

Herausforderung hoch spezialisierte Medizin

Rationale Grundlagen für die Rationierung?

Die hoch spezialisierte Medizin ist heute eine der grössten Herausforderungen im Gesundheitswesen. Laufend optimierte Methoden, Techniken, Medikamente und neue Forschungsergebnisse ermöglichen ein besseres, individuelles und wirksames, aber auch kostenintensives Leistungsangebot. Dr. med. Jürg Nadig, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Medizinische Onkologie, stellt hier seinen Standpunkt zur Diskussion, analog zu seinem Referat während der Luzerner Trendtage Gesundheit im März 2006.

Jürg Nadig

Zwischen den Erwartungen der Patienten und dem Behandlungs- und Pflegeangebot wird stets eine Lücke klaffen, da wir immer mehr haben möchten, als zu haben ist. Die Kluft zwischen Wünschbarem und Möglichem lässt sich nicht mit mehr finanziellen Mitteln überbrücken, nicht zuletzt auch, weil die Arbeitskräfte fehlen, um alle Bedürfnisse abzudecken. Eine Rationierung im Sinne von «Zuteilen der jedem zustehenden Ration» ist moralisch immer notwendig, um eine gerechte Verteilung der beschränkten Ressourcen zu ermöglichen.

Zuteilung gemäss WZW-Kriterien

Bereits heute legt das Krankenversicherungsgesetz (KVG) Zuteilungskriterien fest: Eine Behandlung muss wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (WZW-Kriterien), um in der Grundversicherung als Pflichtleistung anerkannt und vom Zwangskollektiv der Bürger finanziert zu werden. Damit hat das KVG bisher nur eine optimale, nicht aber eine maximale medizinische Versorgung garantiert. Sollte in Zukunft trotz diesen Zuteilungskriterien das Gesundheitswesen nicht mehr finanzierbar sein, wäre nach rationalen Grundlagen für die Rationierung im Gesundheitswesen zu fragen.

«Rational» und «Rationierung»

Was ist gemeint? Ration meint den berechneten, zugewiesenen Anteil, leitet sich von lateinisch «ratio» ab und hängt sinngemäss mit Rechnung, Rechenschaft, Überlegung, Erwägung, Vernunft zusammen: Es geht um das vernünftige Mass, um die Berechenbarkeit des zugewiesenen Teils, aber auch um Rechenschaft, da beim Zuteilen begründet werden muss, wie der zugewiesene Anteil berechnet wurde. Das wiederum hat mit Rechtssicherheit zu tun. Somit fordern Sprache und Moral, Rationierung habe nachvollziehbar und öffentlich kontrollierbar zu sein.

Medizin ohne Moral?

Ärztliche Entscheide sollen dem Kranken bestenfalls nützen, seine Autonomie respektieren und gerecht sein. Diese medizinethischen Grundprinzipien haben aber nicht nur am Krankenbett, sondern auch in der Spitaladministration, bei den Gesundheitsbehörden und letztlich auch für die Gerätehersteller und die pharmazeutische Industrie zu gelten. Wertkonflikte sind vorprogrammiert, da sich medizinethische Prinzipien und Gewinnmaximierung im Gesundheitswesen konkurrieren. Eine verdeckte Rationierung verstösst gegen das Gebot der Verfahrensgerechtigkeit und die Patientenautonomie. Welche Mittel dem Patienten in der Grundversicherung zur Verfügung stehen sollen, kann nur im politischen Diskurs festgelegt werden, damit nachvollziehbar wird, wem was in welcher Situation zusteht. Sonst ist der Patient der Willkür des Arztes am Krankenbett oder dem Krankenkassenfunktionär am Schreibtisch ausgeliefert.

Neue Medikamente verlängern Leben in guter Qualität

Beispiel: Neue Medikamente in der Onkologie vervierfachen beim metastasierenden Kolonkarzinom die Überlebenszeit. Die Zulassung von Erbitux® (als Exempel) führt zu jährlichen Kosten in der Sozialversicherung von 8 bis 10 Mil-



Dr. med. Jürg Nadig
Präsident
der Schweizerischen
Gesellschaft für
Medizinische Onkologie

lionen Franken. Die Jahresprämie jedes Schweizer stieg damit um etwa 2 Franken. Mit der heute intensiv geführten öffentlichen Diskussion über die hohen Preise neuer Krebsbehandlungsmittel laufen wir nun aber Gefahr, den schwer kranken Krebspatienten das Gefühl zu geben, sie würden mit ihrer Krankheit zu Unrecht auf Kosten der Solidargemeinschaft leben, wenn sie eine angemessene Behandlung bekommen. Dabei sind die Kosten pro Monat Lebensverlängerung mit anderen Behandlungen vergleichbar, ohne dass dies thematisiert wird.

Wer will Rationierung?

Ausser dem gesunden Prämienzahler und der Exportindustrie, die sich über tiefere Kosten im Gesundheitswesen freuen, gibt es kaum eine Gruppe in der Gesellschaft, die an einer Reduktion der Gesundheitskosten ein reales Interesse haben kann. Die öffentliche Hand müsste zwar weniger Prämienverbilligungen zahlen, hätte aber bei einer Reduktion der Angestellten im Gesundheitswesen mehr Arbeitslose und Sozialfälle zu betreuen. Die Krankenkassen verlören über eine Umsatzeinbusse finanzielle Mittel, um sich gegenseitig Mitglieder abzuwerben.

Rationale Zuteilungskriterien fehlen

Behauptet wird, eine faire Mittelverteilung sei möglich, wenn Rationierungsentscheide aufgrund von «quality-adjusted life-years» (QALY) gefällt würden. Dieser Vorschlag vermittelt den Eindruck, das Problem lasse sich einfach und transparent lösen, indem in einer Liste nachgeschlagen werden könnte, wie

hoch die Kosten für ein qualitätsadaptiertes Lebensjahr sind und welche Behandlungen von der sozialen Krankenversicherung als Pflichtleistung noch übernommen werden müssen und welche nicht. Der Schein trügt: Abhängig von der metrischen oder logarithmischen Skala für die Lebensqualitätsmessung ergeben sich unterschiedliche Resultate für die Kosten pro QALY. Der Kranke schätzt den Gewinn an Lebensqualität anders ein als ein Gesunder. Wird beim gleichen Patienten zur gleichen Zeit die Lebensqualität mit verschiedenen Messinstrumenten ermittelt, lassen sich die Ergebnisse der Qualitätsmessung nicht ineinander überführen.

Rehabilitation als Mass für medizinischen Nutzen

Wie lassen sich die Mittel rational zwischen verschiedenen medizinischen Disziplinen und Krankheitsgruppen verteilen, wenn QALY nicht geeignet sind?

Akute, vor allem aber chronische Krankheiten und das Alter schränken die (Wahl-)Freiheit zunehmend ein. Die Sport- und Arbeitsfähigkeit gehen verloren, die Selbstständigkeit schwindet bis hin zur Pflegebedürftigkeit mit entsprechenden personellen und/oder finanziellen Aufwendungen für die Betreuung. Neue Behandlungsstrategien sind deshalb erst zuzulassen, wenn sie diese Einschränkungen besser oder kostengünstiger aufhalten (rückgängig machen) als die Standardbehandlung. So wird die Wirksamkeit von Behandlungsmassnahmen in verschiedenen Disziplinen vergleichbar, da die Befreiung des Patienten von der Einschränkung durch Krankheit, Therapienebenwirkungen und Alter verglichen wird. Die heute für die Zulassung von Medikamenten eingereichten Unterlagen messen aber diesen Nutzen nicht, obwohl für Patienten, Kostenträger und Gemeinwesen diese Information entscheidend ist. Der Medikamenten- und Gerätehersteller erhebt diese Daten nicht freiwillig. Die Krankenkassen verweisen auf das KVG, das ihnen verbietet, Studien durchzuführen oder zu finanzieren. Der klinischen Forschung in der Schweiz fehlen heute wegen der Sparpolitik die finanziellen Mittel, diese gesundheitspolitisch und klinisch wichtigen Fragen zu beantworten. Somit

Beispiele für monatliche Behandlungskosten (in Fr.)

Dialyse:	5000.—
Stationäre Pflege eines Demenzkranken:	10 000.—
Chemo- und Antikörpertherapie bei Dickdarmkrebs:	20 000.—
Adjuvante Therapie mit Aromatasehemmer bei 70-jähriger Frau mit niedrigem Rezidivrisiko	20 000.—

fehlen die notwendigen Entscheidungsgrundlagen für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen.

Falls wir tatsächlich überzeugt sind, dass eine über die WZW-Kriterien hinausgehende Rationierung notwendig sein wird, müssen wir heute Rationierungsgrundsätze öffentlich diskutieren, die Medikamentenzulassungsstudien mit Fragen zum Behandlungsnutzen erweitern und die industrieunabhängige klinische Forschung fördern. Nur so lassen sich die notwendigen Entscheidungsgrundlagen für eine Rationierung erarbeiten.

Modell einer expliziten Rationierung

Um die Mittel im Gesundheitswesen fair (rational) und unter Wahrung der demokratischen Einflussnahme zu verteilen, braucht es politische Rahmenbedingungen: Die Prinzipien für die Verteilung der Gesundheitsgüter sind demokratisch festzulegen. Mögliche Prinzipien können sein:

- ▲ soziale und geografische Gerechtigkeit
 - ▲ Qualität der Massnahmen
 - ▲ Kosten-Wirksamkeit-Relation (Evidenz, Lebensqualität und Verbesserung des Gesundheitsstatus)
 - ▲ Demokratie und Verbrauchereinfluss.
- Geografische Gerechtigkeit fordert für Bürger in abgelegenen Bergdörfern einen angemessenen Zugang zum Gesundheitswesen und verhindert, dass den Patienten in budgetverantwortlichen Netzwerken kostspielige Leistungen vorenthalten werden, um das Budget zu schonen (und den Gewinn des Netzwerkes zu maximieren). In der Grundversicherung sollen die Behandlungen nicht von der Wohngemeinde oder vom Netzwerk, dem man angehört, abhängig sein.

Das Gesundheitsbudget für Behandlung und Forschung ist durch das Volk oder

seine parlamentarischen Vertreter jährlich festzulegen und auf die einzelnen Sparten im Gesundheitswesen (Prävention, Pflege, Geisteskrankheiten, Gefäss-, Krebskrankheiten, Aids usw.) zu verteilen. Darauf basierend legt ein wissenschaftliches Gremium einen positiven Leistungskatalog für die Grundversicherung fest. Diese Aufteilung in ein Regelsystem, das die Mittel der Positivliste festlegt, und in eines, das im Rahmen dieses Regelwerkes arbeitet, schafft für den Arzt am Krankenbett klare Vorgaben. Dieses Modell bindet den Bürger in die Mitgestaltung des Gesundheitswesens ein, entlässt den Politiker nicht aus seiner Verantwortung und ermöglicht eine demokratische Einflussnahme auf die Mittelverteilung.

Ob ein so reglementiertes System mit Kontrollmechanismen und Einspruchsmöglichkeiten letztlich mehr Mittel für eine evidenzbasierte, das heisst rationale (vernünftige) Behandlung der Kranken zur Verfügung stellt, ist eine offene Frage und wäre ebenfalls wissenschaftlich zu untersuchen.

Dr. med. Jürg Nadig
*Facharzt FMH für Onkologie-
 Hämatologie und Innere Medizin*
Präsident der SGMO
Bannhaldenstrasse 7
8180 Bülach
E-Mail: juerg.nadig@hin.ch