

Rationierungen in der Gesundheitsversorgung

Bericht der Regierung vom 27. September 2016

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	2
1 Auftrag	2
2 Ausgangslage	3
2.1 Begriff «Rationierung»	3
2.2 Weitere Begriffe	6
3 Studien und Umfragen zum Thema Rationierung	9
3.1 Schweiz	9
3.2 Kanton St.Gallen	18
3.3 Fazit über den aktuellen Stand der Rationierung in der Schweiz und im Kanton St.Gallen	21
4 Darstellung der Verknüpfung der Menge der Geldmittel und der Rationierung von medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen	22
5 Kennzeichnung von besonders gefährdeten Personen- und Altersgruppen sowie von medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen	24
6 Ethische Aspekte der Rationierungstendenzen	25
7 Rationierungstendenzen in der Zukunft	26
8 Allgemeine Lösungsansätze und Empfehlungen	28
9 Empfehlungen für den Kanton St.Gallen	30
10 Antrag	32

Zusammenfassung

Das Postulat 43.04.15 «Rationierungen in der Gesundheitsversorgung» wurde am 20. September 2004 eingereicht und vom Kantonsrat am 2. November 2004 gutgeheissen. Darin wurde die Regierung eingeladen, in einem Bericht eine Bestandesaufnahme zu bereits bestehenden Rationierungstendenzen bei medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen im st.gallischen Gesundheitswesen zu erstellen. Es sind die besonders gefährdeten Personengruppen und Leistungen im medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Bereich zu kennzeichnen sowie ethische Aspekte der Rationierungstendenzen und mögliche Lösungsansätze zur Rationierungsproblematik zu erwähnen.

Dieser Bericht gibt einen Überblick über die Rationierungsthematik. Zwei Studien im Pflegebereich aus den Jahren 2003 und 2009–2011 zeigen im Bereich der impliziten Rationierung, dass in der Schweiz im internationalen Vergleich weniger rationiert wird als im europäischen Umfeld. Besonders gefährdete Personengruppen sind sozial schwache Personen (z.B. mit tieferen Einkommen, arbeitslose Personen, Asylsuchende). Die Einführung von SwissDRG hat bis jetzt keine Hinweise auf vermehrte Rationierungstendenzen bzw. Rationierung gebracht. Es gibt aber eine Komprimierung der Leistungserbringung, die möglicherweise eine implizite Rationierung zur Folge haben könnte. Die Frage, ob im Kanton St.Gallen implizit rationiert wird, ist schwierig zu beurteilen. Einerseits fehlen gut fundierte wissenschaftliche Studien, die im Kanton St.Gallen durchgeführt wurden, andererseits zeigt die vom Kantonsarzt durchgeführte Umfrage bei Exponenten des kantonalen Gesundheitswesens ein uneinheitliches Bild. Die subjektiven Aussagen sind sehr unterschiedlich, teilweise werden Rationierungen bzw. Rationierungstendenzen verneint, teilweise – vor allem im pflegerischen-therapeutischen Bereich – eher bejaht. Ob allerdings die geschilderten Rationierungstendenzen oder Rationierungen tatsächlich der Definition der Rationierung entsprechen, müsste mit einer klinischen Studie vor Ort dokumentiert werden. Eine solche würde aber den Rahmen der Berichterstattung in Erfüllung eines Postulats sprengen. Schweizweit und auch im Kanton St.Gallen wird explizit rationiert, vor allem bei Leistungen, die nicht oder nur teilweise unter bestimmten Voraussetzungen über die obligatorische Grundversicherung (OKP) bezahlt werden, oder bei einer Mangellage (z.B. Organtransplantation).

Neben der Sicherstellung von ausreichenden Personalressourcen ist die Qualitätssicherung die beste Prävention von impliziter Rationierung. Jede Leistungserbringerin und jeder Leistungserbringer ist für ihre bzw. seine Qualität primär selber verantwortlich. Es liegt deshalb an den einzelnen Leistungserbringenden, Rationierungstendenzen oder mögliche Rationierungen möglichst früh zu erfassen und ihnen entgegenzuwirken. Allenfalls ist eine Kontrolle durch die Aufsichtsinstanz nötig. Sollte trotzdem rationiert werden, ist es wichtig, dass allfällige Rationierungsmassnahmen in der ganzen Schweiz (und nicht nur im Kanton St.Gallen) offen, transparent, demokratisch und explizit erfolgen sollen und nicht in einem einzelnen Spital oder bei einzelnen Patientinnen und Patienten.

Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir erstatten Ihnen mit dieser Vorlage Bericht zum Postulat 43.04.15 «Rationierungen in der Gesundheitsversorgung».

1 Auftrag

Am 20. September 2004 wurde das Postulat 43.04.15 «Rationierungen in der Gesundheitsversorgung» eingereicht. Der Kantonsrat überwies das Postulat am 1. Dezember 2004; die Regierung unterstützte die Gutheissung. Mit dem Postulat wird die Regierung eingeladen, in einem Bericht zu folgenden Themen Stellung zu beziehen:

- Bestandesaufnahme zu bereits bestehenden Rationierungstendenzen (offene und verdeckte) bei medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen im st.gallischen Gesundheitswesen;
- Kennzeichnung von besonders gefährdeten Personen- und Altersgruppen sowie von medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen;
- Darstellung der Verknüpfung der Menge der Geldmittel und der Rationierung von medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen;
- ethische Aspekte der Rationierungstendenzen;
- mögliche Lösungsansätze zur Rationierungsproblematik.

2 Ausgangslage

2.1 Begriff «Rationierung»

Der Begriff Rationierung hat verschiedene Definitionen. Da die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) für die Listenspitäler¹ und die Ärzteschaft im Kanton St.Gallen verbindlich sind, wird in diesem Bericht die Definition der SAMW gemäss deren Bericht «Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen: Einschätzung und Empfehlungen» aus dem Jahr 2007 verwendet:

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

Rationierung bedeutet also die Verweigerung von medizinischen, pflegerischen und/oder therapeutischen Leistungen, obwohl sie für die Betroffenen nachweislich von Nutzen wären. Nützliche Leistungen sind solche, die aller Wahrscheinlichkeit nach zum angestrebten Ziel führen. Die Nützlichkeit ist aber nicht so einfach zu definieren. Noch schwieriger ist es zu klären, wer über die Nützlichkeit zu entscheiden hat und wie hoch die Wahrscheinlichkeit sein muss, dass die Leistung noch als «nützlich» angesehen wird.

Rationierung wird gemäss dem erwähnten SAMW-Bericht von den Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen unterschiedlich wahrgenommen und lässt sich nach vier Blickwinkeln gliedern.

Aus dem Blickwinkel der Ökonomie

Überall dort, wo Güter nicht in unbegrenzter Menge zur Verfügung stehen, müssen Entscheidungen über deren Verteilung getroffen werden. Es gibt zwei Entscheidungsebenen, die bei der Zuteilung knapper Ressourcen eine Rolle spielen: Erstens die Wahl zwischen alternativen Mittelzuteilungen (Wo werden wie viele Mittel eingesetzt?) und zweitens die Wahl des Allokationsverfahrens (Aufgrund welcher Regeln werden die Mittel zugeteilt?).

Ziel eines ökonomischen Verfahrens ist es, den Gesamtnutzen der verfügbaren medizinischen Leistungen möglichst zu maximieren. Eine entscheidende Rolle spielt u.a. die Frage, wie viel eine Gesellschaft bereit ist, ins Gesundheitswesen zu investieren. Denn zusätzliche öffentliche Ausgaben für die Gesundheit müssen in einem anderen Bereich eingespart werden, sofern die Steuereinnahmen konstant bleiben. Die Ökonomie hat dazu Evaluationsverfahren entwickelt, die es erlauben, das Verhältnis von Kosten und Ergebnis verschiedener Interventionen zu vergleichen und damit auf einer möglichst objektiven Basis Prioritäten zu setzen. Das in der Gesundheitsökonomie am häufigsten angewandte Verfahren ist die Kosten-Nutzen-Analyse oder Kosten-Effektivitäts-Analyse. Sie setzt die Kosten einer medizinischen (oder pflegerischen oder therapeutischen) Intervention ins Verhältnis mit den gewonnenen Lebensjahren, gewichtet mit der Lebensqualität. Je höher der Nutzwert (gewonnene Lebensjahre und Lebensqualität im Vergleich zu den Kosten), desto weiter oben steht diese Therapie auf der Prioritätenliste der Gesundheitsleistungen, d.h. es

¹ Spitalplanung Akutsomatik 2014, Strukturbericht, S. 73; zu finden unter: <http://www.sg.ch/home/gesundheit/gesundheitsversorgung/spitalliste.html> → Spitalplanung Akutsomatik (besucht am 14. September 2016).

werden verschiedene medizinische Interventionen miteinander verglichen und in eine Rangfolge gebracht. Allerdings gestaltet sich die Datenerhebung problematisch: So stellt sich bei der Kostenermittlung die Frage, ob nur die direkten Kosten der Intervention berücksichtigt werden sollen oder auch die indirekten Kosten wie Erwerbsausfall oder Betreuungsleistungen von Angehörigen. Auch der Nutzen der medizinischen Intervention unterliegt grossen methodischen Schwierigkeiten. So ist beispielsweise der Nutzen von vielen Massnahmen wissenschaftlich nur ungenügend nachgewiesen. Noch weniger gesicherte Erkenntnisse liegen über die Veränderung der Lebensqualität durch medizinische Interventionen vor. Ganz abgesehen davon bestehen in der Bevölkerung höchst unterschiedliche Ansichten über die Merkmale von Lebensqualität.

Die Ökonominen und Ökonomen führen einen Teil der Kostensteigerungen im Gesundheitswesen darauf zurück, dass die kollektive Finanzierung «moral hazard»² provoziert: Weil die Versicherten einer solidarisch und risikounabhängig finanzierten Krankenversicherung angehören, fällt der Anreiz weg, ungesunde Lebensweise und risikoreiche Freizeitbeschäftigungen einzuschränken. Zudem besteht die Gefahr, dass die Versicherten zu viele Leistungen nachfragen, die über den Bedarf hinausgehen und auch solche, die nur sehr wenig oder überhaupt keinen Nutzen aufweisen. Schätzungen³ in der Schweiz gehen von einem jährlichen Betrag von rund 2 Mrd. Franken aus.

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 können. 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.

In einem Entscheid des Bundesgerichtes⁴ über Kostenübernahme eines sehr teuren Medikaments steht u.a.: «Die finanziellen Mittel, die einer Gesellschaft zur Erfüllung gesellschaftlich erwünschter Aufgaben zur Verfügung stehen, sind nicht unendlich. Die Mittel, die für eine bestimmte Aufgabe verwendet werden, stehen nicht für andere ebenfalls erwünschte Aufgaben zur Verfügung. Deshalb kann kein Ziel ohne Rücksicht auf den finanziellen Aufwand angestrebt werden, sondern es ist das Kosten-/Nutzen oder das Kosten-/Wirksamkeitsverhältnis zu bemessen. Das gilt auch für die Gesundheitsversorgung, sowohl im Verhältnis zwischen verschiedenen Massnahmen, als auch zu anderen gesellschaftlichen Aufgaben.»

Aus dem Blickwinkel des Rechts

Aus rechtlicher Sicht stellt die Rationierung ein Problem dar, weil sie die Grundrechte eines Menschen antastet. Art. 10 der Bundesverfassung (SR 101; abgekürzt BV) hält das Recht auf Leben und auf persönliche Freiheit fest; Art. 8 BV garantiert die Gleichheit der Behandlung und verbietet jede Diskriminierung. Darüber hinaus sichert Art. 12 BV jeder Person das Recht auf das Existenzminimum zu, einschliesslich einer medizinischen Basisbehandlung, die als jene Behandlung definiert wird, die zur Wahrung der Menschenwürde notwendig ist. Art. 41 BV sieht zudem vor, dass der Bund und die Kantone dafür sorgen, dass «jede Person, die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält».

² moral hazard (englisch wörtlich moralisches Risiko, deutsch auch: «moralische Versuchung») bedeutet, dass sich Individuen aufgrund ökonomischer Fehlanreize verantwortungslos oder leichtsinnig verhalten und damit den Gesundheitskonsum verstärken.

³ Aus «Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens», 2012, Akademie der Wissenschaften Schweiz, S. IX.

⁴ BGE 136 V 395 vom 23. November 2010.

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 sowie körperliche, geistige oder psychische Behinderung) stützen würde, wäre verfassungswidrig. Zudem regelt Art. 32 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (SR 832.10; abgekürzt KVG), dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für Behandlungen übernimmt, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind, d.h. die Leistungserbringenden sind nicht nur der Qualität, sondern auch der Wirtschaftlichkeit verpflichtet.

Aus dem Blickwinkel des Gesundheitspersonals

Das Gesundheitspersonal⁵ ist primär dem individuellen Wohl des Patienten und der Patientin sowie dem Anspruch auf eine bestmögliche Behandlung nach professionellen Sorgfaltsregeln verpflichtet. Im Prinzip muss der Patientenwille berücksichtigt werden, wobei die Respektierung des Patientenwillens dann an seine Grenzen stösst, wenn ein Patient oder eine Patientin Massnahmen verlangt, die unwirksam oder unzweckmässig sind oder die mit der persönlichen Gewissenshaltung des behandelnden Gesundheitspersonals nicht vereinbar sind. Das Gesundheitspersonal darf sich aber der Suche nach kostengünstigeren Behandlungsmethoden und finanziellen Einsparmöglichkeiten nicht verschliessen. Es darf aber auch nicht vergessen werden, dass ärztliches, pflegerisches und therapeutisches Handeln unter dem Druck ökonomischer Effizienzkriterien und einer rechtlichen Überregulierung schwieriger geworden ist. Es verlangt eine Balance zwischen gegensätzlichen Zielen. Diese führen häufig zu einem schweren Loyalitätskonflikt des Gesundheitspersonals, da es im Entscheidungsfindungsprozess den Erwartungen der Patienten, des Berufsstandes und des Arbeitgebers gerecht werden muss. Zudem müssen die Betreiber von Gesundheitseinrichtungen dafür Sorge tragen, dass ihr Personal trotz steigendem Kostendruck Arbeitsbedingungen antrifft, die es nicht ständig dazu zwingt, dem beruflichen Ethos zuwiderzuhandeln.

Aus dem Blickwinkel des Gesundheitswesens

Die Problematik der Prioritätenbestimmung und der Rationierung muss sich am allgemeinen Ziel des Gesundheitswesens orientieren. Dieses besteht darin, in einer in ihrer Gesamtheit gegebenen Bevölkerungsgruppe den bestmöglichen Gesundheitszustand zu erreichen, durch Mittel, die direkt aus dem Bereich der Gesundheitssysteme oder von Massnahmen im Umfeld stammen können und einen direkten Einfluss auf die Gesundheit haben (z.B. Verbesserung der Wohnverhältnisse, des Bildungsniveaus, der Strassensicherheit). Prinzipiell führt eine Perspektive aus Sicht des Gesundheitswesens jedes Mal, wenn die Gesundheit in Konkurrenz mit anderen Zielen wie Erwerb oder Wahrung anderer Güter tritt, dazu, die zwangsläufig begrenzten Ressourcen jeder Gemeinschaft prioritär in Eingriffe zu investieren, welche die Gesundheit der Bevölkerung am meisten verbessern. Da die Gesundheit nicht die einzige Determinante des Wohlbefindens ist, kann dieser Standpunkt tendenziell in Konflikt geraten mit jenem rein wirtschaftlichen, der darin besteht, das Niveau des allgemeinen Wohlbefindens in der gleichen Bevölkerungsgruppe zu maximieren. Ist das fürs Gesundheitssystem bewilligte Budget einmal festgelegt, und genauer jenes, das für die kollektiv finanzierten Interventionen des Gesundheitssystems bestimmt ist, sind anschliessend Allokationsentscheide auf Makro⁶- und Mesoebene⁷ zu treffen. Diese Entscheide haben einen starken Einfluss auf das Gesundheitswesen und können möglicherweise zu Rationierungsentscheiden auf der Mikroebene⁸ führen, wenn die für die Tätigkeit bereitgestellten Ressourcen nicht ausreichen, um alle Bedürfnisse zu decken.

⁵ Mit Gesundheitspersonal werden in diesem Bericht zum Postulat alle Personen bezeichnet, die direkt an der Betreuung, Pflege und Behandlung von Patientinnen und Patienten beteiligt sind.

⁶ Makroebene: politische Ebene.

⁷ Mesoebene: Ebene der Institutionen, z.B. Krankenkasse, medizinische Fachverbände, Spitäler, Pflegeheime.

⁸ Mikroebene: Arbeit am Krankenbett.

2.2 Weitere Begriffe

Rationalisierung

Wenn begrenzte Ressourcen vorhanden sind, müssen zuerst Rationalisierungsmassnahmen⁹ wie Effizienz- und Produktivitätssteigerungen im Rahmen einer Leistungserstellung ergriffen werden. Prozesse und Abläufe, die unwirksam, weniger wirksam als alternative Massnahmen mit den gleichen Kosten oder nicht wirksamer als kostengünstigere Mittel sind, müssen identifiziert und nicht mehr durchgeführt bzw. adaptiert werden. Durch solche Prozessrationalisierungen können Einsparungen vorgenommen werden, ohne dass den Patientinnen und Patienten Notwendiges oder Nützliches vorenthalten werden muss. Dieses Ausschöpfen von solchen Reserven bezieht sich mit Blick auf das Gesundheitswesen einerseits auf organisatorische und verwaltungstechnische Abläufe, andererseits aber auch auf therapeutische und diagnostische Verfahren, die auf der Basis objektivierbarer Kriterien auf potenziell vorhandene Redundanzen oder Ineffizienzen geprüft werden. Rationalisierungsmassnahmen sind also durch die Vernunft begründete sinnvolle Handlungen, die darauf abzielen, bei gleichbleibendem finanziellem Aufwand das Versorgungsniveau zu erhöhen oder bei geringerem finanziellem Aufwand das Versorgungsniveau zu halten.¹⁰ Es ist aber schwierig nachzuweisen, ob getroffene Rationalisierungsmassnahmen tatsächlich einen Effekt haben.

Verdeckte Rationierung

Bei Rationalisierungsmassnahmen besteht die Gefahr, dass sie zur Rationierung führen können. So beispielsweise:

- Ärztstopps können zu einer Angebotsverknappung führen und längere Wartezeiten auf einen Arzttermin zur Folge haben. Für bestimmte Patientinnen und Patienten kann das eine Rationierung bedeuten;
- Das Fallpauschalensystem SwissDRG schreibt je Fall einen Kostenrahmen vor, unabhängig von konkreten Patientensituation;
- Budgets innerhalb von Ärztenetzwerken bestimmen den zu erbringenden Leistungsumfang unabhängig von der konkreten Patientensituation und dem Bedarf an zu erbringenden Leistungen.

Explizite und implizite Rationierung

Von einer expliziten Rationierung wird gesprochen, wenn beispielsweise die Vergütung von bestimmten Medikamenten durch die Krankenkasse nach zuvor festgelegten Kriterien erfolgt. Dazu bedarf es klarer Indikationen und Richtlinien, anhand derer über die Aufnahme von Medikamenten und Therapien in den Katalog der erstattungsfähigen Leistungen entschieden wird. Im Gegensatz dazu erfährt der Patient/die Patientin bei der impliziten, oder auch versteckten, Rationierung nicht, ob ihm Ressourcen aufgrund von Rationierung vorenthalten werden. Die Entscheidung darüber wird ohne vorherige öffentliche Debatte intransparent meist an die Ärzteschaft delegiert.

Harte und weiche Rationierung

Bei harter Rationierung ist eine Vergrösserung der rationierten Menge nicht möglich. Bei weicher Rationierung findet eine Rationierung statt, weil die Entscheidung getroffen wurde, nicht mehr von diesem Gut anzubieten. Ein Fall harter Rationierung sind Spenderorgane, ein Fall weicher Rationierung beispielsweise die Anzahl von Rettungswagen oder Intensivbetten in einer Region.

⁹ Rationalisierung im Gesundheitswesen = Kostensenkung durch Vermeidung unnötiger nicht indizierter, medizinischer, pflegerischer und/oder therapeutischer Massnahmen sowie durch Steigerung der Effizienz z.B. durch Technisierung, Automatisierung, Änderung der Arbeitsabläufe; Rationalisierung zielt auf eine Effizienzsteigerung durch bessere Nutzung vorhandener Möglichkeiten: Ein gleicher Effekt kann mit weniger Mitteln oder mit gleichen Mitteln kann ein besserer Effekt erzielt werden.

¹⁰ Aus Deutsches Ärzteblatt 2009; 106 (12); zu finden unter <http://www.aerzteblatt.de/archiv/63854> (besucht am 14. September 2016).

Priorisierung

Priorisierung¹¹ bedeutet die Zuschreibung einer Präferenzordnung zu therapeutischen und diagnostischen Massnahmen. Durch Priorisierung können gewisse Leistungen ausgesondert werden. Dabei stehen unterschiedliche Priorisierungstechniken zur Verfügung. In Neuseeland werden alle Leistungen von der Grundversicherung finanziert, aber nur Patientinnen und Patienten, die auf einer Skala eine bestimmte Punktzahl erreichen, bekommen die Leistung. Die anderen müssen warten, bis sie auf die erforderliche Anzahl Punkte kommen. Das kann beispielsweise durch den Anstieg von Schmerzen erfolgen.

Internationale Beachtung fand das Priorisierungsmodell des US-Staates Oregon. Die Priorisierung basiert auf einer Liste, die 680 Diagnosen und entsprechende Behandlungen umfasst. Jedes Diagnose-Behandlungs-Paar ist mit einem Rang versehen. Die Anzahl der Ränge, die von der Versicherung nicht bezahlt und somit rationiert werden, hängt von den finanzpolitischen Zielen der Behörden und der Lage der öffentlichen Finanzen ab. Die ursprüngliche Idee, eine Prioritätenliste streng nach Kosten-/Nutzwertverhältnissen zu erstellen, scheiterte in Oregon daran, dass die Ergebnisse aus der Kosten-Nutzwert-Analyse im Widerspruch zur intuitiven Vernunft standen und so in weiten Teilen der Bevölkerung auf Unverständnis stiessen. Die Prioritätenliste, die schliesslich im Jahr 1993 in Kraft trat und seither mehrfach revidiert wurde, ist eine Mischung aus ökonomischen (Kosten), medizinischen (Lebenserwartung) und weiteren subjektiven Kriterien wie z.B. Dringlichkeit.

Overuse

Als Overuse bezeichnet werden medizinische Leistungen, die für die Patientin oder den Patienten keinen Nutzen haben oder deren Risiken den potentiellen Nutzen übersteigen. Im Grundlagenpapier «Overuse – unnötige Behandlungen als Qualitätsproblem» steht dazu u.a.:¹² Unnötige Untersuchungen und Behandlungen können auch durch Überdiagnosen entstehen. Damit sind Diagnosen gemeint, die gemäss Langzeitstudien den Patientinnen und Patienten keinen Nutzen bringen, weil die diagnostizierte Erkrankung während der verbliebenen Lebenszeit weder zum Tod führte noch Symptome auftraten. So vertraten 51 Prozent der Schweizer Grundversorger 2015 die Meinung, dass Patienten und Patientinnen zu viele medizinische Leistungen erhalten. Overuse vermindert die Qualität der medizinischen Versorgung, gefährdet die Patientensicherheit durch die Risiken unnötiger Tests, Untersuchungen und Behandlungen und vermindert die finanziellen und personellen Ressourcen. Faktoren, die Overuse begünstigen, sind u.a.:

– Ausweitung von Krankheitsdefinitionen:

Diagnosekriterien wurden erweitert und Schwellenwerte gesenkt, z.B. für Bluthochdruck, um negative Folgen wie einen Herzinfarkt zu vermeiden. Allerdings gelten dadurch immer mehr Personen als krank, und die Grenze zwischen Risikofaktor und Erkrankung verschwimmt.

Je tiefer der Schwellenwert gesetzt wird, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit für einen Nutzen der Behandlung, insbesondere in Abwägung zu den möglichen Nebenwirkungen;

– Zunehmende diagnostische Sensitivität:

Bildgebende Verfahren wie CT und MRI kommen immer häufiger zum Einsatz. Die zunehmende Bildauflösung macht heute, auch kleinere Anomalien sichtbar. Ausserdem werden bei diagnostischen Untersuchungen (z.B. Labortests, bildgebende Verfahren oder genetische Tests) manchmal zufällig Anomalien entdeckt, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsgrund stehen und die sich oft als Überdiagnosen entpuppen;

– Interessenskonflikte und Anreize:

Die Pharmaindustrie und die Medizingerätehersteller haben Interesse, ihre Produkte zu verkaufen; Produktwerbung bei der Ärzteschaft und Kampagnen in den Medien beeinflussen das Konsumverhalten;

¹¹ Aus: «Rationierung von Gesundheitsleistungen», Aktion Gsundi Gsundheitspolitik AGGP.

¹² Overuse – unnötige Behandlungen als Qualitätsproblem; Grundlagenpapier der SAQM (Schweizerische Akademie für die Qualität in der Medizin); SAEZ, 2016; 97 (7), S. 236–243.

- Fachliche Ressourcen und Meinungen:
Regionale Unterschiede bei der Behandlungshäufigkeit stehen im Zusammenhang mit verschiedenen Überzeugungen zu Indikationen und einer geographisch unterschiedlichen Verbreitung von neuen Technologien oder Prozeduren. Ebenso führen divergierende Überweisungsraten zu Unterschieden bei der Behandlungshäufigkeit. Auch eine mangelhafte Kommunikation zwischen Grundversorgern und Spezialisten bzw. eine fehlende einheitliche Patientenakte kann zu unnötigen Untersuchungen führen;
- Patientenerwartungen:
Viele Patientinnen und Patienten und zum Teil auch die Ärzteschaft glauben intuitiv, dass mehr Abklärungen und neuere medizinische Leistungen ein Qualitätszeichen sind und fordern deshalb Untersuchungen/Abklärungen und auch teilweise Behandlungen, die unnötig sind. Eine Behandlung gemäss Guidelines wird von Patienten und Patientinnen häufig eher kritisch gesehen;
- Defensivmedizin:
Die Ärzteschaft muss eher Vorwürfe fürchten, wenn sie einen Test, eine Untersuchung oder Behandlungen unterlässt, während Überdiagnosen nicht sanktioniert werden. Dieser Umstand führt zum Erbringen von zusätzlichen Leistungen aus Angst vor rechtlichen Klagen oder Kritik durch die Patientinnen und Patienten oder ihrer Angehörigen. Dieses Ärzteverhalten wird als positive Defensivmedizin bezeichnet (z.B. unnötige Tests anordnen, diagnostische Prozeduren durchführen, Überweisungen an Spezialisten oder in Spitäler. Eine Befragung von Allgemeinmedizinern in der Schweiz ergab, dass 43 Prozent den PSA¹³-Test manchmal oder häufig aus rechtlichen Gründen ihren Patienten empfehlen.

Mögliche Lösungsansätze zur Vermeidung von Overuse sind:

- Forschung:
Eine Versorgungsforschung in der Schweiz in Bezug auf Overuse ist kaum vorhanden. So fehlen insbesondere Wirksamkeitsvergleiche und Evaluationen zur Wirksamkeit verschiedener Lösungsansätze in Bezug auf eine tatsächliche Reduktion von Overuse;
- Festlegung nicht-angemessener Verfahren:
Wenn die nötigen wissenschaftlichen Studien vorliegen, muss darauf basierend im Konsens für eine bestimmte Indikation festgelegt werden, welche nicht-angemessene bzw. angemessene Behandlungen oder Untersuchungen sind. Das Swiss Medical Board¹⁴ (SMB) vergleicht verschiedene medizinische Leistungen in Bezug auf das Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis. Beispielsweise hat das SMB im Jahr 2011 bezüglich Prostatakarzinom-Früherkennung folgende Empfehlung herausgegeben: «Die Bestimmung des PSA-Wertes in Hinblick auf die Früherkennung eines Prostatakarzinoms bei diesbezüglich symptomlosen Männern ohne Risikofaktoren (erbliche, familiäre Belastung) ist aufgrund der aktuellen Datenlage nicht gerechtfertigt.»
- Information und Kommunikation:
Wichtig ist die Sensibilisierung für das Thema Overuse in der Ärzteschaft und in der Bevölkerung durch verständliche Informationen wie Guidelines und Entscheidungshilfen wie beispielsweise «Durchführen einer bildgebenden Diagnostik in den ersten sechs Wochen bei Patienten mit unspezifischen Lumbalgien verbessert das Outcome nicht, erhöht aber die Strahlenexposition und die Kosten¹⁵».

Schätzungen in der Schweiz gehen von entstehenden Kosten in Bezug auf angebotsinduzierte Nachfrage von jährlich 1 bis 2 Mrd. Franken und in Bezug auf mangelnde Koordination von 3 Mrd. Franken aus; d.h. zusammen mit den Moral-Hazard-Kosten sind das rund 6 bis 7 Mrd. Franken je Jahr¹⁶.

¹³ PSA = Prostata-spezifisches Antigen.

¹⁴ Zu finden im Internet unter <http://www.medical-board.ch/> (besucht am 14. September 2016).

¹⁵ Zu finden unter www.smartermedicine.ch (besucht am 16. September 2016).

¹⁶ Aus «Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens», 2012, Akademie der Wissenschaften Schweiz, S.IX.

Im Bericht «Gesundheit 2020» fordert der Bundesrat eine «Reduktion von nicht wirksamen und nicht effizienten Leistungen sowie Medikamenten und Verfahren, um die Qualität zu erhöhen und die Kosten zu reduzieren». Deshalb hat der Bundesrat zur Steigerung der Effizienz und Qualität im Gesundheitswesen im Mai 2016 beschlossen, im Bundesamt für Gesundheit eine Einheit aufzubauen, mit der das Health Technology Assessment (HTA) gestärkt werden soll, d.h. es werden medizinische Leistungen und Gesundheitstechnologien systematischer auf ihren Nutzen hin überprüft. Im Jahr 2016 wird beispielsweise überprüft, ob das routinemässige Entfernen von Osteosynthesematerialien (z.B. Schrauben, Platten, Nägel, Drähte), die zur Behandlung von Knochenbrüchen eingesetzt werden, sinnvoll ist.

3 Studien und Umfragen zum Thema Rationierung

3.1 Schweiz

Grössere Studien und Umfragen zum Thema Rationierung in der Schweiz in den letzten 15 Jahren gibt es nur spärlich. Die wichtigsten sind:

Mittelverteilung im schweizerischen Gesundheitswesen

In der Arbeit von Schopper et al.¹⁷ aus dem Jahr 2002 (29 Gesundheitsexperten-Befragungen) werden folgende Schlüsse formuliert: Es werde heute in der medizinischen Versorgung in der Schweiz rationiert, aber in viel geringerem Ausmass als in 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 fortsetze. 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.

RICH-Nursing-Studie

Im Jahr 2003 erhielt das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel vom Schweizer Bundesamt für Sozialversicherungen in Bern den Auftrag zur Durchführung der RICH-Nursing Study (Rationing of Nursing Care in Switzerland). Die RICH-Studie untersuchte die Fragestellung, ob notwendige pflegerische Massnahmen auf Grund fehlender Ressourcen im Pflgeteam unterlassen wurden, und ob sich ein Zusammenhang mit Qualitätsindikatoren der medizinischen und pflegerischen Leistung zeigt. Sie analysierte ausserdem die Arbeitsbedingungen und stellte die Resultate in einem internationalen Vergleich Ergebnissen aus anderen Ländern gegenüber. Die RICH-Nursing Studie hatte zum Ziel, implizite Rationierungseffekte im stationären Pflegebereich in acht Schweizer Akutspitälern zu erfassen und deren Auswirkungen auf ausgewählte Ergebnisse bei Patientinnen und Patienten sowie bei Pflegefachpersonen zu untersuchen. In der Studie wurde das Ausmass des Begriffes «implizite Rationierung von Pflege» definiert als die von Pflegefachpersonen berichtete Anzahl nicht durchgeführter notwendiger pflegerischer Massnahmen bei Patientinnen und Patienten aufgrund eines Mangels an zeitlichen, fachlichen oder personellen Ressourcen in Pflgeteams.

Der höchste Grad an «impliziter Rationierung von Pflege» wurde im Bereich der Dokumentation gemessen, gefolgt von den Bereichen Überwachung, Begleitung, Zuwendung und Unterstützung sowie zeitliche Beschränkungen. Der niedrigste Grad wurde im Bereich Aktivitäten des täglichen Lebens gefunden.

¹⁷ Schopper et al; Mittelverteilung im schweizerischen Gesundheitswesen, SAEZ 2002;83: Nr. 44, S. 2364.

Die Auswertung der RICH-Studie zeigt, dass der Grad an «impliziter Rationierung von Pflege» zwischen den einzelnen Spitälern variiert. Die gemessene Qualität der Arbeitsumgebung¹⁸ variierte zum Teil deutlich zwischen den beteiligten acht Spitälern. Die drei Spitäler, in denen eine niedrige «implizite Rationierung von Pflege» gemessen wurde, wiesen im Vergleich zu den fünf Spitälern mit einer höheren «impliziten Rationierung von Pflege» eine bessere Qualität der Arbeitsumgebung auf. Bezogen auf die Anzahl erfolgter Komplikationen¹⁹ bei Patientinnen und Patienten sowie der Patientenzufriedenheit und Wartezeit auf Schmerzmittel ist zwischen den beteiligten Spitälern eine zum Teil deutliche Variabilität feststellbar. Insgesamt kamen in Spitälern mit einem höheren Grad an «impliziter Rationierung von Pflege» und einer schlechteren Qualität der Arbeitsumgebung mehr Komplikationen bei Patientinnen und Patienten vor.

Bei den untersuchten Faktoren «Vorkommen von Burn-out», «Arbeitsunzufriedenheit», «Stellenwechsel» und «arbeitsbedingte Verletzungen beim Pflegepersonal» variieren die Resultate zwischen den beteiligten Spitälern. Wiederum weisen die Spitäler mit einem höheren Grad an «impliziter Rationierung von Pflege» sowie einer schlechteren Qualität der Arbeitsumgebung weniger gute Ergebnisse auf.

RIS-Studie

Die Studie «Rationnement Implicite en Suisse» (=RIS-Studie) wurde vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne im Jahr 2003 durchgeführt. Sie untersuchte mittels Einzelbefragungen und Fragebögen bei der niedergelassenen Ärzteschaft, den Leitenden Spitalärztinnen und -ärzten, den Spitalverwaltern und den Patientenorganisationen sowie aus Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung inwieweit Einschränkungen von notwendigen Behandlungsmöglichkeiten, vor allem Zugang zu notwendigen Leistungen, subjektiv erfahren werden. Die RIS-Studie, die sich vor allem auf Umfragen bei den verantwortlichen Personen im Gesundheitswesen stützt, hat folgende Ergebnisse hervorgebracht:

- Praktisch keine Rationierung in ambulanter ärztlicher Betreuung somatischer Leiden;
- Gewisse Engpässe in ambulanter Rehabilitation mittels Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie;
- Limitierte Verfügbarkeit von ambulanter und stationärer psychiatrischer und psychogeriatrischer Betreuung;
- Gewisse Engpässe in Rehabilitation und Pflegeunterstützung bei chronisch kranken Menschen.

Die Studie findet kantonale und regionale Unterschiede im Zugang zu notwendigen Leistungen. Besonders deutlich wurden diese Unterschiede in Bezug auf den Zugang zu psychiatrischen Diensten. Es werden auch besondere Risikogruppen wie ältere Personen, geistig Behinderte, psychisch Kranke und sozial Benachteiligte genannt, deren Zugang zu notwendigen medizinischen Leistungen gefährdet erscheint.

RN4CAST-Studie

Die Arbeitssituation des Pflegefachpersonals und die Auswirkung auf die Patientinnen und Patienten wurden in einer grossen internationalen Studie (RN4CAST²⁰, 2009–2011) untersucht. Dabei werden die Arbeitsumgebung, die Personalausstattung, die Zufriedenheit und die Qualität der Versorgung in Bezug auf das Pflegepersonal in zwölf verschiedenen Ländern in Europa miteinander verglichen. Die Fragestellungen der Studie sind breit: Neben Stellenbesetzung, Ausbildung und Berufserfahrung sowie Arbeitsumgebungsqualität wurden auch Patientensicherheit, Pflegequalität und Patientenzufriedenheit einbezogen. Das Vorkommen von Komplikationen und unerwünschten Er-

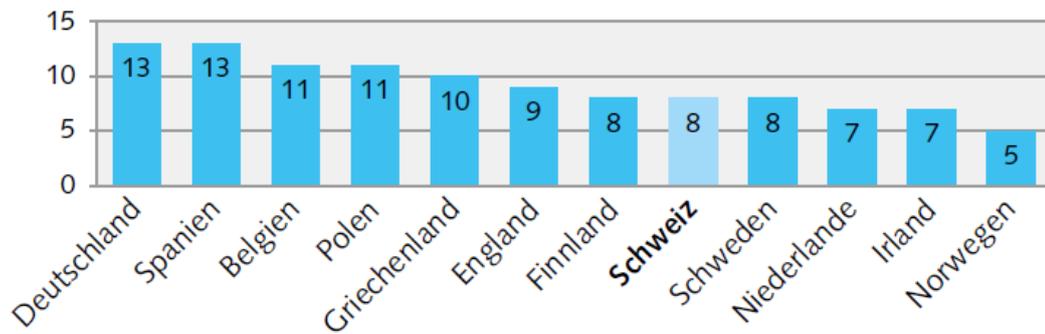
¹⁸ Qualität der Arbeitsumgebung, definiert als die 1) Angemessenheit der Stellenbesetzung und Fachkompetenz, 2) Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärztinnen und Ärzten und 3) Unterstützung der Pflegenden durch das Pflegemanagement.

¹⁹ Fehler bei Medikamentenabgabe, Stürze, nosokomiale Infektionen, kritische Zwischenfälle, Druckgeschwüre.

²⁰ RN4CAST = Registered Nurse Forecasting; zu finden unter <http://www.rn4cast.eu/en/> (besucht am 14. September 2016).

eignissen bei Patientinnen und Patienten, aber auch die Arbeitszufriedenheit und Erschöpfung beim Pflegepersonal wurden erfasst. Die Resultate, im OBSAN-Bulletin 3/2014 veröffentlicht, sind u.a. folgende:

- Die Stellenbesetzung als Verhältnis von Anzahl Patientinnen/Patienten je Pflegefachperson über 24 Stunden in den europäischen Spitälern variiert zwischen 5,4 in Norwegen und 13,0 in Deutschland. Die Schweiz lag im Mittelfeld, wobei eine Pflegefachperson durchschnittlich 7,9 Patientinnen und Patienten betreute (Abbildung 1);

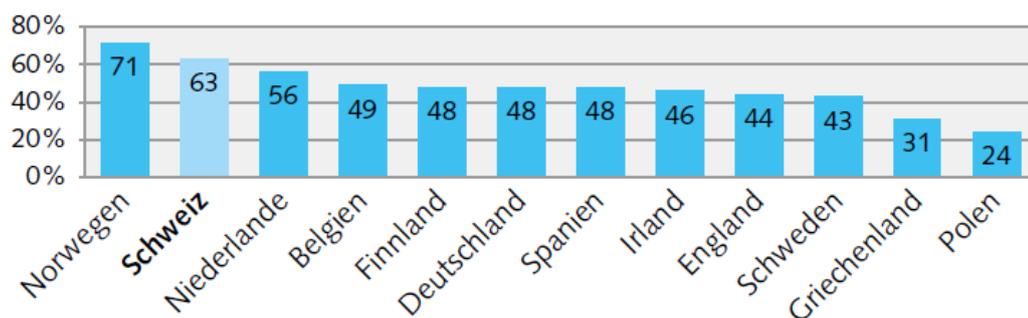


Quelle: RN4CAST (Aiken et al., 2012)

© Obsan 2014

Abbildung 1
Mittlere Anzahl Patientinnen und Patienten je Pflegefachperson über 24 Stunden

- Als wichtige Merkmale der Arbeitsumgebungsqualität gelten die Angemessenheit von Stellenbesetzung und Ressourcen, die Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzteschaft sowie die Unterstützung der Pflege durch das Pflegemanagement. Im Vergleich der europäischen Spitälern und der Schweiz (siehe Abbildung 2) sind deutliche Unterschiede erkennbar. In der Schweiz beurteilen 63 Prozent der befragten Pflegefachpersonen die Qualität der Arbeitsumgebung auf ihrer Abteilung als gut oder ausgezeichnet;

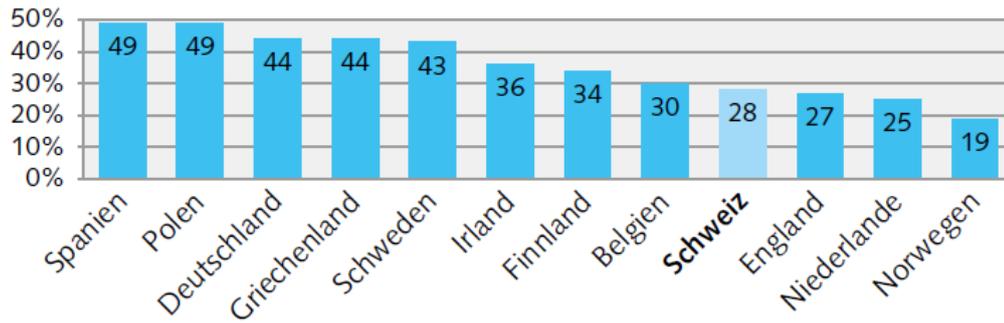


Quelle: RN4CAST (Aiken et al., 2013)

© Obsan 2014

Abbildung 2
Anteil der Pflegefachleute (in Prozent), welche die Arbeitsumgebungsqualität wenigstens als gut beurteilen

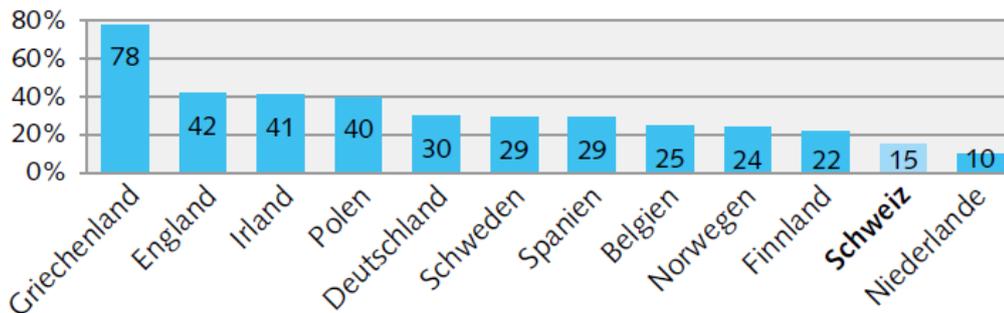
- Arbeitsunzufriedenheit bzw. Kündigungsabsichten und Burnout des Pflegepersonals in den europäischen Spitälern unterschieden sich deutlich, wie die Abbildungen 3 und 4 zeigen:



Quelle: RN4CAST (Aiken et al., 2012)

© Obsan 2014

Abbildung 3
Anteil der Pflegefachleute (in Prozent) mit der Absicht, die Stelle innerhalb eines Jahres zu kündigen



Quelle: RN4CAST (Aiken et al., 2012)

© Obsan 2014

Abbildung 4
Anteil der Pflegefachleute (in Prozent), die angeben, durch ihre Arbeit emotional erschöpft zu sein

- In Spitälern mit einer besseren Stellenbesetzung (tiefere Anzahl Patienten je Pflegefachperson) und Arbeitsumgebungsqualität, bewerteten Patientinnen und Patienten die Spitalqualität häufiger höher und empfahlen das Spital ihren Angehörigen häufiger weiter;
- Psycho-edukative Massnahmen (z.B. Gespräche oder das praktische Anleiten von Patientinnen/ Patienten und deren- Angehörigen) und Massnahmen wie Pflegeplanung und Dokumentation entfallen häufiger als beispielsweise Patientenüberwachung, Umlagern und das rechtzeitige Verabreichen von Medikamenten. Die Untersuchung zeigt auch, dass – unabhängig von der Länderzugehörigkeit – das Auslassen von pflegerischen Massnahmen in den Spitälern seltener vorkommt, in denen die Pflegefachleute bessere Rahmenbedingungen vorfanden.

Diese umfassende Studie attestiert den Schweizer Spitälern eine gute Pflegequalität und hohe Patientenzufriedenheit im internationalen europäischen Vergleich.

SHURP-Studie²¹

Die Qualität der Pflege in den schweizerischen Alters- und Pflegeheimen wurde mit der SHURP-Studie (**S**wiss **N**ursing **H**omes **H**uman **R**esources **P**roject) in den Jahren 2011 bis 2013 erfasst. Die Befragung von 5'323 Pflege- und Betreuungspersonen aus 163 Heimen durch das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel zeigt u.a. folgende Resultate:

²¹ SHURP = Swiss Nursing Homes Human Resources Project; zu finden unter (besucht am 22. Juli 2016): https://nursing.unibas.ch/fileadmin/pflege/redaktion/Forschung/SHURP_Schlussbericht__rev_geschuetzt.pdf

- Am häufigsten eingeschränkt wurde im Themenbereich «Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens» die Ganz- oder Teilwäsche und/oder die Hautpflege (14,2 Prozent) und die Mund- und/oder Zahnpflege (12,7 Prozent);
- Weiter gaben 19,0 Prozent der Befragten an, dass freiheitsbeschränkende Massnahmen angewendet und/oder beruhigende Medikamente verabreicht wurden, da sie verwirrte oder kognitiv beeinträchtigte Bewohnerinnen und Bewohner nicht genügend beaufsichtigen konnten;
- 35,4 Prozent der Pflegenden gaben an, dass sie bei Schichtantritt keine Zeit hatten, sich anhand der Pflegedokumentation genügend über die Bewohnersituation zu informieren;
- 32,1 Prozent der Befragten konnten eine Pflegeplanung nicht erstellen oder aktualisieren und 31,3 Prozent die durchgeführte Pflege nicht genügend dokumentieren;
- Knapp 30 Prozent der befragten Pflege- und Betreuungspersonen gaben an, dass sie mit einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner eine geplante individuelle Aktivität wie z.B. Spaziergang, Begleitung beim Einkaufen, nicht durchführen konnten.

Wird mit der neuen Spitalfinanzierung ab 2012 rationiert?

Der Bundesgesetzgeber beschloss per 1. Januar 2012 die Einführung eines neuen Abgeltungssystems für die Spitalaufenthalte in der Schweiz.²² Das erklärte Ziel der Einführung von SwissDRG war u.a. ein Beitrag zur Kosteneindämmung durch wirtschaftliche Anreize, die bewirken, dass unternehmerische Kriterien im Spitalbereich vermehrt zum Tragen kommen.²³ Mittels der Fallpauschalen werden also gezielt betriebswirtschaftliches Denken und stringentes Management gefördert. Dabei stellt sich die Frage, welche Konsequenzen dieser Fokus für die klinische Praxis und die Patientenversorgung mit sich bringt.

Um die Auswirkungen der Revision der Spitalfinanzierung zu untersuchen, hat der Bundesrat ein Evaluationsprogramm beschlossen. Von 2012 bis 2018 werden in sechs Themenbereichen wissenschaftliche Studien durchgeführt. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat im Mai 2015 einen Zwischenbericht zur Evaluation veröffentlicht, der die Ergebnisse der im Auftrag des BAG durchgeführten Studien sowie die Resultate relevanter Begleitforschung anderer Akteure darstellt²⁴. 2019 wird ein abschliessender Synthesebericht vorliegen. Das BAG schreibt in seiner Zusammenfassung Folgendes:

«Trotz der nicht in allen Fällen wettbewerbsfreundlichen Rahmenbedingungen finden sich auf der Ebene der Spitäler Hinweise, dass sich diese mit gestiegenem Kostenbewusstsein auf einen verstärkten Wettbewerb einstellen. Die Revision scheint viele Entwicklungen, die im stationären Spitalbereich bereits vorher eingesetzt haben, zu akzentuieren. Wie eine Studie im Auftrag des BAG zeigt, reagieren die Spitäler auf den Kostendruck mit Prozessoptimierungen. Gleichzeitig hat die Einführung von SwissDRG allerdings auch den administrativen Aufwand für die Spitäler erhöht. Inwiefern es in den Spitälern zu einer erwünschten verstärkten Spezialisierung auf bestimmte Leistungen oder zu einer unerwünschten Patientenselektion kommt, kann derzeit nicht abschliessend beurteilt werden. Punktuell gibt es aber Vermutungen von Expertinnen und Experten und Leistungserbringern, dass chronisch Kranke oder Multimorbide schneller aus den Akutspitälern verlegt würden, da es sich dabei um finanziell weniger attraktive Patientengruppen handelt. Eine Unterversorgung schwieriger Fälle, ein Missbrauch des Codierungssystems (systematische Höhercodierung bzw. Up-Coding) oder verfrühte («blutige») Entlassungen lassen sich für das Jahr 2012 aber nicht erkennen.»

²² Vor dem Jahr 2012 wurde die Spitalfinanzierung grossmehrheitlich kantonal unterschiedlich geregelt. Im Prinzip vergüteten Kantone und Versicherer anteilmässig die individuellen Kosten eines Spitalunternehmens. Es bestanden wenig finanzielle Anreize, die stationären Behandlungen möglichst kostengünstig zu erbringen. Seit 2012 erfolgt die Finanzierung der Spitalaufenthalte auf Basis eines schweizweit einheitlichen, pauschalisierten Abgeltungsmodells (SwissDRG). Vergütet werden Preise, die auf Basis eines Benchmarking ermittelt werden.

²³ www.swissdr.org (besucht am 14. September 2016).

²⁴ Siehe Zwischenbericht vom BAG an den Bundesrat vom 13. Mai 2015: <http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/07350/12642/index.html?lang=de> → Zwischenbericht 2015 (besucht am 14. September 2016).

In einer weiteren Begleitstudie anlässlich der Einführung von SwissDRG sowie der geplanten stationären Tarife in der Rehabilitation und Psychiatrie im Auftrag der Dachorganisation der Schweizer Ärzteschaft FMH (5. Befragung 2015)²⁵ finden sich folgende Ergebnisse:

- Eine Mehrheit der in der Schweiz tätigen Ärzteschaft ist bei guter bis sehr guter physischer (siehe Abbildung 5) und psychischer Gesundheit. Allerdings wächst der Anteil der Befragten, der angibt, meistens oder häufig Stress ausgesetzt zu sein. Seit Befragungsbeginn steigen diese Aussagen in der Tendenz an und liegen nun an der 50-Prozent-Marke. Beziehungsprobleme belasten zwischen 20 und 30 Prozent aller Befragten wenigstens hie und da;

Frage:

Würden Sie über den Zeitraum der letzten 30 Tage sagen, Ihre physische Gesundheit war...

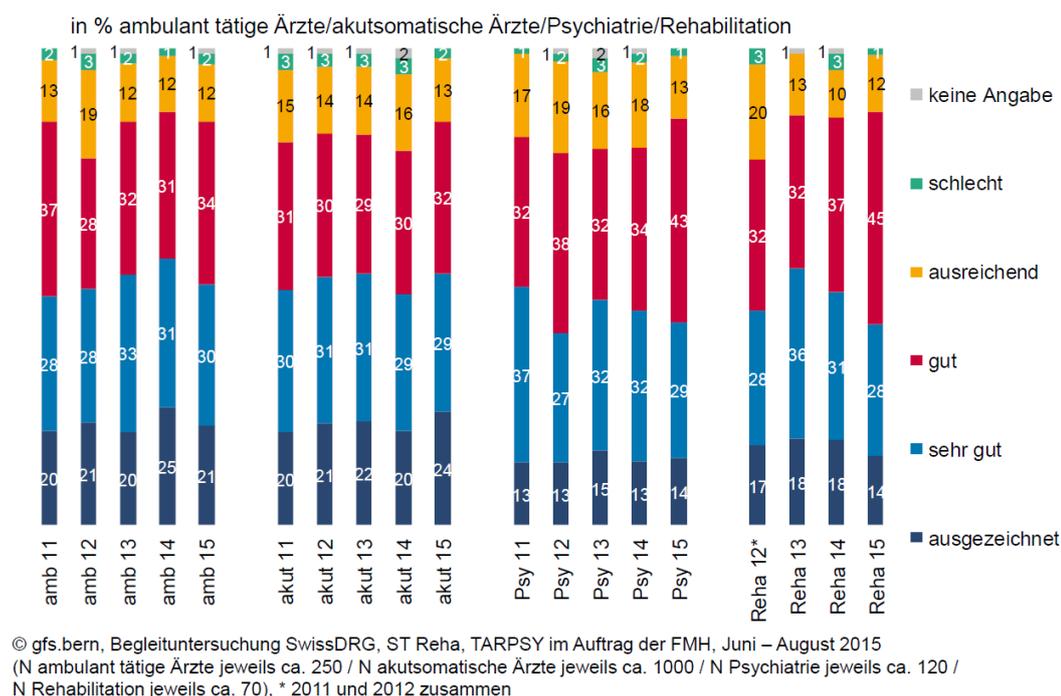


Abbildung 5
Trend Vergleich Physische Gesundheit

Die Arbeitszufriedenheit der Ärzteschaft ist konstant so hoch, so dass von einer ausserordentlich hohen Berufsidentifikation ausgegangen werden kann. Der absolut grösste Teil der in Spitälern und Kliniken tätigen Ärztinnen und Ärzte möchte auch in Zukunft weiterhin dort arbeiten und würde den Arztberuf auch ein zweites Mal wählen. Allerdings fühlt sich die Ärzteschaft andauernd hohem Zeitdruck ausgesetzt. Die auch mit vielen Überstunden zusammenhängende hohe Arbeitsbelastung ist und bleibt in den Augen der Befragten insofern ein Problem, als dass dadurch auch rund 80 Prozent der Ärztinnen und Ärzte bei der Qualität der Patientenversorgung wenigstens hie und da Einbussen beobachten.

Der tägliche Anteil an patienten-nahen, medizinischen Tätigkeiten hat seit dem Jahr 2011 klar abgenommen. Die akutsomatisch tätigen Ärztinnen und Ärzte verbringen noch rund einen Drittel, die Psychiaterinnen und Psychiater und die in der Rehabilitation tätige Ärzteschaft sogar nur noch rund einen Viertel des Tages mit patienten-nahen Tätigkeiten. In der Akutsomatik und der Rehabilitation sind sich die Befragten überdies auch einig, dass dafür der Dokumentationsaufwand (im Verhältnis zu den restlichen Tätigkeiten) Jahr für Jahr eher ansteigt. In absoluten Werten

²⁵ Durchgeführt durch gfs.bern; Studie zu finden unter: <http://www.gfsbern.ch/de-ch/Detail/begleitstudie-2015-anlaesslich-der-einfuehrung-von-swissdrg-tarpsy-und-st-reha> (besucht am 14. September 2016).

verbringt die Ärzteschaft der Akutsomatik heute rund 15 Minuten mehr mit Dokumentationsarbeiten als noch im Jahr 2011. Am meisten verrichtet wird diese Aufgabe von Assistenzärztinnen und -ärzte der Akutsomatik In der Psychiatrie wird relativ gesehen die wenigste Zeit mit der ärztlichen Dokumentationsarbeit und dem Führen von Patientendossiers verbracht. Dafür ist man in diesem Bereich zunehmend mit der Umsetzung des neuen Kinder- und Erwachsenenschutzrechts beschäftigt. Sonstige administrative Tätigkeiten nehmen dagegen eher ab.

- Eine hohe Behandlungsqualität ist laut den befragten Ärztinnen und Ärzten im Schweizer Spitalwesen klar gegeben. Der Versorgungsstand ist gut und wird eher besser. Es besteht grosser Spielraum in der Behandlung, in der Regel können sämtliche notwendigen diagnostischen Verfahren durchgeführt werden, um einen fundierten Entscheid über die Behandlungsmethode zu fällen (siehe Abbildung 6).

Frage: Wie gross schätzen Sie Ihren persönlichen Spielraum hinsichtlich der Art und Weise der Behandlung ein?

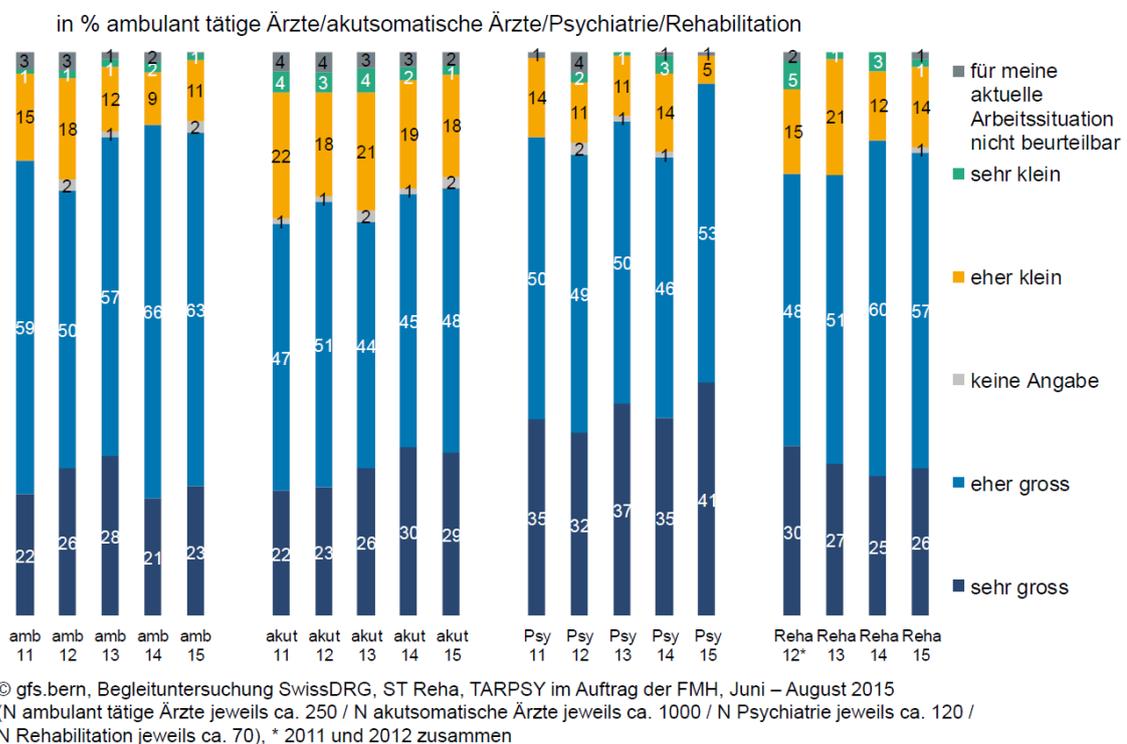


Abbildung 6
Vergleich Spielraum der Behandlung

Die besten Experten, Präparate und Geräte stehen zur Verfügung. Diese Einschätzungen gelten im besonderen Masse für die Akutsomatik, werden aber auch in der Psychiatrie und in der Rehabilitation mehrheitlich so geteilt.

- In der Akutsomatik und der Rehabilitation entscheidet nach wie vor (und in zunehmendem Ausmasse) die Patientin oder der Patient zusammen mit der Ärztin oder dem Arzt über die optimale Behandlung. In der Psychiatrie indes kommt diesbezüglich insbesondere Psychologinnen und Psychologen eine wachsende Rolle zu und die Ärzteschaft ist erst zweitrangig involviert. Akteure aus der Verwaltung oder die Krankenkassen hingegen üben in der Wahrnehmung der Befragten in der Akutsomatik einen eher geringen Einfluss aus. In der Psychiatrie und Rehabilitation ist der Einfluss der Krankenkassen und Verwaltung nach wie vor höher als in der Akutsomatik; er nahm jedoch im Vergleich zu den Vorjahren eher wieder ab.

- Sparvorgaben und Gewinnoptimierung sind zwar noch immer Realitäten, die den Spitalalltag prägen, allerdings eher im geringeren Ausmass als auch schon. Das gilt insbesondere für die Rehabilitation und die Akutsomatik, weniger aber für die Psychiatrie (siehe Abbildung 7);

Frage:

Werden Diagnosen und Behandlungsentscheide so gefällt, dass der wirtschaftliche Gewinn optimiert wird?

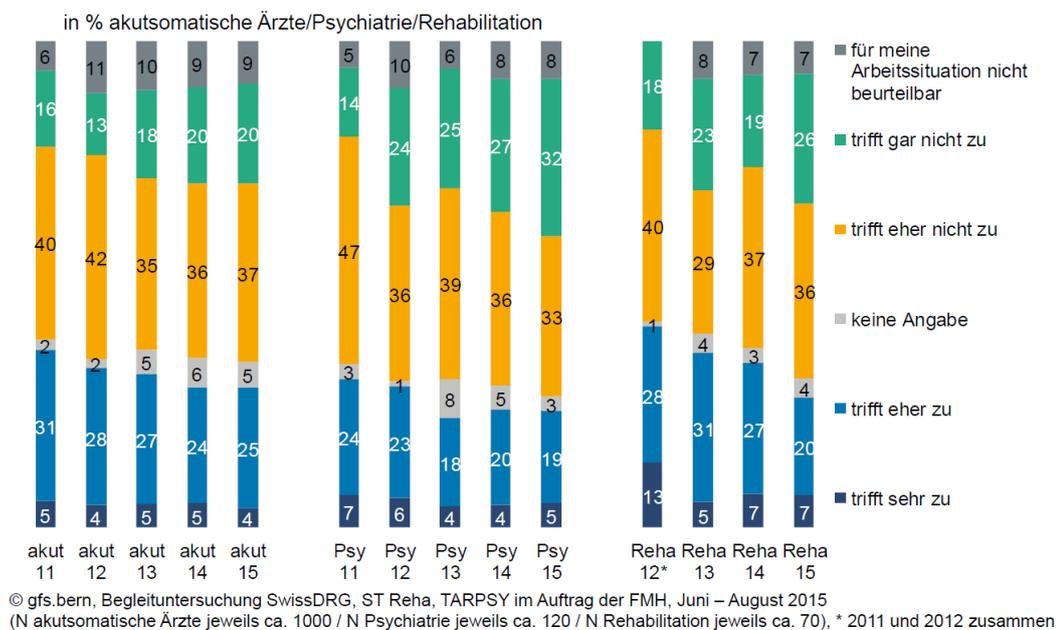


Abbildung 7
Trend Vergleich Praxis in Abteilung/Klinik entsprechend Gewinnoptimierung

- Der Bedarf an ärztlichen Leistungen steigt und viele Spitäler sind weiter auf Expansionskurs. Das nimmt die Mehrheit der befragten Ärztinnen und Ärzten sowohl in der Akutsomatik, in der Psychiatrie als auch in der Rehabilitation wahr. Der wachsende Personalbestand deckt aber offensichtlich das durch die expandierenden Spitäler wachsende Bedürfnis nach mehr Ärztinnen und Ärzten kaum ab und vielerorts verfügt man nicht über das nötige Personal. Der Ärztemangel ist, das wird deutlich, offensichtlich nach wie vor ein breit wahrgenommenes Thema eines sich in den letzten Jahren verstärkenden Problemdrucks.
- Konkret gefragt ist heute eine Mehrheit der Ärzteschaft der Meinung, SwissDRG beeinflusse die eigene Arbeit mit den Patientinnen und Patienten nicht oder nur schwach. Vor allem in der Rehabilitation gehen mehr Personen von einer starken Beeinflussung durch die Tarifsysteme aus, diese Werte sind jedoch im Abnehmen begriffen (Abbildung 8).

Frage: Wie stark beeinflusst SwissDRG (Psychiatrie/Rehabilitation: das aktuelle stationäre Tarifsysteem) Ihre tägliche Arbeit mit den Patientinnen und Patienten?

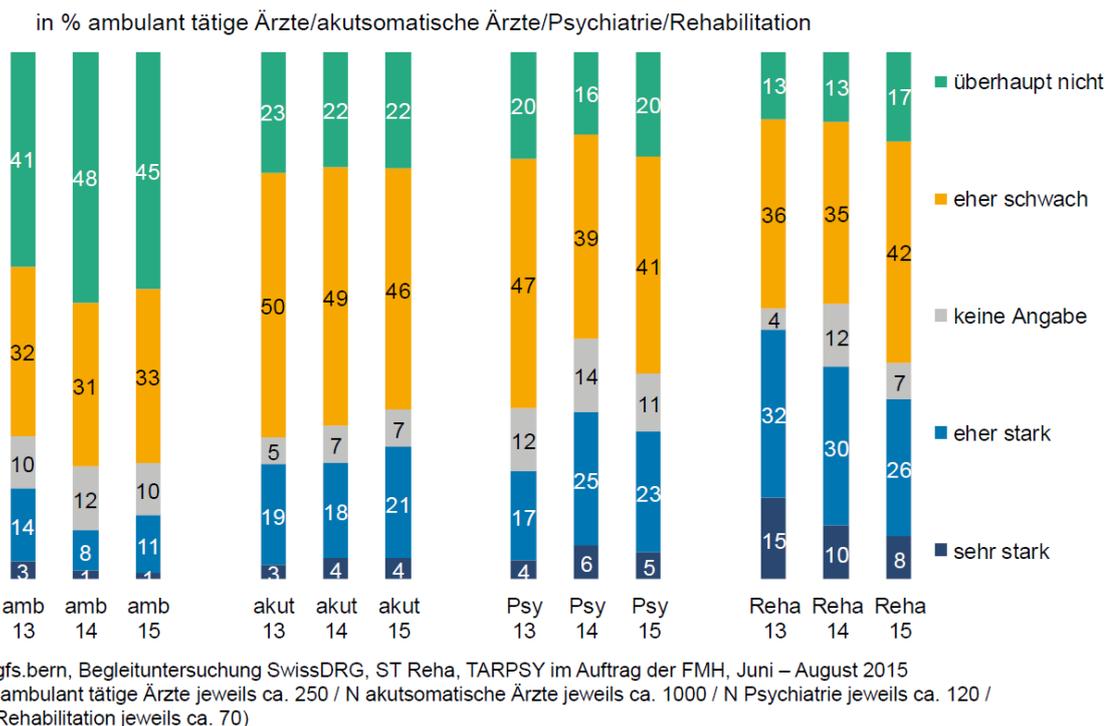


Abbildung 8
Trend Vergleich Beeinflussung der täglichen Arbeit durch das Tarifsysteem/Swiss DRG

- Die anfänglich dezidiert kritischen Haltungen vieler Ärztinnen und Ärzte gegenüber der Einführung von SwissDRG fussten offenbar auch auf Befürchtungen, die sich schlussendlich in der täglichen Praxis nicht so stark wie gedacht auswirkten. Anfänglich identifizierte Brennpunkte haben sich nicht weiter verstärkt wie beispielsweise die Frage nach dem Entlassungszeitpunkt zeigt (siehe Abbildung 9).

Frage: Wie beurteilen Sie die Entlassungszeitpunkte der Ihnen zugewiesenen Patienten aus den Akutspitälern? Der Entlassungszeitpunkt liegt ...

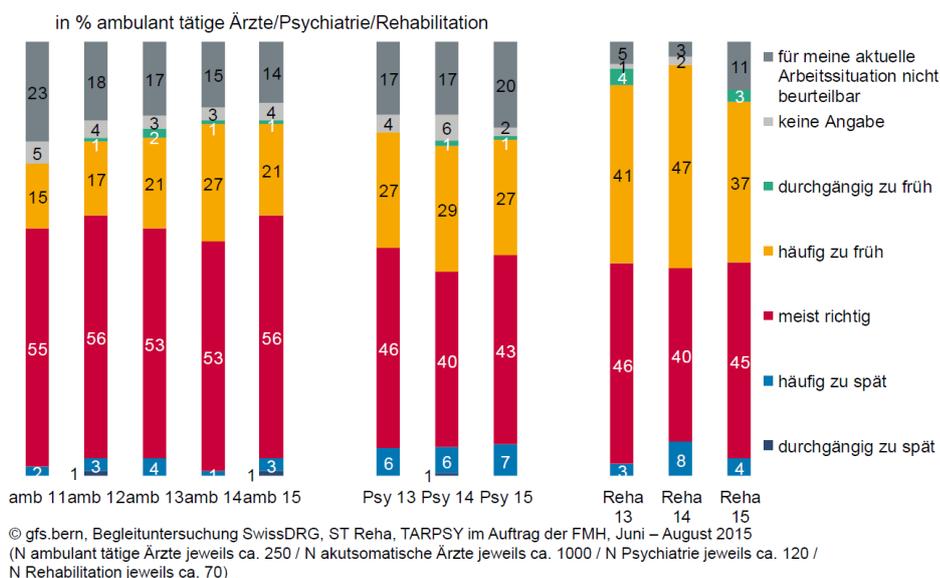


Abbildung 9
Trend Vergleich Beurteilung Entlassungszeitpunkte der Patientinnen und Patienten

Aus diesen verschiedenen Studien darf geschlossen werden, dass durch die Einführung der neuen Spitalfinanzierung ab dem Jahr 2012 keine vermehrte Rationierung stattgefunden hat.

3.2 Kanton St.Gallen

Wissenschaftliche Studien zum Thema Rationierung im Kanton St.Gallen sind dem Gesundheitsdepartement keine bekannt. Deshalb hat der Kantonsarzt im Sommer 2016 eine Umfrage bei Exponenten des St.Galler Gesundheitswesens (Anzahl 50 Personen) durchgeführt. Diese erhielten einen einfachen Fragebogen mit der Fragestellung, ob und wenn ja, in ihrem Arbeitsbereich welche Leistungen und bei welchen Personengruppen speziell rationiert werden. Ziel der Studie war, mit vertretbarem Aufwand konkrete Erkenntnisse über die Einschätzung von unterschiedlichen Schlüssel-Akteuren des St.Galler Gesundheitswesens zur Thematik zu erlangen.

Resultate der Umfrage:

Die nachfolgenden Resultate der Umfrage geben die subjektiven Meinungen der Antwortenden wieder; die Aussagen werden so wiedergegeben, wie sie im Fragebogen beantwortet worden sind, teilweise auch gekürzt und zusammengefasst.

Akut-Spitäler

– Chefärztinnen und -ärzte:

Die antwortenden Chefärzte (13) im Kantonsspital St.Gallen, im Ostschweizer Kinderspital und in einer Rehabilitationsklinik sind der Meinung, dass es in ihrem Bereich keine Rationierungen oder Rationierungstendenzen gäbe. Als Einzelbemerkungen sind zu erwähnen:

- Multidisziplinäre Betreuungen werden wegen fehlender DRG-Abbildung weniger durchgeführt;
- Besonders gefährdete Bereiche sind multimodale Diabetesberatung, Schmerztherapie und Ernährungsberatung sowie HIV-Therapie bei Personen ohne Kostenträger.

– Die Umfrage bei den Chefärzten in den Regionalspitälern ergibt ein ähnliches Bild. Elf Antwortende sehen keine Rationierungen oder Rationierungstendenzen. Fünf weitere Chefärzte sehen Rationierungen und Rationierungstendenzen vor allem in folgenden Bereichen:

- Frühe Verlegungen und Entlassungen wegen Bettenknappheit;
- Ineffizientes Casemanagement;
- Zu wenig Lagerungs- und OPS-Pflegerinnen und -Pfleger;
- Personalknappheit;
- Kostendruck durch Einführung von DRG.

– Pflegedienstleitung (Akutspitäler, einschliesslich Klinik Stephanshorn und Ostschweizer Kinderspital):

Die Pflegedienstleitungen verneinen grösstenteils Rationierungen im stationären und ambulanten Bereich. Es gäbe aber Rationierungstendenzen in folgenden Bereichen:

- Interprofessionelle Besprechungen werden aus Zeitgründen häufig weggelassen;
- Teilweise gäbe es Wartelisten im ambulanten Bereich, da die personellen Ressourcen nicht vollständig zur Verfügung stehen;
- Einzelne Pflegeleistungen müssen infolge knapper personeller Ressourcen oder hoher Arbeitsintensität zeitweise gekürzt oder gestrichen werden;
- Da aus betriebswirtschaftlicher Sicht die Personalkosten die höchsten anfallenden Kosten im Spital seien, bestehe die Gefahr, dass in Zukunft wegen des Spardruckes vor allem die personellen Ressourcen nicht mehr bedarfsgerecht zur Verfügung stehen.

Psychiatrie-Kliniken (einschliesslich Kinder- und jugendpsychiatrische Klinik)

– Chefärztinnen und -ärzte in der psychiatrischen Kliniken:

Rationiert werde – gemeint von Seiten der Institution durch aktive Massnahmen oder bewusste Unterlassung – sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich nicht. Indirekt finde de

facto dennoch eine Rationierung statt, indem sozial und finanziell schwache Patientinnen und Patienten wegen der Kosten (Selbstbehalt, Kostenbeteiligung) freiwillig auf Behandlungen verzichten, die nützlich, sinnvoll und nötig wären. Im kinder- und jugendpsychiatrischen stationären Bereich werde nicht rationiert, hingegen existiere ein bekannter Mangel an Not- und Krisenplätzen im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich.

- Pflegedienstleitung (kantonale psychiatrische Dienste Süd und Nord):

Im ambulanten Bereich gäbe es keine Rationierungen oder Rationierungstendenzen, im stationären Bereich ebenfalls nicht ausser teilweise bei milieuthérapeutischen Massnahmen, Spaziergänge und Begleitungen und bei arbeitsbedingten Ausfällen meist auf Grund nicht vorhandener personeller Ressourcen.

Niedergelassene Ärzteschaft

- regionale Ärztepräsidenten:

Drei regionale Ärztepräsidenten sind der Meinung, dass heute im Gesundheitswesen im Kanton St.Gallen nicht rationiert wird. Zwei regionale Ärztepräsidenten sind der Meinung, dass stationär rationiert werde, vor allem werde bei unklaren Krankheitsbildern im Spital nicht mehr gründlich und definitiv abgeklärt; weitere Abklärungen werden ambulant empfohlen. Manchmal gäbe es auch nach Operationen zu schnelle Entlassungen, vor allem bei betagten Personen, die mehr Zeit für die Erholung benötigen. Das belaste dann auch die Spitex, die kurzfristig einspringen müsse und zeitweise überfordert sei. Im ambulanten Bereich wird gelegentlich rationiert, vor allem bei zeitaufwändigen Patientinnen und Patienten. Sich Zeit nehmen bedeutet längere Konsultationszeiten, die von der Krankenkasse als negativ beurteilt werden. Dies gilt vor allem für Patientinnen und Patienten mit vielen komplexen medizinischen und psychosomatischen Problemen. Mit Einführung der DRG kommt es zu früheren Entlassungen, bevor beispielsweise die Wunden genügend verheilt sind oder es werden weniger gute Abklärungen im Spital durchgeführt.

- Kinder- und Jugendpsychiatrie:

Rationiert im engeren Sinn werde nicht, hingegen entstehen im ambulanten Bereich zeitweise Engpässe, weil zu wenig Fachpersonal zur Verfügung stehe. Es können aber notwendige und wirksame Massnahmen wie beispielsweise aufsuchende kinderpsychiatrische Behandlungen, tagesklinische Behandlungen oder konsiliarärztliche Versorgung von Heimen aufgrund fehlender Angebote nicht stattfinden. Zudem gäbe es für Kinder und Jugendliche mit chronischen psychiatrischen Problemen zu wenig Therapieplätze und für Patientinnen und Patienten mit einer geistig oder körperlichen Behinderung zu wenig Therapeutinnen und Therapeuten.

Vereinigung Schweizer Assistenz- und Oberärzte, Sektion St.Gallen (VSAO)

Der VSAO verneint Rationierungen sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich.

Spitex (Spitex Verband SG|AR|AR)

Im Arbeitsbereich Spitex werde nach Meinung des Spitex Verbandes häufig rationiert. Davon betroffen seien vor allem demente und/oder psychisch kranke Menschen, hochbetagte und alleinstehende Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen ohne Hausarzt sowie Menschen, die über kein oder mangelhaftes Wissen des Schweizer Gesundheitswesens verfügen. Es seien dann vor allem die Tätigkeitsfelder Mobilisation, Gehtraining, Lagerungen, rehabilitative Massnahmen, Alltagsbewältigung und Trauerbegleitung betroffen. Die Bereiche Prävention, Rehabilitation, Medikamentenmanagement sowie Beratung seien besonders gefährdet. Die Gründe für Rationierungen seien Auflagen der Versicherer, Leistungsaufträge mit politischen Gemeinden sowie Fachkräftemangel. Eine Verbesserung könnte erreicht werden durch pflegerische Koordinationsstellen sowie durch ein Case/Care-Management, wobei hier die Finanzierung sichergestellt werden müsse. Mit Einführung der DRG sei die Rationierungsthematik grösser geworden, vor allem durch die kurzfristigen Spitalentlassungen bei multimorbiden Menschen ohne tragfähiges Helfernetz; dies führe vermehrt zu kaum planbaren Kurzeinsätzen.

Alters- und Pflegeheime (Curaviva Verbandsleitung)

Das Risiko für Leistungsrationierungen sei klein, solange genügend Fachpersonal zur Verfügung stehe. Ein konzentrierter Arbeitseinsatz von diplomierten Pflegefachpersonen und ein Erhöhen der Tätigkeitsbefugnisse der Fachangestellten Gesundheit (FAGE) und des Hilfspersonal würden die Rationierungstendenzen minimieren. Die Heime seien von SwissDRG nur mässig betroffen. Es gäbe wohl Situationen, wo ein Heimeintritt schneller stattfindet; deshalb würden vermehrt Kurzaufenthalter in Heimen verzeichnet. Generell leiden alle Heime an der zunehmenden Administration, die durch das Fachpersonal erledigt werden müsse oder sollte. So gehe die Behandlungszeit am Patienten und an der Patientin verloren, da nicht beliebig Fachpersonal verfügbar sei und nachrekrutiert werden könne.

Physiotherapie (Physio St.Gallen Appenzell)

Im ambulanten Bereich werde sehr häufig rationiert, vor allem bei den spezialisierten Physiotherapien wie Beckenbodentherapie, neurologische Therapie, Kinderphysiotherapie, Lymphdrainage, geriatrische Physiotherapie/Sturzprävention und Heimbehandlungen sowie bei allgemeiner Physiotherapie in Randregionen. Im stationären Bereich wird ebenfalls – jedoch deutlich weniger – rationiert, vor allem im Bereich der allgemeinen Physiotherapie. Durch Einführung der DRG hätten die Komplextherapien, bei welchen Physiotherapie ein zentraler Behandlungsbestandteil sei, hingegen profitiert. Als Gründe für Rationierungen/Rationierungstendenzen werden angegeben:

- Zu wenig zur Verfügung stehende Studienplätze an den Fachhochschulen;
- Zu wenige selbständige Physiotherapiepraxen im Kanton: in der Schweiz gibt es eine selbständige Physiotherapiepraxis auf rund 1'500 Einwohner, im Kanton St.Gallen auf rund 2'100;
- Ausgetrockneter Arbeitsmarkt im Kanton St.Gallen im Vergleich zur übrigen Schweiz;
- Physiotherapeuten erleben oft eine restriktive Verordnungspraxis durch die Ärzteschaft;
- Die Krankenkassen lehnen Langzeittherapien vermehrt ab, gerade bei chronisch fortschreitenden Erkrankungen oder mit neurologischen Erkrankungen.

Besonders gefährdete Personengruppen seien Kinder, geriatrische und multimorbide Personen, neurologisch Erkrankte sowie Patientinnen und Patienten mit Bedarf für spezialisierte Physiotherapie. Durch mehr Ausbildungsplätze, bessere kostendeckende Tarife sowie durch die Einführung eines Direktzugangs (keine Delegation) könnten diese Rationierungstendenzen vermieden werden.

Logopädie (Berufsverband der St.Galler Logopädinnen und Logopäden)

Im ambulanten Bereich werde fast täglich rationiert, vor allem bei Patientinnen und Patienten in Pflegeheimen, mit progredienten Erkrankungen und bei Patientinnen und Patienten, die auf Domizilbehandlung angewiesen seien. Aufgrund des tiefen Taxpunktwerts seien ambulante logopädische Therapien finanziell nicht interessant, d.h. die Institution gehe ein Verlustgeschäft ein, wenn sie ambulante Logopädietherapie anbiete. Zudem werde eine frei praktizierende Logopädin nicht angemessen entlohnt, was zur Folge habe, dass ein grosser Mangel an selbständig tätigen Logopädinnen bestehe. Im stationären Bereich werde ebenfalls rationiert, aber weniger häufig als im ambulanten Bereich. Es betreffe vor allem Patientinnen und Patienten mit progredienten Erkrankungen sowie Behandlungen von Sprach- und Sprechstörungen. Mit der Einführung von SwissDRG sei im stationären Bereich keine Veränderung festzustellen. Mit einer angemesseneren Entlohnung bzw. einem höheren Taxpunktwert für ambulante logopädische Leistungen sowie eine Wegzeit-Entschädigung bei Therapien in Pflegeheimen könnten den Rationierungstendenzen entgegen werden.

Ergotherapie (Ergotherapeutinnen Verband Schweiz, Sektion Ostschweiz)

Im Bereich der Ergotherapie werde vor allem auf Seiten der Kostenträger rationiert und zwar bei Langzeitbehandlungen von schwerverletzten Handpatienten und von Patienten mit chronischen Beschwerden sowie bei Hilfsmitteln. Es bleibe immer weniger Zeit für die Patientenbetreuung. Besonders gefährdete Personengruppen seien Langzeitpatienten mit chronischen Diagnosen (chronische Schmerzpatienten, «Multiple Sklerose»-Patienten, Morbus Parkinson, ALS-Patienten)

sowie ältere Menschen. Zur Vermeidung von Rationierungstendenzen seien der Nachweis vom Nutzen der Therapie sowie standardisierte Assessments nützlich. Mit der Einführung der DRG hätte sich – ausser die verkürzte Aufenthaltsdauer - die Rationierungsthematik nicht vergrössert.

Patientenorganisationen (Schweizerische Patientenorganisation SPO)

Die SPO ist der Meinung, dass schon heute im stationären Bereich fast täglich rationiert werde und zwar vor allem in den Bereichen Notfall, Intensivstation sowie in palliativen Situationen (Onkologie/Palliativstation). Die Gründe seien vor allem Finanzknappheit und Ressourcen-Fehlverteilungen sowie Personalmangel. Besonders gefährdete Personengruppen seien Personen in palliativen Zuständen, Hoch-Betagte, Suchtpatientinnen und -patienten sowie die psychosomatische Personengruppe. Als besonders gefährdete Bereiche werden Medizin, Pflege, Notfall- und Intensivstationen angegeben. Der Grund seien weniger Ärztinnen und Ärzte wegen unattraktiveren Stellen, Personalmangel sowie Fehlverteilung von Ressourcen. Im ambulanten Bereich werde rationiert vor allem bei wirklich seltenen Krankheiten. Die Vermeidung von Rationierungen bzw. Rationierungstendenzen werde nur durch die Einsicht kommen, dass gewisse Gebiete der Medizin nicht marktwirtschaftlich betrieben werden können. Daraus folge, dass die Ressourcen für eine menschliche Medizin ausserhalb eines Wettbewerbes von einer humanistischen Gesellschaft zur Verfügung gestellt werden müssen.

Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachpersonen, Sektion SG TG AR AI

Vor allem im Alters- und Pflegeheimbereich würden Pflorgeteams verkleinert, aus einem 3er-Pflgeteam entstehe ein 2er-Pflgeteam mit gleicher Anzahl Patienten. Infolge DRG mit kürzeren Hospitalisationstagen seien dadurch die Pflegearbeiten bereits schon komprimiert worden, weil in kürzerer Zeit die gleichen Pflegeprozesse erfolgen müssen. Wenn dann noch weniger Pflegendе vorhanden seien, bleibe irgendwo ein Defizit. Zudem nehme vor allem der zeitliche Druck auf Arbeitnehmende zu, so beispielsweise würden teilweise unentgeltliche Mehrstunden verlangt oder schon lange geplante Dienste kurzfristig abgesagt. Es würden zudem immer wieder bisherige Pflegestellen durch Fachangestellte Gesundheit (FAGE) oder medizinische Praxisassistentinnen (MPA) ersetzt. In der Ausgestaltung von SwissDRG sei ein Faktor explizit für die Pflege berechnet worden. Deshalb sei es zwingend, dass dieser Betrag transparent gemacht werde und die Pflege somit nicht nur als Kostenfaktor betrachtet werde.

3.3 Fazit über den aktuellen Stand der Rationierung in der Schweiz und im Kanton St.Gallen

Die Eidgenössische Kommission für Grundsatzfragen der Krankenversicherung äusserte sich zur Frage der «Rationierung im Gesundheitswesen in der Schweiz im Juni 2006 anhand der zwei erwähnten Studien (RICH und RIS) wie folgt:

1. Die Gesundheitsversorgung in der Schweiz ist zwar hochstehend, es finden sich aber zwischen einzelnen Kantonen und Regionen grosse Unterschiede in der Zugänglichkeit der Versorgungsstruktur (RIS).
2. Unterschiedliche Personalstrukturen in den Spitälern können zu Qualitätsverlust führen (RICH).
3. Besondere Risikogruppen wie psychisch Kranke, ältere Patienten und geistig Behinderte benötigen besonderes Augenmerk (RIS).
4. Die Studien zeigen insbesondere einen Bedarf nach vermehrter Überwachung der Qualität und der Patientensicherheit, damit die bestehenden Unterschiede verkleinert werden können (RICH und RIS).
5. Die systematischere Anwendung von Qualitätsindikatoren kann helfen, Mittel im Gesundheitswesen effektiver einzusetzen und damit bestehende Ungleichheiten zu verkleinern.

Die Situation in den schweizerischen Alters- und Pflegeheimen hat die SHURP-Studie (siehe Abschnitt 3.1) untersucht und kommt zum Ergebnis, dass gewisse Leistungen im Themenbereich «Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens» nicht in dem Mass angeboten werden, wie erforderlich.

Auch wenn diese Studien, die aber nur im Pflegebereich und in Alters- und Pflegeheimen durchgeführt worden sind, schon älteren Datums sind, hat sich an der Situation in der Schweiz kaum etwas geändert. Dabei geht es um Massnahmen, die von Pflegefachpersonen nicht durchgeführt wurden, obwohl sie notwendig und nützlich gewesen wären. Nicht erbracht werden konnten Leistungen vor allem aufgrund eines Mangels an zeitlichen, fachlichen oder personellen Ressourcen in Pflorgeteams.

Die Frage, ob im Kanton St.Gallen implizit rationiert wird, ist schwer zu beurteilen. Einerseits fehlen gut fundierte wissenschaftliche Studien, die im Kanton St.Gallen durchgeführt wurden, andererseits zeigt die vom Kantonsarzt durchgeführte Umfrage bei Exponenten des kantonalen Gesundheitswesens ein ganz uneinheitliches Bild. Die subjektiven Aussagen sind sehr unterschiedlich. Von der Ärzteschaft, den Pflegedienstleitungen und Curaviva werden Rationierungen bzw. Rationierungstendenzen grösstenteils verneint, von der Spitex eher bejaht und von Logopädie/Ergotherapie/Physiotherapie sowie der Patientenorganisation und SBK klar bejaht. Mit DRG-Einführung haben sich die Rationierungstendenzen nicht wesentlich verstärkt. Um nun diese Aussagen zu quantifizieren, wären umfangreiche Untersuchungen vor Ort notwendig um herauszufinden, ob die vorenthaltenen Leistungen dem Patienten/der Patientin wirklich geschadet haben bzw. ob die Leistungen, die vorenthalten wurden, für die Patientin /den Patienten nützlich gewesen wären. Dies sprengt aber den Rahmen einer Postulatsantwort. Aus den Antworten geht auch hervor, dass eine Rationierung, wenn sie dann stattfinden würde, vor allem aus Personalmangel heraus geschieht.

Eine explizite Rationierung kann bei Behandlungen ausgemacht werden, die nicht oder nur unter bestimmten Voraussetzungen durch die obligatorische Grundversicherung OKP bezahlt werden. Davon betroffen sind meist Personen, welche die notwendige Behandlung nicht selber finanzieren können. Dies ist der Fall bei Behandlungen wie:

- Off-label-use-Medikamente²⁶, vor allem für Krebsbehandlungen²⁷;
- Keine Kostenübernahme eines sehr teuren Medikamentes (je Jahr Fr. 600'000.–) zur Behandlung einer schweren Muskelerkrankung (siehe Abschnitt 2 «aus dem Blickwinkel der Ökonomie»);
- Interferon-Behandlung gegen Hepatitis C: Obwohl diese Behandlung (Kostenpunkt rund 80'000 Franken) bei allen Hepatitis-C-Trägern²⁸ nützen würde, hat das BAG entschieden, dass die Therapie vorerst nur bei denjenigen Patientinnen und Patienten vergütet wird, die eine Leberzirrhose/-fibrose, d.h. eine schwer geschädigte Leber, haben.

Eine explizite Rationierung ist auch bei Organtransplantationen vorhanden, da viel zu wenige Organe zur Verfügung stehen. Dadurch besteht beispielsweise bei einem Nierenversagen nicht einfach ein Anrecht auf eine Transplantation. Wenn aber eine Niere zur Verfügung steht, muss entschieden werden, wer diese erhält. Genaue Richtlinien dazu sind in der seit dem 1. Juli 2007 gültigen eidgenössischen Verordnung über die Zuteilung von Organen zur Transplantation (SR 810.212.4) festgelegt.

4 Darstellung der Verknüpfung der Menge der Geldmittel und der Rationierung von medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen

Die gesamten Gesundheitsausgaben in der Schweiz haben sich zwischen 2004 und 2014 von 51,0 auf 71,2 Mrd. Franken erhöht (siehe Abbildung 10). Das entspricht einer Zunahme von 39.5

²⁶ Ein «off-label-use-Medikament» ist ein von der Swissmedic zugelassenes Medikament, steht auf der Spezialitätenliste des Bundesamtes für Gesundheit, aber die Anwendung ist ausserhalb der von der Swissmedic zugelassenen Indikation.

²⁷ Aus «Zugangsgerechtigkeit und -sicherheit bei Krebsmedikamenten im off-label-use», Krebsliga Schweiz 2013.

²⁸ In der Schweiz leben 70'000 bis 80'000 Menschen mit Hepatitis C.

Prozent bzw. einer jahresdurchschnittlichen Zunahme von 3,4 Prozent.²⁹ Die Kostenentwicklungen der Teilbereiche OKP und Nicht-OKP (u.a. Privatversicherungen, Zahnbehandlungen, Staat und private Haushalte) zeigen ein ähnliches Muster, wobei der OKP-Bereich mit durchschnittlich 4,0 Prozent je Jahr stärker gewachsen ist als der Nicht-OKP-Bereich (2,9 Prozent).

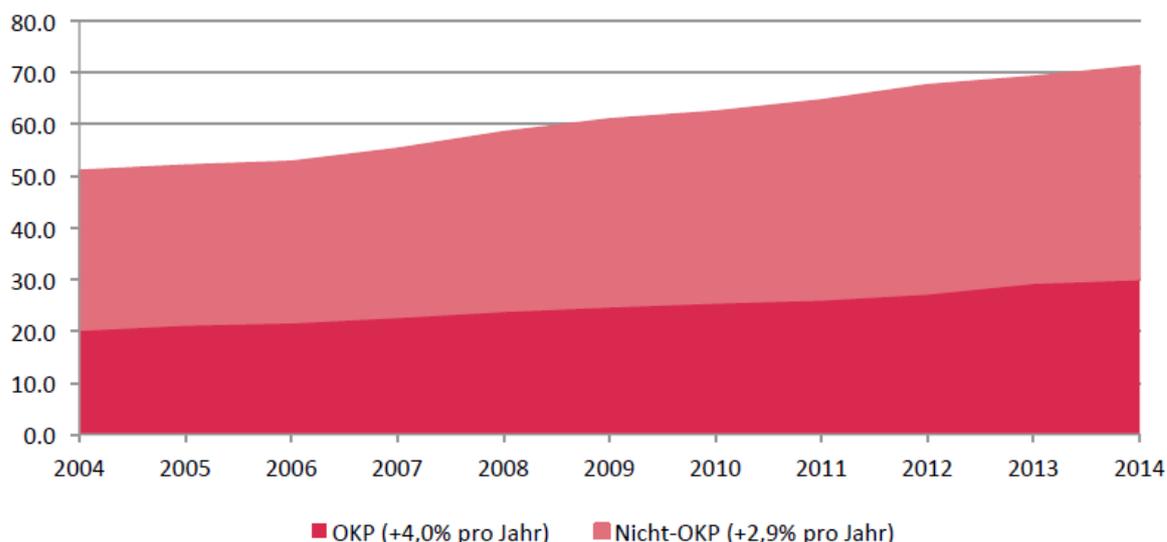


Abbildung 10
Finanzierung des Gesundheitswesens: OKP (einschliesslich Kostenbeteiligungen)
und Nicht-OKP 2004 bis 2014, in Mrd. Franken³⁰

Die Kosten der sozialmedizinischen Institutionen wie Pflegeheime steigen überproportional an wegen der demografischen Alterung sowie der abnehmenden Bereitschaft oder Möglichkeit, Pflegeleistungen innerhalb der Familie zu erbringen.

Gründe für die Ausweitung der Gesundheitsnachfrage sind³¹:

- Weiterentwicklung der Medizin und damit mehr und neuere Behandlungs- und Diagnosemöglichkeiten;
- Höhere Anspruchshaltung in der Bevölkerung und Ausgestaltung des Finanzierungssystems³²;
- Veränderte Lebensweise und dadurch bedingte Zivilisationskrankheiten;
- Informationsflut über Gesundheitsthemen verunsichern zunehmend; als Folge mehr Arztbesuche und vermehrtes Angebot an medizinischer Versorgung;
- Zunahme der Bevölkerung um durchschnittlich 0,9 Prozent je Jahr;
- Zunahme der Lebenserwartung – demographische Alterung³³;
- Überalterung der Bevölkerung; dadurch mehr Chronischkranke und Mehrfachkrankheiten.

²⁹ In dieser Periode haben der Konsumentenpreisindex und der Lohnindex zwischen 0,5 und 1,2 Prozent jährlich zugenommen.

³⁰ Aus curafutura: Krankenversicherung: Fakten zu Prämien und Leistungen (Juni 2016). Zu finden unter http://www.curafutura.ch/uploads/tx_pmxitemlist/Fakten_Pra__mien_DE.pdf (besucht am 14. September 2016).

³¹ Zu finden im Internet unter <http://www.hausaerzteschweiz.ch/themen/hausarztmedizin/> (besucht am 14. September 2016).

³² Da die meisten Kosten die Krankenkassen bzw. der Staat bezahlen, fallen die individuellen Kosten in der Konsumentscheidung weniger ins Gewicht, was Patienten eher veranlasst, auch sehr teure Behandlungen/Abklärungen in Anspruch zu nehmen.

³³ Das Bundesamt für Statistik erwartet zwischen 2011 und 2040 einen Anstieg der Lebenserwartung von 82,5 auf 86,8 Jahre; 2040 wird mehr als jeder vierte Schweizer über 65 Jahre alt sein.

Die Leistungserhaltung oder deren Steigerung im Gesundheitswesen hat grundsätzlich den Charakter eines Nullsummenspiels.³⁴ Bei einem Nullwachstum wachsen die Gesundheitsausgaben im Durchschnitt nicht stärker als das Wirtschaftswachstum. Wachsen sie aber stärker, dann kann es zu Verteilungsproblemen kommen, denn was die einen erhalten, können sie nur auf Kosten von anderen bekommen. Auf der Makroebene wird das Gesundheitswesen gegen andere Sektoren wie die Bildung, Transportwesen oder Sicherheit ausgespielt. Die Mittel, die den Kranken zur Verfügung gestellt werden, fehlen prinzipiell an den Schulen, an den Universitäten, dem öffentlichen Verkehr, der Polizei oder der Armee. Auf der Mesoebene spielt die Rationierung die verschiedenen Patientengruppen und Versorgungszweige gegeneinander aus, so z.B. die akut Kranken gegen die chronisch Kranken, die Herz- gegen die Nierenkranken, die somatische gegen die psychiatrische Versorgung oder das Spitalwesen gegen die Hauspflege. Es wird aber auch einen Verteilungskampf geben zwischen den einzelnen Berufsgruppen. Hier müssen zwischen den verschiedenen medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Bereichen nachvollziehbare Prioritäten gesetzt werden, die aufgrund eines expliziten Entscheidungsprozesses gefällt werden. Auf der Mikroebene werden die individuellen Interessen der Patientinnen und Patienten innerhalb derselben Gruppe gegeneinander gesetzt.

Mit allfälligen Sparmassnahmen im Gesundheitswesen besteht auch die Gefahr, dass implizite Rationierungstendenzen gefördert werden.

5 Kennzeichnung von besonders gefährdeten Personen- und Altersgruppen sowie von medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen

Das KVG gewährleistet, dass die gesamte Bevölkerung in der Schweiz Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung hat. Dazu dient u.a. auch die individuelle Prämienverbilligung (IPV) bei Personen in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen. Es ist bekannt, dass Personen in wirtschaftlich guten Verhältnissen eine höhere Lebenserwartung haben. Eine Ursache für diese gesundheitlichen Ungleichheiten könnte eine tiefere Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitssystem durch Personen in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen sein. Es existieren keine Studien in der Schweiz, die das Ausmass der Unterversorgung von verschiedenen Bevölkerungsgruppen schätzen.³⁵ Empirische Ergebnisse³⁶ zeigen aber, dass vor allem folgende Bevölkerungsgruppen weniger Gesundheitsleistungen nachfragen:

- Personen mit tieferem Einkommen;
- Arbeitslose Personen;
- Personen mit ausländischer Nationalität;
- Personen im hohen Alter;
- Personen mit sozialer Verletzlichkeit (z.B. Asylsuchende);
- Personen mit fehlender Versicherungsdeckung;
- Personen mit psychischen Störungen.

Aus den zitierten Studien – aber auch aus den Umfrageergebnissen aus dem Kanton – kann geschlossen werden, dass es kaum Einschränkungen gibt in der ärztlicher Betreuung aber gewisse Engpässe im Bereich der Physiotherapie, Ergotherapie und/ oder Logopädie sowie bei der Pflege, insbesondere in der Pflegeunterstützung in Alters- und Pflegeheimen.

³⁴ Aus «Rationierung von Gesundheitsleistungen», Aktion Gsundi Gsundheitspolitik AGGP.

³⁵ J. Tragesser et al.; Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2012, S21, Akademien der Wissenschaften Schweiz, S.26.

³⁶ Zusammenfassung aus «Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens», 2012, Akademie der Wissenschaften Schweiz, S. 27 f..

Im Bereich der Langzeitpflege wird derzeit unter Federführung des Departements des Innern der Wirkungsbericht zur Pflegefinanzierung erarbeitet. Dieser soll neben der Entwicklung der ambulanten und stationären Pflegefinanzierung seit ihrer Einführung im Jahr 2011 insbesondere auch die Herausforderungen und die damit verbundenen Entwicklungsnotwendigkeiten auf nationaler und kantonaler Ebene aufzeigen. Der Wirkungsbericht betrifft sowohl die Pflegeheime wie auch die Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause. Es ist geplant, diesen dem Kantonsrat im ersten Halbjahr 2017 zuzuleiten.

6 Ethische Aspekte der Rationierungstendenzen

Im Bericht «Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen» der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW³⁷ finden sich verschieden Überlegungen zu den ethischen Aspekten der Rationierung:

«Viele Diskussionen rund um die Prioritätensetzung basieren auf dem ethischen Rahmenthema der Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Bei diesen sozialetischen 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 ist der Selbstbehalt?).

Eine Variante, die 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 Wohlstandes 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 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».

Allgemein akzeptierte Rationierungsmassnahmen wie Zentrierung von teuren Diagnosegeräten im Zentrumsspital, Dialysestationen und Intensivstationen beschränkt auf einige Spitäler oder die Zuteilung bei Organtransplantationen sind ethisch unproblematisch und werden auch von der Bevölkerung akzeptiert. Implizite Rationierung hingegen ist unethisch und muss vermieden werden. Wenn Rationierungen vorgenommen werden müssen, müssen folgende Punkte³⁸ berücksichtigt werden:

- Es muss vom Standpunkt der Unparteilichkeit aus entschieden werden.
- Die Grundrechte der unmittelbar Betroffenen müssen so weit wie möglich respektiert werden, insbesondere die individuelle Entscheidungsfreiheit.
- Die moralische Gleichwertigkeit von Menschenleben muss anerkannt werden.
- Das Entscheidungsverfahren muss fair sein, die Ergebnisse folglich nicht von irrelevanten persönlichen Eigenschaften (z. B. Rasse, Geschlecht) abhängen.

³⁷ Zu finden unter <http://www.samw.ch/de/Publikationen/Positionspapiere.html> → Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen (besucht am 14. September 2016).

³⁸ J.H. Sommer, Die Volkswirtschaft, 2001:9:4-8.

- Unter Respektierung der genannten ethischen Entscheidungsgrundsätze muss so entschieden werden, dass die (knappen) Ressourcen durch Berücksichtigung ökonomischer Kriterien optimal genutzt werden.

Die letzte Forderung steht im Widerspruch zur traditionellen ärztlichen Ethik, die ausschliesslich auf das individuelle Arzt-Patienten-Verhältnis zentriert ist. Ärztinnen und Ärzte haben in der Ausbildung gelernt, alles medizinisch Mögliche zu tun, um der Patientin oder dem Patienten zu helfen. Es werden ärztliche Leistungen erbracht, bis kein zusätzlicher Nutzen mehr erzielt wird. Aus ökonomischer Sicht ist diese Haltung in einer Welt limitierter Ressourcen realitätsfremd. Die knappen Mittel müssen so eingesetzt werden, dass sie im Vergleich zu anderen Verwendungsmöglichkeiten das beste Kosten-Nutzen-Verhältnis erzielen. Es stellt sich also die Frage, ob nicht nur das Wohl der individuellen Patientin oder des individuellen Patienten zu berücksichtigen ist, sondern auch der Verpflichtung gegenüber der Gesamtbevölkerung, der Volkswirtschaft nachzukommen ist. Kostenbewusstes, rationales Denken und Handeln müsste dann auch in der Aus- und Weiterbildung von Pflege- und Therapiepersonal sowie Ärztinnen und Ärzten stärker gefördert werden.

Bei knappen medizinischen Ressourcen kann das Kriterium Alter der Patientin oder des Patienten – offen oder verdeckt – Selektionsentscheidungen bestimmen. Hohen Aufwendungen im Alter steht naturgemäss ein vergleichsweise geringer Ertrag in Form von gewonnenen Lebensjahren gegenüber. Bei älteren Menschen müssen aber medizinische Interventionen generell nicht zu einer geringeren Überlebensdauer oder zu höheren Komplikationsraten führen. In den meisten Fällen ist nicht vorhersehbar, wann das letzte Lebensjahr eines Menschen kommt, in welchem die Therapiekosten den Nutzen weit übersteigen und wann mit der Behandlung aufzuhören ist. Es ist nicht vertretbar, den Ressourcenzugang zu verweigern, wenn dieser am dringendsten gebraucht wird. In der Rechtsprechung nimmt der Wert eines Lebens mit zunehmendem Alter nicht ab.

7 Rationierungstendenzen in der Zukunft

Insgesamt waren im Jahr 2014 in den schweizerischen Gesundheitsinstitutionen rund 179'000 Pflegefachpersonen tätig (= 124'000 Stellen in Vollzeitäquivalenten). Rund die Hälfte des Pflegepersonals ist in den Spitälern und Kliniken angestellt (46 Prozent), ein Drittel arbeitet in Alters- und Pflegeheimen (36 Prozent) und die restlichen 18 Prozent in den Spitex-Diensten.³⁹ In dieser OBSAN-Studie wird der zusätzliche Bedarf an Pflegefachpersonen bis ins Jahr 2030 in den Spitälern und Kliniken mit 18'000 (von 82'000 auf 100'000), in Alters- und Pflegeheimen mit 28'000 (von 64'000 auf 92'000) und im Spitexbereich mit 19'000 Personen (von 33'000 auf 51'000) berechnet. Bis ins Jahr 2030 müssen somit schätzungsweise 65'000 zusätzliche Pflegepersonen angestellt werden. Hinzu kommen zwischen 2014 und 2030 weitere 44'000 Pflegepersonen, die infolge von Pensionierungen ersetzt werden müssen. In dieser Schätzung nicht berücksichtigt ist der Ersatz der Berufsaussteiger.

Für die Erhebung des künftigen Bedarfs an Fachpersonal führt die Fachhochschule für Angewandte Wissenschaften St.Gallen zurzeit eine Bedarfsstudie durch. Der Auftrag wurde im Sinn eines Kooperationsprojekts von der Vereinigung St.Galler Gemeindepräsidentinnen und Gemeindepräsidenten und dem Kanton St.Gallen (Departement des Innern und Gesundheitsdepartement) wie auch von den relevanten Verbänden und Organisationen Curaviva, Pro Senectute und Spitex erteilt. Mit dem Ausweis des künftigen Personalbedarfs können anschliessend bereits laufende Massnahmen sowie künftige Aktivitäten gegen den drohenden Fachkräftemangel besser ausgestaltet werden.

³⁹ Zahlen aus OBSAN Bericht 71/2016 «Gesundheitspersonal in der Schweiz – Bestandesaufnahme und Prognose bis 2030».

Neben dem oben beschriebenen zukünftigen vermehrten Bedarf gibt es für den teilweise schon heute bestehenden Pflegepersonalmangel folgende Ursachen:⁴⁰

- Gesundheitlich belastende und unflexible Arbeitsbedingungen werden als eine der Hauptursachen für einen zukünftigen Pflegefachpersonalmangel gesehen.
- Das gegenüber dem Arztberuf geringere Prestige des Pflegeberufs.
- Pflegefachkräfte beklagen zudem, dass ihnen im Ärzte-Pflegekraftverhältnis zu wenig Eigenverantwortung und Wertschätzung entgegengebracht wird.
- Es wird vermutet, dass schlechtere Lohnaussichten während der Ausbildung dazu beitragen, dass der Pflegeberuf zu wenig ergriffen wird.
- Der Pflegeberuf ist ein traditioneller Frauenberuf. Damit verbunden sind hohe Fluktuationen, insbesondere infolge Mutterschaft.
- Pflegeberufe verlangen häufig Schichteinsätze. Eine ausgeglichene Work-Life-Balance ist schwierig und der Beruf deshalb gerade für junge Leute nicht attraktiv.

Auch in der ärztlichen Versorgung gibt es in Zukunft grosse Veränderungen. Eine OBSAN-Studie⁴¹ stellt fest, dass sich bis ins Jahr 2030 die Anzahl ambulanter Behandlungen:

- in der Allgemeinmedizin um rund 13 Prozent erhöhen (3 Mio. zusätzliche Behandlungen) wird;
- bei den Fachärztinnen und Fachärzten mit bzw. ohne chirurgische Tätigkeit um rund 28 Prozent bzw. um 11 Prozent erhöhen (ungefähr 1 Mio. bzw. 0,5 Mio. zusätzliche Behandlungen) wird;
- in der Pädiatrie, Gynäkologie und Psychiatrie stabil bleiben wird.

Durch diese erhöhte Nachfrage fehlt in der Grundversorgung das ärztliche Fachpersonal, insbesondere in der Peripherie und beim Notfalldienst, wobei die Gründe vielfältig sein können:⁴²

- sich wandelnde Lebensvorstellungen, Bedürfnisse hinsichtlich Teilzeitarbeit;
- berufliche Aktivität in der Grundversorgung hat aus Sicht der Grundversorger ein schlechteres Image unter Medizinstudenten und Assistenzärztinnen und -ärzten;
- Numerus clausus;
- Ärztestopp im Jahr 2002 hat zu einer Verunsicherung geführt;
- weitere in der Literatur genannte Ursachen: überhöhtes Burnout-Risiko im Vergleich zu Spezialistinnen und Spezialisten, fehlende berufliche Entwicklungsmöglichkeiten, subjektiv wahrgenommene schlechtere Einkommenschancen, wenig Anreize für die Forschung in der Hausarztmedizin.

Dem drohenden Fachkräftemangel kann durch verschiedene Massnahmen entgegnet werden wie

- Gesundheitsförderung verstärken, dadurch wird die Nachfrage kleiner;
- Gesundheitskompetenzen entwickeln;
- Autonomie der alten Menschen erhalten;
- Innovationen in der ambulanten Versorgung entwickeln;
- die Berufsverweildauer erhöhen;
- den Wiedereinstieg erleichtern;
- die Löhne anpassen;
- die Zufriedenheit des Personals erhöhen;
- Strategie, um das Personal in der eigenen Institution zu halten;
- flexible Arbeitszeiten anbieten;
- die Ausbildungen auf den künftigen Bedarf ausrichten.

Die nachhaltigste Massnahme aber wird sein, dass mehr Personal ausgebildet wird. Dafür hat der Kanton St.Gallen das Programm für Hausarztmedizin etabliert und eine Ausbildungsverpflichtung

⁴⁰ J. Tragesser et al., Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens, S21, Akademie der Wissenschaften Schweiz.

⁴¹ Obsan – Juli 2008: Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l'horizon 2030.

⁴² J. Tragesser et al., Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens, S21, Akademien der Wissenschaften Schweiz, S. 20.

der kantonalen Spitalisten-Spitäler gesetzlich verankert. Zudem ist vorgesehen, dass sich der Kanton St.Gallen an der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten (Medical Master) in Zusammenarbeit mit der Universität Zürich beteiligt. Bei genügender Fachkräfte-Rekrutierung muss aber davon ausgegangen werden, dass es aus ökonomischer Sicht zu einer höheren Belastung des öffentlichen Haushaltes kommen wird, sind doch u.a. gerade im Pflege- und Betreuungsbereich die Arbeitsbedingungen anspruchsvoll (Lohn, Arbeitszeit, Leistungsdruck).

Gelingt es nicht, diesem Fachkräftemangel zu entgegnen, dann wird diese Unterversorgung zu einem chronischen Unterangebot führen. Die schon erwähnte RICH-Studie kommt zur Erkenntnis, dass die Qualität pflegerischer Leistungen mit den vorhandenen pflegerischen Ressourcen korreliert. Weniger Pflegepersonal äussert sich u.a. in häufigeren Fehlern bei Medikamentenabgabe, Stürzen, nosokomialen Infektionen sowie kritischen Zwischenfällen. D.h. der Fachkräftemangel wird höchstwahrscheinlich zu einer Rationierung führen.

Aber auch mögliche zukünftige Einschränkungen in den Budgetvorgaben können einen Angebotsmangel bei den Fachpersonen im Gesundheitswesen bewirken und damit zu Rationierungstendenzen führen.

Neben dem direkten Schaden beim Betroffenen führen implizite Rationierungen beim Personal zu Überlastung, Burn-out und Demotivation. In verschiedenen Studien⁴³ wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen einer schlechten Qualität der Arbeitsumgebung, tiefer Stellenbesetzung und niedriger Fachkompetenz in Pflegeteams und einem höheren Vorkommen von Komplikationen, Todesfällen und vermehrter Unzufriedenheit bei Patientinnen und Patienten sowie Arbeitsunzufriedenheit, Burn-out, Stellenwechsel und arbeitsbedingte Verletzungen beim Pflegepersonal nachgewiesen. Dies zeigt, dass nicht nur die fehlende medizinische Behandlung sondern auch fehlende Pflege die Gesundheit der Patientinnen und Patienten gefährden kann. Die Pflege innerhalb des Spitals stellt nicht nur einen wesentlichen Kostenfaktor dar, sondern auch einen wichtigen Qualitätsfaktor, der zur Erzielung guter Ergebnisse bei den Patientinnen und Patienten beiträgt.

8 Allgemeine Lösungsansätze und Empfehlungen

Grundsätzlich darf keiner Patientin und keinem Patienten eine notwendige, Erfolg versprechende Behandlung verweigert werden (Art. 8 BV). Bei Ressourcenbeschränkungen ist der erste Schritt darum nicht eine Rationierung sondern eine Rationalisierung. Mittels fundierten Prozessanalysen werden wenn möglich effizientere Arbeitsabläufe eruiert und eingeführt. Überflüssige oder gar schädliche Leistungen sind abzubauen und bestimmte Leistungen sind durch andere zu ersetzen, die den gleichen Nutzen haben, aber billiger sind (z.B. ambulant vor stationär). Die dadurch eingesparten Ressourcen können in nützlichere diagnostische, therapeutische und pflegerische Leistungen fließen und dazu beitragen, Rationierungen zu vermeiden.

Häufig wird von Rationierung einer medizinischen, pflegerischen oder therapeutischen Leistung gesprochen, wobei nirgends klar definiert ist, wie diese Leistung erbracht werden muss. Beispielsweise besteht eine hohe Bereitschaft, Massnahmen im Personalbereich als Rationierung einzustufen. Leidet bei einer Personalreduktion die betreffende Patientin oder Patient wirklich und erleidet nachgewiesenermassen dadurch einen Schaden, dann wird von einer Rationierung gesprochen. Erleidet die Person aber keinen Schaden, dann ist dies als Effizienzsteigerung zu bezeichnen und ist keine Rationierung. Diese unterschiedlichen Wahrnehmungsmuster machen deutlich, wie schwer es im Arbeitsalltag sein kann, zwischen Rationierung und Rationalisierung zu unterscheiden. Wegen dieser Begriffsunsicherheit kann potentiell jede Leistungseinschränkung als Rationierung wahrgenommen werden. Um solche Unterschiede und damit eine allfällige implizite Rationierung besser zu erfassen, gilt es, Folgendes zu beachten:⁴⁴

⁴³ G. Schüpfer / R. Babst, ARS MEDICI 2004; 23; 1148–1152; Schubert Maria; Pflege 2005; 18:320–328.

⁴⁴ Gemäss Eidgenössische Kommission für Grundsatzfragen der Krankenversicherung, Juni 2006.

- Es ist ein Set von teilweise schon bestehenden Indikatoren⁴⁵ zusammenzustellen, die Hinweise auf Probleme der Versorgungsqualität oder auf ungleichen Zugang zu Leistungen geben. Bei Abweichungen vom Durchschnittswert dieser Indikatoren muss die zuständige Instanz den Sachverhalt genauer untersuchen.
- Die Indikatoren sind regelmässig zu erheben und zu analysieren.
- Spezielles Augenmerk gilt es besonders auf die gefährdeten Dienstleistungen zu richten sowie auf die Versorgung von den herauskristallisierten vulnerablen Bevölkerungsgruppen.

Das Ziel ist nicht primär die Rationierung, sondern rationales, kostenbewusstes und interdisziplinär abgestütztes Handeln. Dazu gehören auch vermehrt Kosten-Nutzen-Berechnungen für diagnostische oder therapeutische Massnahmen. Die Vermittlung dieses Wissens ist in das Aus- und Weiterbildungsprogramm des Medizinal- und Gesundheitspersonals aufzunehmen. Es ist Teil des Weiterbildungsauftrags.

Demographische Alterung und medizinischer Fortschritt führen dazu, dass auch in Zukunft mit erheblichen Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen gerechnet werden muss. Es wird aber immer deutlicher, dass ein sorgsamer, gut gerechtfertigter Einsatz begrenzter öffentlicher Ressourcen unvermeidlich ist. Das bedeutet, dass zusätzlich zur medizinischen Perspektive der bestmöglichen Versorgung individueller Patientinnen und Patienten auch eine ökonomische Perspektive ihre Berechtigung hat⁴⁶. Anstatt das Thema Rationierung zu verdrängen, sind in Bezug auf die Rationierung folgende Punkte zu beachten:⁴⁷

- Angesichts der Tatsache, dass Ressourcen 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 (siehe Abschnitt 3.3).
- Es ist aber sicherzustellen, dass alle Patientinnen und Patienten (speziell auch die Personengruppen, die in Abschnitt 3.1 in «Unterversorgung einzelner Bevölkerungsgruppen» erwähnt sind) prinzipiell einen guten Zugang zur Gesundheitsversorgung haben.
- Bei allen Entscheiden über den Zugang zu Ressourcen sind die zu Grunde gelegten Kriterien transparent zu machen und die Verantwortlichkeiten sind zu benennen.
- Es ist unabdingbar, dass Rationierungsentscheidungen nicht auf die unterste Ebene (=Mikroebene) verlagert werden, auf der die Ärzteschaft, das Pflegepersonal und/oder die Therapeutinnen/Therapeuten zu entscheiden haben, welche verfügbaren Leistungen einzelnen Patientinnen und Patienten angeboten werden können.

Die Beachtung ökonomischer Effizienzgebote muss auf der Makro- und Mesoebene erfolgen, so dass für alle Beteiligten transparent ist, welche medizinischen Leistungen für welche Krankheitsbilder zur Verfügung stehen. Werden wegen Ressourcenknappheit Leistungseinschränkungen diskutiert, müssen innerhalb eines bestimmten medizinischen Globalbudgets (z.B. im Spital) zwischen den verschiedenen medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Bereichen nachvollziehbare Prioritäten gesetzt werden, die aufgrund eines expliziten Entscheidungsprozesses gefällt werden. In diesen Teilbereichen geht es vor allem um die Klärung, wie viele Mittel den einzelnen medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Bereichen zur Verfügung gestellt werden. Es ist nach fachlichen und nicht nach hierarchischen Kriterien zu entscheiden.

⁴⁵ Z.B. Anzahl Patienten je Pflegefachperson; Messung der Arbeitszufriedenheit, Fluktuationsrate, Anzahl Burn-out.

⁴⁶ Aus «Medizin und Ökonomie- wie weiter?» SAMW, swiss academies communications Vol. 9, Nr. 4, 2014.

⁴⁷ Aus «Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen: Einschätzung und Empfehlungen», SAMW 2007.

Sollte es doch zu einer Rationierung kommen, dann muss das Ziel sein, die medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Bedürfnisse der Bevölkerung unparteiisch und gerecht zu gewährleisten. Dabei sind bei einer möglichen Angebotseinschränkung durch Rationierung fünf Grundsätze⁴⁸ zu beachten:

- Öffentlichkeit: Entscheide und ihre Begründungen müssen öffentlich zugänglich und aus einem demokratischen Prozess heraus entstanden sein.
- Relevanz: Die Begründungen müssen auf Evidenz und fairen, nachvollziehbaren Entscheidungskriterien basieren.
- Gültigkeit: Die Kriterien müssen allgemeingültig sein.
- Berufung: Gegen die Entscheide muss es eine Appellationsinstanz geben.
- Vollzug: Eine öffentliche Instanz muss die ersten vier Prinzipien durchsetzen.

Zudem müssen weitere vier Punkte beachtet werden:

- Keine Rationierung aufgrund des sozio-ökonomischen Wertes eines Individuums, sondern nur auf medizinischer Basis und aufgrund seines gesellschaftlichen Nutzens.
- Keine einfachen Rationierungsregeln aufgrund pauschaler Indikatoren wie des Alters, wenn sich daraus nicht medizinische Begründungen für den Rationierungsentscheid ergeben, zum Beispiel erhöhtes Risiko des Eingriffes.
- Rationierungsentscheidungen dürfen nicht eine Belohnung oder Bestrafung für ein bestimmtes Verhalten sein.
- Rationierungsentscheidungen sind auf der Makro- und der Mesoebene zu fällen, nicht auf der Mikroebene; am Krankenbett entscheidet der Arzt/die Ärztin seinem/ihrer ärztlichen Berufsethos folgend allein im Interesse des Patienten/der Patientin. Dies entbindet aber die Ärzteschaft nicht davon, sich immer wieder die Frage zu stellen, auf welche medizinische Massnahme man verzichten kann, ohne der Patientin oder dem Patienten zu schaden.

9 Empfehlungen für den Kanton St.Gallen

Die obigen Ausführungen gelten auch für den Kanton St.Gallen. In der Kantonsverfassung (sGS 111.1) sind die Grundrechte nach Massgabe der Bundesverfassung gewährleistet, namentlich die Achtung und den Schutz der Menschenwürde, die Rechtsgleichheit und den Schutz vor Willkür. Nach Art. 54 der Spitalorganisationsverordnung (sGS 321.11) haben Patientinnen und Patienten Anspruch auf Untersuchung, Behandlung und Pflege nach den anerkannten Grundsätzen der ärztlichen Wissenschaft und der Humanität sowie der Wirtschaftlichkeit.

Die Vermeidung von Rationierungen im Gesundheitswesen setzt voraus, dass genügend Medizinal- und Gesundheitspersonal aus- und weitergebildet wird, das hernach auch mit entsprechender positiver Motivation praktiziert. Die vom Gesundheitsdepartement schon seit längerem bestehende Nachwuchsförderung der Hausarztmedizin, die angestrebte Masterausbildung in Humanmedizin, aber auch die Ausbildungsverpflichtung der kantonalen Spitallisten-Spitäler im Pflegebereich sind wichtige Instrumente dazu.

Qualitätssicherung ist die beste Prävention von Rationierung. Jede Leistungserbringerin und jeder Leistungserbringer ist für ihre bzw. seine Qualität primär selber verantwortlich. Zu einer guten Qualität zählt, dass allen Patientinnen und Patienten die für sie nützlichen Leistungen im Rahmen der Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen. Es liegt deshalb an den einzelnen Leistungserbringenden, Rationierungstendenzen oder mögliche Rationierungen möglichst früh zu erfassen und dem entgegenzuwirken.

Sowohl im ambulanten wie insbesondere im stationären Bereich eignet sich in Bezug auf mögliche Rationierungen hervorragend das Fehlermeldesystem «Critical Incident Reporting System»

⁴⁸ P.A.Singer, BMI 321, 2000:282-5.

(CIRS). Jeder Mitarbeitende kann im CIRS Fehler oder Beinahe-Fehler, die im Zusammenhang mit Patientinnen und Patienten geschehen, mittels vorgedrucktem Formular oder via elektronischer Plattform dem Spital-CIRS-Verantwortlichen melden. Dazu gehören auch Fehler oder Beinahe-Fehler, die wegen Personal-, Ressourcen- und/oder Finanzierungsknappheit passieren.

Im stationären Bereich – vor allem bei Listenspitälern – kann der Kanton Vorschriften erlassen. So muss beispielsweise jedes Listenspital ein CIRS-Fehlermeldesystem implementieren und betreiben. Zudem muss jedes Listenspital über ein Konzept zur Sicherstellung und Förderung der Qualität seiner erbrachten Spitalleistungen verfügen. Dazu gehört auch, dass die CIRS-Verantwortlichen das Spital-Personal im Rahmen der CIRS-Schulungen darauf aufmerksam machen, dass mögliche Rationierungstendenzen und Rationierungen gemeldet werden sollen. Zum Konzept gehört auch, dass jedes Spital eine Person als Qualitätsbeauftragte bestimmen muss, die u.a. die Rationierungstendenzen anhand beispielsweise der CIRS-Meldungen beobachtet. Neu sollen einmal je Jahr (im Januar des Folgejahres) die Qualitätsbeauftragten der Listenspitäler nach einem vorgegebenen Raster dem Gesundheitsdepartement (Kantonsärztin/Kantonsarzt) über mögliche Rationierungen oder Rationierungstendenzen und die getroffenen Gegenmassnahmen in seiner Institution berichten.

In besonderen Fällen in Bezug auf die medizinische Qualität (das beinhaltet auch Rationierungen) im stationären Spitalbereich ist die Kantonsärztin bzw. der Kantonsarzt berechtigt, entsprechende Abklärungen/Untersuchungen durchzuführen. Dabei müssen ihr/ihm alle erforderlichen Unterlagen/Daten zur Verfügung gestellt werden. Sie bzw. er kann auch unangemeldete Kontrollbesuche durchführen.

Generelle Probleme in Bezug auf Rationierungen und Rationierungstendenzen im stationären Spitalbereich sollen auch dem Kantonalen Ethik-Forum vorgelegt werden. Dieses Gremium, in welchem Vertreter der Spitalregionen wie auch der psychiatrischen Dienste Nord und Süd Einsitz haben, wird diese Probleme besprechen, analysieren und Lösungen vorschlagen.

Aus den Studien und Umfragen geht hervor, dass vor allem im Pflegebereich möglicherweise Rationierungstendenzen bestehen. Deswegen soll an den regelmässig stattfindenden Pflegedienstleitertreffen der Spitalregionen dieses Thema wenigstens einmal im Jahr thematisiert werden, verantwortlich dafür ist die Leitung Fachbereich Pflege im Gesundheitsdepartement; sie erstellt zusammen mit den Pflegedienstleitungen zu Händen des Gesundheitsdepartements einen jährlichen Bericht über die Rationierungssituation im Pflegebereich im Kanton.

Die Qualitätssicherung in den St.Galler Betagten- und Pflegeheimen wird nach kantonaler Gesetzgebung mit der Verordnung über die qualitativen Mindestanforderungen an Pflege und Betreuung in stationären Einrichtungen für Betagte (sGS 381.19; abgekürzt PBV) sowie den Richtlinien zu den Qualitätsanforderungen an Pflege und Betreuung in stationären Einrichtungen für Betagte von der Fachkommission für Altersfragen sichergestellt. Die Festlegung von Mindestanforderungen betreffend Infrastruktur, Organisation und Personal an die stationären Einrichtungen stellt einerseits die Sicherheit und das Wohl der Bewohnenden sicher und lässt andererseits eine einrichtungsspezifische und individuelle Ausgestaltung des Angebotes bis zum definierten Kostendach zu. Ein zentraler Aspekt dieser Qualitätssicherung ist der eskalierende Beschwerdeweg für Mitarbeitende, Angehörige und Bewohnende gemäss dem St.Galler Aufsichtsmodell. Es umfasst vier Ebenen: Die Bewohnenden bzw. deren gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter nehmen die erste Aufsichtsebene, die sogenannte individuelle Aufsicht, wahr. Für die Meldung individueller Beanstandungen und somit auch bei Verdacht auf Rationierung wenden sich die Bewohnenden an die fachliche Aufsicht (zweite Ebene). Die fachliche Aufsicht wird von der Einrichtungsleitung wahrgenommen. Können die Beanstandungen geklärt werden, sind keine weiteren Schritte nötig. Konnte aus Sicht der Betroffenen keine zufriedenstellende Klärung mit der Einrichtungsleitung her-

beigeführt werden, ist eine Weiterleitung an die interne Aufsicht (dritte Ebene) angezeigt. Die interne Aufsicht wird von der Trägerschaft eingesetzt und muss den Anforderungen nach Art. 5 PBV gerecht werden. Das heisst, sie muss von der operativen Leitung unabhängig und unbefangen sein und über die fachlichen Kompetenzen für diese Aufgabe verfügen. Oft wird die interne Aufsicht von der Heim- oder der Betriebskommission wahrgenommen. Die interne Aufsicht prüft die Anliegen der Betroffenen und meldet die Ergebnisse der Trägerschaft. Ergibt auch dies keine zufriedenstellende Lösung, können die Betroffenen an die vierte Ebene gelangen, welche die staatliche Aufsicht wahrnimmt. Bei öffentlichen Pflegeheimen oder privaten Einrichtungen mit einer Leistungsvereinbarung mit einer Gemeinde ist die entsprechende politische Gemeinde zuständig, bei privaten Einrichtungen der Kanton. Sind unrechtmässige Rationierungen erkennbar, werden diese, legitimiert durch die rechtlichen Grundlagen, bereinigt. Zentral am St.Galler Aufsichtsmodell ist, dass die Mitarbeitenden, Bewohnende sowie Angehörigen über den Beschwerdeweg informiert sind.

Nebst diesem aufgezeigten Beschwerdeweg haben Betroffene von Rationierungstendenzen die Möglichkeit, sich an die unabhängige Ombudsstelle «Alter und Behinderung» zu wenden, sofern sich die Einrichtung, in der sie leben, dieser Ombudsstelle angeschlossen hat. Die Ombudsfrau vermittelt zwischen den beiden Parteien und sucht nach einer beidseitig befriedigenden Lösung betreffend möglichen Rationalisierungs- bzw. Rationierungstendenzen. Ziel der Vermittlung ist die Verhinderung von gerichtlichen Auseinandersetzungen. Die Beratung ist kostenlos.

Im Spitexbereich kann es vorkommen, dass die Krankenversicherung Kürzungen (Streichen von gewissen Leistungen) vornimmt, obwohl die zuständige Spitexorganisation den Bedarf abgeklärt und die zuständige Arztperson dies bestätigt hat. Der weitere Rechtsweg ist das Einfordern einer rekursfähigen Verfügung durch die betroffene Person beim Versicherer. Dabei soll die betroffene Spitexorganisation den Patienten oder die Patientin beim Beschreiten des Rechtsweges unterstützen. Stellen die Klientinnen und die Klienten aber auch die Mitarbeitenden Rationierungstendenzen oder Rationierungen innerhalb der Spitexorganisation fest, dann sollen sie sich an die betreffenden Aufsichtsorgane wenden: Die Aufsicht über die öffentlichen Spitex-Organisationen haben die betreffenden Gemeinden, über die privaten Spitex-Organisationen das Gesundheitsdepartement.

Im ambulanten niedergelassenen Bereich erarbeiten die Leistungserbringer oder deren Verbände Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen. Die Modalitäten der Durchführung werden in den Tarifverträgen oder in besonderen Qualitätssicherungsverträgen mit den Versicherern oder deren Verbände nach Art. 77 der eidgenössischen Verordnung über die Krankenversicherung (SR 832.102) vereinbart. Wenn eine Patientin oder ein Patient meint, es werden ihr oder ihm nützliche Leistungen durch den Leistungserbringer vorenthalten, dann kann er sich bei der Ombudsstelle der kantonalen Ärztesgesellschaft beschweren; in besonders schwerwiegenden oder wiederholten Fällen wird die Ombudsstelle dem Gesundheitsdepartement (Kantonsärztin/Kantonsarzt) darüber Mitteilung erstatten; das Gesundheitsdepartement kann dann allfällige Disziplinar massnahmen verfügen. Werden nützliche Leistungen von der Krankenkasse nicht bezahlt, dann wendet sich die betroffene Person zunächst an die jeweilige Krankenkasse oder direkt an die Ombudsstelle Krankenversicherung in Luzern, als letzter Weg bleibt der Gang ans Versicherungsgericht, wobei vorgängig die betreffende Person bei der entsprechenden Krankenkasse eine anfechtbare Verfügung verlangen muss.

10 Antrag

Wir beantragen Ihnen, Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren, vom vorliegenden Bericht Kenntnis zu nehmen.