Wörterbuch der Schweizer Sozialpolitik

Rationierung im Gesundheitswesen

Markus Zimmermann

DOI: https://doi.org/10.33058/seismo.30739.0162

Erstveröffentlicht: December 2020

Wörterbuch der Schweizer Sozialpolitik
Jean-Michel Bonvin, Valérie Hugentobler, Carlo Knöpfel, Pascal Maeder, Ueli Tecklenburg (Hrsg.)

Veröffentlicht von: Seismo Verlag, Zürich und Genf

ISBN ePDF 978-3-03777-739-8
ISBN Print 978-3-03777-177-8

Zitiervorschlag: Zimmermann, Markus. 2020. Rationierung im Gesundheitswesen. In Jean-Michel Bonvin, Valérie Hugentobler, Carlo Knöpfel, Pascal Maeder, Ueli Tecklenburg (Hrsg.), *Wörterbuch der Schweizer Sozialpolitik*. Zürich: Seismo Verlag, DOI https://doi.org/10.33058/seismo.30739.

Der Rationierungsbegriff wird je nach wissenschaftlicher Perspektive und gesellschaftspolitischem Kontext unterschiedlich verstanden. Ursprünglich geprägt im Sinne einer gerechten Zuteilung besonders knapper Ressourcen in Kriegszeiten wird er seit einigen Jahren zur Beschreibung von Leistungsbegrenzungen in der Gesundheitsversorgung eingesetzt. In der Politik wird unter Rationierung meist ein ausschliesslich negativ bewertetes Vorgehen im Sinne eines nicht zu rechtfertigenden Vorenthaltens nützlicher Leistungen in der Gesundheitsversorgung verstanden. In der Gesundheitsökonomie wird unter Rationierung in der Regel die Allokation oder Zuteilung von Leistungen der Gesundheitsversorgung verstanden, deren Preisbildung dem Markt aufgrund deren sozialer Finanzierung entzogen ist. In der Gesundheitsethik hat sich im Vergleich zur politischen Definition inzwischen ein breiterer Rationierungsbegriff etabliert: Unter Rationierung werden Mechanismen oder Entscheidungen verstanden, die dazu führen, dass einer behandlungsbedürftigen Person nützliche Leistungen nicht zur Verfügung stehen. Im Unterschied zur politischen Definition wird hier von der Unvermeidbarkeit von Grenzziehungen im Bereich nützlicher Massnahmen ausgegangen; die Definition erlaubt zudem eine Unterscheidung zwischen gerechten und ungerechten Formen von Rationierung und ist damit neutraler. Darüber hinaus wird zwischen impliziter oder ungeregelter Rationierung am Krankenbett (muddling through elegantly) und expliziter, auf übergeordneter Ebene geregelter Rationierung unterschieden. Entscheidend ist überdies, ob die Knappheit der zu verteilenden Güter natürlich vorgegeben ist (wie beispielsweise die Knappheit von Organen in der Transplantationsmedizin) oder ob es sich um eine Knappheit handelt, die aufgrund politischer Entscheidungen (beispielsweise durch Finanzierungs-, Personal oder Infrastrukturentscheidungen) zustande gekommen ist. Der ähnlich klingende Begriff Rationalisierung steht hingegen für eine Effizienzsteigerung ohne Leistungsbeschränkungen im nützlichen Bereich und ist ethisch daher nicht umstritten. Priorisierung und Posteriorisierung von Gesundheitsleistungen meint die Anordnung von Leistungen nach deren Wichtigkeit und kann, muss jedoch nicht als Grundlage für Rationierungsentscheidungen dienen.

Bis vor wenigen Jahren wurden die Rationierungsdebatten in der Schweiz relativ einseitig, in einem strikt ablehnenden Sinne geführt. Ein wichtiges Stichwort dabei war die so genannte Zweiklassenmedizin, die sozialpolitisch als Diskriminierung verurteilt und abgelehnt wurde. Aufgrund der demografischen Entwicklung, der kontinuierlichen Zunahme der Kosten für die Gesundheitsversorgung während der letzten fünfzig Jahre, der Veränderung von Anspruchshaltungen bei Patientinnen und Patienten, vor allem aber aufgrund kostspieliger Fortschritte in der Medizin wird die Diskussion in der Schweiz seit einigen Jahren differenzierter geführt. Einen ersten Anstoss dazu gegeben hatte die 1999 in Basel getroffene und anschliessend umstritten diskutierte Entscheidung, ein Patient sei zu alt für die Behandlung mit einem sehr teuren Medikament («Novo

© 2022. This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial NoDerivatives 4.0 License. (CC BY-NC-ND 4.0)

Downloaded from https://www.seismoverlag.ch/de/daten-woerterbuch/rationierung-im-gesundheitswesen/ by guest on 06 May 2024

Seven»), die Behandlung angesichts der hohen Kosten nicht lohnend und darum abzulehnen. Weitere Eckpunkte der Entwicklung waren die Stellungnahme «Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen: Einschätzung und Empfehlungen» der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) von 2007 sowie eine Entscheidung des Bundesgerichts von November 2010, in welcher erstmals auf höchstrichterlicher Ebene mit der Kosteneffektivität argumentiert wurde: Die Krankenversicherung sei nicht verpflichtet, ein bestimmtes, sehr teures Medikament («Myozyme») für Morbus Pompe-Kranke zu vergüten, weil das Mittel relativ zu den hohen Kosten zu wenig Nutzen erbringe. Die anschliessende politische Debatte hat gezeigt, dass hier aus rechtlicher Sicht sowohl die Rechtsgleichheit als auch die Rechtssicherheit zur Disposition steht: Unklar bleibt, wie viel ein qualitätsbereinigtes Lebensjahr maximal kosten dürfe, damit eine Behandlung von den Krankenkassen erstattet werden müsse. Berücksichtigt werden muss beispielsweise, dass Morbus Pompe eine extrem seltene Erkrankung ist, so dass die Medikamentenpreise sehr hoch sind. Da der Bundesrat in diesem Bereich bislang keinen Handlungsbedarf erkennen kann, stehen die politische Debatte und konkrete Entscheidungen über die Berücksichtigung der Kosteneffektivität von Massnahmen noch aus.

Die Entscheidung des Bundesamts für Gesundheit im Jahre 2015, in einer so genannten Limitatio den Zugang zu dem sehr teuren, aber heilend wirkenden und darum kosteneffektiven Hepatitis C-Medikament Sofusbuvir (Handelsnamen sind beispielsweise «Sovaldi» oder «Harvoni») nur einigen der Betroffenen zugänglich zu machen, hat zu starken Kontroversen geführt. In der Begründung des Sovaldi-Entscheids verweist das Bundesamt für Gesundheit einerseits auf das bestehende Krankenversicherungsgesetz, welches die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von medizinischen Massnahmen fordert, andererseits auf die zu hohen Kosten, die mit einem offenen Zugang für alle Hepatitis C-Erkrankten verbunden wären. Dieser Fall ist insofern interessant, als hier die Kosteneffektivität der Behandlung unbestritten ist (die Kosten sind zwar sehr hoch, der Nutzen im Vergleich zu bestehenden Behandlungen jedoch ebenfalls), jedoch die Anzahl der betroffenen Personen so hoch ist, dass die Kosten einer Versorgung für alle Kranken zu einer markanten Erhöhung der Krankenkassenprämien führen würde. Umstritten diskutiert wird zudem die Frage, wie sich angesichts des extrem hohen return on investment – Hepatitis C ist eine weltweit verbreitete Infektionskrankheit – die hohen Preise dieser Medikamente begründen lassen.

Im Zuge dieser Entwicklungen wurden in den letzten Jahren einige Initiativen zur Gründung einer HTA (Health Technology Assessment)-Institution ergriffen; die Aufgabe solcher Institutionen besteht darin, die Kosteneffektivität medizinischer Massnahmen zu errechnen. Auf eine private Initiative zurück geht die Gründung des Swiss Medical Board, welches sich mit der Abfassung von HTA-Studien befasst und inzwischen von wichtigen gesundheitspolitischen Institutionen mitgetragen wird. Mit der Einführung des neuen Vergütungssystems von stationären Gesundheitsleistungen nach Fallpauschalen anstelle von Tagespauschalen im Jahr 2012 wurde die implizite Rationierung und der Wettbewerb um «günstige Patienten» in der Schweiz noch einmal verstärkt. Diese und ähnliche Veränderungen, bei welchen es zunächst einmal lediglich um Effizienzsteigerung geht, werden gegenwärtig unter dem Thema «Ökonomisierung des Gesundheitswesens» kontrovers diskutiert.

Die Situation in der Schweiz ist besonders davon gekennzeichnet, dass die Pharmaindustrie politisch grossen Einfluss ausübt, das Angebot an medizinischen Massnahmen umfassend ist, während kaum offizielle Regelungen (Limitationes) für die Mittelbegrenzung bestehen. Dies bewirkt eine Zunahme der impliziten Rationierung und erhöht den Druck auf Behandlungsteams, am Krankenbett im Einzelfall zu rationieren. Aus gesundheitsethischer Sicht ist diese Situation unbefriedigend und ungerecht, weil damit ein hohes Mass an Ungleichbehandlung in Kauf genommen wird. Im Vordergrund der ethischen Debatten steht seit einigen Jahren die Altersrationierung, wodurch der gesellschaftliche Druck auf alte Menschen verstärkt werden könnte. Die starke Zunahme der Gesundheitskosten gefährdet die Bereitschaft der Bevölkerung, diese Kosten sozial zu finanzieren, was in den nächsten Jahren zu starken Debatten führen dürfte. Im Unterschied zu anderen Ländern, beispielsweise Schweden, findet diese öffentliche Auseinandersetzung in der Schweiz bislang kaum statt.

Literaturhinweise

Daniels, J. & Sabin, J. (2002). Setting limits fairly: can we learn to share medical resources? Oxford: Oxford University Press.

Lindroth, K. (2008). Resolving health care's difficult choices: survey of priority setting in Sweden and an analysis of principles and guidelines on priorities in health care. Linköping: Linköping University Electronic Press.

© 2022. This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial NoDerivatives 4.0 License. (CC BY-NC-ND 4.0)

Downloaded from https://www.seismoverlag.ch/de/daten-woerterbuch/rationierung-im-gesundheitswesen/ by guest on 06 May 2024

Wörterbuch der Schweizer Sozialpolitik

Seismo

Zimmermann-Acklin, M. (2011). Die Rationierungsdiskussion in der Schweiz: Beobachtungen aus ethischer Perspektive. In V. Wild, E. Pfister & N. Biller-Andorno (Hrsg.), DRG und Ethik: Ethische Auswirkungen von ökonomischen Steuerungselementen im Gesundheitswesen (S. 127–139). Basel: EMH, Schweizerischer Ärzteverlag.

© 2022. This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial NoDerivatives 4.0 License. (CC BY-NC-ND 4.0)

Downloaded from https://www.seismoverlag.ch/de/daten-woerterbuch/rationierung-im-gesundheitswesen/ by guest on 06 May 2024