



www.vems.ch

Factsheet

Wo wird in unserem Gesundheitswesen von wem rationiert und wie?

Rationierung unter dem Deckmantel der Rationalisierung

Stand Mai 2014



Kurzantwort

In unserem Gesundheitswesen wird bereits heute rationiert, und zwar verdeckt auf Druck der Akteure auf der Makroebene, dem sich die Akteure auf der Mesoebene (Spitäler, Pflegeheime, Institutionen) und auf der Mikroebene (Arbeit am Krankenbett) beugen müssen, um zu überleben.

Es wird rationiert, und zwar verdeckt

Rationierung hat einen unschönen Klang. Deshalb ziehen es die Entscheidungsträger unseres Gesundheitswesens vor, von Rationalisierung zu reden. Wichtige Rationalisierungsmassnahmen der letzten Jahre führen aber de facto zur Rationierung:

- Ärztestopps führen zu einer Angebotsverknappung mit der Folge längerer Wartezeiten auf einen Arzttermin, was de facto für bestimmte Patienten Rationierung bedeutet.
- Die Kontrolle des Leistungsumfangs durch Fallpauschalen DRG schreibt pro Fall einen Kosten- und damit einen Leistungsrahmen vor, unabhängig der konkreten Patientensituation (siehe hierzu Factsheet Fallpauschalen: www.physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetDRG.pdf).
- Budgets innerhalb von Ärztenetzwerken bestimmen unabhängig von konkreter Patientensituation und Bedarf den zu erbringenden Leistungsumfang (siehe hierzu Factsheet Geheimverträge: www.physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetGeheimvertraege.pdf).
- Die Wirtschaftlichkeitsverfahren zwingen mit ihren Mittelwertvergleichen von Durchschnittskosten und Bussen bei Überschreitung von mehr als 30% gegenüber der Vergleichsgruppe den Ärzten de facto ein Globalbudget auf. Da jeder Arzt bestrebt ist, die Schwelle von 130% gegenüber der Vergleichsgruppe nicht zu überschreiten, behandelt er restriktiv und selektiv (siehe hierzu Factsheet WZW: www.physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetWZW.pdf).
- Health Technology Assessments HTA werden als reine Kosten-Nutzen-Analysen der individuellen Situation gewisser Patienten nicht gerecht und rationieren diesen mit ihren Empfehlungen Leistungen (siehe hierzu Factsheet HTA: www.physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetHTA.pdf).

So werden Rationierungsentscheide von der Makro- auf die Meso- und die Mikroebene transferiert. Die Leistungserbringer werden gezwungen, verdeckte Rationierung zu betreiben, was ihrem Ärztlichen Berufsethos widerspricht (siehe Factsheet Ärzteethik: www.physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetAerzteethik.pdf und Charta Ethik und Medizin des VEMS: <http://www.physicianprofiling.ch/VEMSEthikCarta2014.pdf>).

Wie gerecht rationieren?

Eberhard Schockenhoff und Anton Losinger formulieren in einem Artikel in «Stimmen der Zeit» vier Regeln als Vorschlag zur gerechten Rationierung aus christlicher Sicht.

→ www.stimmen-der-zeit.de/zeitschrift/archiv/beitrag_details?k_beitrag=2265176&query_start=8&k_produkt=2268208

Diese lassen sich auf vier Punkte zusammenfassen:

- keine Rationierung aufgrund des sozio-ökonomischen Wertes eines Individuums, sondern nur auf medizinischer Basis und nicht aufgrund seines gesellschaftlichen Nutzens.
- keine simplizistischen Rationierungsregeln aufgrund pauschaler Indikatoren wie des Alters, wenn sich daraus nicht medizinische Begründungen für den Rationierungsentscheid ergeben, zum Beispiel erhöhtes Risiko des Eingriffs (siehe auch Factsheet Zweckmässigkeit: .
- 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; dort, am Krankenbett, soll der Arzt seinem ärztlichen Berufsethos folgend allein im Interesse des Patienten entscheiden und handeln können.

Forderungen

Die Rationierung, welche derzeit in der Schweiz betrieben wird, entspricht diesen Auflagen in mehreren Punkten nicht. Die Fachverbände der Ärzteschaft sind gefordert, in ihrem und im Interesse ihrer Patienten dafür zu kämpfen, dass – wenn überhaupt – offen und fair rationiert wird.



Weitere VEMS-Factsheets: www.vems.ch/fakten-und-standpunkte