ebene weiterhin mit dem Thema befassen, einerseits um einzelne Aspekte zu vertiefen, andererseits um ihre grundsätzliche Haltung im Lichte der medizinisch-technischen, ökonomischen, epidemiologischen und demographischen Entwicklungen periodisch zu überprüfen.

9. Vorsorgliche Arbeiten im Hinblick auf Situationen, die individuelle Triage-Entscheide erfordern

Obwohl es das erklärte Ziel bleiben muss, individuelle Rationierungsentscheide zu vermeiden, kann das Thema nicht ignoriert werden. Ein breit abgestütztes Expertengremium sollte deshalb die gedankliche Vorarbeit leisten und bereits jetzt die Kriterien festlegen, die in Rationierungs-Situationen zur Anwendung gelangen würden. Allfällige Lösungen brauchen eine breite politische und gesellschaftliche Akzeptanz. Für die Anwendung sind Gremien zu schaffen, welche diese Kriterien umsetzen bzw. die Anwendung der Kriterien überwachen. Erste Anstrengungen bei der Transplantations-Medizin und der Influenzapandemie-Planung gehen in diese Richtung.

Weshalb kommt die EGK zu Schlussfolgerungen, welche denjenigen anderer Gruppierungen aus dem Gesundheitswesen widersprechen?

Die Differenzen ergeben sich aus dem Rationierungsbegriff und dem Blickwinkel.

Der Rationierungsbegriff: Die EGK geht davon aus, dass auch mit begrenzten Mitteln alle im Einzelfall sinnvollen und notwendigen medizinischen Leistungen auf ansprechendem qualitativem Niveau finanziert werden können. Erst wenn quantitativ und qualitativ eine gewisse Grenze unterschritten wird, können Rationierungssituationen in Einzelfällen oder gar in verbreiteter Masse die Folge sein.

Der Blickwinkel: Die EGK befasst sich mit der gesellschaftlichen Ebene und will sicher-

stellen, dass unter normalen Verhältnissen individuelle Rationierungssituationen nicht notwendig sind. Situationen ungenügender Ressourcen in absoluten Spitzenbelastungen und Ausnahmesituationen (welche individuelle Rationierungsentscheide erfordern können) lassen sich auch mit zusätzlichen Mitteln nie ausschliessen. Die Prioritätensetzung am Krankenbett in solchen Ausnahmesituationen gehört zur Tätigkeit der Ärzte und anderen Angehörigen von Gesundheitsberufen. Die EGK kann und will keine Kriterien und Normen für diese Situationen aufstellen.

Die Rationierung als Policy ist in der Schweiz keine Realität und drängt sich nicht auf.

Es stellt sich im übrigen schon die Frage, wie ehrlich vor allem auf Leistungserbringerseite die Diskussion gemeint ist. Immerhin kann man mit diesem emotionalen Thema der Kosten-, Preis- und Einkommens- sowie der Mengensteuerungsdiskussion elegant ausweichen und der Politik quasi den Ball zurückgeben. Erinnert irgendwie an Diskussionen im Gesundheitswesen!

Prioritätensetzung

«Prioritäten setzen» ist hingegen schon seit Menschengedenken politische Aufgabe. Versorgung, Versorgungsqualität und Versorgungsdichte sind seit Erstellen der kantonalen Verfassungen im 19. Jahrhundert staatliche Aufgaben. Die Einschränkungen im Leistungsbereich erfolgen schon seit Jahren. Auch im KVG sind die Prioritäten gesetzt worden, und es bestehen Prozesse zur Prioritätensetzung:

- Die meisten Zahnbehandlungen sowie die Empfängnisverhütung sind auf Gesetzesstufe ausgeschlossen – Leistungen, die in vielen Ländern kostenlos zugänglich oder stark verbilligt sind.
- Für viele Leistungen wie Physiotherapie, ärztliche Psychotherapie, Adipositasbehandlung oder Medikamente wie z.B. Interferon-alpha sind in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) beziehungsweise in deren Anhang 1 oder in der Spezialitätenliste (SL) quantitative oder indikationsbezogene Limitationen festgehalten. Andere Leistungen wie z.B. die transmyokardiale Laser-Revaskularisation sind explizit von der Leistungspflicht ausgeschlossen.
- Weitergehende Mengenbeschränkungen wie maximale Anzahl verrechenbare Mi-

nuten pro Quartal für Komplementärmedizin oder Anzahl Physiotherapie-Sitzungen pro ärztliche Verordnung sind teilweise in Tarifverträgen vorgesehen.

Die Einschränkungen auf Gesetzesstufe erfolgen durch das Parlament. Auf Verordnungsstufe entscheidet der Bundesrat (neue Leistungserbringer) beziehungsweise das Eidgenössische Departement des Innern (Leistungen) oder das BSV (Medikamente), jeweils beraten durch die zuständigen Fachkommissionen. Diese Kommissionen sind breit abgestützt: Nebst Leistungserbringenden, Versicherungen sowie kantonaler und nationaler Verwaltung sind darin auch Patienten- und Konsumentenorganisationen vertreten. Auf der Makro-Ebene ist damit der Prozess der Prioritätensetzung institutionalisiert.

Am Charakter des demokratisch abgestützten politischen Entscheides über den Umfang der Leistungen der Sozialversicherung ändern die beratenden Kommissionen nichts. Jedenfalls ist mit der aktuellen Gesetzgebung sichergestellt, dass nicht demokratisch nicht-abgestützte Expertokratie-Entscheide gefällt werden. Dies ist keinesfalls anzustreben, und von der Einsetzung sogenannt unabhängiger Expertenkommissionen als Entscheidungsgremien ist dringend abzuraten. Der Entscheid, was Pflichtleistung ist und was nicht, ist ein gesellschaftspolitischer und keinesfalls ein fachlicher oder ein medizinischer. Zudem würde dies den internationalen Bemühungen in der Prioritätensetzungs-Diskussion diametral zuwiderlaufen. Die Schweiz ist mit ihren demokratischen Instrumenten – ohne grosses Brimborium – deutlich weiter als andere entwickelte Länder. In der internationalen Rationierungsdiskussion dominiert nämlich momentan die Frage der Demokratisierung des Entscheides über die Prioritätensetzung. In der Schweiz sind die entsprechenden Instrumente bereits institutionalisiert.

Sehr teure Massnahmen

Verschiedene Kreise im In- und Ausland fordern, dass das solidarisch finanzierte Gesundheitswesen sehr teure Massnahmen nicht mehr anbieten soll (explizite Rationierung), um Mittel zur Linderung der Engpässe in der Patientenversorgung freizusetzen und

so implizite Rationierungssituationen zu vermeiden. Als Methode für die Bezeichnung der Leistungen, die gestrichen werden sollen, steht der Kosten-Nutzwert-Ansatz (cost-utility analysis) im Vordergrund, eingebettet in einen demokratischen, transparenten Prozess. Dieser Ansatz ist aus folgenden Überlegungen problematisch:

- Mehrere wissenschaftliche Autoren halten den Cost-utility-Ansatz aus methodischen Gründen für ungeeignet, um als Grundlage für gesellschaftspolitisch derart heikle Entscheide zu dienen: So benachteiligt die Verwendung von Quality Adjusted Life Years (QALYs) Personen höheren Alters und die Utility-Bewertung eines bestimmten Gesundheitszustandes durch Gesunde stimmt nicht mit der Beurteilung durch akut und chronisch Kranke überein.
- Die Bezeichnung wirksamer Leistungen, zu denen keine Alternativen bestehen, als «zu teuer für die Sozialversicherung» führt direkt und offiziell zur Zweiklassenmedizin: Dies widerspricht dem Grundgedanken der Chancengleichheit im KVG und in der Bundesverfassung.
- Ob der Verzicht auf sehr teure Massnahmen zu mehr Versorgungsgerechtigkeit in anderen Bereichen führen würde, ist mehr als fraglich: Dies ist allenfalls in einem gesteuerten Gesundheitssystem mit zentraler Mittelallokation denkbar, nicht aber in einem partnerschaftlichen System mit dezentralen Entscheidungsstrukturen wie der Schweiz.

Ausblick

Die wissenschaftliche, wirtschaftliche und demographische Entwicklung kann in Zukunft möglicherweise eine Rationierung auf der Makroebene erfordern. Bis dahin kann man bessere wissenschaftliche Grundlagen entwickeln und nachvollziehbare, transparente Entscheidungsprozesse vorbereiten. Unausweichlich ist diese Entwicklung jedoch noch lange nicht. Es ist wohl unbestreitbar, dass auf der Finanzierungsseite mit einer besseren Koordination und Fokussierung die Sozialsysteme in der Schweiz aufeinander abgestimmt werden können. Ebenfalls unbestreitbar ist wohl, dass die Preise in allen Leistungsbereichen noch viel deutlicher auf ein Niveau zurückgeführt werden können, das ein richtiges Preis-Leistungs-Verhältnis widerspiegelt. Schliesslich arbeiten wir in der Schweiz nach wie vor in Versorgungsstrukturen, die aufgrund der regionalen und fachbezogenen Zersplitterung per se kostspielig sein müssen. Und die Arbeitsabläufe sowohl im stationären Bereich wie auch an der Schnittstelle unter den Disziplinen sind dringend Reengineering-bedürftig.

Keinesfalls darf toleriert werden, dass mit der Rationierungs-Diskussion die Anstrengungen in der Verbesserung der Systemeffizienz vernachlässigt werden. Vielmehr sind alle Kräfte auf die Rationalisierung zu konzentrieren, damit im Falle einer allenfalls notwendigen Rationierung nicht zu Recht der Vorwurf entsteht, man hätte seine eigene und unmittelbare Management-Aufgabe nicht wahrgenommen. Und diese wiederum ist auf allen Ebenen wahrzunehmen, das Management der Institutionen, das Management der Patienten und der Krankheiten, das Management der Versorgung. Letzteres ist in der Regel Prioritätensetzung und damit eine politische Management-Aufgabe.