

# Positionspapier

zur verdeckten Rationierung durch Regierung, Behörden  
und Gremien in der Schweiz

Stand Juni 2015



Autoren: Dr. med. Michel Romanens, Flavian Kurth  
Projektverantwortung: Dr. med. Michel Romanens  
Nutzungsrecht: Verein Ethik und Medizin Schweiz VEMS, Verwendung der  
Texte, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe  
<http://physicianprofiling.ch/VEMSPositionspapierRationierung2015.pdf>

## Hintergrund

Der Entscheid des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), für die neue Generation von Arzneimitteln zur Therapie der chronischen Hepatitis C Harvoni, Viekirax und Exviera per 1. Februar 2015 eine Limitatio<sup>1</sup> für das Stadium F0, F1 und F2 zu erlassen, hat in der breiten Bevölkerung das Bewusstsein dafür geweckt, dass auch das Schweizer Gesundheitswesen Rationierung kennt und inskünftig wohl vermehrt damit rechnen muss. Der Verein Ethik und Medizin Schweiz VEMS verfolgt diese Entwicklung seit gut zehn Jahren in verschiedenen Bereichen unseres Gesundheitswesens und hat zum Thema Rationierung im Februar 2014 ein Basispapier<sup>2</sup> lanciert, dessen Feststellung bezüglich dem Rationierungsbegriff hier eingangs noch einmal zusammengefasst werden soll, weil sie die Basis unserer weiteren Überlegungen zum aktuellen Diskurs bildet.

Im Jahr 2007 hat die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW in einer Arbeitsgruppe innerhalb des Projekts «Zukunft Medizin Schweiz» ein Grundlagenpapier<sup>3</sup> zur Rationierung erarbeitet. Darin zeichnet sich die Richtung des Rationierungsdiskurses ab, wie er seither geführt wird. Anstatt eine klare Abgrenzung zwischen Rationalisierung und Rationierung zu machen und Richtlinien vorzuschlagen, wie allenfalls ethisch vertretbar rationiert werden könnte, betreibt die SAMW eine gefährliche Verwässerung der Begriffe. Das Papier hält fest, eine gängige Definition von Rationierung sei, dass diese «dann vorliegt, wenn die von der Solidargemeinschaft abgedeckten Leistungen bewusst unter das Niveau des medizinisch anerkannt Notwendigen gelegt werden», um dann zu monieren: «Selbstverständlich kann dies niemand ernsthaft wollen – und damit ist jede Diskussion über Rationierung beendet, bevor sie begonnen hat». Darauf schlägt die Arbeitsgruppe – «um eine konstruktive ... Diskussion der Rationierung in der Gesundheitsversorgung zu führen» – folgende Definition vor: «Rationierung umfasst implizite oder explizite Mechanismen, die dazu führen, dass einer Person eine nützliche Leistung im Rahmen der Gesundheitsversorgung nicht zur Verfügung steht.» Entsprechend wird Rationalisierung als Bestreben definiert, dafür zu sorgen, dass Leistungen, die unnütz sind, nicht erbracht werden, bzw. nicht zur Verfügung stehen: «Rationalisierung hingegen bezeichnet im Sinne einer Effizienzsteigerung den «Verzicht auf nutzlose Leistungen» und ist immer angezeigt».

Das BAG ist diesem Paradigmenwechsel in seinem Arbeitspapier «Operationalisierung der Begriffe Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit»<sup>4</sup> vom Juli 2011 gefolgt oder lässt eine dahingehende Interpretation des Zweckmässigkeitsbegriffs zumindest zu, wenn es, U. Pfefferkorn zitierend, Zweckmässigkeit wie folgt definiert: «Die Zweckmässigkeit einer Leistung setzt zusätzlich zur Wirksamkeit deren Eignung unter Berücksichtigung von Nutzen und Schaden, deren

<sup>1</sup> <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/15237/?lang=de>

<sup>2</sup> <http://www.physicianprofiling.ch/VEMSRationierung2014.pdf>

<sup>3</sup> [http://www.samw.ch/dms/de/Publikationen/Positionspapiere/d\\_Rationierung.pdf](http://www.samw.ch/dms/de/Publikationen/Positionspapiere/d_Rationierung.pdf)

<sup>4</sup> <http://physicianprofiling.ch/WZWBAG2011.pdf>

Erforderlichkeit, Zumutbarkeit sowie die Verhältnismässigkeit des Mitteleinsatzes voraus». Damit ist die Frage von Rationalisierung und Rationierung zu einem Anwendungsgebiet von Nutzwertanalysen geworden, die Betrachtung eine einseitig utilitaristische, deren Ziel der grösstmögliche Nutzen für die grösstmögliche Zahl ist – ohne offenzulegen, wer die Definitionshoheit darüber innehaben soll, was ein Nutzen ist und was nicht, was nützlich und was unnützlich.

Die Gefahr dieses Verständnisses von Zweckmässigkeit liegt darin, dass es mit dieser Definition möglich ist, eine Behandlung, die medizinisch zweckmässig ist, mit der Begründung, sie sei unnützlich, zu rationieren und diese Rationierung als Rationalisierung zu deklarieren. Es handelt sich hierbei aber nicht um Rationalisieren, sondern um ein implizites, verdecktes Rationieren. Und darüber, dass verdeckte Rationierung ethisch inakzeptabel ist, sind sich Medizinethiker weitgehend einig. Markus Zimmermann-Acklin fasst dies, auf ein deutsches Forschungsprojekt verweisend, in seinem Focus-Artikel «Wie können faire Allokationsentscheidungen auf der Makroebene getroffen werden?»<sup>5</sup> aus dem Jahr 2011 so zusammen: «Dabei müsste die Anwendung der Kriterien möglichst transparent begründet werden, also soweit als möglich und sinnvoll umsetzbar die explizite an die Stelle der heute verbreiteten impliziten Rationierung treten». Dies ist seither in der Schweiz nicht geschehen. Im Gegenteil. Wir haben in der Folge einen unlösbaren, systeminhärenten Konflikt zwischen Medizinethik und Gesundheitsökonomie. Dieser liegt nicht in der Natur der Sache, er ist hausgemacht – und er bindet Ressourcen, die besser darauf verwendet wären, das effektive Rationalisierungspotenzial auszuschöpfen und dort offen zu rationieren, wo es unabdingbar ist. Die Systematik, medizinisch zweckmässige Behandlungen als unnützlich darzustellen, um sie mit dieser Begründung zu rationieren und diese verdeckte, implizite Rationierung als Rationalisierung zu deklarieren, zieht sich heute durch viele Steuerungsentscheidungen unseres Gesundheitswesens.

### **Der Utilitarismus, seine Möglichkeiten und seine Gefahren**

Der gemeinsame Nenner dieser Fehlentscheidungen liegt in einer einseitig utilitaristischen Herangehensweise an die Probleme. Auf die ethische Grundproblematik, die dem Utilitarismus innewohnt, indem in ihm ein Tötungsverbot nicht wirklich überzeugend haltbar ist, soll hier nicht eingegangen werden. Die Extrempositionen des Präferenzutilitarismus<sup>6</sup> Peter W. Singers<sup>6</sup>, welche ethische Schranken des Inakzeptablen bezüglich Euthanasie von Embryos, Neugeborenen oder sogar von Dementen durchbrechen, zeigen jedenfalls die Gefahren, die diese Betrachtung birgt. Hierzu sei auf eine Arbeit Dieter Birnbachers verwiesen, der die Vereinbarkeit von Tötungsverbot und Utilitarismus in Anbetracht von Peter Singers Thesen untersucht<sup>7</sup>. Die SAMW sieht diese Gefahr denn auch

<sup>5</sup> [http://www.bioethica-forum.ch/docs/11\\_3/03\\_Focus\\_Zimmermann.pdf](http://www.bioethica-forum.ch/docs/11_3/03_Focus_Zimmermann.pdf)

<sup>6</sup> [http://de.wikipedia.org/wiki/Peter\\_Singer](http://de.wikipedia.org/wiki/Peter_Singer)

<sup>7</sup> [http://www.analyse-und-kritik.net/1990-2/AK\\_Birnbacher\\_1990.pdf](http://www.analyse-und-kritik.net/1990-2/AK_Birnbacher_1990.pdf)

und wägt die utilitaristische Ethik in ihren Positionspapieren jeweils mit anderen Ethiken ab. Sie tut dies allerdings mehr zum Schein und ohne Forderungen zu stellen, wie der VEMS in seinem Positionspapier<sup>8</sup> zum SAMW-Positionspapier «Medizin und Ökonomie – wie weiter?»<sup>9</sup> aufgezeigt hat. Die SAMW ist sich der Anreize zur verdeckten Rationierung, die den Leistungserbringern gesetzt werden, bewusst, bekämpft sie aber nicht, sondern erwartet stattdessen von den Leistungserbringern, sich trotz dieser Anreize ethisch korrekt zu verhalten, da sie ja intrinsisch motiviert seien. Man kann das durchaus eine Pseudoethik nennen, und sie dürfte ihren Grund darin haben, dass die SAMW Rationierung zwar als unabwendbar erachtet, dabei aber nicht bereit ist, offen darüber zu reden, bzw. eine offene Rationierungsdebatte zu fördern und offene Rationierung zu fordern.

Um einen grösstmöglichen Nutzen für die grösstmögliche Zahl zu eruieren, stellt der Utilitarismus durchschnittliche Aufwendungen einem Mittelwert des medizinischen Nutzens gegenüber. Es wird also ein durchschnittlich günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis angestrebt. Ob das Kosten-Nutzen-Verhältnis im Einzelfall günstig ist oder ob im Einzelfall durch eine bestimmte medizinische Handlung oder durch die Unterlassung einer solchen sogar ein Schaden entsteht, zählt in dieser Betrachtung nicht. Hier liegt die Gefahr des Utilitarismus<sup>4</sup>. Werden Empfehlungen, die unter einseitig utilitaristischer Betrachtung entstehen, von unverbindlichen Empfehlungen zu verbindlichen Vorschriften, so bedeutet dies für den Arzt unter Umständen, dass er seinem Patienten einen Schaden zufügen muss, um nicht gebüsst zu werden. Dies widerspricht dem Gesetz des Nichtschadens der Medizinethik nach Beauchamp und Childress<sup>10</sup>. Seinem Patienten schaden darf der Arzt nur, wenn der mögliche medizinische Nutzen überwiegt. Ist dies nicht der Fall, handelt der Arzt überdies dem Gesetz des Patientenwohls zuwider, ebenfalls dem Prinzip der Achtung der Patientenautonomie sowie, falls die Schädigung des Patienten Kosten verursacht, dem Prinzip der Gerechtigkeit, welches eine faire Verteilung medizinischer Ressourcen verlangt. Der Arzt muss also unter Umständen eines oder mehrere medizinethischen Prinzipien preisgeben, um einem Mittelwertdiktat zu folgen.

Die Probleme, die eine utilitaristische Betrachtung der Medizin birgt, liegen aber nicht nur auf der medizinethischen, sondern bereits auf der klinisch-medizinischen Ebene: Die Medizin gewinnt ihre Erkenntnisse durch ein Hochrechnen der in klinischer Evidenz gewonnenen Erkenntnisse von Einzelfällen. Daraus leitet sie Richtlinien ab, welche von den medizinischen Fachgesellschaften herausgegeben und stetig weiterentwickelt werden. Welche Folgen es haben kann, wenn utilitaristische, aus der klinischen Praxis ausgelagerte Mittelwertbetrachtungen über die evidenzbasierten

<sup>8</sup> <http://www.physicianprofiling.ch/VEMSPositionspapierSAMWOekonomie.pdf>

<sup>9</sup> [http://www.samw.ch/dms/de/Publikationen/Positionspapire/Comm\\_MedOekonomie\\_2014\\_D.pdf](http://www.samw.ch/dms/de/Publikationen/Positionspapire/Comm_MedOekonomie_2014_D.pdf)

<sup>10</sup> <http://de.wikipedia.org/wiki/Medizinethik>

Richtlinien der Fachgesellschaften gestützt werden, soll an einem besonders deutlichen Beispiel aufgezeigt werden.

### **Der Statinbericht des Swiss Medical Boards SMB**

Die Todesursache Nummer eins in westlichen Ländern ist der Herz- oder Hirnschlag. Statine sind Medikamente, die den LDL-Cholesterol-Spiegel senken und so helfen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu behandeln und tödliche Herz- oder Hirnschläge zu verhindern. Statine gehörten jahrelang zu den umsatzstärksten Medikamenten weltweit. So erzielte allein Sortis (Wirkstoff Atorvastatin) 2004 einen weltweiten Umsatz von 10,7 Milliarden und 2007 von 12,8 Milliarden US-Dollar. Vor diesem Hintergrund ist es verständlich, die Frage zu stellen, ob all diese Medikamentenverschreibungen auch tatsächlich nötig sind. Verschrieben werden Statine einerseits bei bereits kranken Patienten, aber auch als Sekundärprävention bei Patienten, die erste Anzeichen einer Erkrankung haben (Ablagerungen in den Arterien), und bei Patienten, die noch keine solchen Anzeichen haben, aufgrund ihrer Blutwerte aber voraussichtlich in den nächsten Jahren kardiovaskuläre Erkrankungen erleiden werden (Primärprävention). Bei bereits kranken Patienten und in der Sekundärprävention wird der Einsatz von Statinen heute nicht mehr infrage gestellt, ihr Einsatz in der Primärprävention ist aber noch immer ein Streitpunkt.

Um die Frage zu beantworten, ab welchem Risiko der Einsatz von Statinen sinnvoll ist, haben verschiedene Fachgesellschaften Richtlinien herausgegeben, die leicht variieren. Diese Richtlinien helfen dem Kardiologen zusammen mit anderen Faktoren wie Ernährungs- und Lebensgewohnheiten, im individuellen Fall des einzelnen Patienten zu entscheiden, ob er diesem eine Statintherapie empfehlen soll, auch für den Fall, dass noch keine manifeste Atherosklerose vorliegt oder bereits ein kardiovaskuläres Ereignis stattgefunden hat. Das Swiss Medical Board SMB ([www.medical-board.ch](http://www.medical-board.ch)) hat in einem Health Technology Assessment HTA versucht, diese Frage allgemein zu beantworten, und im Februar 2014 einen entsprechenden Bericht<sup>11</sup> herausgegeben. Dieser macht Empfehlungen, die den Richtlinien der Fachgesellschaften widersprechen, weshalb er von diesen massiv kritisiert worden ist<sup>12</sup>.

Grundsätzlich sind HTAs dazu gedacht, bei verschiedenen Therapiemöglichkeiten diejenige zu eruieren, die das beste Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweist, um daraus Empfehlungen abzuleiten. Im Statin-Bericht des SMB ist dies nicht geschehen. Vielmehr wägt dieser ab, ob Statine in der Primärprävention überhaupt sinnvoll sind. Dabei werden die Kosten für Behandlung und Medikation dem Nutzen gegenübergestellt, der durch die Verhinderung kardiovaskulärer Erkrankungen entsteht. Dies geschieht bei den HTA-Berichten, wie das SMB sie erstellt, indem pro gewonnenem

---

<sup>11</sup> [http://www.medical-board.ch/fileadmin/docs/public/mb/fachberichte/2014-07-21\\_bericht\\_statine\\_final\\_anpassung.pdf](http://www.medical-board.ch/fileadmin/docs/public/mb/fachberichte/2014-07-21_bericht_statine_final_anpassung.pdf)

<sup>12</sup> <http://www.agla.ch/files/download/da516f6b715501b>

Lebensjahr ein qualitätsbereinigter Wert angenommen wird (QALY). Das QALY-Konzept und seine ethischen Implikationen werden im internationalen Diskurs kontrovers diskutiert, wobei ein Hauptargument gegen den Einsatz von QALYs ist, dass sie alte, mehrfachkranke und behinderte Patienten diskriminieren, indem der QALY-Wert mit dem Alter und mit der Beeinträchtigung sinkt<sup>13</sup>. In England, bisher das Land mit der konsequentesten Anwendung von QALY, hat die legislative Gesundheitsreform dem National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) die Anwendung von cost-per-QALY-Grenzen inzwischen verboten und vorgeschlagen, solche Werte nicht mehr für Entscheidungen für oder gegen eine Behandlung zu verwenden, sondern vielmehr bei Preisverhandlungen mit der Industrie. Auch in den USA sind QALYs als Entscheidungsgrundlage für oder gegen medizinische Massnahmen umstritten, andere Länder wie Frankreich, Spanien oder Italien arbeiten gar nicht mit dem QALY-Konzept.

An dieser Stelle sollen allerdings nicht die medizinethischen Probleme des QALY-Konzepts untersucht werden, sondern seine Tauglichkeit als Mittel zur Rationalisierung, also zur Vermeidung unnötiger Behandlungen, bzw. Kosten. Das SMB untersucht die Frage, ob bei Personen, die keine diagnostizierte kardiovaskuläre Erkrankung aufweisen (Primärprävention), eine Verschreibung von Statinen mit einem relevanten Vorteil bezüglich der Anzahl möglicher künftiger kardiovaskulärer Ereignisse, bezüglich der Überlebensdauer und bezüglich der Lebensqualität verbunden ist. Die Basis für die Berechnungen des SMB ist die 2012 veröffentlichte CTT Studie, wonach bei 1'000 Personen über 5 Jahre mit einem Statin behandelt 11 Herzinfarkte (2 tödliche und 9 nicht tödliche) verhindert werden können, wenn bei diesen im Schnitt das LDL um 1.0 mmol/L gesenkt würde<sup>14</sup>. Das SMB gelangt unter Anwendung eines selbst entwickelten Kosten-pro-QALY-Modells zur Empfehlung, eine Verschreibung von Statinen in der Primärprävention sei bei einem Risiko für ein tödliches kardiovaskuläres Ereignis innerhalb von 10 Jahren von unter 7,5% gemäss ESC-Score nicht indiziert.

Die verschiedenen Verzerrungen, aufgrund welcher das SMB zu seiner sämtlichen Richtlinien der medizinischen Fachgesellschaften widersprechenden Empfehlung kommt, hat der VEMS in einem wissenschaftlichen Brief<sup>15</sup> an die in die Erstellung des Berichts involvierten medizinischen Spezialisten detailliert aufbereitet. Der gravierendste Irrtum, den das SMB in seinem Statinbericht begeht, ist als eingängiges Bild allgemein bekannt: Hält man eine Hand auf eine glühend heisse Herdplatte und die andere in eiskaltes Wasser, so geht es einem statistisch betrachtet gut, während man sich realiter schwere Verbrennungen zuzieht. Der Durchschnittswert des Wohlbefindens liefert hier also keinerlei nützliche Information, was zählt, ist der relative Wert. Für den Statinbericht des

---

<sup>13</sup> <http://physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetQALY.pdf>

<sup>14</sup> [www.docfind.ch/CTTAppendix2012.pdf](http://www.docfind.ch/CTTAppendix2012.pdf)

<sup>15</sup> <http://www.docfind.ch/SMBStatinExperts.pdf>

SMB bedeutet dies: Das SMB stellt in der Gruppe der Patienten mit einem ESC-Risiko von unter 7,5% innerhalb von 10 Jahren ein durchschnittliches ESC-Risiko von 0,91% in fünf Jahren fest und geht davon aus, dieses Risiko sei innerhalb der Gruppe bei allen gleich hoch. Das Individuum verschwindet bei dieser Betrachtung gewissermassen im Mittelwert. Daraus ergeben sich Kosten pro qualitätsbereinigtem Lebensjahr von CHF 210'000.- in fünf und von CHF 160'000.- in zehn Jahren, was zweifelsfrei zu teuer ist. Betrachten wir allerdings das relative Risiko und rechnen dieses hoch, so ergeben sich die korrekten Kosten pro QALY von CHF 2'000.-.

Der VEMS hat dies in einem Artikel<sup>16</sup> in der Schweizerischen Ärztezeitung dargelegt. Die Replik<sup>17</sup> des SMB in derselben Ausgabe der SAEZ zeigt, dass das SMB seinen grundlegenden Denkfehler nicht erkennt. Die Autoren schreiben: «Die von Romanens et al. angegebene relative Risikoreduktion von 22% für die Wirksamkeit von Statinen taucht im Bericht des SMB nicht auf. Die relative Risikoreduktion ist ja auch nicht relevant. Vielmehr kommt es darauf an, die Wirksamkeit und die Kosten einer Behandlung in absoluten Einheiten zu messen». Damit sagt das SMB, um auf das Beispiel der Herdplatte zurückzukommen: Es spielt keine Rolle, ob sich der Patient realiter schwere Verbrennungen zuzieht, statistisch gesehen geht es ihm gut, und einzig diese Sicht zählt. Wer so argumentiert, entzieht sich wissentlich und willentlich der Realität, um seine eigene Zahlenrealität über diese zu stützen und sie zu verstören. Quasireligiöse Annahmen siegen über wissenschaftlich erarbeitete Evidenz der klinischen Praxis.

Das SMB relativiert seine Empfehlung, wenn es anmerkt: «Das Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis muss individuell gemäss den gültigen Guidelines bestimmt werden (AGLA, Arbeitsgruppe Lipide und Atherosklerose der Schweiz. Gesellschaft für Kardiologie, ESC, European Society of Cardiology)». Diese Aussage steht allerdings in komplettem Widerspruch zur Behauptung, die relative Risikoreduktion sei nicht relevant. Für die medizinische Praxis bedeutet die Empfehlung des SMB eine gefährliche Verwirrung. Nehmen wir an, ein Arzt untersuche an einem Tag einen Patienten mit einem relativen Risiko von 0,91%. Daraus ergeben sich Kosten pro QALY von CHF 210'000.- in fünf Jahren und, behandelt er den Patienten über zehn Jahre, von CHF 95'666.-. Keine Frage, dass er, der Empfehlung des SMB folgend, von der Statinbehandlung dieses Patienten absehen wird. Nehmen wir weiter an, an einem anderen Tag untersuche er einen Patienten, dessen ESC-Risiko 7% ist. Folgt er der SMB-Empfehlung, dürfte er auch diesen Patienten nicht mit einem Statin behandeln. Hier ergeben sich aber Kosten pro QALY von CHF 27'409 in fünf und von CHF 4'231.- in zehn Jahren. Stellt er dies den Kosten der Behandlung einer möglichen kardiovaskulären Erkrankung gegenüber, unter Umständen mit Herz- oder Hirnschlag, so ist fraglos, dass die Einhaltung der SMB-Empfehlung eine grobfahrlässige Unterlassung wäre, die obendrein noch ein Mehr-

<sup>16</sup> <http://www.saez.ch/docs/saez/2015/22/de/SAEZ-03514.pdf>

<sup>17</sup> <http://www.saez.ch/docs/saez/2015/22/de/SAEZ-03678.pdf>

faches der Kosten der Primärprävention mit einem Statin verursachen würde. Das relative Risiko spielt also sehr wohl eine Rolle, und zwar die zentrale.

### **Die Folgen von HTA-Berichten**

Welche Folgen haben Empfehlungen des SMB für die medizinische Praxis? Zweifelsohne erhalten sie Gewicht durch die Tatsache, dass die SAMW, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK und die FMH Einsitz im SMB haben. Die eine Gefahr besteht darin, dass Ärzte der Empfehlung des SMB folgen und ihre Patienten falsch beraten, was auch passiert ist und was insbesondere bei Hausärzten und bei gegebenem Druck durch die Krankenkassen eine Gefahr darstellt, während Kardiologen die Mängel des SMB-Berichts nicht nur leicht erkennen können, sondern Krankenkassen gegenüber aufgrund ihres Wissensvorsprungs auch besser gegen diese falschen Empfehlungen zu argumentieren vermögen.

Da Statine aufgrund ihrer nicht unmittelbar spürbaren Wirkung eine eher schlechte Compliance haben (kooperatives Verhalten des Patienten), besteht eine andere Gefahr darin, dass Patienten, bei denen eine medikamentöse Behandlung eindeutig angezeigt ist und eine Nichtbehandlung tödliche Folgen haben kann, ihre Medikamente, ermutigt durch die Empfehlung des SMB, nicht mehr einnehmen. Dies ist nach Herausgabe des SBM-Statinsberichts auch geschehen, wie Walter Riesen von der Arbeitsgruppe Lipide und Atherosklerose in der TOP-MED-Sendung<sup>18</sup> vom 15. Mai 2014 im Gespräch mit Stephan Felder, dem für den mathematisch-statistischen Teil verantwortlichen Autor des SMB-Berichts, bestätigt. Wir haben hier also ein von Regierung und Behörden gestütztes Gremium, das mit seinem Bericht eine als Rationalisierung deklarierte verdeckte Rationierung fördert. Dabei haben jene Patienten das Nachsehen, die sich aufgrund ihrer sozialen Benachteiligung nur ein Versicherungsmodell leisten können, in welchem sie von Ärzten betreut werden, die restriktiv verschreiben (Hausarztmodell), Patienten überdies, die sich teilweise aufgrund ihres Bildungs- und/oder Sprachnachteils auch nicht ohne weiteres über ihr tatsächliches Risiko informieren können.

### **Sind Limitationen eine Rationierungsmassnahme?**

Noch schwerwiegender dürften die Folgen solcher Berichte werden, wenn sie als Grundlage für Limitationsentscheide dienen, was eingedenk der jüngsten Entwicklungen in absehbarer Zeit durchaus passieren könnte. Der Hepatitis-C-Entscheid<sup>19</sup> hat gezeigt, dass auch in der Schweiz inskünftig härter rationiert werden dürfte. Gemäss Oliver Peters, Vizedirektor des BAG, würden mit dem neuen Hepatitis-C-Medikament Harvoni die Kosten im Gesundheitswesen explodieren. Er rechnet vor,

<sup>18</sup> <http://www.teletop.ch/programm/sendungen/top-med/detail/art/herzkrankheiten-glaubenskrieg-um-cholesterinsenker-001666807/>

<sup>19</sup> <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/15237/?lang=de>



es sei mit einem Anstieg der Krankenkassenprämien um 25% zu rechnen, da die Arzneimittelkosten sich pro Jahr verdoppeln würden<sup>20</sup>. Im Jahr 2013 betragen die Fabrikkosten für Medikamente rund 4.1 Milliarden Franken<sup>21</sup>. Der Bund rechnet also gemäss Oliver Peters mit Zusatzkosten von rund 4 Milliarden Franken. Gestützt auf akzeptierte Schätzungen leben in der Schweiz rund 80'000 Personen mit Hepatitis C<sup>22</sup>, dem BAG sind insgesamt 33'300 Fälle gemeldet worden<sup>23</sup>. Multipliziert man die Behandlungskosten für Harvoni (maximal CHF 61'956.-) mit allen Hepatitis-C-Erkrankten (80'000 Personen), so ergeben sich einmalige Behandlungskosten (über 3 Monate) von 5 Milliarden Franken. Der Bund rechnet also mit Zusatzkosten von rund 2 Milliarden Franken oder der Behandlung von rund 40% der Erkrankten. In Anbetracht der hohen Kosten hat der Bund deshalb für Hepatitis-C-Medikamente vom Typ Harvoni eine Limitation für das Stadium F0, F1 und F2 erlassen. Ähnliche Limitationen existieren auch für die Konkurrenzprodukte wie Sovaldi und Viekirax/Exviera.

Wir wollten von Pascal Strupler, dem Direktor des BAG, wissen, ob er diesen Entscheid als Rationalisierung oder als Rationierung sieht, und haben ihn per E-Mail angefragt. In seiner Antwort mischen sich Argumente, die eher für eine Rationierung sprechen, mit solchen, die den Entscheid als Rationalisierung taxieren, was Herr Strupler zusammenfasst im Schlusssatz: «Es geht nicht um Rationierung, sondern um den zweckmässigen Einsatz von sehr hochpreisigen (und darum knapp verfügbaren) Therapien». Diese Argumentation lässt vermuten, dass es auch weiterhin darum gehen wird, verdeckt zu rationieren und diese verdeckte Rationierung mit Rationalisierungsargumenten zu verkaufen. Dazu hat das BAG auch gute Gründe, denn eine offene Rationierung ist in der Schweiz rechtlich problematisch, wie wir weiter unten sehen werden. Dass eine offene Diskussion über Rationierung aber endlich zu führen ist, sieht auch die Patientenschützerin Margrit Kessler, wenn sie in einem Gastkommentar<sup>24</sup> in der NZZ vom 24.10.2014 schreibt: «Es ist dringend nötig, dass eine breite und offene Diskussion über das Tabuthema Rationierung im Gesundheitswesen stattfindet».

### **Abbau der Präventivmedizin**

Die Limitatio obiger Medikamente zur Therapie der chronischen Hepatitis C bedeutet, dass diese von den Krankenkassen erst dann vergütet werden müssen, wenn die Krankheit fortgeschritten ist und bereits Leberschäden verursacht hat. Die Krankheit zu behandeln, bevor sie Leberschäden verursacht hat, erachtet das BAG nicht als Pflichtleistung der Krankenkassen. Hierzu hat Pascal Strupler, der Direktor des BAG, ebenfalls in einem Gastkommentar in der NZZ vom 30.10.2014<sup>25</sup>

<sup>20</sup> <http://www.tagesanzeiger.ch/wirtschaft/standard/Ein-Geschaef-t-fast-ohne-Konkurrenz/story/24063385>

<sup>21</sup> <http://www.interpharma.ch/fakten-statistiken/1894-schrumpfender-kassenpflichtiger-markt>

<sup>22</sup> SWISS MEDICAL FORUM 2015;15(17):360–365

<sup>23</sup> <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/15237/?lang=de>

<sup>24</sup> <http://www.nzz.ch/meinung/debatte/die-rationierung-hat-bereits-begonnen-1.18409789>

<sup>25</sup> <http://www.nzz.ch/meinung/debatte/medikamente-effizient-einsetzen-1.18414087>

eine Argumentation ausgebreitet, die einige Fragen aufwirft. Er schreibt: «Es hat wenig Sinn, diejenigen zu behandeln, die einmal krank werden könnten, es aber noch nicht sind und vielleicht auch nie werden.»

Damit ist die Präventivmedizin eigentlich vom Tisch, denn genau dies tut diese: diejenigen behandeln, die einmal krank werden könnten, es aber noch nicht sind. Dass sie damit Kosten sparen kann, obwohl auch einige davon gar nie krank werden würden, hat die Medizin hinlänglich bewiesen. Die unvermeidbaren Mehrkosten übersteigen die vermeidbaren oftmals um ein Mehrfaches. Dies ist der Erfolg der Präventivmedizin, und er lässt sich, basiert auf klinischen Daten, mit NNT-Berechnungen (number needed to treat) belegen. Wie im Statinbericht des SMB haben wir also auch hier einen Diskurs, der darauf hinausläuft, zu definieren, was krank ist und was gesund – und wer die Definitionshoheit darüber innehaben soll, die Ökonomie oder die Medizin.

Letztere kommt beim Errechnen der Kosten zu ganz anderen Zahlen als das BAG, was an einer Modellrechnung zu Harvoni<sup>26</sup> gezeigt werden soll: Strittig ist die Behandlung des Stadiums F2. Gemäss internationalen Richtlinien soll ab Stadium F2 eine antivirale Behandlung erfolgen, das BAG will dies verhindern. Nimmt man die gemeldeten Fälle (N=33'300) und Resultate aus epidemiologischen Studien<sup>27</sup>, befinden sich 29% der Patientinnen und Patienten mit Hepatitis C im Stadium F2 (ebenfalls 29% in den Stadien F3+4). In 5 Jahren erleiden 12% dieser Patientinnen und Patienten eine schwerwiegende gesundheitliche Störung oder den Tod: 1% Leberzellkrebs, 4% dekompenzierte Leberzirrhose, 1% Lebertransplantation, 6% sterben (bei F3+4: 8% Leberkrebs, 13% dekompenzierte Leberschwäche, 3% Lebertransplantation, 27% Todesfälle). Da diese Ereignisse im Verlauf linear zunehmen, verdoppeln sich diese Zahlen für das Stadium F2 in 10 Jahren auf 24% schwerwiegende Komplikationen (wovon 12% versterben würden).

Da im Stadium F2 noch keine schwere Form der Hepatitis C vorliegt, genügen mit Harvoni in der Regel 8 Wochen Behandlung, das heisst, bei früherer Behandlung liegen die Kosten statt bei 61'956 Franken nur bei 41'567 Franken (zwei statt drei Monate Behandlung). Zu diesen Kosten müssten 29% der 33'300 Erkrankten, also 9'657 einmalig behandelt werden, die Harvoni-Kosten würden für diese Gruppe somit 401 Millionen Franken betragen. Die Alternativtherapie mit Rofeiron und Ribavirin müsste ein Jahr lang durchgeführt werden und würde 136 Millionen Franken kosten. Die effektiv erwarteten Zusatzkosten betragen somit 401 minus 136, also 265 Millionen Franken. Das Problem hierbei ist, dass die bisherige Therapie nur eine Heilungsrate von ca. 50% aufweist, was bedeutet, dass die Hälfte der 136 Millionen Franken, also 68 Millionen Franken, vergebens aufgewendet werden. Demgegenüber steht eine 99% Erfolgsaussicht mit Harvoni. Würde man in einem sequentiellen Szenario zunächst mit den bisherigen Medikamenten behandeln und erst auf

<sup>26</sup> [www.docfind.ch/VEMSHepatitisC.xlsx](http://www.docfind.ch/VEMSHepatitisC.xlsx)

<sup>27</sup> [http://www.natap.org/2014/AASLD/AASLD\\_46.htm](http://www.natap.org/2014/AASLD/AASLD_46.htm)

Harvoni wechseln, wenn nach einem Jahr ein Therapieversagen mit der Kombination Roferon und Ribavirin festgestellt würde, so stiegen die Kosten im Vergleich zur direkten Behandlung mit Harvoni von 265 Millionen auf 337 Millionen Franken. Da die Risiken im Stadium F2 in 5 Jahren 12% betragen (in 10 Jahren 24%) müssen in 5 Jahren 8.3 Personen behandelt werden, um ein Ereignis zu verhindern, entsprechend 4.2 in 10 Jahren (number needed to treat: NNT). Multipliziert man die Behandlungskosten mit dem NNT, erhält man die Kosten pro vermiedenes Ereignis in der Gruppe F2. Diese betragen über 10 Jahre gerechnet für Harvoni 173'233 Franken und für die konventionelle Therapie 116'986 Franken. Die Zusatzkosten mit Harvoni gegenüber der bisherigen Therapie betragen somit 56'248 Franken in 10 Jahren oder 5'625 Franken pro Jahr. Die medizinischen Zusatzkosten der unbehandelten Hepatitis C (gegenüber der behandelten Hepatitis C) werden mit Jahreskosten von 7'456 \$, jene betreffend den Produktivitätsausfall (am Arbeitsplatz) mit solchen von 4'847 \$ angegeben; zusammengerechnet ergeben sich gesellschaftliche Kosten von 12'303 \$ pro Jahr<sup>28</sup>.

Die Gesamtkosten für die Heilung von Hepatitis C mit Harvoni betragen im Stadium F2-4 eine Milliarde Franken, die Behandlungskosten für die bisher übliche Medikation betragen 272 Millionen Franken, die Zusatzkosten betragen für Harvoni also 728 Millionen Franken. Die Zusatzkosten nach Abzug von 50% Therapieversager mit der bisherigen Therapie betragen 44 Millionen Franken. Würde man schon im Stadium F2 behandeln, um die Folgestadien zu verhindern, könnten nochmals 200 Millionen Franken eingespart werden. Trotz sehr hoher Medikamentenkosten sinkt gemäss den vorliegenden Berechnungen die Prämienlast mit Harvoni also in den nächsten 10 Jahren um 0.31% pro Jahr, würde die Limitation für an Hepatitis-C-Erkrankte im Stadium F2 aufgehoben. Es ist deshalb problematisch, wenn das BAG aufgrund höherer Prämienbelastungen in einem Jahr eine Limitation verfügt, da unmittelbar eingesparte Kosten über 10 Jahre betrachtet zu einem Prämienanstieg führen werden. Dies gilt besonders für hocheffiziente Therapien.

Wir beobachten also auch hier den Mechanismus, eine medizinisch zweckmässige Behandlung durch eine einseitige Hochrechnung ohne Bezug zur medizinischen Praxis – hier nicht als unnütz, aber als von einem schlechten Kosten-Nutzen-Verhältnis darzustellen, um dann mit Rationalisierungsargumenten de facto zu rationieren. Dass die Limitation überdies eine verdeckte, ethisch problematische Rationierung ist, werden wir weiter unten sehen.

Der Abbau der Präventivmedizin steht auch im Widerspruch zur Gesundheitspolitik unserer Regierung, wie sie im Strategiepapier «Gesundheit2020»<sup>29</sup> aus dem Jahr 2013 für die nächsten acht Jahre festgehalten ist. Dort wird an mehreren Stellen die Förderung der Präventivmedizin und der Diagnostik proklamiert. So etwa gleich am Anfang auf Seite vier, wo zu lesen ist «Deshalb müssen

<sup>28</sup> [http://www.natap.org/2014/HCV/071414\\_03.htm](http://www.natap.org/2014/HCV/071414_03.htm)

<sup>29</sup> <http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020>

wirksame und effiziente Massnahmen zur Prävention, zur Früherkennung und zur Gesundheitsförderung eingeführt werden» oder auf Seite acht: «Öffentliche und private Akteure sollen ihre Aktivitäten zur Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung von Krankheiten vor dem Hintergrund der zunehmenden chronischen Krankheiten koordinieren und verstärken.» Die Rationierungsstrategie unserer Regierung und unserer Behörden ist also wenig stringent, um nicht zu sagen absurd. Das Resultat dieser Konzeptlosigkeit ist ein System der Willkür, in welchem jene Patienten das Nachsehen haben, die das Pech haben, zur falschen Zeit mit der falschen Krankheit beim falschen Arzt, im falschen Versicherungsmodell der falschen Krankenkasse zu sein.

### **Der «Utilitarian Bias»**

Wie wir gesehen haben, führt die utilitaristische Betrachtungsweise zu einer verzerrten Wahrnehmung der Medizin. Die Folge davon sind Steuerungsmassnahmen, die verdeckte Rationierung bedeuten und dabei noch nicht einmal geeignet sind, die Kosten langfristig zu senken. Im Gegenteil. Der Mechanismus dieser verzerrten Wahrnehmung, die wir «Utilitarian Bias» nennen, lässt sich beispielhaft aus dem oben behandelten Statinbericht des SMB deduzieren. Im Detail ist dieser Mechanismus im VEMS-Brief<sup>30</sup> an die beigezogenen Fachspezialisten des Berichts nachzulesen. Er lässt sich auf fünf Tricks zusammenfassen:

- Trick 1: Man verkürze die Dauer der Wirkung (z.B. von 10 Jahren auf 5 Jahre).
- Trick 2: Man nehme Durchschnittswerte der Wirkung aus einer randomisierten Studie und behaupte, diese Wirkung würde für alle gelten und das relative Risiko spiele keine Rolle.
- Trick 3: Man führe neue Behandlungsgrenzen ein, ab wann ein Medikament eingesetzt werden soll (bei den Statinen für AGLA 40%), damit letztlich niemand mehr behandelt werden muss, und behaupte, es gäbe eine Formel, um dies zu berechnen.
- Trick 4: Man behaupte, es zähle nur, ob die Gesamtsterblichkeit günstig beeinflusst werde.
- Trick 5: Man nehme historische Zahlen und übertrage deren Wirksamkeitsnachweis auf heute.

Das SMB hat mit seinem Statinbericht eindrücklich vorgeführt, wie mit obigen Methoden wirksame Therapien als im Verhältnis zu den Kosten zu wenig wirksam und damit unwirtschaftlich erschei-

<sup>30</sup> <http://www.docfind.ch/SMBStatinExperts.pdf>

nen, um sie alsdann vordergründig zu rationalisieren, de facto aber verdeckt zu rationieren. Die Befürchtung des VEMS ist die, dass nach obigem Muster weitere HTA-Berichte erstellt werden, die dann Grundlage für Limitatio-Entscheide des BAG sein könnten. Damit wäre die Medizin mit ihren validierten Methoden der klinischen Evidenz ausgeschaltet und durch eine aus der klinischen Praxis ausgelagerte Betrachtung auf der Basis von Mittelwerten und Zahlenspielen ersetzt. Ist dies rechtlich aber überhaupt zulässig, oder bewegt sich das BAG hier nicht in einem Graubereich oder überschreitet diesen gar?

### **Die rechtlichen und die ethischen Probleme von Limitationen**

Die heftigen Reaktionen auf den Sovaldi-Entscheid zeigen einerseits, wie schwierig Rationierung im Gesundheitswesen in der Schweiz noch immer durchsetzbar ist. Andererseits stellen sich aber auch Fragen der Rechtmässigkeit des BAG-Entscheids. Um diese zu klären, hat der VEMS beim Versicherungsrechtsexperten Prof. Ueli Kieser ein Gutachten<sup>31</sup> eingeholt. Dieses sollte folgende Fragen beantworten:

- Wie ist der Entscheid des BAG mit Blick auf die Grundprinzipien der schweizerischen Krankenversicherung zu werten?
- Wie ist es zu beurteilen, dass das BAG eine Limitation für die Abgabe und die Vergütung der fraglichen Medikamente festgelegt hat?
- Gibt die Beurteilung des Vorgehens des BAG zu sonstigen Überlegungen Anlass?

Zu beurteilen war also das Vorgehen des Bundesamtes für Gesundheit, ein wirksames Präparat auf die Spezialitätenliste zu nehmen, und zwar zu einem – absolut gesehen – hohen Preis, die Anwendung des Präparates dann aber mit einer Limitation zu verknüpfen. Prof. Kieser hält fest: «Wie den voranstehenden Überlegungen entnommen werden kann, basiert das schweizerische Krankenversicherungssystem auf einer qualitativ hochstehenden gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Preisen. Insoweit hat die (mögliche) Heilwirkung den prinzipiellen Vorrang vor dem finanziellen Aufwand. Auch wenn eine Heilbehandlung hohe oder gar sehr hohe Kosten verursacht, ist sie mit Blick auf das Ziel der qualitativ hochstehenden gesundheitlichen Versorgung anzuordnen und durchzuführen».

Wir stehen also vor dem Problem, dass Rationierung gesetzlich nicht ohne weiteres erlaubt ist, nach Dafürhalten des BAG aber unabdingbar. Daraus ergibt sich die falsche Logik des BAG, es sei zulässig, verdeckt zu rationieren und diese verdeckte Rationierung als Rationalisierung zu de-

---

<sup>31</sup> [www.docfind.ch/Kieser052015.pdf](http://www.docfind.ch/Kieser052015.pdf)

klarieren. Die Handhabung von Limitatio-Entscheiden zeigt aber eine noch grundlegendere Problematik. Der VEMS hat, um dieser nachzugehen, eine Liste<sup>32</sup> mit Medikamenten erstellt, die vom BAG mit einer Limitatio belegt sind, und Fachärzte angefragt, wie diese Limitationen in der Praxis jeweils gehandhabt werden. Dabei zeigt sich ein veritabler Spiessrutenlauf. Dies hat seinen Grund darin, dass in Limitationen Regelungen untergebracht sind, die eigentlich nicht dort abgehandelt werden sollten. Dies kann bis zur Regelung von konkreten Rabatten gehen<sup>33</sup>. Der Grund hierfür ist wohl der, dass das BAG hier eine Doppelrolle innehat: Im Interesse der Förderung der Pharmazeutischen Industrie als Teil der Schweizer Volkswirtschaft hat es grundsätzlich ein Interesse an hohen Medikamentenpreisen, denn diese gelten als Referenzpreise bei der Lancierung der Medikamente in anderen Ländern. Ebenfalls im Interesse der Volkswirtschaft muss das BAG aber dafür sorgen, dass die von den Krankenkassen dann effektiv bezahlten Preise nicht zu hoch sind. Zu welcher komplizierten Verklauselungen dies führen kann, zeigt das «Handbuch betreffend die Spezialitätenliste SL»<sup>34</sup> und die «Evaluation der Zulassung und Überprüfung von Medikamenten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung»<sup>35</sup>.

In der Praxis führt dies zu einer Willkür, die Ungerechtigkeit und Diskriminierung schafft. Ein Onkologe schreibt uns: «Oftmals wird die von der Swissmedic registrierte Indikation nochmals explizit aufgeführt und zusätzlich steht „Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes“. Dieser Vorbehalt kann innerhalb der Limitatio auch spezifisch für die eine Indikation aufgeführt und für eine andere Indikation nicht vorgesehen sein ... In der Praxis bedeutet dies, dass ich vor Rezeptierung des Medikaments die Kostengutsprache abwarten muss. Dies dauert je nach Kasse 1-2 Wochen ... Beim Perjeta ist es so, dass einzig aufgrund der inkompatiblen Preisvorstellungen zwischen der Roche und dem BAG die Substanz wieder aus der SL genommen wurde. In der Praxis läuft es heute so, dass wir gleichwohl ein Gesuch um Kostengutsprache an die Kasse stellen. Die Kasse lehnt es ab, worauf wir die Roche fragen, ob es eine Unterstützungsmöglichkeit gäbe. Daraufhin nimmt die Roche mit der Kasse Kontakt auf und vereinbart eine Lösung, die es der Patientin ohne zusätzliche Kostenfolge erlaubt das Medikament zu bekommen ...».

Die Krebsliga hält dazu in ihrem Papier «Zugangsgerechtigkeit und -sicherheit bei Krebsmedikamenten im Off-Label-Use»<sup>36</sup> fest: «Die aktuelle Vergütungsregelung gemäss Art. 71a/b KVV führt nach Ansicht der Akteure dazu, dass die Versicherer vergleichbare Fälle unterschiedlich vergüten, weil sie unterschiedliche Nutzenbewertungsmodelle einsetzen und die Vertrauensärzte

<sup>32</sup> [www.docfind.ch/LimitatioMedication.xls](http://www.docfind.ch/LimitatioMedication.xls)

<sup>33</sup> <http://www.infosperber.ch/Gesundheit/Roche-Perjeta-Brustkrebs-BAG-Schaufensterpreis-Krankenkassen>

<sup>34</sup> <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/06492/07568/index.html>

<sup>35</sup> <http://www.parlament.ch/d/organe-mitglieder/kommissionen/parlamentarische-verwaltungskontrolle/Documents/bx-bericht-medikamente-d.pdf>

<sup>36</sup> <http://www.infras.ch/downloadpdf.php?filename=OLU%20Zusammenfassung%20D.pdf>

unterschiedliche Empfehlungen abgeben und/oder weil sich die Pharmafirmen zu wenig an der Finanzierung der Kosten beteiligen. Dies komme einer versteckten Rationierung gleich, weil Behandlungen abgelehnt oder gar nicht erst beantragt würden». Limitationen sind, so wie sie derzeit in der Schweiz gehandhabt werden, also ein Instrument der verdeckten Rationierung, und sie zeigen exemplarisch, dass und weshalb verdeckte Rationierung ethisch problematisch ist. Trotzdem wird sie schleichend immer mehr toleriert und als Instrument zur Eindämmung der Gesundheitskosten akzeptiert. Was sie gerade nicht ist.

### **Die Etablierung der verdeckten Rationierung**

Zusammenfassend stellt der VEMS fest, dass sich die Methode, medizinisch zweckmässige Behandlungen wahlweise als unnütz oder ihre Kosten als im Verhältnis zum Nutzen als zu hoch darzustellen oder beides, etabliert hat. Um dieses Unterfangen zu verkaufen, werden immer wieder neue Verpackungen entwickelt, wie etwa «smarter medicine», das international unter dem Begriff «choosing wisely» beliebt gemacht wird. Dabei definieren die ärztlichen Fachgesellschaften fünf Behandlungen, die gemäss bisherigen Erfahrungen nutzlos sind. Das tönt grundsätzlich nicht schlecht. Bedenkt man allerdings die Art und Weise, wie das SMB in seinen bisherigen HTA-Berichten mit den Fachgesellschaften «zusammengearbeitet» hat, so besteht Anlass zur Sorge. Es ist zu befürchten, dass auch bei «smarter medicine» selektiv Spezialisten angefragt werden, um mit ihnen Kurzinterviews zu führen, deren Inputs sich in den Empfehlungen dann kaum wiederfinden, wenn sie nicht der gewünschten Stossrichtung entsprechen. Solange nicht eingesehen ist, dass es falsch ist, verdeckt zu rationieren und diese verdeckte Rationierung Rationalisierung zu nennen, wird sich wohl – ausser dem Begriff zur Vermarktung der verdeckten Rationierung – kaum viel ändern.

Der Kostendruck scheint vielen diese unwissenschaftliche und unethische Herangehensweise zu rechtfertigen. Gestützt sehen sich manche Gesundheitsökonominnen auch durch Art. 32 Abs. 1 des Krankenversicherungsgesetzes, der vorschreibt, dass medizinische Behandlungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen. Dies wird offensichtlich teilweise als Auftrag zur Rationierung verstanden. Prof. Stefan Felder beispielsweise, der für den statistisch-mathematischen Teil des hier behandelten Statinberichts des SMB zuständige Mitautor, hat an einem Symposium zum Thema «Wieviel darf ein Menschenleben kosten?» der ZHAW, an welchem auch der VEMS auf dem Podium war, in seinem Kurzvortrag behauptet, ein solcher Auftrag zur Rationierung sei mit der WZW-Klausel gegeben.

Wie tief dieses Missverständnis in der Gesundheitsökonomie verankert ist, ist schwer abzuschätzen. Die Äusserungen und Handlungen des BAG legen jedenfalls nahe, dass die Ansicht Prof.

Felders keine alleinstehende Extremposition ist, sondern eher etabliertes Denken. Und auch die SAMW hat sich in den letzten Jahren nicht eben dafür eingesetzt, hier Gegensteuer zu geben, sondern verfolgt diesen Kurs immer kritikloser, ebenso die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK. Es scheint, dass eher die Position rar ist, sich weiterhin dafür stark zu machen, dass das Rationalisierungspotenzial endlich ernsthaft angegangen und ausgeschöpft wird, um dann, falls überhaupt, so zu rationieren, wie es ethisch vertretbar ist: offen und möglichst gerecht.

Die FMH hat sich hierfür vor allem in jüngster Zeit und unter ihrem neuen Präsidenten Dr. med. Jürg Schlup immer wieder nach Kräften eingesetzt. Sie ist aber letztlich machtlos, wenn in der Ärzteschaft selbst die Einstellung dominiert, sich mit den Gegebenheiten, wie sie nun einmal sind, eben zu arrangieren und das Beste daraus zu machen. Exemplarisch für dieses fatalistische Denken ist ein aktueller Kommentar<sup>37</sup> von Dr. med. Christian Hess in «Politik und Patient». Dr. Hess arbeitete als Arzt in verschiedenen Spitälern, war lange Chefarzt und ärztlicher Leiter am Spital Affoltern und ist Initiant und Vorstandsmitglied der Akademie Menschenmedizin sowie Mitglied der Kantonalen Ethikkommission Zürich. In seinem Kommentar, der sich, ausgehend von der Diskussion um den Statinbericht des SMB, der Frage der Rationierung stellt, setzt er als Ausgangsthese: «Rationieren ist in einer begrenzten Welt zwingend. Effizienzsteigerung, Arbeitsverdichtung und Prozessoptimierung führen zwangsläufig zum Rationieren von Zeit. Daraus ergibt sich die Frage: Wo und wie soll rationiert werden?» Eingedenk des Drucks, unter dem Mediziner heute stehen, weil bei ihrer Arbeitszeit rationiert wird, spricht Dr. Hess der Rationierung bei den Behandlungen, nicht bei der Zeit, das Wort und behauptet: «Viele etablierte Therapien sind wenig wirksam, so z.B. die vorsorgliche Einnahme von Cholesterinsenkern (Statinen) zur Verhinderung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen».

Dr. Hess wird wohl wissen, dass diese Aussage falsch ist, und er geht mit ihr auch über die Behauptung des SMB hinaus, welches lediglich festzustellen meint, die an sich gute Wirkung von Statinen komme bei Gesunden zu wenig häufig zum Tragen, weswegen ihr Kosten-Nutzen-Verhältnis in der Primärprävention nicht überzeuge. Die Einstellung, die sich in den Äusserungen von Dr. Hess zeigt, ist inzwischen leider weit verbreitet in der Ärzteschaft: Rationiert meinerseits, doch bitte nicht bei mir, sondern lieber bei meinen Patienten. Man muss die Mediziner also nur genug unter Druck setzen, dann sind sie bereit zu rationieren, auch verdeckt und auch auf ethisch problematische Weise. Dagegen ist die FMH machtlos, denn kein Verband kann stärker sein als seine Mitglieder. Andererseits sind die Ursachen für dieses Einknicken aber auch nicht von der Hand zu weisen, und hier hat die FMH bisher zu wenig Gegensteuer gegeben: die Wirtschaftlichkeitsverfahren, die Fallpauschalen und die Qualitätsindikatoren des BAG.

---

<sup>37</sup> [www.politikpatient.ch/index.php?id=158#c299](http://www.politikpatient.ch/index.php?id=158#c299)



## **Wirtschaftlichkeitsverfahren, Fallpauschalen und Qualitätsindikatoren des BAG als Mittel verdeckter Rationierung**

Der VEMS war, vertreten durch seinen Präsidenten Dr. med. Michel Romanens, vier Jahre lang Mitglied in der Arbeitsgruppe WZW der FMH. Ziel dieser Arbeitsgruppe war es, das unfaire, kontraproduktive Verfahren, mit welchem der Dachverband der Krankenversicherer santésuisse die Kosten frei praktizierender Ärzte überprüft, auf eine wissenschaftlich solide und ethisch vertretbare Basis zu stellen. Dies ist bedauerlicherweise nicht gelungen, weil die santésuisse nicht bereit war, die Grundfehler des Verfahrens anzuerkennen und es neu aufzusetzen. Diese Grundfehler hat der VEMS in einer umfangreichen wissenschaftlichen Arbeit unter Beizug externer Spezialisten eruiert und dieses Papier<sup>38</sup> der Arbeitsgruppe und der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Die Arbeitsgruppe hofft allerdings weiterhin, mit kleinen Verfeinerungen und Anpassungen zu einer Verbesserung des Verfahrens zu gelangen.

Auch hier haben wir es mit einem Mittelwertirrtum zu tun: Das Verfahren geht davon aus, das Patientengut eines Arztes sei im Schnitt normalverteilt, jeder Arzt habe also mehr oder weniger gleich viele teure bis sehr teure Patienten. Verfeinert wird die Beurteilung lediglich durch die Berücksichtigung des Geschlechts und des Durchschnittsalters der Patienten. Hierzu wird angenommen, das Alter erkläre die Gesundheitskosten zu 80%, wobei mit aggregierten Daten gearbeitet wird. Betrachtet man den Einfluss des Alters auf die Gesundheitskosten aber mit nicht aggregierten Daten, so beträgt er 10% bis 20%. Die Verfeinerung taugt also nicht, die Kosten wären mit aussagekräftigeren, die Krankheiten der Patienten abbildenden Variablen zu adjustieren. Dies ist bis heute nicht der Fall. Mit der Folge, dass korrekt arbeitende Ärztinnen und Ärzte als Überarzt dargestellt werden (false positives) und tatsächliche Überarzt vom Verfahren nicht erkannt werden (false negatives).

Die Folge für die medizinische Praxis und das Gesundheitswesen ist ein Anpassen des Verhaltens der Ärzte an diese Fehlbeurteilung, was zu einer kompletten Fehlleitung der Medizin führt: Die Kosten der Ärzte werden in Vergleichsgruppen miteinander verglichen. Sind die Durchschnittskosten 30% und mehr über dem Schnitt der Vergleichsgruppe, so gilt dies als Beweis für Überarztung. Damit wird dem Arzt ein Anreiz geschaffen, seine Durchschnittskosten zu senken. Dies gelingt am besten, wenn er möglichst viele Patienten mit geringen Kosten behandelt (weitgehend Gesunde), um die wenigen, welche hohe bis teilweise sehr hohe Kosten verursachen (Kranke), möglichst nicht zu behandeln. Er wird also angereizt, bei den Kranken verdeckt zu rationieren. Das ist die eine Seite des Übels. Dass er aber gleichzeitig auch noch dazu angereizt wird, Gesunde unnötig zu behandeln, macht das Verfahren zum Absurdum. Denn eben diese unnötige Behandlung

---

<sup>38</sup> <http://physicianprofiling.ch/WZWStatistik2014.pdf>

Gesunder verschlingt Mittel, die dann den Kranken nicht mehr zur Verfügung stehen. Wir haben also einen Anreiz, der Rationierung nötig macht und gleichzeitig verdeckte Rationierung fordert. Zum kompletten Unsinn wird das Ganze, wenn es auch noch als Rationalisierung verkauft wird, also als das Bestreben, unnötige Behandlungen zu bekämpfen.

Den gleichen Anreiz haben wir auch bei den Fallpauschalen DRG. Diese zwingen die Spitäler in einen definierten Kostenrahmen pro Behandlung, die Qualitätsindikatoren des BAG sollen sicherstellen, dass innerhalb dieses Kostenrahmens die Qualität eingehalten wird. Die Kombination dieser beiden Anreize führt zu tendenziell steigenden Kosten bei tendenziell abnehmender Qualität. Denn: Die Spitäler sind aufgrund der Fallpauschalen angehalten, betriebswirtschaftlich sinnvoll zu behandeln, nicht medizinisch zweckmässig, was die Kosten treibt. Sie behandeln dort, wo es sich lohnt, nicht dort, wo es medizinisch nötig ist. Die Qualitätsindikatoren reizen gleichzeitig dazu an, nicht mehr für die Patienten zu arbeiten, sondern für die Erfüllung der Qualitätsindikatoren, was die Qualität senkt. Dies sieht man gut bei den Qualitätsindikatoren «Sterberate» und «Fallzahl».

Auf den ersten Blick erscheint es sinnvoll, Spitäler danach zu beurteilen, wie hoch ihre Sterberate im Vergleich mit anderen Spitälern bei verschiedenen Behandlungen ist. Es ist aber klar, dass die Spitäler sich unter dieser Beurteilung vorsehen werden, Patienten, bei denen die Wahrscheinlichkeit gross bis sehr gross ist, dass sie bei einem bestimmten Eingriff versterben (alte, morbid und polymorbid) überhaupt noch zu behandeln. Sie werden diese vielmehr wo immer möglich meiden, mit der Folge, dass diese Patienten vermehrt unbehandelt versterben, die Mortalität also steigt. Dies zeigt eine unlängst in den USA gemachte Studie<sup>39</sup> denn auch auf: In Regionen, in denen die Sterberaten publiziert werden, steigt die Mortalität. Es ist für Spitäler also im Interesse ihres eigenen Überlebens sinnvoller, weitgehend gesunde Patienten unnötig zu behandeln, als tatsächlich kranke, denn diese könnten bei der Behandlung versterben.

Zusätzlich angetrieben wird dieser Fehlanreiz durch die Beurteilung nach Fallzahl. Auch hier erscheint es auf den ersten Blick sinnvoll, hinzuschauen, wie viele Fälle ein Spital bei verschiedenen Behandlungen hat, denn mit der Anzahl Fälle steigt bekanntlich die Kompetenz, die Sicherheit, die Effizienz. Was tut nun aber ein Spital, welches aufgrund der soziodemographischen Situation seines Einzugsgebiets bei einer bestimmten Behandlung gar nicht auf hohe Fallzahlen kommen kann? Es baut diesen Bereich ab, würde man vermuten, und dies ist auch die Absicht der Beurteilung nach Fallzahlen. Es kann die Anzahl Fälle aber auch durch Ausweitung auf Patienten erhöhen, bei denen die fragliche Behandlung nicht unbedingt nötig wäre, bei denen sie medizinisch also nicht zweckmässig ist, betriebswirtschaftlich aber sinnvoll. Mit diesen Patienten droht dann auch die Sterberate nicht zu steigen. Dies hat im Ergebnis den genau gegenteiligen Effekt dessen,

---

<sup>39</sup> <http://www.docfind.ch/SMRPublicReportingHazardsJACC032015.pdf>

was die Beurteilung nach Fallzahlen beabsichtigt: Die Kompetenz sinkt, denn wer nur jene Patienten behandeln kann, die diese Behandlung nicht unbedingt bräuchten, der weiss mit der Zeit nicht mehr, wie er den Eingriff an effektiv kranken Patienten durchführen soll. So werden Zentren medizinischer Unzweckmässigkeit geschaffen, Zentren der Verschwendung der Ressourcen unseres Gesundheitswesens. Und diese Verschwendung macht Rationierung erst nötig.

### **Studien der Versorgungsforschung als Mittel verdeckter Rationierung**

Eine solcherart verstörte, zur Verschwendung von Ressourcen angereizte Medizin wird nun durch Studien der Versorgungsforschung beurteilt, mit dem Ziel, zu rationalisieren, also unnötige Behandlungen zu eruieren und zu vermeiden. Diese zu finden ist im Grunde recht einfach: Interinstitutionelle Expertenaudits beurteilen stichprobenartig Einzelfälle, besprechen diese in Fachgremien mit den behandelnden Ärzten, rügen und büssen, wo eindeutig unzweckmässig behandelt wurde. Die Beurteilung von Einzelfällen interessiert die Versorgungsforschung aber so wenig, wie Health Technology Assessments HTA sich um das relative Risiko kümmern. Was zählt, sind Mittelwerte. Mit dieser Herangehensweise verkennt ein Gutteil der Schweizer Versorgungsforschung die Tatsachen, stellt Annahmen auf und beschäftigt sich dann damit, diese Annahmen in gerade verfügbaren Daten bestätigt zu finden. Dies gelingt oftmals nur unter arger Verbiegung elementarster Gesetze der mathematischen Logik, ja bereits des gesunden Menschenverstands, und unter Missachtung der wissenschaftlichen Regeln der GEP<sup>40</sup> (good epidemiological practice) bezüglich Planung, Durchführung, Analyse und Beurteilung der Resultate einer Public-Health-Studie.

Der VEMS untersucht seit Jahren solche Studien in seinem Dossier Public Health<sup>41</sup> und hat neu ein Dossier Peer Review<sup>42</sup> geschaffen, in welchem mangelhafte Studien einem Peer Reviewing unterzogen werden. Ein solches findet bei vielen Studien in der Schweiz nicht oder nur mangelhaft und vor allem nicht öffentlich, sondern in Zirkeln statt, in denen sich die Autoren gegenseitig kennen und schützen. Ein besonders krasses Beispiel<sup>43</sup> einer solchen Arbeit, obendrein noch im Auftrag der SAMW, wurde von uns einem solchen Peer Review unterzogen und soll im Folgenden zusammengefasst werden.

Die Studie «Appropriateness of diagnostic coronary angiography as a measure of cardiac ischemia testing in non-emergency patients»<sup>44</sup> wurde im Auftrag der Akademien der Wissenschaften Schweiz durch das Institut für Hausarztmedizin (IHAM) der Universität Zürich in Zusammenarbeit mit Dr. Oliver Reich von der Abteilung für Gesundheitswissenschaften der Krankenversiche-

<sup>40</sup> [http://www.public-health.ch/logicio/client/publichealth/file/EGEP\\_en.pdf](http://www.public-health.ch/logicio/client/publichealth/file/EGEP_en.pdf)

<sup>41</sup> <http://www.vems.ch/public-health>

<sup>42</sup> <http://www.vems.ch/peer-review>

<sup>43</sup> [www.physicianprofiling.ch/VEMSPeerReviewCoroSAMW.pdf](http://www.physicianprofiling.ch/VEMSPeerReviewCoroSAMW.pdf)

<sup>44</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25719869>

rung Helsana durchgeführt und untersucht die Häufigkeit von Koronarangiographien ohne vorgängige Abklärung (Ischämietest). Im Ergebnis stellt die Studie fest, dass in rund einem Drittel der Fälle (37.5 %) die Koronarangiographie ohne vorangehenden Ischämietest erfolgt sei, woraus sie schliesst, diese Untersuchungen seien unzweckmässig gewesen. Daraus folgernd fordern die Autoren, eingedenk der höheren Kosten gegenüber dem Elektrokardiogramm und der Schätzung, dass es bei der Koronarangiographie in bis zu 3% der Fälle zu schwerwiegenden Komplikationen kommen könne, sei vorher jeweils immer ein Ischämietest zu erstellen.

Die Zahlen, mit denen die Studie arbeitet, sind allerdings bereits auf den ersten Blick und für jedermann ersichtlich falsch. In der für die Untersuchung zentralen Tabelle ist ein banaler Rechnungsfehler enthalten. Die Aufsummierung der Zahlen 598 (Stress-ECG + Transthoracic Echocardiography), 405 (Transthoracic Echocardiography), 307 (Stress-ECG), 56 (Computer Tomography) und 50 (Stress-ECG + Computer Tomography) ergibt die Summe von 1'416, nicht, wie im Total angegeben, 1'696. Hier sind also 280 Fälle irgendwo verlorengegangen, mehr als doppelt so viele, wie die Position Computer Tomography und die Position Stress-ECG + Echocardiography + Computer Tomography zusammen, folglich eine häufige Zahl von Eingriffen, denen die Studie nicht nachgeht. Es ist zu vermuten, dass klinische Gründe ausschlaggebend sein mussten, auf einen (lukrativen) Ischämietest zu verzichten. Wahrscheinlicher hingegen ist, dass noch weitere Codierungsfehler vorliegen, die Datenbanken also nicht genügend plausibilisiert wurden.

Spätestens an diesem Punkt hätte man die Studie abbrechen und sich eingestehen müssen, dass sie den zu untersuchenden Sachverhalt ohne Einbezug der klinischen Realität gar nicht untersuchen kann. Der VEMS hat den für den Zahlenteil zuständigen Mitautor Oliver Reich per E-Mail auf den Rechnungsfehler aufmerksam gemacht. Seine Antwort: «Die Tabelle 2 enthält nicht alle Fälle, da diese aufgrund der vielen Kombinationen nicht mehr lesbar gewesen wäre. Eine abschliessende Aufzählung erachteten wir als nicht zielführend, da die nachfolgenden Kombinationen nur mit jeweils kleinen Häufigkeiten auftraten. Wir haben uns daher entschieden, nur die häufigsten Kombinationen aufzulisten und auf eine Restgruppe (280 Patienten) zu verzichten. Insofern stimmen die Zahlen resp. auch die Summen sehr wohl.» Das ist eine doch recht eigenartige Auffassung von Mathematik.

Der methodische Fehler der Studie entspricht einem populären Denkfehler: Aus Häufigkeit wird auf Unzweckmässigkeit geschlossen. Bei einer Grippewelle würde niemand aus der Häufung der Grippefälle schliessen, diese Diagnosen seien auch häufiger falsch gestellt worden, bzw. die entsprechenden Behandlungen in einer signifikant hohen Zahl unzweckmässig, denn hier ist der Fehlschluss offensichtlich. Dies ist beim untersuchten Sachverhalt komplizierter. Entsprechend hätte die Studie den Gründen für die beobachtete Häufung nachgehen sollen, um ihre Datengrundlage

zu validieren. Dass dies nicht geschehen ist, hat zu einem Ergebnis geführt, welche klinischer Evidenz widerspricht. Kein Kardiologe würde von über einem Drittel unzuweckmässiger Koronarangiographien ausgehen. Eine Zusammenarbeit mit den kardiologischen Fachgesellschaften ist beim gegebenen Setting also unabdingbar. Um herauszufinden, ob eine solche stattgefunden hat und welche Einwände dabei eingebracht wurden, hat der VEMS bei Prof. Thomas Rosemann vom IHAM um Einsicht in die die Korrespondenz mit den Reviewern im Rahmen des Peer-Review-Prozesses gebeten. Prof. Rosemann ist darauf nicht eingetreten und hat all unsere E-Mails unbeantwortet gelassen. Das Resultat der Studie legt jedoch die Vermutung nahe, dass, falls fachliche Einwände eingebracht wurden, diese nicht aufgenommen wurden, um die Analyse der Daten zu verfeinern.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es den Autoren dieser Studie, die beispielhaft für viele Studien der Schweizer Versorgungsforschung ist, nicht hinlänglich darum ging, effektive Unzuweckmässigkeit zu eruieren, sondern vielmehr um eine pauschale Anklage aufgrund des diffusen Gefühls, im untersuchten Bereich würde eher zu viel gemacht als zu wenig, bzw. es würde tendenziell unzuweckmässig untersucht und behandelt. Diese Einschätzung ist wohl richtig. Durch pauschale Verurteilungen aufgrund von bereits auf den ersten Blick mangelhaften Studien sind diese unzuweckmässigen Untersuchungen und Behandlungen aber nicht zu finden. Die Folge ist ein erhöhter genereller Druck der Krankenkassen und eine entsprechende Einschüchterung der Mediziner, die zur verdeckten Rationierung führt, auch in Fällen, in denen die Untersuchung und Behandlung medizinisch zweckmässig wäre. Was in diesen Fällen dann zu verspäteten Untersuchungen und Behandlungen mit teilweise erheblichen Mehrkosten führen dürfte – also zum genauen Gegenteil von Rationalisierung.

### **Wege aus der Rationalisierungslüge**

Beim Weg aus der als Rationalisierung deklarierten verdeckten Rationierung hin zu einer effektiven Rationalisierung und zu einer ethisch akzeptablen allfälligen Rationierung kann die Gesundheitsökonomie von einem Gebiet der Medizin lernen, in welchem Rationierung in der Natur der Sache liegt: die Transplantationsmedizin. Hier sind die Akteure gezwungen ethisch korrekt zu rationieren, denn eine Rationierung, die der Bevölkerung als unfair erscheint, führt zu einem Rückgang der Spenderbereitschaft und macht so noch stärkere Rationierung nötig. Hier gelten drei Grundprinzipien, die auf die Rationierung auch in anderen Gebieten anwendbar sind:

1. **Transparenz:** Die Rationierung ist offen und nachvollziehbar.
2. **Chancengleichheit:** Alle sollen die gleichen Chancen haben.
3. **Medizinischer Nutzen:** Jene sollen Vorrang haben, bei denen die Behandlung die beste Chance auf Erfolg hat.

Diskriminierung aufgrund sozialer Stellung oder Risikoverhalten wird nicht akzeptiert. Auch findet die Rationierung auf der Makroebene statt: Die Stiftung Swisstransplant ist vom BAG mit der Zuteilung der Organe betraut, die einzelnen Transplantationszentren (Mesoebene) sind darin nicht involviert, profitieren also bei der Zuteilung nicht von einer im Vergleich mit anderen Zentren höheren Anzahl Spenden. Und schon gar nicht findet die Rationierung am Krankenbett durch den behandelnden Arzt statt (Mikroebene). Auch sollte das Prinzip des Vorrangs von Patienten mit erhöhter Chance auf Erfolg gelten, welches beim Limitatio-Entscheid für Hepatitis-C-Medikamente gerade auf den Kopf gestellt wurde<sup>45</sup>.

Diese Prinzipien leuchten ein. Weshalb gelten sie nicht für die Rationierung im Allgemeinen? Weil diese nach wie vor negiert und stattdessen von Rationalisierung geredet wird. Die Offenlegung und die offene Diskussion über Rationierung kann ein erster Schritt sein, faire, ethisch vertretbare Rationierungsregeln zu erarbeiten. In keiner Weise ist es aber akzeptabel, dass der Mediziner bei seiner Arbeit am Krankenbett (Mikroebene) dazu angehalten wird, verdeckt zu rationieren, erst recht nicht, wenn er gleichzeitig durch fehlgeleitete und fehlleitende Steuerungsinstrumente entweder direkt (wenn er frei praktizierender Arzt ist) oder indirekt qua seinen Arbeitsgeber (Mesoebene) zum Gegenteil von Rationalisierung angereizt wird: zur unnötigen Behandlung von Gesunden. Konkret fordert der VEMS dreierlei:

#### Bildung eines Hochrisiko-Pools

Teure und sehr teure Patienten (Alte, Polymorbide, Behinderte) sollen in einem Hochrisiko-Pool zusammengefasst und ihre Behandlungskosten gesondert beurteilt werden. Die Vermischung dieser Patienten mit dem Gros der weitgehend Gesunden führt zu Diskriminierung und Fehlbeurteilungen, unter denen das gesamte System leidet.

#### Installation Interinstitutioneller Expertenaudits

Stichprobenartig soll die Zweckmässigkeit der Indikations- und Behandlungsentscheide der Ärzte von einem Expertengremium beurteilt und gegebenenfalls gerügt und gebüsst werden. Die Verbesserung der Qualität der Indikations- und Behandlungsentscheide ist der beste Weg zu rationalisieren. Pauschalbeurteilungen auf der Basis von Mittelwertbetrachtungen verschlechtern diese Qualität, verstören die Medizin, machen sie ineffizient und so Rationierung überhaupt erst nötig.

<sup>45</sup> <http://www.bernerzeitung.newsnet.ch/wirtschaft/Unethische-Rationierung/story/18059458?track>

### Etablierung einer Zweckmässigkeitsforschung

Offen über Rationalisierung und Rationierung reden heisst auch, die Ineffizienz mit transparenten, wissenschaftlichen Methoden zu untersuchen. Eine Forschung, die den Einzelfall konsequent negiert, entspricht der Medizin nicht. Eine Beurteilung, deren einziger Zweck es ist, ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis zu erreichen, fördert tendenziell medizinisch unzweckmässige Behandlungen, während sie medizinisch zweckmässige Behandlungen als unnütz oder als nicht kosteneffizient brandmarkt.



Weitere VEMS-Positionspapiere und VEMS-Factsheets:  
[www.vems.ch/fakten-und-standpunkte](http://www.vems.ch/fakten-und-standpunkte)