

Dr. Gaudenz Silberschmidt

Vize-Direktor des Bundesamtes für Gesundheit, Schweiz

Anhörung „Prioritätensetzung“ am 13.12.2004

Fragenkatalog und Antworten von Dr. Gaudenz Silberschmidt

Vor dem Hintergrund erheblicher Finanzierungsprobleme im deutschen Gesundheitssystem beschäftigt sich die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ mit Aspekten der Mittelvergabe im Gesundheitswesen. In der Anhörung möchte die Enquete-Kommission der Frage nachgehen, wie (knappe) Ressourcen im Gesundheitswesen angemessen zu verteilen sind.

Als eine Lösungsstrategie ist die Prioritätensetzung von Interesse. Erste Ansätze einer expliziten Prioritätensetzung in Deutschland blieben in der Gesundheitspolitik bislang allerdings folgenlos, wie etwa das Papier der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer „Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden?“ aus dem Jahr 2000.

Die Enquete-Kommission möchte die Erfahrungen anderer Länder mit in ihre Reflexionen einbeziehen. Daher interessiert sie sich für die Überlegungen zur Prioritätensetzung und deren konkrete praktische Konsequenzen in der Gesundheitsversorgung in anderen Ländern unter ihren verschiedenen Systembedingungen.

Vorbemerkung zu den Antworten von Dr. Gaudenz Silberschmidt:

Normalerweise vertrete ich als Vizedirektor und Leiter Internationales des Bundesamtes für Gesundheit im Ausland die offizielle Position der Schweiz. Zum hier besprochenen Thema existiert keine offizielle Schweizer Position. Ich möchte hier deshalb ausdrücklich festhalten, dass meine Aussagen zu den gestellten Fragen meine persönliche Meinung sind.

Zur politischen Debatte

1. Ausgehend von welchen Problemen und von welcher Struktur Ihres Gesundheitssystems begann in Ihrem Land eine Diskussion zur expliziten Prioritätensetzung im Gesundheitswesen? Wann geschah dies und wer war daran beteiligt?

Falls es in Ihrem Land keine Diskussion zur Prioritätensetzung im Gesundheitssystem gab oder gibt: Warum unterblieb diese Diskussion bislang, und welche alternativen Diskussionen zu den Finanzierungs- und Allokationsfragen des Gesundheitssystems wurden oder werden geführt?

Die Schweiz kennt keine explizite allgemeine Prioritätensetzung. Es gibt auch keine explizite gesamthafte politische Diskussion dazu, selbstverständlich laufen aber Diskussionen unter Fachkreisen. Die Abwesenheit der expliziten Prioritätensetzung hat mehrere Gründe:

- Die Schweiz hat nicht ein, sondern 27 Gesundheitssysteme (26 Kantone mit ihren Kompetenzen + der Bund für die ihm zugeordneten Kompetenzen)
- Bis vor kurzen konnten wir uns noch praktisch alles Wünschbare leisten

- Viele in anderen Ländern zur Diskussion stehende Leistungen wurden in der Schweiz gar nie in den Leistungskatalog der Grundversicherung aufgenommen (Bsp: Zahnmedizin, delegierte Psychotherapie, teilweise Kuren, etc.)
- Bis vor kurzem war das Thema praktisch tabu. Politiker haben nicht viel zu gewinnen. 5 kantonale Gesundheitsminister wurden in letzter Zeit abgewählt, v.a. weil sie Spitäler geschlossen hatten oder schließen wollten.

Umfragen zeigen, dass die Bevölkerung faktisch einen sehr umfassenden Grundleistungskatalog will.

Historisch gesehen ist die Fachdiskussion in der Schweiz in folgenden Etappen verlaufen:

1994 Diskussionen zum Oregon Health Plan

1995 Tagung der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP mit Umfrage

1997/98 Diskussionen um Novo Seven in Basel (Die Gesundheitsministerin wollte die Kosten eines extrem teuren potentiell lebensrettenden Medikamentes in einem Einzelfall nicht übernehmen)

1999 Manifest der Stiftung Dialog Ethik

2000 Bericht der Eidgenössischen Kommission für Grundsatzfragen in der Krankenversicherung

2004 Vorschlag der Zürcher Gesundheitsministerin zur Kürzung der Ausgaben in der Pflege.

Faktisch verfolgt die Schweiz bisher eher einen pragmatischen, Einzelproblem bezogenen Ansatz oder negativ formuliert eine implizite, verdeckte Rationierung.

Zu den theoretischen Überlegungen (*stage of analysis*) einer Prioritätensetzung

2. Welche Gesundheitsleistungen bzw. medizinischen und pflegerischen Leistungen oder Leistungsbereiche sollen in Ihrem Land prioritär zur Verfügung gestellt werden? Was kann oder soll posteriorisiert werden? Gibt es Personengruppen, Erkrankungen und/oder Indikationen bzw. Indikationsbereiche die vorrangig oder nachrangig behandelt werden sollen? Welche Gesundheits- bzw. Leistungsziele werden als vorrangig erachtet, welche als nachrangig?

Da wir keine allgemeine Prioritätensetzung kennen, gelten auch keine allgemeine Kriterien. Seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes 1996 besteht ein Obligatorium in der Grundversicherung.

Für die Grundversicherung existiert eine Negativliste gemäß Leistungsverordnung (ärztliche Leistungen, welche nicht bezahlt werden) eine Spezialitätenliste (Positivliste von nicht ärztlichen Leistungen, welche vergütet werden) und eine Analysenliste (Positivliste). Die Leistungskommission entscheidet über die Aufnahme aufgrund der im Gesetz festgelegten Kriterien:

Art. 32 KVG

1 Die Leistungen nach den Artikeln 25 – 31 müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.

Diese Leistungen decken nur wenige Teilaspekte ab. Es existiert kein umfassender Grundleistungskatalog im Sinne einer Positivliste.

Gewisse Leistungen können auch explizit nur für definierte Pathologien zugelassen werden. Zum Beispiel sind High Tech Anlagen wie ein PET Scan nicht für Privatversicherte Patienten

mit anderen als den definierten Indikationen zugänglich.

3. Anhand welcher ethischen Werte und Kriterien sollte die Prioritätensetzung in Ihrem Land erfolgen? Welche Werthierarchien gibt es? Was sind keine bzw. bewusst ausgeschlossen Kriterien für die Prioritätensetzung?

Es besteht kein allgemeingültiger Katalog. Politische Diskussionen mit dem Finden von Konsenslösungen laufen auch nicht primär betreffend finanziellen Überlegungen sondern betreffend der Allokation von raren Gütern. Im Rahmen des kürzlich vom Parlament verabschiedeten Transplantationsgesetz, für welches gegenwärtig die Referendumsfrist läuft, wurden im konkreten Fall Kriterien definiert. Menschliche Organe werden künftig zentral aufgrund folgender Kriterien zugeteilt:

- die medizinische Dringlichkeit
- der medizinische Nutzen
- die Wartezeit
- die Chancengleichheit (jemand mit schwieriger Gewebekonstellation kann bei anfallendem passendem Organ prioritär berücksichtigt werden)

Dabei wurde klar entschieden, dass die Nationalität und das Altern nicht als Kriterien aufgenommen werden, das heißt, alle Patient mit Wohnsitz und der Schweiz werden unabhängig vom Altern noch den oben genannten Kriterien betreffend Organzuteilung beurteilt werden. Diese Regelung wurde zunächst aufgrund der praktischen Diskussion im üblichen Gesetzgebungsverfahren aufgestellt. Erst danach wurde eine ethische Kontrolle aufgrund der Gerechtigkeitstheorie durchgeführt, welche die gefundene Regelung als gut befand (siehe Gutachten Sitter-Liver http://www.bag.admin.ch/transpla/gesetz/d/gutacht_sitter.pdf) Das Gesetz sollte somit dem Verfassungsauftrag der gerechten Kriterien der Allokation genügen.

4. Welche Institutionen und Gruppen sollen sich bzw. sollten sich in Ihrem Land mit der Prioritätensetzung befassen und Prioritäten festsetzen? Wie sind diese Akteure legitimiert? Welche Wege einer Bürgerbeteiligung (public involvement) spielen in Ihrem Land bzgl. der Prioritätensetzung eine Rolle?

Der übliche Schweizerische Gesetzgebungsprozess ist ausgesprochen partizipativ. Gesetzesvorlagen, ob vom Parlament, der Regierung oder der Verwaltung initiiert gehen nach der Ausarbeitung eines ersten Vorschlages in ein so genanntes Vernehmlassungsverfahren. In diesem breiten Konsultationsverfahren werden alle betroffenen Kreise eingeladen, sich zu den Vorschlägen zu äußern. Erst nach Überarbeitung des Vorschlages aufgrund der Eingaben im Vernehmlassungsprozess wird die Vorlage zusammen mit einem Vernehmlassungsbericht ans Parlament zur Beratung überwiesen. Nach Verabschiedung einer Gesetzesänderung durchs Parlament besteht zudem die Referendumsmöglichkeit. Mit 50'000 Unterschriften kann verlangt werden, dass das Volk über die Vorlage abstimmen muss.

Das Vernehmlassungsverfahren wird meist auch bei Verordnungen des Bundesrates angewandt. Die Kantone kennen ähnliche partizipative Verfahren. Teilweise besteht dort auch ein obligatorisches Finanzreferendum, welches auch für Investitionen im Gesundheitswesen Anwendung findet.

Persönlich habe ich vor 10 Jahren in einem kleinen Schweizer Kanton, welcher noch die Landsgemeinde (jährliche Bürgerversammlung) kennt, miterlebt, wie über die Anschaffung eines Computertomographen abgestimmt wurde. In jeder planwirtschaftlichen wie auch marktwirtschaftlichen Bedürfnisplanung wäre sicherlich eine Zusammenarbeit mit Nachbarregionen gesucht wurden. Da hier aber die Bevölkerung direkt gefragt wurde, ob sie bereit sei, aus Steuergeldern diese Investition zu tätigen um die Technologie lokal zur Verfügung zu haben, wurde die Vorlage klar angenommen.

Auf nationaler Ebene kommen bei besonders heiklen Fragen, wie beispielsweise in der Vor-

bereitung des Transplantationsgesetzes kommen auch andere Konsultationsmechanismen, wie beispielsweise Publiforen zur Anwendung.

Wieder muss aber gesagt werden, dass diese an sich gut funktionierenden Mechanismen nur für gewisse Teilaspekte, welche eben die gesetzlichen Regelung zugänglich sind, zur Anwendung kommen. Bei vielen Entscheidungen auf der Mikroebene (Bsp. Einzelfall) oder Mesoebene (Bsp. Budgetallokation in einem Spital) gibt es keinen öffentlichen Diskurs.

Es wurde auch schon die These vertreten, dass jegliche Rationierung verfassungswidrig wäre.

5. Auf welche Weise soll bzw. sollte eine Prioritätensetzung durch- und umgesetzt werden?

Wie erwähnt verfolgt die Schweiz eine fallweise Priorisierung. Der Begriff Rationierung wird in der politischen Diskussion nach Möglichkeit vermieden.

Von der Theorie zur Praxis: (stage of decision making und initiale Durchsetzung)

6. Welche Werte und Kriterien werden in Priorisierungsentscheidungen umgesetzt? Auf welche Weise geschieht dies? Wie werden die Werte und Kriterien operationalisiert?

Abgesehen von klar umgrenzten Teilbereichen wie der Transplantationsmedizin werden die Werte in Fachkreisen zwar diskutiert, politisch aber noch wenig angegangen. Meinungen verschiedener wichtiger Akteure wurden kürzlich vom Verband Schweizer Assistenz- und Oberärzte in einer Themenummer ihres Bulletins publiziert.

(http://www.vsao.ch/start/journal/09_2004/09_2004.pdf)

7. Wer bzw. welche Institutionen setzen die Priorisierungsentscheidungen in Ihrem Gesundheitssystem um? Auf welchen Ebenen und mit welcher Verbindlichkeit geschieht dies? Welche – auch strukturellen – Folgen hat bzw. hatte die explizite Prioritätensetzung im Gesundheitswesen in Ihrem Land?

Die regelmäßig anfallenden Entscheidungen über die Aufnahme von Leistungen zur Rückerstattung durch die obligatorische Grundversicherung wird durch die Leistungskommission gefällt. Darin sind Bund, Kantone, Ärzteschaft, Spitäler, Versicherer, Versicherte und Apotheker vertreten.

Abgesehen von der Definition der im Rahmen des KVG zu erstattenden Leistungen erfolgt die explizite oder implizite Prioritätensetzung auch auf der Ebene der Kantone, welche für die Spitalplanung primär zuständig sind.

In einzelnen Spitälern wird faktisch bei der Budgetplanung rationiert.

Die Interkantonalen Kommission „Konzentration der hochspezialisierten Medizin“ versucht gegenwärtig in diesem Bereich eine verbesserte Koordination mit dementsprechender Effizienzsteigerung zu erreichen.

8. Welche Mechanismen sind geeignet, um die Prioritäten zu identifizieren und zu realisieren? Welche haben sich in der Praxis als ungünstig erwiesen? Welche Bedeutung haben die Konzepte und Methoden der evidence-based medicine, Forderungen aus dem Bereich der alternativen bzw. komplementären Medizin und der Pflege, politische Interessen der verschiedenen Akteure und kulturelle Gegebenheiten (Gesundheits-/Krankheitsverständnis) bei diesem Prozess in Ihrem Land? Welche Konflikte sind sichtbar geworden?

In der Schweiz wurden verschiedene Leistungen, welche in Deutschland aktuell diskutiert

werden, gar nie in den Grundleistungskatalog aufgenommen:

Der Grossteil der Zahnmedizin und die delegierte Psychotherapie wurden nie von der Grundversicherung finanziert. Die aufgenommenen Aspekte der Komplementärmedizin werden wieder überprüft.

Rund 8% der Versicherten haben eine durch Prämienrabatte gefördertes Versicherungsmodell gewählt. Beim Hausarztmodell verpflichtet sich dabei die Person, ausser in akuten Notfällen immer zuerst ihren Hausarzt zu konsultieren und erhält dafür einen kleinen Prämienrabatt. Bei den Health Maintenance Organisations HMO, welche rund 100'000 Mitglieder haben, werden die Ärzte mit einem festen Lohn und werden nicht pro erbrachte Leistungen entlohnt.

9. Auf welche Weise erfolgt eine Evaluierung und gegebenenfalls Überarbeitung der Prioritätensetzung?

Es laufen keine umfassenden Evaluierungen.

Langfristige Aufrechterhaltung einer expliziten Prioritätensetzung

10. Hat sich das in Ihrem Land entwickelte Verfahren zur Prioritätensetzung etablieren können?

Das vorherrschende pragmatische ad hoc Vorgehen scheint nur wenig grundsätzlich in Frage gestellt zu werden.

Gegenwärtig laufen zwei Volksinitiativen. Von den Sozialdemokraten wird die Einführung einer Einheitskrankenkasse gefordert. Die Schweizerische Volkspartei fordert dagegen eine Senkung der Krankenkassenprämien durch Limitierung des Grundleistungskatalogs, ohne aber genau zu definieren, welche Leistungen durch welchen Prozess ausgeschlossen werden sollten.

11. Welche Ansätze haben sich als hilfreich erwiesen, welche mussten verworfen werden?

Die mit dem Krankenversicherungsgesetz 1996 eingeführte Grundsatzkommission erwies sich nur sehr beschränkt als sinnvoll.

Gegenwärtig soll eine Kommission zur Steuerung der Spitzenmedizin eingesetzt werden.

12. Welche langfristigen Bestrebungen gibt es, mit der Herausforderung der gerechten Mittelvergabe im Gesundheitswesen umzugehen?

Die Finanzierungsdebatte mit der Verbesserung der Steuerungsmöglichkeiten kommt in der Schweiz mit der laufenden Revision des Krankenversicherungsgesetzes voll in Gang.

Folgende großen Themenblöcke werden dabei diskutiert:

- Spitalfinanzierung (der gegenwärtig komplexe Finanzierungsmix von direkten kantonalen Subventionen, Tagespauschalen und Einzelleistungsverrechnung soll vereinfacht werden um eine bessere Steuerung zu ermöglichen)
- Kontrahierungszwang (der gegenwärtig Kontrahierungszwang zwischen Krankenversicherung und Leistungserbringer soll aufgehoben werden)
- Kostenbeteiligung (die Kostenbeteiligung wird erhöht. Die jährlicher minimale Grundfranchise steigt von 300 auf 500 CHF, mit der Möglichkeit durch höhere Wahlfranchisen Prämien zu sparen. Daneben wird der Selbstbehalt von 10% auf 20% erhöht, die jährliche Obergrenze aber auf 700 CHF belassen.)
- Managed Care soll auf freiwilliger Basis vermehrt gefördert werden

- Pflegefinanzierung soll neu geregelt werden.

Gewisse Fachkreise schlagen auch vor, einen hochkarätigen permanenten Gesundheitsrat zu bilden.

Empfehlung

13. Welche Empfehlungen können Sie Deutschland hinsichtlich einer expliziten Prioritätensetzung im Gesundheitswesen geben?

Ich würde 3 Grundhaltungen bezüglich der Frage der Rationierung im Gesundheitswesen unterscheiden:

1. Wir dürfen nicht rationieren, da dies ethischen Grundwerten widerspräche. Diese Haltung ignoriert die zwangsläufig in allen Systemen immer bestehende Tatsache, dass Ressourcen beschränkt sind und dementsprechend irgendwie zugeteilt (sprich „rationiert“) werden müssen.
2. Die Haltung, dass auf Grund der Komplexität der Aufgabe eine explizite Rationierung nicht möglich ist und diese deshalb zwangsläufig implizit erfolgen muss. Diese Position wird vom Schweizer Ökonomen Jürg Sommer in der Schlussfolgerung seines Buches „Muddling Through Elegantly: Rationierung im Gesundheitswesen, EMH Basel 2001“

„Hanson und Callahan benötigten 4 Jahre, um in international zusammengesetzten Arbeitsgruppen wenigstens einen – wie sie es nennen – „considerable degree of consensus“ darüber zu erreichen, was eigentlich die Ziele der Medizin sind. Noch viel mehr Mühe bereitet es, in pluralistischen Gesellschaften im demokratischen Entscheidungsprozess zu bestimmen, welche *konkreten gesundheitspolitischen Ziele* erreicht werden sollen und wie das Gesundheitssystem zu diesem Zweck genau organisiert und finanziert werden soll. Kein Land der Welt hat bis anhin auch nur den Versuch gewagt, diese Ziele zu quantifizieren und zu evaluieren, ob und inwieweit sie mit den dafür eingesetzten (beträchtlichen) Ressourcen auch erreicht worden sind. Diese *Intransparenz* wird toleriert, weil einerseits die Bevölkerung und deren Vertreter wenig Willen zeigen, sich ernsthaft mit den damit verbundenen existentiellen Fragen auseinandersetzen, welche die eigene Endlichkeit bewusst machen. Andererseits ist wohl kaum ein Bereich derart von einem *Mangel an handelsrelevanten Daten* geprägt wie das Gesundheitswesen.

Vor diesem Hintergrund mutet die Forderung mancher Ethiker und Mediziner nach *expliziter* Rationierung im Gesundheitswesen genauso *realitätsfern* an wie der Glaube mancher Ökonomen, die Allokationsproblematik liesse sich im Gesundheitswesen rein „technisch“ mit Hilfe von Kosten-Wirksamkeits-Analysen lösen. Sobald die im Gesundheitswesen *seit jeher gemachten Behandlungskompromisse* ans Licht der Öffentlichkeit gezerrt werden, könnten wir wegen der vorherrschenden „rule of rescue“ und tiefgreifender Wertkonflikte entweder zu völlig unsinnigen Allokationsentscheidungen gezwungen oder zur eigentlichen Handlungsunfähigkeit verdammt werden. Wieviel *Transparenz* bei derartig schwierigen Entscheidungen und auf welcher Entscheidungsebene toleriert wird, kann wohl nur in einem *iterativen Suchprozess* ermittelt werden, der je nach Zeitgeist und Entwicklungsstand der Medizin zu unterschiedlichen Resultaten führen wird.

Angesichts der Komplexität der Thematik sind starre technokratische Ansätze zum Scheitern verurteilt oder erweisen sich, wie im Falle Oregons, bei näherem Hinsehen als bloße Mogelpackungen. So bleibt wohl nur ein „*elegantes Durchwursteln*“, wie es

der amerikanische Medizinsoziologe David Mechanic und sein britischer Kollege David Hunter postulieren:

“The issues are incredibly difficult. Thus, we proceed better by honestly recognizing their complexity, the heterogeneity of patient populations, the imperfection of our tools, and the uncertainty of medical knowledge and treatment. This requires continuing engagement, flexibility and humility. The fitting response is to muddle through, changing course as knowledge and experience guide us. If we are particularly thoughtful and lucky, perhaps we will be able to say that we have *“muddled through elegantly”*”

3. Da Rationierung unvermeidbar ist muss sie transparent und offen gemacht werden. Durch implizites verdecktes Vorgehen kann die Rationierung weder ethischen Ansprüchen noch Effizienzkriterien genügen. Zudem ist solch ein rechtsfreier Raum mit einem sehr ausgeprägten Glaube an die ärztliche Ethik nicht tolerierbar.

Meine persönliche Sicht liegt momentan zwischen den Haltungen 2 und 3. Die Beschränktheit der Ressourcen ist eine Tatsache des Lebens, welche nicht verneint werden kann. Ein reines „durchwursteln“ scheint mir nicht legitim zu sein. Ich habe aber auch meine Zweifel, ob unsere Gesellschaft für eine umfassende ganze offene Priorisierung und Rationierung bereit ist. Bei der Frage um Leben und Tod ist diese fehlende Bereitschaft auch sehr verständlich. Daneben werden aber viele andere Rationierungsfragen, bei denen es nicht um Leben oder Tod sondern viel mehr um Komfort geht, fälschlicherweise in denselben Topf geworfen. Wir sollten deshalb ersten akzeptieren, dass Rationierung auch in der Medizin eine Realität ist, zweitens akzeptieren, dass wir dies nicht sofort ganz offen und transparent machen können (das heisst ein gewisses Durchschummeln ist unumgänglich) drittens aber eine so offene und transparente Regelung wie möglich schrittweise anstreben. Dabei werden wohl alle Ebenen von der nationalen Gesetzgebung und Leistungsbestimmung, über die kantonale Spitalplanung und der Budgetzuteilung innerhalb eines Spitals bis zur Einzelentscheidung von Ärzten, Pflegenden und Patienten auch in Zukunft voll gefordert bleiben.

Aber sogar bei der Frage um Leben oder Tod werden wir über kurz oder lang der Debatte nicht ausweichen können. Ein Kollege der WHO hat es in folgendem bewusst überzeichneten Bild schön formuliert: Stellen sie sich in 50 Jahren vor, dass wir 100% des BSP für die Gesundheit ausgeben. Es gibt aber immer noch Kosteneffektive Massnahmen, um die Lebenserwartung von 115 auf 116 zu erhöhen.

Zudem sollte sich die Priorisierungsdiskussion nicht ausschließlich auf den Krankenversorgungsteil des Gesundheitssystems konzentrieren. wo eher eine Tendenz zur Überversorgung besteht. Im Bereich der Public Health besteht häufig eine Unterversorgung. Die Frage der Ethik wird aber leider bei der Einschränkung der Mittel für Kampagnen gegen Alkoholmissbrauch oder zugunsten von Impfungen aus Spargründen viel weniger ins Spiel gebracht, obwohl es dort häufig um mehr Menschenleben geht.

Wir stehen vor einem echten Dilemma. Aus Gründen der Gesinnungsethik (deontologische Ethik) versuchen alle Akteure zu verhindern, die Verantwortung für die Rationierung im konkreten Einzelfall zu übernehmen. Aus Gründen der Verantwortungsethik (teleologische Ethik) müssten wir als Gesellschaft aber für eine bessere Mittelverteilung aus ökonomischer und gesundheitlicher Sicht eintreten. Eine Verlagerung der obersten 10% der Kosten aus der kurativen Medizin in die Massnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung wären nämlich sowohl aus ökonomischer wie auch aus gesundheitlicher Sicht eindeutig zu begrüssen.