

VIPS VEREINIGUNG PHARMAFIRMEN IN DER SCHWEIZ

SCHWELLENWERTE IN DER GESUNDHEITSPOLITIK

Schlussbericht

Zürich, 13. März 2012

Dr. Rolf Iten, Judith Trageser, Anna Vettori

1525F_INFRAS_SCHWELLENWERTE_SB_1203010



INFRAS

INFRAS

BINZSTRASSE 23
POSTFACH
CH-8045 ZÜRICH
t +41 44 205 95 95
f +41 44 205 95 99
ZUERICH@INFRAS.CH

MÜHLEMATTSTRASSE 45
CH-3007 BERN

WWW.INFRAS.CH

SCHWELLENWERTE IN DER GESUNDHEITSPOLITIK

vips Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz

Schlussbericht, Zürich, 13. März 2012

Dr. Rolf Iten

Judith Trageser

Anna Vettori

1525f_INFRAS_Schwellenwerte_SB_1203010

Begleitgruppe:

Semya Ayoubi, Generalsekretariat Eidg. Departement des Innern EDI

René Camenisch, vips Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz

Dr. Ignazio Cassis, Nationalrat FDP

Prof. Dr. Stefan Felder, Faculty of Business and Economics Department of Health, Universität
Basel

Walter P. Hölzle, vips Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz

Martin Rubeli, vips Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz

Dr. Sven Seitz, vips Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz

Jean-François Steiert, Nationalrat SP

Dr. Athanasios Zikopoulos, vips Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz

INHALT

Zusammenfassung	5
1. Einleitung	12
1.1. Hintergrund	12
1.2. Ziel und Fragestellungen	13
1.3. Methodisches Vorgehen	14
1.4. Einbettung der Fragestellung	15
1.5. Gliederung des Berichts	20
2. Theoretische Sichtweisen zur Rationierung	22
2.1. Ethische Sichtweise	22
2.2. Juristische Sichtweise	23
2.3. Medizinische Sichtweise	25
2.4. Public Health Sichtweise	26
2.5. Gesundheitsökonomische Sichtweise	26
2.6. Fazit	27
3. Ökonomische Ansätze zur Festlegung von Schwellenwerten	29
3.1. Humankapitalansatz	30
3.2. Zahlungsbereitschaftsansatz	31
3.3. Schattenpreisansatz	33
3.4. Opportunitätskostenansatz	34
3.5. Übersicht über die ökonomischen Ansätze	34
4. Vorteile und Grenzen des Schwellenwertkonzepts	37
4.1. Vorteile des Schwellenwertkonzepts	37
4.2. Grenzen des Schwellenwertkonzepts	37
4.3. Alternativen zum Schwellenwertkonzept	40
5. Anwendung von Schwellenwerten in der Praxis	44
5.1. Übersicht über die Anwendung von Schwellwerten in anderen Bereichen	44
5.2. Anwendung von Schwellenwerten in der Gesundheitspolitik im Ausland	46
5.2.1. Auswahl der Länder	46
5.2.2. Oregon (USA)	48
5.2.3. Grossbritannien	50
5.2.4. Neuseeland	55
5.2.5. Kanada	57

5.2.6.	Norwegen	58
5.2.7.	Schweden	60
5.2.8.	Deutschland	62
5.2.9.	Frankreich	65
5.3.	Ressourcenallokation im schweizerischen Gesundheitswesen	67
5.3.1.	Entscheidungsfindung aufgrund der WZW-Kriterien	68
5.3.2.	Entscheidungsfindungsprozess des Medical Boards	70
5.4.	Zusammenfassende Einschätzung	72
6.	Schlussfolgerungen	78
Annex		84
	Methoden zur Erhebung der Zahlungsbereitschaft	84
	Literatur zu Methoden zur monetären Bewertung menschlichen Lebens in Nicht-Gesundheits-	
	bereichen	86
Literatur		93

ZUSAMMENFASSUNG

AUSGANGSLAGE

Ausgangspunkt der vorliegenden Studie ist das Bundesgerichtsurteil zum sogenannten „Myozyme-Fall“ vom November 2010. Das Urteil löste eine breite Diskussion in den Medien und unter Fachleuten über Sinn und Zweck von Schwellenwerten aus. In der Schweiz sind die Ausgaben für Gesundheit in den letzten Jahren ständig gestiegen. Dies hat zwar Massnahmen ausgelöst, die den Kostenanstieg dämpfen sollen. Die Rationierung von Leistungen war jedoch bislang kein Thema. Zu Diskussionen Anlass gab in der Vergangenheit allenfalls die Frage, inwieweit die Versicherung die Kosten bei seltenen Krankheiten und sehr teuren Medikamenten übernehmen soll. Schwellenwerte sind als eine Möglichkeit zur Allokation politisch und/oder natürlich begrenzter Ressourcen zu betrachten. Sie sind somit in den Kontext einer übergeordneten Rationierungs- oder Priorisierungsdiskussion einzuordnen.

Ziel der Studie ist es, zur Versachlichung dieser Diskussion beizutragen. Zu diesem Zweck wurden die theoretische und empirische Fundierung sowie die praktische Anwendung von Schwellenwerten in der Gesundheitspolitik im In- und Ausland untersucht und erste Schlussfolgerungen für den öffentlichen Diskurs zu diesem Thema in der Schweiz gezogen. Die vorliegende Studie beschränkt sich aber nicht auf die Diskussion von Schwellenwerten allein. Die Fragestellungen werden vielmehr aus einer breiteren Sicht heraus untersucht, die auch Ansätze zur Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen einbezieht.

SICHTWEISEN ZUR RATIONIERUNG

Schwellenwerte sind das Kernelement einer ökonomischen Betrachtung der Rationierungsfrage. Zu dieser Frage gibt es auch noch weitere Sichtweisen. Zu nennen sind insbesondere die juristische, die ethische, die medizinische sowie die Public Health-Perspektive. Die verschiedenen Sichtweisen offenbaren auf der einen Seite wichtige Gemeinsamkeiten:

- › Alle Sichtweisen akzeptieren prinzipiell, dass eine gewisse medizinische Grundversorgung für alle garantiert sein muss.
- › Ökonomie, Ethik, Public Health und mehrheitlich die Medizin befürworten grundsätzlich eine explizite Rationierung bzw. transparente Allokationskriterien, wenn davon ausgegangen werden muss, dass die Ressourcen für medizinische Leistungen beschränkt sind.
- › Weitere Gemeinsamkeiten zwischen Ökonomie und Ethik finden sich in Bezug auf die Kosten-Wirksamkeit, die der utilitaristischen Vorstellung von Ethik entspricht. Gesundheitsleistungen sollen so erbracht werden, dass der zu erwartende Gesundheitseffekt maximiert wird.

- › Und schliesslich finden sich auch in der Schweizer Gesetzgebung ökonomische Kriterien wieder: So wird neben Wirksamkeit und Zweckmässigkeit auch die Wirtschaftlichkeit als Kriterium für die Verteilung der Mittel beigezogen.

Auf der anderen Seite bestehen jedoch auch erhebliche Widersprüche zwischen diesen Sichtweisen:

- › Rationierung, die auf dem utilitaristischen Prinzip basiert und den Gesamtnutzen auf Kosten von Einzelpersonen maximiert, widerspricht dem ethischen und rechtlichen Gleichheitsprinzip sowie dem Public Health Ziel des gleichen Zugangs zur Gesundheitsversorgung für alle Bevölkerungsgruppen. Nach dem Gleichheitsprinzip entspricht das Leben eines Menschen demjenigen eines anderen, unabhängig davon, ob es sich dabei um ein glückliches oder freudloses bzw. wirtschaftlich wertvolles oder wirtschaftlich armes Leben handelt.
- › Die Ökonomie und der Utilitarismus in der Ethik berücksichtigen neben der Maximierung der Gesundheitseffekte bei der Allokation der Ressourcen keine anderen gesellschaftlichen Präferenzen. Insbesondere gerechtigkeitstheoretische Überlegungen wie in der Theorie des Egalitarismus bleiben in diesen Ansätzen ausgeklammert. So müsste beispielsweise nach dem Gerechtigkeitsprinzip die Behandlung lebensbedrohlicher Erkrankungen gegenüber geringfügigen Gesundheitsstörungen den Vorzug erhalten. Die Versorgungspriorität ist beim Utilitarismus jedoch ausschliesslich auf der Logik der Kosten-Wirksamkeit definiert.

SCHWELLENWERTE ALS ANSATZ ZUR PRIORISIERUNG

Die zentrale Frage in der Rationierungs- und Priorisierungsdiskussion dreht sich darum, welchen Indikationen/Verfahren bzw. Patientengruppen Priorität einzuräumen ist (Priorisierung), für den Fall, dass aus finanziellen Gründen notwendige Leistungen vorenthalten (Rationierung) oder Ungleichheiten im Zugang (Diskriminierung von Bevölkerungsgruppen) ausgeglichen werden sollen. Schwellenwerte sind dabei eine unter verschiedenen Möglichkeiten, um Gesundheitsleistungen zu priorisieren bzw. zu rationieren. Das klassische Schwellenwertkonzept erscheint als Entscheidungskriterium auf den ersten Blick als rational begründbar und fair: Schwellenwerte beruhen auf dem Kosten-Wirksamkeits-Konzept und priorisieren medizinische Leistungen, die im Verhältnis zu ihren Kosten besonders wirksam sind. Ausgestaltet sind Schwellenwerte in der Regel als Obergrenzen – oft in Form von Kosten pro gewonnenem Lebensjahr. Um diese Obergrenze zu bestimmen, können verschiedene ökonomische Ansätze herangezogen werden. Die einen Ansätze sind besser geeignet, das Budget für Gesundheitsleistungen zu kontrollieren (Schwellenwerte mit Budgetbeschränkung), die anderen Ansätze beziehen die

gesellschaftliche Vorstellung vom monetären Wert eines Lebens besser mit ein (Schwellenwerte mit Wertbeschränkung). Zentral am Schwellenwertkonzept ist, dass alle medizinischen Leistungen prinzipiell mit dem gleichen, neutralen Massstab verglichen werden können. Die Grenzen des Schwellenwertkonzepts zeigen sich darin, dass es zwar den gesundheitlichen Nutzen – soweit messbar – der gesamten Gesellschaft maximiert, was der utilitaristischen Vorstellung von Gerechtigkeit entspricht. Damit werden aber einzelne gesellschaftliche Gruppen wie ältere Menschen, Schwerkranke, Behinderte und Menschen mit seltenen Erkrankungen benachteiligt. Dies wiederum widerspricht der Vorstellung von Gerechtigkeit, wonach alle Personen einen gleichen Zugang zu lebensnotwendigen medizinischen Leistungen haben müssen (egalitaristische Ethik). Aufgrund dieser ethischen Probleme sind alternative Konzepte der expliziten Rationierung entstanden, welche entweder das Kosten-Wirksamkeitskriterium mit anderen (sozialen und ethischen) Kriterien verknüpfen, um potenziellen Diskriminierungen vorzubeugen oder gänzlich auf anderen Kriterien aufbauen.

ANWENDUNGEN IN DER PRAXIS

Der Blick ins Ausland zeigt, dass in vielen Ländern Bestrebungen im Gange sind, die einen rationalen Umgang mit dem Problem knapper Ressourcen im Gesundheitswesen im Allgemeinen und den begrenzten Möglichkeiten einer solidarisch finanzierten medizinischen Versorgung im Speziellen aufzeigen sollen. Die Bestrebungen gehen jedoch unterschiedlich weit und setzen unterschiedliche Schwerpunkte.

Gemeinsam ist allen Ländern, dass sie sich einem Grundkonflikt der solidarisch finanzierten medizinischen Versorgung gegenübersehen: Auf der einen Seite lassen die wachsenden Bedürfnisse der Bevölkerung, die demografische Alterung und der medizinische Fortschritt die Kosten ansteigen. Auf der anderen Seite wird es immer schwieriger, die notwendigen Budgetmittel für die solidarische Finanzierung bereitzustellen, sei es über Steuern oder Versicherungsprämien. Auch die grundsätzliche Zielsetzung in den Rationierungsdiskussionen geht bei allen Ländern in die gleiche Richtung: Schlussendlich geht es darum, erstens ein im Hinblick auf die drohende Mittelknappheit solidarisch finanzierbares Leistungsangebot festzulegen und zweitens den Zugang zu diesen Leistungen fair und von allen akzeptiert zu regeln.

Zusammenfassend lassen sich die Entwicklungen in den Ländern wie folgt darstellen:

- › In Ländern (bzw. Gliedstaaten) mit steuerfinanzierten, staatlichen Gesundheitsdiensten wie Grossbritannien, Neuseeland, Schweden, Norwegen und Oregon (Medicaid) sind Rationierung und Priorisierung schon seit längerem ein Thema. Hier wird von politischer Seite mehr Druck auf die Gesundheitsausgaben ausgeübt als in Ländern mit einem beitragsfinanzierten Gesund-

heitssystem (wie Deutschland oder die Schweiz). Entsprechend wird die Diskussion über Rationierung und Priorisierung in letzteren zurückhaltender geführt.

- › Explizite Schwellenwerte finden sich nur sehr vereinzelt: Das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in Grossbritannien wendet ein Bandbreitenmodell an basierend auf dem Schwellenwertansatz mit Wertbeschränkung. In Oregon werden die Leistungen über einen Schwellenwert priorisiert, der auf dem Ansatz mit Budgetbeschränkung basiert (Funding Line). Eine wissenschaftliche Fundierung der Schwellenwerte – mit Zahlungsbereitschafts- oder Humankapitalansatz – fehlt in beiden Fällen.
- › Grundsätzlich lassen sich in der Diskussion über Priorisierung und Rationierung zwei verschiedene Ansätze unterscheiden:
 - › Erstens die Priorisierung durch Grundprinzipien wie in Schweden und Norwegen: Das Resultat sind Priorisierungsgruppen, welche die Leistungen auf übergeordneter gesellschaftlicher Ebene priorisieren. Für eine konkrete Priorisierung auf Mikroebene (Arzt-Patienten-Entscheidungen: Zuweisung auf Warteliste oder Verweigerung der Therapie) haben sich diese Grundprinzipien aber als zu abstrakt erwiesen, weshalb Hilfsmittel in Form konkreter Fragenlisten oder Punktesysteme entwickelt wurden.
 - › Zweitens die Priorisierung von Indikationen/Verfahren durch Definition der Gesundheitsleistungen wie in Oregon oder Grossbritannien: Hier wurden konkrete Allokationsregeln in Form eines Leistungskatalogs festgelegt.
- › Das Beispiel Oregon macht dabei deutlich, dass die Kosten-Wirksamkeit als alleiniges Kriterium zur Priorisierung nicht durchsetzbar ist, weil es zu gesellschaftlich unerwünschten Ergebnissen führt. Um gesellschaftliche Präferenzen, medizinische, ethische und juristische Anforderungen angemessen berücksichtigen zu können, werden deshalb in allen untersuchten Ländern verschiedene Kriterien (u.a. die so genannte Rule of Rescue) bei der Priorisierung berücksichtigt. Im Einzelfall besteht auch Spielraum für Ausnahmen oder privat finanzierbare Lösungen (Out of Pocket, Privatversicherung).
- › Alle untersuchten Länder haben ihre Priorisierungsprozesse in irgendeiner Form institutionalisiert und transparent gemacht. Hervorzuheben sind in dieser Beziehung Grossbritannien und Oregon: Grossbritannien trennt erstens klar die Prüfung der Leistungen (Assessment) von der Bewertung (Appraisal) und der Entscheidung über den Leistungseinschluss bzw. -ausschluss. Ausserdem sind beide Gruppen breit abgestützt: Die Bewertungsgruppe ist vor allem multidisziplinär zusammengesetzt, in der Entscheidungsgruppe sind Akteure und Betroffene (Wissenschaftler, National Health Service, Industrie, Patientenorganisationen) vertreten. Oregon sei-

nerseits ist ein Beispiel für ein demokratisches Verfahren, indem auch die Präferenzen der Bevölkerung im Priorisierungsprozess mitberücksichtigt wurden.

In der Schweiz war es bis zum Bundesgerichtsentscheid zum Myozyme-Fall in den letzten Jahren relativ still um das Thema Priorisierung und Rationierung im Gesundheitswesen. Zwar findet auch hier eine gewisse explizite Rationierung über den Leistungsumfang der Grundversicherung statt. Ansätze zur Priorisierung ergeben sich aus der Forderung nach der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Gesundheitsleistungen (WZW-Kriterien). In der Vergangenheit waren die WZW-Kriterien jedoch weniger als Rationierungsinstrument, denn als Mittel zur Sicherstellung der Kosteneffizienz zu sehen. Wie in den meisten untersuchten Ländern existieren auch in der Schweiz keine expliziten Schwellenwerte.

Unterschiede zum Ausland finden sich hingegen beim Entscheidungsfindungsprozess: Im Gegensatz zum Ausland sind die Priorisierungskriterien wenig transparent: so sind die WZW-Kriterien noch nicht vollumfänglich operationalisiert. Und anders als in Grossbritannien besteht mit dem BAG auch keine Trennung zwischen bewertender und entscheidender Instanz. Auch wird die Bevölkerung im Gegensatz zu Oregon nicht direkt in den Prozess eingebunden.

FOLGERUNGEN

Aus der Analyse des Schwellenwert-Konzeptes und den Erfahrungen im Ausland lassen sich folgende Lehren ziehen:

- › Die mit dem Schwellenwertkonzept verbundenen ethischen Schwierigkeiten zeigen, dass die Kosten-Wirksamkeit als alleiniges Kriterium für die Rationierung bzw. Priorisierung nicht zweckmässig ist. Falls die Kosten-Wirksamkeit als Allokationskriterium eingesetzt wird, sollte das Kriterium in andere (sozial-ethische) Priorisierungskriterien eingebettet werden. Wichtig erscheinen insbesondere das Kriterium der Dringlichkeit bzw. die „Rule of Rescue“, um Schwerkranke besser zu berücksichtigen sowie Kriterien oder Systeme, die die Nichtdiskriminierung von anderen Bevölkerungsgruppen gewährleisten.
- › Der Frage, nach welchen Kriterien die Ressourcenallokation innerhalb der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und im Vergleich zu anderen Aufgabenbereichen (Bildung etc.) erfolgen soll, müsste eine Wertediskussion (normative Diskussion) in der Öffentlichkeit vorangehen. Diese kann auch helfen, die Zahlungsbereitschaft der Bevölkerung für Leistungen des Gesundheitssystems besser zu erfassen.
- › Abstrakte Priorisierungsvorschriften auf übergeordneter gesellschaftlicher Ebene alleine reichen nicht aus, um in der Praxis, auf der Ebene des medizinischen Alltags Entscheidungen zu

treffen. Vor dem Hintergrund der gemachten Erfahrungen im Ausland erscheint es sinnvoller, basierend auf demokratisch definierten normativen Grundsätzen konkrete Allokationsregeln für den medizinischen Alltag festzulegen. Notwendig sind nachvollziehbar abgestützte Regeln, welche die Ressourcen auf übergeordneter gesellschaftlicher Ebene zuteilen und dem Medizinpersonal, den Patienten und Angehörigen helfen, die heiklen Entscheidungen im Einzelfall möglichst fair, aber auch effizient zu fällen. Damit soll die ungesteuerte Rationierung auf Mikroebene eliminiert werden bzw. die Rationierung wird durch gesellschaftlich abgestützte Massnahmen ersetzt.

- › Allfällige Allokationsregeln sollten auf Basis eines fairen Entscheidungsprozesses entwickelt werden. Helfen können hier die Prinzipien des Modells der „Accountability for Reasonableness“, welche die Verfahrensgerechtigkeit und weniger die Kriterien selber in den Vordergrund stellen. In jedem Fall sollte der Einbezug der Öffentlichkeit bzw. der Versicherten sichergestellt sein, da die Entscheidungen die Verwendung der Beiträge der Versicherten tangieren.
- › Anknüpfungspunkte für die Institutionalisierung von Allokationsentscheidungen im schweizerischen Gesundheitssystem sind der Leistungskatalog (Anhang 1 KLV) bzw. die Positivlisten für Arzneimittel, aber auch klinische Guidelines, welche in den letzten Jahren vermehrt vor dem Hintergrund der „Evidence Based Medicine“ entstanden sind. Solche Guidelines können gestützt auf empirische Erkenntnisse Entscheidungshilfen im klinischen Alltag bieten und dem Arzt beispielsweise Regeln dazu liefern, in welchem Fall eine Behandlung angezeigt ist oder das teuerste von verschiedenen möglichen Medikamenten verschrieben werden sollte. Die Einbettung von Rationierungsregeln in solche Guidelines hat den Vorteil, dass sie von Expertengruppen gezielt für einzelne medizinische Bereiche und Patientengruppen erarbeitet werden können und transparent sind. Die Guidelines müssen sich auf allfällige Regeln auf übergeordneter Ebene abstützen bzw. diese konkretisieren und dürfen keine willkürlichen separaten Beurteilungskriterien beinhalten. Das Medizinpersonal sodann kann seine Entscheidungen auf die Empfehlungen der Guidelines abstützen. Gleichzeitig bieten die Guidelines einen Entscheidungsspielraum, den das Medizinpersonal im Einzelfall ausnutzen kann. Durch die Guidelines müssen solche Einzelfallentscheidungen jedoch gut begründet sein. Prinzipiell können auch Schwellenwerte in Guidelines eingebettet werden. Sie dienen in diesem Rahmen mehr als Orientierungspunkt denn als Ausschlusskriterium.

ANSÄTZE FÜR MÖGLICHE WEITERE ABKLÄRUNGEN

Die Erfahrungen im Ausland weisen darauf hin, dass ein möglicher Ansatz für den Umgang mit der Rationierungsfrage in einer Kombination demokratisch legitimierter Kriterien mit daraus

abgeleiteten praktischen Guidelines liegen könnte, die genügend Spielraum bieten, um dem Einzelfall Rechnung zu tragen. Die Optimierung in diesem Spannungsfeld entspricht einer heiklen Gratwanderung. Verschiedene Fragen sind auf diesem Weg im gesellschaftlichen Diskurs zu klären, so etwa:

- › Welche Ressourcen können/wollen wir für das solidarisch finanzierte Gesundheitswesen zur Verfügung stellen? Inwiefern bestehen Limiten in der Zahlungsbereitschaft der Gesellschaft für Leistungen des Gesundheitswesens (primär Grundversorgung)?
- › Besteht grundsätzlich die Notwendigkeit einer Rationierung der solidarisch finanzierten Leistungen des schweizerischen Gesundheitswesens?
- › Welches ist der legitime Bedarf an Leistungen des Gesundheitswesens bzw. welches sind die „notwendigen Leistungen“ einer medizinischen Grundversorgung?
- › Mit welcher Art der Verteilung der Mittel lässt sich der Nutzen für die Gesellschaft maximieren?
- › Inwieweit sollen Ungleichheiten in der Gesundheit in Kauf genommen werden?
- › Welche Regeln können daraus für die Allokation der beschränkten Ressourcen im Gesundheitswesen abgeleitet werden?
- › Welche Auswirkungen haben unterschiedliche Allokationsregeln auf Gesellschaft und Wirtschaft?

Gefordert sind dabei die gesamte Gesellschaft, die Politik, die Wissenschaft sowie die Akteure in der Praxis:

- › Die Gesellschaft ist gefordert, den notwendigen Diskurs offen und transparent zu führen und die entsprechenden Präferenzen zu definieren.
- › Die Politik muss die erfassten Präferenzen der Gesellschaft in Form geeigneter Rahmenbedingung für das Gesundheitswesen umsetzen.
- › Die Wissenschaft hat die notwendigen Grundlagen für eine rationale Entscheidungsfindung und für die Umsetzung der Entscheide bereitzustellen.
- › Die praktischen Akteure im Gesundheitswesen sind schliesslich dafür verantwortlich, dass der gesellschaftliche und politische Wille adäquat umgesetzt wird.

1. EINLEITUNG

1.1. HINTERGRUND

Was ist ein Menschenleben wert? Diese Frage stellt sich, nachdem das Bundesgericht 2010 entschieden hat, dass die Krankenversicherung Publisana in einem Einzelfall die Kosten für das Medikament Myozyme zur Behandlung der seltenen Stoffwechselkrankheit Morbus Pompe nicht weiter übernehmen muss.¹ Das Bundesgericht begründet seine Entscheidung damit, dass erstens die Behandlung mit Myozyme in diesem konkreten Einzelfall keinen hohen therapeutischen Nutzen bewirke. Und „...selbst wenn ein hoher therapeutischer Nutzen erwiesen wäre“, müsste in diesem Einzelfall „eine Leistungspflicht aus Wirtschaftlichkeitsgründen, d.h. mangels eines angemessenen Verhältnisses zwischen den Kosten (...) und dem Nutzen verneint werden“. Das Gericht ist der Ansicht, dass die jährlichen Kosten von 600'000 CHF pro Jahr nicht verallgemeinerungsfähig seien bzw. ausufern würden, wenn diese Kosten für alle PatientInnen mit vergleichbaren Einschränkungen übernommen würden. In den Erwägungen zur Wirtschaftlichkeit verwies das Bundesgericht auf die bisherige Rechtsprechung zur Wirtschaftlichkeit von Therapien, auf Kosten-Nutzen-Betrachtungen in anderen Ländern und auf Angaben in gesundheitsökonomischen Ansätzen. U.a. erwähnt das Bundesgericht: „...werden Beträge in der Größenordnung von maximal ca. 100'000 CHF pro gerettetes Menschenlebensjahr noch als angemessen betrachtet“. Diese Angaben wurden in verschiedenen Medien als Schwellenwert für ein gerettetes Menschenleben dargestellt.²

Solche „Schwellenwerte“ kennt man bislang von ausländischen Gesundheitssystemen wie beispielsweise in Grossbritannien. In der gesundheitsökonomischen Literatur kursieren verschiedene Referenzwerte und Faustregeln zur Beurteilung der Kosten-Wirksamkeit von Massnahmen im Gesundheitswesen, mit denen implizit eine Bewertung menschlichen Lebens vorgenommen wird. Häufig wird z.B. ein Schwellenwert von 50'000 US-Dollar pro qualitätsbereinigtes gerettetes Lebensjahr (QALY) als kosteneffektiv angesehen. Unklar bleibt bei diesen Schwellenwerten häufig, wie diese hergeleitet wurden. So wird inzwischen auch kritisiert, dass die grundsätzliche Festlegung von Schwellenwerten und ihre Höhe nicht genügend fundiert

¹ Bundesgericht, II. Sozialrechtliche Abteilung, Urteil 9C_334/2010 vom 23. November 2010 i.S. Publisana Krankenversicherung gegen F. betreffend Krankenversicherung. Vgl. die Punkte 7.6, 7.6.3 und 7.8 im Urteil. Anzufügen ist, dass Myozyme damals noch nicht auf der Spezialitätenliste stand, weshalb es im Ermessen des Krankenversicherers stand, dieses Medikament zu vergüten.

² Z.B. NZZ am Sonntag, vom 6.2.2011: „Das Bundesgericht hat entschieden: 100 000 Franken, so viel soll ein Jahr eines geretteten Menschenlebens wert sein.“ Verschiedene Experten sind allerdings der Ansicht, dass sich aus dem Urteil keine harte Kostenübernahmegrenze von 100'000 CHF ableiten lasse, weil das Bundesgericht sein Nein zur Kostenübernahme gar nicht hätte begründen müssen. Die Erwägungen zur wirtschaftlichen Obergrenze der Kostenübernahme seien für das Urteil nicht mehr entscheidungsrelevant gewesen (Kommentar von H. Kuhn in Wasserfallen/Junod 2011).

seien.³ Auch werden im Zusammenhang mit Schwellenwerten immer wieder ethische und rechtliche Fragen aufgeworfen.

Um zu der in der Schweiz neu entfachten Diskussion über Grenzen der solidarischen Finanzierung und möglichen Schwellenwerten beizutragen, hat die vips INFRAS beauftragt, eine Studie zu den theoretischen Ansätzen und der praktischen Anwendung von Schwellenwerten – insbesondere im Gesundheitswesen – zu erstellen.

1.2. ZIEL UND FRAGESTELLUNGEN

Die Studie soll nicht die Frage beantworten, ob Schwellenwerte im Gesundheitswesen eingesetzt werden sollen oder dürfen und falls ja, wie hoch dieser Schwellenwert sein sollte. Sie kann und will keine abschliessenden Lösungen für diese Frage präsentieren. Vielmehr ist es Ziel der vorliegenden Studie, eine Diskussionsgrundlagen für die laufende Debatte zu liefern und zur Versachlichung der Diskussion beizutragen.

Die Studie soll aufzeigen, wie Schwellenwerte als monetäre Bewertung menschlichen Lebens aus verschiedenen Perspektiven theoretisch fundiert werden, welche Gemeinsamkeiten der Perspektiven bestehen und welche Konflikte und Widersprüche entstehen können. Im Weiteren soll die Studie die praktische Anwendung von Schwellenwerten und die sich daraus ergebenden Chancen und Gefahren im Gesundheitswesen aufzeigen. Im Vordergrund stehen die folgenden Fragen:

- › Welche Überlegungen stehen hinter monetären Schwellenwerten? Wie lassen sich Schwellenwerte aus unterschiedlicher Perspektive – ökonomisch, ethisch, medizinisch, juristisch – begründen?
- › Wo gibt es Gemeinsamkeiten, wo Widersprüche zwischen den verschiedenen Ansätzen?
- › Wo werden ökonomische Schwellenwerte in der Gesundheitspolitik angewandt?
- › Welche Erfahrungen wurden mit ökonomischen Schwellenwerten im Gesundheitsbereich international und national gemacht? Wo haben sie sich bewährt, wo haben sich Probleme ergeben?
- › Wie ist die explizite und implizite Praxis in der Schweiz?
- › Welche Einschätzungen aus welcher Perspektive gibt es dazu?

Dabei sind die Möglichkeiten und Grenzen dieser Studie im Auge zu behalten: Einerseits ist die übergeordnete Fragestellung vielschichtig und komplex. Andererseits sind verschiedene wichtige Bausteine bis heute nicht abschliessend definiert bzw. es besteht für verschiedene Aspekte kein tragfähiger Konsens. Beispielsweise ist weder national noch international definitiv geklärt,

³ z.B. Schöffski/Schumann 2008:144.

was etwa unter Gesundheit oder notwendigem medizinischem Bedarf effektiv zu verstehen ist – zwei in diesem Kontext zentrale Konzepte. Aus diesem Grund sind die AutorInnen und die Begleitgruppe die Fragestellung mit einer angemessenen Bescheidenheit angegangen, in der erwähnten Absicht einen nützlichen Beitrag zu dieser Diskussion beizusteuern.

1.3. METHODISCHES VORGEHEN

Um die Fragestellungen zu bearbeiten, wurden die relevante Literatur analysiert und Interviews mit ausgewählten ExpertInnen geführt.

Literaturanalyse

Die Hauptgrundlage dieser Arbeit bildet eine systematische Auswertung der inländischen und ausländischen Literatur. In die Analyse einbezogen wurden ökonomische Grundlagenwerke⁴, Papers und Artikel aus wissenschaftlichen Literaturdatenbanken⁵ sowie weitere über eine Internetrecherche erfasste Literatur zum Thema Schwellenwerte, ihre theoretische Fundierung und ihre generellen und gesundheitspolitischen Anwendungen.

Experteninterviews

Die Experteninterviews dienten dazu, ausgewählte Aspekte der theoretischen Ansätze sowie der praktischen Anwendung zu ergänzen und zu präzisieren. Dabei ging es vor allem darum, weitere Hinweise auf theoretische Ansätze und praktische Anwendungen zu erhalten, Argumente für und wider von Schwellenwerten zu sammeln und die in der Literaturanalyse gewonnenen Erkenntnisse zu validieren. Die Interviews wurden telefonisch und persönlich durchgeführt.

⁴ z.B. Schöffski/Schumann 2008.

⁵ EconLit, MedLine etc.

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die befragten Personen:

BEFRAGTE EXPERTINNEN			
Name	Funktion	Institution	Fokus
Jean-Blaise Wasserfallen	Medizinischer Direktor	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)	medizinische Sichtweise
Brigitte Tag	Professorin für Strafrecht, Strafprozessrecht und Medizinrecht	Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht und Medizinrecht Universität Zürich, Medical Board Zürich	Juristische Sichtweise
Valerie Junod	Professeure associée	Département de droit des affaires et fiscalité et Institut de recherche en management Universität Lausanne	Juristische Sichtweise
Samia Hurst	Physician and bioethicist, Assistant professor	Geneva University Medical School	Ehtische Sichtweise
Frank Mathwig	Theologe	Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund (SEK), Institut für Systematische Theologie, Uni Bern	ethische Sichtweise

Tabelle 1

1.4. EINBETTUNG DER FRAGESTELLUNG

Im Vordergrund der vorliegenden Studie stehen monetäre Schwellenwerte und ihre Anwendung in der Gesundheitspolitik. Schwellenwerte dürfen aber nicht isoliert betrachtet werden. Schwellenwerte müssen in einem breiteren Kontext, nämlich der Frage der Grenzen der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems bzw. zu den Grenzen der solidarischen Finanzierung von Gesundheitsleistungen, gesehen werden. Zu diesem Thema wird in der Schweiz seit einigen Jahren eine wissenschaftliche Debatte geführt. Diese sogenannte „Rationierungsdebatte“ beschäftigt sich mit der Frage, inwieweit es notwendig ist, eine Grenze der solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung zu ziehen und wie eine gerechte Verteilung der Ressourcen bei einer Begrenzung aussehen könnte (Zimmermann-Acklin 2007). Der Kontext zu dieser Frage wird im Folgenden kurz dargestellt:

Steigendes Angebot und steigende Bedürfnisse

Unter Fachleuten weitgehend unbestritten ist, dass verschiedene Ursachen wie Alterung der Gesellschaft, steigender Wohlstand, medizinisch-technischer Fortschritt und angebotsinduzierte Nachfrage von Seiten der Leistungserbringer zu einer Ausweitung der medizinischen Leistungen führen. Der medizinisch-technische Fortschritt führt insbesondere dazu, dass immer mehr medizinisch machbar wird. So geht beispielsweise der Trend hin zur personalisierten Medizin, bei der Medikamente auf Basis von genetischen Untersuchungen der Patienten vergeben werden. Auch fehlende Sparanreize für die Leistungserbringer im schweizerischen Gesundheitssystem tragen zu einer Mengenausweitung medizinischer Leistungen bei. Das grosse medizinische

Angebot zieht Ansprüche und Bedürfnisse der PatientInnen und der Bevölkerung nach sich. Die PatientInnen erwarten, dass sie das volle Angebot des medizinisch Nützlichen in Anspruch nehmen können und dies durch die solidarisch finanzierte Krankenversicherung gedeckt wird.

Begrenzte Ressourcen

Den steigenden Bedürfnissen stehen letztlich beschränkte Ressourcen gegenüber. Auch wenn die Ressourcen im Prinzip nicht beschränkt sind, stösst die solidarische Finanzierung des Gesundheitssystems irgendwann an Grenzen der gesellschaftlichen Tragfähigkeit. Das wirft die Frage auf, inwieweit diese Ressourcen in der Schweiz bereits erschöpft sind. Zu dieser Frage gehen die Meinungen in der Fachwelt auseinander. Von WohlfahrtsökonomInnen wird grundsätzlich infrage gestellt, ob mit dem derzeitigen Budget das optimale Versorgungsniveau erzielt wird, welches den Nutzen der Bevölkerung maximiert. Es ist denkbar, dass die Bevölkerung eine höhere Zahlungsbereitschaft für Leistungen des Gesundheitswesens hat, als sie bisher für die Grundversicherung ausgibt. Die Umfrage Gesundheitsmonitor des gfs Instituts 2011⁶ zeigt beispielsweise, dass die Bevölkerung eine Präferenz für einen breiten Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens hat. So sind 68% der Befragten eher dagegen, auf Behandlungen aus Kostengründen zu verzichten. Ein höheres Versorgungsniveau hätte jedoch zur Folge, dass Einsparungen in anderen öffentlichen Bereichen wie beispielsweise im Bildungsbereich gemacht werden oder die Prämien/Steuern erhöht werden müssten. Gemäss der Umfrage stossen auch höhere Zwangsabgaben auf wenig Akzeptanz bei der Bevölkerung⁷. Dies verdeutlicht, dass der Staat die Steuern und damit das Versorgungsniveau nicht beliebig erhöhen kann, da dies ab einem gewissen Niveau nicht den Präferenzen der Bevölkerung entspricht. Letztendlich sind öffentliche Ausgaben auch durch die Wertschöpfung des Landes begrenzt, selbst wenn eine 100%-ige Zahlungsbereitschaft für die Gesundheit vorhanden wäre.

Rationierung und Rationalisierung

In der Debatte um die Grenzen der solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung vertreten aus den oben genannten Gründen einige Fachleute und Politiker die Position, dass in Zukunft nicht mehr alle medizinisch notwendigen Leistungen aus der Grundversicherung gedeckt werden können, also eine Rationierung der Leistungen stattfinden muss.

⁶ Zu berücksichtigen ist, dass die Umfrage Gesundheitsmonitor wissenschaftlich umstritten ist. Der Befragung werden methodische Mängel in Form von suggestiven Fragen vorgeworfen. Dennoch liefert die Studie Hinweise auf die Präferenzen der Bevölkerung zumal keine alternativen Studienergebnisse zu dieser Frage vorliegen.

⁷ Bei der Frage, wie die durch teure Medikamente entstehenden Kosten getragen werden könnten, votierten nur 4.7% der befragten Frauen bzw. 7.4% der befragten Männer für Steuererhöhungen.

Der Begriff der Rationierung ist in der Schweiz grundsätzlich stark umstritten, emotional aufgeladen und wird häufig mit dem als negativ empfundenen Vorenthalten medizinisch notwendiger Leistungen assoziiert. Es drängt sich daher eine Klärung des Begriffs der Rationierung auf. Eine in der Schweizer Debatte häufig verwendete Definition, die nicht ausschliesslich auf notwendige Leistungen beschränkt ist, lautet: „Rationierung meint das Vorenthalten notwendiger oder nützlicher Leistungen bzw. die Einschränkung des Zugangs zu denselben aus finanziellen Gründen oder wegen einer durch andere Faktoren bedingten Ressourcenknappheit“. An dieser Definition wird kritisiert, dass die Gleichsetzung von Rationierung mit Vorenthaltung problematisch sei, da Vorenthaltung erstens voraussetze, dass ein Anspruch auf Leistungen besteht und zweitens suggeriere, dass der Person der Zugang zu der Leistung völlig verwehrt und kein Zukauf aus eigenen Mitteln zugelassen sei (Breyer 2007). Im Kontext des Schweizerischen Gesundheitssystems ist diese Definition daher nicht ganz zutreffend, da Leistungen, die nicht durch die Grundversicherung gedeckt sind, prinzipiell durch eine private Zusatzversicherung oder durch „Out-of-pocket“-Zahlungen in Anspruch genommen werden können. Damit kann es sich bei einer expliziten Begrenzung der Leistungen aus der Grundversicherung nur um eine explizite weiche Rationierung handeln (siehe Box, Formen der Rationierung).

Formen der Rationierung (Deutscher Ethikrat 2011)

- › Explizite (offene) vs. implizite (verdeckte) Rationierung: Die Unterscheidung betrifft den Umgang der Entscheidungsträger mit der Rationierungsproblematik. Explizite Rationierung bedeutet, dass diese transparent gemacht wird. Die Rationierungskriterien werden dabei öffentlich bekannt gemacht und allgemein verbindlich geregelt sowie dem Patienten mitgeteilt (z.B. Ausschluss bestimmter Risiken oder Leistungen, Versorgungsstandards etc.). Implizite Rationierung bedeutet hingegen, dass Leistungsbegrenzungen ohne transparente Kriterien erfolgen, z.B. unter dem Deckmantel von angeblich blossen Rationalisierungsmaßnahmen.
- › Harte vs. weiche Rationierung: Harte Rationierung bedeutet, dass die Bevölkerung sich keine aus der solidarisch finanzierten Versicherung ausgeschlossenen Leistungen im In- oder Ausland privat zukaufen kann und z.B. durch eine entsprechende private Zusatzversicherung verschaffen darf. Eine weiche Rationierung lässt eine solche Zusatzversorgung aus eigener Finanzierung zu.
- › Direkte vs. indirekte Rationierung: Bei dieser Unterscheidung geht es um den Mechanismus der Rationierung. Bei der direkten Rationierung wird die Versorgung bestimmter Patienten oder Patientengruppen direkt von der solidarischen Finanzierung ausgeschlossen. Die indirekte Rationierung erfolgt über Budgetierungen oder andere Massnahmen, die zu Knappheit in bestimmten Bereichen führen.

Einige Fachleute sind der Meinung, dass in der Schweiz bereits eine verdeckte Rationierung stattfindet, d.h. dass Leistungserbringer aufgrund von Sparanreizen Patienten teurere Behandlungsalternativen vorenthalten. Einige Fachleute fordern daher, dass die Rationierung transparent nach explizit definierten Kriterien erfolgen sollte. Von vielen Seiten wird entgegen gehalten, dass man noch nicht am Punkt der *Rationierung* angelangt ist und stattdessen *Rationalisierungspotenziale* am Krankenbett (Verzicht auf weitere Abklärungen, unnötige Operationen, Abwägen bei Verschreibung von Medikamenten etc.) sowie auf Ebene des Gesundheitssystems (Expertenpool zur schnelleren Erkennung von seltenen Krankheiten, Ärztenetzwerke, Anreizmodelle etc.) ausgeschöpft werden können ohne die Qualität der Versorgung damit zu beeinträchtigen.

Geht man davon aus, dass trotz Ausschöpfen aller Rationalisierungspotenziale das medizinisch Notwendige nicht in vollem Umfang den PatientInnen solidarisch finanziert zur Verfügung gestellt werden kann, stellt sich erstens die Frage, bis zu welcher Grenze die nachgefragten Leistungen angeboten werden und zweitens, nach welchen Kriterien sie zugeteilt werden. Sowohl die Festlegung einer Obergrenze als auch die Festlegung von Kriterien stellen eine explizite Rationierung dar. Im Schweizerischen Gesundheitssystem sind solche Rationierungskriterien bisher nicht explizit verankert. Zwar enthält der Grundleistungskatalog Einschränkungen (z.B. in Form von Positivlisten)⁸ und es gilt für die im Grundleistungskatalog enthaltenen Leistungen, dass die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) erfüllt sein müssen. Die WZW-Kriterien verfolgen jedoch das Ziel, nur Leistungen zu vergüten, die aus Kosten-Nutzen-Gründen gerechtfertigt sind, und nicht aufgrund von beschränkten Ressourcen, die Verteilung zu regeln. Bis zum Morbus Pompe-Urteil gab es bisher auch keinen Fall, welcher allein gestützt auf das Gebot der wirtschaftlichen Behandlungsweise, im Einzelfall die Finanzierung aus der Grundversicherung, verweigerte (Meyer 2011).

Schwellenwerte als eine Möglichkeit der Allokation begrenzter Ressourcen

Schwellenwerte sind als eine Möglichkeit zur Allokation begrenzter Ressourcen zu betrachten. Grundsätzlich sind verschiedene Möglichkeiten zur Verteilung der Mittel der solidarisch finanzierten Krankenversicherung denkbar: Verteilung nach ethischen Prinzipien, nach Schweregrad der Krankheit, nach sozialen Kriterien, nach Selbstverschuldung/Nicht-Verschuldung etc. Die in dieser Studie untersuchten Schwellenwerte legen zur Verteilung der Ressourcen das Kriterium der Kosten-Wirksamkeit (Kosten pro gewonnenes (qualitäts-bereinigtes) Lebensjahr) zugrunde.

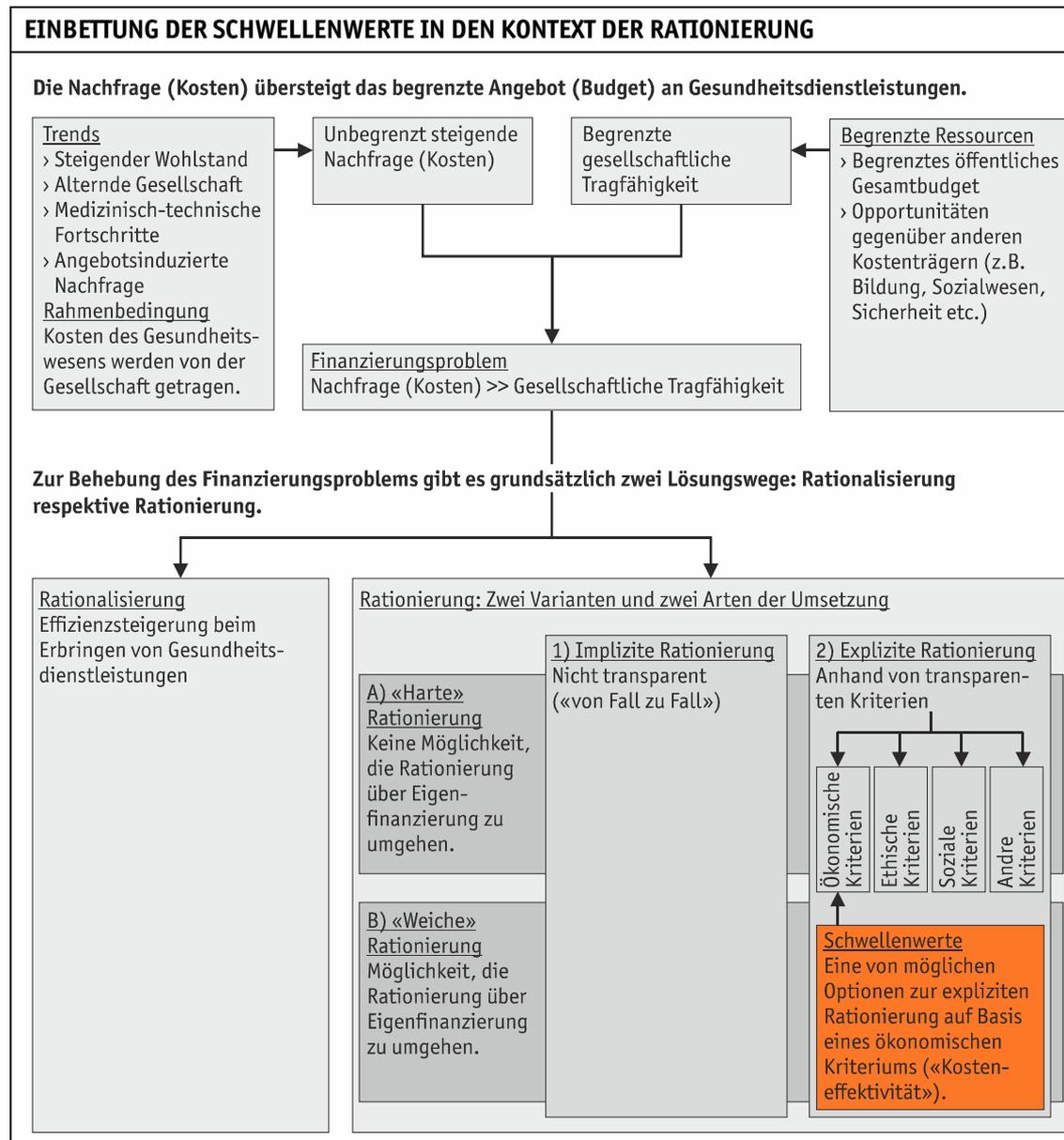
⁸ Im Anhang 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) sind die Leistungen, die unter die Leistungspflicht fallen bzw. eben nicht fallen, aufgeführt.

Das heisst, es werden medizinische Leistungen priorisiert, die ein gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen. Der Schwellenwert bildet die Obergrenze der Kosten-Wirksamkeit, welche gerade noch akzeptiert wird und bis zu der medizinische Leistungen von der solidarischen Krankenversicherung erstattet werden.

Ein solcher Schwellenwert ist im Schweizerischen Gesundheitswesen nicht festgelegt. Das Bundesgericht erwähnt allerdings in seinem Morbus Pompe-Urteil einen Schwellenwert von CHF 100'000 pro qualitäts-bereinigtes Lebensjahr, welcher als „angemessen“ gelte. Dabei verweist es zwar auf gesundheitsökonomische Studien; die Fundierung dieses Werts bleibt jedoch unklar.⁹

⁹ Das BAG erwähnt in einem Rundschreiben an die Versicherer explizit, dass es auf die strikte Anwendung eines Schwellenwerts verzichtet wird.

Die folgende Grafik veranschaulicht, wie Schwellenwerte in den Kontext der Rationierungsdebatte eingeordnet werden können.



Figur 1 Quelle: Eigene Darstellung.

1.5. GLIEDERUNG DES BERICHTS

Wir beginnen unsere Analyse mit einer kurzen Darstellung verschiedener theoretischer Sichtweisen zur Frage der Rationierung (Kapitel 2). Anschliessend stellen wir das Schwellenwertkonzept und die Ansätze vor, mit denen Schwellenwerte festgelegt werden können (Kapitel 3). Im Kapitel 4 werden die Vorteile und Grenzen des Schwellenwertkonzepts diskutiert und mögliche Alternativen

tiven aufgezeigt. Es folgt eine Übersicht über die praktische Anwendung von expliziten und impliziten Schwellenwerten, insbesondere im Gesundheitsbereich in ausgewählten Ländern und in der Schweiz (Kapitel 5). Das letzte Kapitel fasst die wichtigsten Erkenntnisse zusammen (Kapitel 6).

2. THEORETISCHE SICHTWEISEN ZUR RATIONIERUNG

Bevor auf die Schwellenwerte näher eingegangen wird, werden in diesem Kapitel verschiedene Sichtweisen zur Grundthematik der Rationierung dargestellt.

2.1. ETHISCHE SICHTWEISE

Aus Sicht der Ethik verstößt die Rationierung von medizinischen Leistungen gegen ein grundsätzliches ethisches Prinzip der Menschenwürde.¹⁰ Denn Rationierung impliziert, dass es Leben gibt, welches nicht lebenswert ist bzw. dass es gesellschaftlich akzeptabel ist, „unlebenswertes“ Leben nicht zu retten. Aus diesem Grund stellt die medizinische Versorgung eine Notwendigkeit dar. Der Begriff der „medizinischen Notwendigkeit“ ist in der Medizinethik etabliert und besagt, dass Bedingungen erfüllt sein müssen, unter denen eine medizinisch indizierte Versorgung von Patienten mit dem Ziel der Wiederherstellung der Gesundheit auf der Basis gegenwärtiger medizinischer Standards stattfinden kann. Die Rationierung darf also nicht die medizinische Grundversorgung beschränken, welche zur Erhaltung der Menschenwürde notwendig ist. Innerhalb der Zusatzversorgung ist aus Knappheitsgründen und Gründen ökonomischer Effizienz eine Rationierung rechtfertigbar. Aus Sicht der Medizinethik stellt sich daher die Frage, ob es sich bei Rationierungen medizinischer Leistungen um das Vorenthalten von notwendigen Leistungen handelt oder ob die Rationierung nur die Einschränkung von über das notwendige Mass hinausgehenden Leistungen umfasst (Mack 2001).

Liegt eine Situation vor, in der medizinisch notwendige Leistungen aufgrund von Budgetrestriktionen nicht ausreichend vorhanden sind, so wird die Rationierung aus sozialetischer Sicht als ein notwendiges Übel akzeptiert. Die Sozialethik versucht, die Frage des geringeren Übels zu lösen, welche Grundgüter Menschen angesichts eines „Menschenrechts auf Gesundheit“ keinesfalls vorenthalten werden dürfen. Rationierung wird von dieser ethischen Perspektive also als eine Problematik innerhalb des sozialpolitischen Systems betrachtet, bei der es darum geht, Gerechtigkeitskriterien für die Verteilung und Zuteilung von einem Grundgut zu entwickeln, die eine menschenrechtliche und menschenwürdige Versorgung sicherstellen können (Mack 2001).

Gerechtigkeitsprinzipien

Über die Frage der gerechten Allokation von Ressourcen existiert in der Ethik ein Konflikt zwischen den folgenden zwei Ethikschulen. Diese beiden Prinzipien bilden die Pole möglicher An-

¹⁰ Unabhängig von der Richtung der Ethik.

sätze. Dazwischen existiert eine ganze Reihe von Ansätzen, welche eine Kombination bilden oder eine weniger extreme Haltung haben.

- › Utilitarismus (Bentham, Mill): Aus Sicht des Utilitarismus sollte das Ziel einer Gesellschaft die Maximierung der individuellen Nutzen sein. Dabei fliesst der Nutzen von jedem Individuum in gleichem Gewicht in die Berechnung des Gesamtnutzens ein. Die Verteilung der Gesundheitsleistungen erfolgt nach der Regel, dass der Gesamtnutzen der Gesellschaft maximiert ist, wobei der Nutzen einzelner Personen mit anderen Personen verrechnet werden kann. Mit dieser Regel liefert der Utilitarismus ein transparentes Gerechtigkeitskriterium, allerdings entsteht dadurch ein Konflikt zwischen individuellen Grundrechten und utilitaristisch berechneter Wohlfahrt (Nass 2009).
- › Egalitaristische Gerechtigkeitstheorie (z.B. Kant, Rawls): Die egalitaristische Ethik berücksichtigt vor allem Rechte, Ansprüche und Pflichten der Menschen. Nach dieser Theorie besteht ein grundsätzlicher Anspruch auf Gleichheit von Grundfreiheiten und entsprechenden Grundgütern. Dieses Prinzip ergibt sich aus einem von Rawls angenommenen Urzustand, in dem Personen ihre spätere Lage nicht kennen (Schleier der Ungewissheit). Daher haben die Personen eine klare Präferenz für gewisse lebensnotwendige Grundgüter und würden sich für ein Gerechtigkeitsprinzip entscheiden, in dem jeder Bürger ein gleiches Zugangsrecht zum System sozialer Leistungen erhalten würde. Im Fall einer unvermeidbaren Ungleichheit resultiert aus der Ungewissheit, ob man selbst zu den am wenigsten Begünstigten gehört, dass diese den grösstmöglichen Vorteil erhalten müssten (Differenzprinzip). Im Gegensatz zum Utilitarismus darf es beim Egalitarismus keine Wohlstandsmaximierung geben, da der Schaden des Einzelnen nicht mit anderen Individuen verrechenbar ist.

Aufgrund dieser verschiedenen Auffassungen von Gerechtigkeit lassen sich aus der ethischen Perspektive keine eindeutigen Kriterien zur Verteilung der Ressourcen ableiten, welche als gerecht akzeptiert würden.

2.2. JURISTISCHE SICHTWEISE

Die Rationierung hat verschiedene rechtliche Aspekte. Aufgrund der in der Schweiz geltenden Gesetzgebung steht eine Rationierung im Konflikt mit Grundrechten der Bundesverfassung. So werden durch die Rationierung von Leistungen zur Rettung und Erhaltung von Menschenleben, verschiedene Grundrechte angetastet. Auf der anderen Seite machen verschiedene Rechte es auch notwendig, die Begrenzung von medizinischen Leistungen explizit zu regeln. Im Folgenden sind die für die Rationierung relevanten Rechte und Pflichten gemäss Schweizerischem Recht aufgeführt:

- › Recht auf Leben und persönliche Freiheit: Art. 10 Abs. 1 und 2 der BV räumen jedem Menschen ein Recht auf Leben sowie persönliche Freiheit, insbesondere auf körperliche und geistige Unversehrtheit, ein.
- › Anspruch auf Hilfe in Notlagen: Gemäss Artikel 12 BV besteht eine verfassungsrechtliche Existenzgarantie, wodurch die für die Erhaltung des Lebens notwendigen Gesundheitskosten (Nothilfe) gedeckt sind. Damit hat jede Person ein Recht auf grundlegende Gesundheitsversorgung, nicht aber ein allgemeines Recht die ganze verfügbare Gesundheitsversorgung zu erhalten (Guillod 2007).
- › Pflicht des Staates zur Bereitstellung einer Gesundheitsversorgung: Die Bundesverfassung verpflichtet Bund und Kantone dazu, dafür zu sorgen, dass jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält und gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter, Invalidität, Krankheit und Unfall versichert ist (Art. 41 BV). Dabei handelt es sich jedoch um Sozialziele und nicht um eigene Sozialrechte, aus denen Ansprüche auf staatliche Gesundheitsleistungen abgeleitet werden können (Landolt 2009). Die Versorgungsansprüche bei Krankheit oder Unfall stehen mit Art. 117 BV unter einem ausdrücklichen Gesetzesvorbehalt. Der Artikel räumt dem Gesetzgeber die Kompetenz ein, die Voraussetzungen und den Umfang der Versicherungsleistungen im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und die Unfallversicherung (UVG) zu regeln.
- › Gleichstellung und Diskriminierungsverbot: Gemäss Art. 8 BV hat jede Person ein Recht auf Gleichstellung beim Zugang zur Gesundheitsversorgung im Rahmen der grundlegenden Gesundheitsversorgung. KVG Art. 13 hält zudem fest, dass die Versicherer die soziale Krankenversicherung nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit durchführen und die Gleichbehandlung der Versicherten gewährleisten müssen. Damit verstossen Rationierungen im Einzelfall wie z.B. das Vorenthalten von notwendigen medizinischen Leistungen gegen dieses Gebot der Rechtsgleichheit, wenn sie auf keinem stichhaltigen Motiv und keiner vernünftigen Begründung beruht (Guillod 2007). Umgekehrt kann es auch zu Konflikten mit dem Gebot der Rechtsgleichheit kommen, wenn man nicht rationiert. So wurde dieses Argument der Rechtsgleichheit beim Bundesgerichtsentscheid zur Kostenübernahme des Medikaments Myozyme bei einer Patientin mit der seltenen Krankheit Morbus Pompe (BGE 136 V 395) angeführt. Gemäss Bundesgericht würde das Prinzip der Rechtsgleichheit verletzt, da die Kosten für einen Fall nicht verallgemeinerungsfähig seien. Würden für alle Personen in der Schweiz mit einer ähnlich eingeschränkten Lebensqualität der gleiche Aufwand gewährleistet, so würden die heutigen Gesundheitskosten um das 1.6-fache der heutigen Gesamtkosten des Gesundheitswesens überschritten. Das Bundesgericht geht in diesem Fall allerdings von einer tatsächlichen Begrenztheit der fi-

nanziellen Mittel der obligatorischen Krankenversicherung aus, welche theoretisch nur durch das BIP beschränkt sind (Kesselring 2011).

- › Grundsatz der Verhältnismässigkeit des rechtstaatlichen Handelns: Gemäss Art. 5 Abs. 2 BV gilt das Verhältnismässigkeitsprinzip als Grundsatz des rechtsstaatlichen Handelns. In Bezug auf den Gesundheitssektor schreibt Art. 32 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) vor, dass die Leistungen der Krankenversicherung wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen (WZW-Kriterien). Für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einer Leistung sind Kosten-Nutzen-Überlegungen zu treffen. Um die Kosten dem Nutzen gegenüberzustellen, fehlen dem Bundesgericht Kriterien bzw. eine Monetarisierung des Werts eines gewonnenen Lebensjahres oder gewonnener Lebensqualität. Dies zeigte sich ebenfalls im Bundesgerichtsentscheid zum Myozyme-Medikament, bei dem das Bundesgericht von einem Wert aus der bisherigen Rechtsprechung ausging. Aus rechtlicher Sicht ist daher die Bewertung von Menschenleben notwendig, um Rechtsfälle zu behandeln, bei denen die Finanzierung von lebenserhaltenden und lebensverbessernden Massnahmen in Frage steht.
- › Aus Art. 17 des Strafgesetzbuches (StGB) lässt sich ableiten, dass Leben nicht gegeneinander abwägbare sind, sofern die Leben gleichwertig sind.¹¹ Hier kann es zu Pflichtenkollisionen kommen. Bestehen hingegen Unterschiede in der Wertigkeit, dann ist das höherrangige Leben zu retten. Medizinisch umgesetzt bedeutet „höherrangig“ schwerer verletzt. Aus rechtlicher Sicht sind StGB und KVG nicht ganz konsistent. Auf der einen Seite fordert das KVG Wirtschaftlichkeit. Wenn ein Arzt danach handelt, kommt er unter Umständen in Konflikt mit Art. 17 StGB. Hier besteht Klärungsbedarf.

Zusammenfassend führt die Rationierung zu einem juristischen Problem, da sie a priori gegen das Prinzip der Gleichstellung verstösst und unter Umständen das Recht auf Leben und Hilfe in Notlagen antasten kann. Daher muss sich aus juristischer Sicht die Rationierung auf Kriterien stützen, um juristisch zulässig zu sein. Die bisher einzige gesetzliche Grundlage, welche Rationierung regelt, ist das Transplantationsgesetz. Darin sind verschiedene Kriterien definiert. Die Gleichbehandlung wird im Transplantationsgesetz beispielsweise über ein Lotteriesystem sichergestellt.

2.3. MEDIZINISCHE SICHTWEISE

Grundsätzlich gibt es aus medizinischer Sicht keine Gründe, eine medizinisch sinnvolle Massnahme zu unterlassen. Aus Sicht der Akteure in der Gesundheitsversorgung (Kliniken, ÄrztIn-

¹¹ Art. 17 StGB: Wer eine mit Strafe bedrohte Tat begeht, um ein eigenes oder das Rechtsgut einer anderen Person aus einer unmittelbaren, nicht anders abwendbaren Gefahr zu retten, handelt rechtmässig, wenn er dadurch höherwertige Interessen wahrt.

nen, Pflegepersonal etc.) steht das Medizinpersonal jedoch unter dem Druck von ökonomischen Zwängen des Gesundheitssystems z.B. in Form von Restriktionen in der notwendigen Infrastruktur. Durch die Abwesenheit von klaren Regeln zur Rationierung kommt es implizit zur Rationierung von medizinischen Leistungen. Dadurch leidet einerseits die Behandlungsqualität, andererseits können ÄrztInnen gezwungen sein, entgegen ihrem ärztlichen Ethos zu handeln. In einer Studie, in der praktizierende Mediziner zu ihrem Rationierungsverhalten befragt wurden, bestätigen ÄrztInnen, dass sie regelmässig Rationierungsentscheidungen treffen (Hurst et al. 2007a). Dabei zeigte sich, dass ÄrztInnen die Rationierung von Leistungen grundsätzlich nicht infrage stellen, sondern sich klarere Regeln wünschen, auf die sie sich bei einer Entscheidung am Krankenbett stützen können.

2.4. PUBLIC HEALTH SICHTWEISE

Public Health Experten sind der Auffassung, dass aufgrund des beschränkten Gesundheitsbudgets bereits eine (implizierte) Rationierung im Gange ist. Sie befürworten aus zwei Gründen explizite Regeln für die Verteilung der Mittel. Erstens ist es das erklärte Ziel der Public Health, den bestmöglichen Gesundheitszustand in der Bevölkerung zu erreichen. Zweitens erkennt Public Health die Existenz von gesundheitlichen Ungleichheiten in der Bevölkerung an und will diese beheben. Beides lässt sich aus Public Health Sicht besser mit einer expliziten Priorisierung als einer impliziten Rationierung erreichen, wobei diese beiden Ziele auch im Widerspruch zueinander stehen können. Den grösstmöglichen Gesundheitszustand für die Bevölkerung zu erzielen, kann auf Kosten von Bevölkerungsgruppen gehen, insbesondere wenn sie kostenintensive Krankheiten aufweisen. Daher braucht es aus Public-Health Sicht in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem eine öffentliche Debatte, in der man sich auf Werte und eine Definition von Gerechtigkeit einigt (Santos-Eggimann 2007).

2.5. GESUNDHEITSÖKONOMISCHE SICHTWEISE

Die Ökonomie sieht die Rationierung als eine Notwendigkeit für rationale politische Entscheidungen an. Sie geht davon aus, dass die für das Gesundheitswesen zur Verfügung stehenden Mittel nicht ausreichen, um alle möglichen Massnahmen zu finanzieren. Grund hierfür ist, dass für Gesundheitsleistungen kein Marktpreis existiert und daher eine Tendenz zur Übernachfrage besteht (Sax 2007). Dass eine kollektiv finanzierte Grundversorgung gewährleistet werden muss, ist aus Sicht der meisten ÖkonomInnen daher unabdingbar. So steht die Gesellschaft vor der Herausforderung, den Umfang der Grundversorgung zu bestimmen und die verfügbaren Mittel möglichst effizient und fair zu verteilen. Weil politische Entscheidungen ohnehin regelmässig getroffen werden müssen und damit implizit Abwägungen zwischen der Verlängerung von statis-

tischen Menschenleben und Kosten getroffen werden, ist es aus Sicht der Ökonomie sinnvoller, die Entscheidungen auf Basis von transparenten ökonomischen Prinzipien explizit zu machen. Die explizite Bewertung hat aus dieser Sicht den Vorteil, dass die notwendige Rationierung bewusst und konsistent diskutiert werden kann und letztendlich eine faire und effiziente Verteilung der verfügbaren Ressourcen ermöglicht wird (vgl. z.B. Breyer et al. 2003, Schöffski, Schumann 2008). Die Frage der fairen Verteilung überlässt die Ökonomie dabei anderen Disziplinen. Zur effizienten Verteilung der Ressourcen liefert die Ökonomie jedoch Theorien und Konzepte. Sie geht davon aus, dass der Mensch sein Handeln nach einem rationalen Kalkül ausrichtet und daher nach den Nutzen maximieren will. Die ökonomischen Konzepte zur effizienten Mittelverteilung im Gesundheitswesen werden im Kapitel 3 detailliert beschrieben.

2.6. FAZIT

Die verschiedenen Sichtweisen zur Rationierung und Verteilung begrenzter Ressourcen weisen zum Teil Gemeinsamkeiten auf:

- › Alle wissenschaftlichen Disziplinen akzeptieren prinzipiell, dass eine gewisse medizinische Grundversorgung für jedes einzelne Gesellschaftsmitglied garantiert sein muss.
- › Die Ökonomie, Ethik, Public Health und mehrheitlich die Mediziner befürworten grundsätzlich eine explizite Rationierung bzw. transparente Allokationskriterien, wenn davon ausgegangen werden muss, dass die Ressourcen für medizinische Leistungen beschränkt sind.
- › Die Logik der Kosten-Wirksamkeit in der Gesundheitsökonomie bewegt sich innerhalb der utilitaristischen Vorstellungen von Ethik. Gesundheitsleistungen sollen so erbracht werden, dass der zu erwartende Gesundheitseffekt maximiert wird.
- › Die Gesetzgebung sieht als Zuteilungskriterien von medizinischen Leistungen die Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit vor. Damit enthält die Gesetzgebung auch ökonomische Kriterien bei der Verteilung der Mittel.

Zum Teil bestehen jedoch auch erhebliche Widersprüche zwischen den beschriebenen Sichtweisen:

- › Rationierung, die auf dem utilitaristischen Prinzip basiert und den Gesamtnutzen auf Kosten von Einzelpersonen maximiert, widerspricht dem ethischen und rechtlichen Gleichheitsprinzip sowie dem Public Health Ziel des gleichen Zugangs zur Gesundheitsversorgung für alle Bevölkerungsgruppen. Nach dem Gleichheitsprinzip entspricht das Leben eines Menschen demjenigen eines anderen, unabhängig davon, ob es sich dabei um ein glückliches oder freudloses bzw. wirtschaftlich wertvolles oder wirtschaftlich armes Leben handelt.

- › Die Ökonomie und der Utilitarismus in der Ethik berücksichtigen neben der Maximierung der Gesundheitseffekte bei der Allokation der Ressourcen keine anderen gesellschaftlichen Präferenzen. Insbesondere gerechtigkeits-theoretische Überlegungen wie in der Theorie des Egalitarismus bleiben in diesen Ansätzen ausgeklammert. So müssten beispielsweise nach dem Gerechtigkeitsprinzip, die Behandlung schwerer lebensbedrohlicher Erkrankungen gegenüber geringfügigen Gesundheitsstörungen Vorzug haben. Die Versorgungspriorität ist beim Utilitarismus jedoch ausschliesslich auf der Logik der Kosten-Wirksamkeit definiert.

3. ÖKONOMISCHE ANSÄTZE ZUR FESTLEGUNG VON SCHWELLENWERTEN

In der Ökonomie existieren verschiedene theoretische Ansätze, mit denen Schwellenwerte als Entscheidungsgrundlage für die Allokation von Ressourcen festgelegt werden können. Grundsätzlich muss zwischen zwei verschiedenen Konzepten von Schwellenwerten unterschieden werden:

1. Schwellenwerte, die einen akzeptierten Preis bzw. ein akzeptiertes Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis darstellen, bis zu dem medizinische Leistungen vergütet werden. Diese Schwellenwerte stellen eine Begrenzung des Wertes dar, während die Menge der Leistungen unbeschränkt ist. Das Budget für die Gesundheit (= Wert x Menge) ist damit nur zum Teil eingeschränkt und wird auf diese Weise optimiert.
2. Schwellenwerte, die auf einem gegebenen Budget basieren und bei denen das „Outcome“, also die Gesundheit, unter dem gegebenen Budget optimiert wird.

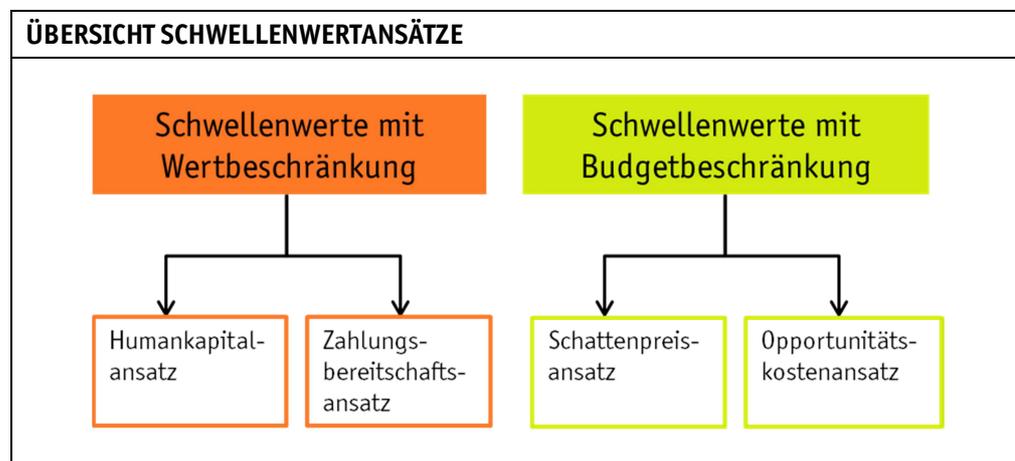
Ad 1) Beim ersten Konzept bildet der Schwellenwert ein akzeptiertes Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis¹² bzw. einen akzeptierten Wert für ein gerettetes Lebensjahr. Um diesen „akzeptierten“ Wert zu ermitteln, muss eine monetäre Bewertung des Lebens bzw. von Lebensjahren oder QALYs¹³ explizit vorgenommen werden. Die monetäre Bewertung kann einerseits auf Basis des ökonomischen Nutzens für die Gesellschaft bestimmt werden, d.h. aus dem finanziellen Wert, den ein Leben bzw. ein Lebensjahr oder QALY zur Gesellschaft beisteuert. Dabei handelt es sich um ressourcenökonomische Ansätze wie den *Humankapitalansatz*. Andererseits kann der monetäre Wert auch wohlfahrtsökonomisch ermittelt werden, d.h. auf Basis der individuellen Präferenzen der Bürger (*Zahlungsbereitschaftsansatz*). Für das Gesundheitsbudget besteht bei dieser Herangehensweise keine Beschränkung, sondern es resultiert ein aus Sicht der Ressourcenökonomie bzw. Wohlfahrtsökonomie optimales Budget, das mit der Aufnahme neuer Massnahmen variiert. Damit ist der Entscheidungsträger bei dieser Herangehensweise mit dem Problem der Finanzierbarkeit („Affordability“) konfrontiert.

¹² Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis = Verhältnis zwischen den Kosten und dem dadurch erzielten Gesundheitseffekt. Zur Messung des Gesundheitseffekts wird in der Regel ein gerettetes Leben, ein Lebensjahr oder QALY verwendet.

¹³ Das QALY-Mass (quality-adjusted life-year) verbindet Lebensdauer und Lebensqualität. Es gewichtet die zusätzlichen Lebensjahre infolge einer Intervention mit der Lebensqualität. So entspricht ein QALY einem zusätzlichen Lebensjahr mit einer uneingeschränkten Lebensqualität oder zwei zusätzlichen Lebensjahren mit einer Lebensqualität von 50%.

Ad 2) Beim zweiten Konzept ist ein beschränktes Budget für die Kosten der Massnahmen vorgegeben, und der Schwellenwert ergibt sich aus der Maximierung des Nutzens unter dieser Budgetrestriktion. Im Unterschied zum ersten Konzept berücksichtigt dieses Konzept, wie viele Ressourcen die Aufnahme einer Massnahme in den Leistungskatalog binden würde, und es wird keine monetäre Bewertung des Lebens bzw. von Lebensjahren oder QALYs vorgenommen. Vielmehr wird der Gesundheitseffekt von medizinischen Leistungen unter einer Budgetrestriktion optimiert. Das heisst, alle medizinischen Massnahmen werden ihrer Kosten-Wirksamkeit nach priorisiert, bis das Budget aufgebraucht ist. Dieses Konzept liegt dem *Schattenpreisansatz* und dem *Opportunitätskostenansatz* zugrunde. Der *Opportunitätskostenansatz* geht etwas weiter als der *Schattenpreisansatz* und berücksichtigt bei der Optimierung des Nutzens auch den Nutzen aus einer alternativen Verwendung der Mittel in Nicht-Gesundheitssektoren (Schöffski, Schumann 2008).

Die folgende Grafik liefert eine Übersicht über die zwei Konzepte von Schwellenwerten und die verschiedenen Ansätze, mit denen diese Schwellenwerte ermittelt werden können. Die Ansätze werden in den folgenden Kapiteln mit ihren Vor- und Nachteilen detaillierter beschrieben.



Figur 1 Quelle: Eigene Darstellung.

3.1. HUMANKAPITALANSATZ

Hinter dem Humankapitalansatz steckt die Idee, dass der Mensch so viel wert ist, wie er – in monetarisierter Form – an die Produktion einer Volkswirtschaft beiträgt. Umgekehrt misst sich der Wert des Lebens an dem Verlust an Humankapital, der aus dem Tod des Menschen oder Krankheit resultiert. Damit handelt es sich um ein produktionsorientiertes Konzept, hinter dem zwei Annahmen stehen:

- › Erstens wird die Wertschätzung des Einzelnen durch den Beitrag bestimmt, den er zum Wohlergehen seiner Mitbürger leistet.
- › Zweites ist das Bruttosozialprodukt für das Wohlergehen der Gesellschaft ein geeignetes Kriterium (Breyer et al. 2003).

Der Verlust des Humankapitals wird anhand des durch Krankheit oder Tod entgangenen Einkommens berechnet. Konkret wird die Zeit des Ausfalls mit einem spezifischen Lohnsatz multipliziert. Als Lohnsatz werden häufig alters- und geschlechtsspezifische Durchschnittslöhne verwendet. Die Arbeitsausfallzeit setzt sich zusammen aus Arbeitsunfähigkeitstagen, Erwerbsunfähigkeitszeit und dem Wegfall von Restlebensarbeitszeit durch Tod. Beim vorzeitigen Tod einer erwerbstätigen Person wird das bis an das statistisch zu erwartende Lebensende zukünftige Einkommen des Patienten auf den Gegenwartszeitpunkt abdiskontiert.

Ein Vorteil des Humankapitalansatzes ist, dass der Wert relativ leicht operationalisierbar ist. Daher wird er auch in Kosten-Nutzen-Analysen häufig angewendet. Der Humankapitalansatz ist jedoch mit methodischen und ethischen Problemen verbunden. Ein grosser Kritikpunkt des Humankapitalansatzes bezieht sich auf eine mögliche Diskriminierung all derjenigen Personengruppen, die nicht auf dem Arbeitsmarkt aktiv sind, wie etwa im Haushalt tätige Personen,¹⁴ Rentner, Studenten oder Erwerbsunfähige. Zweitens wird dem Humankapitalansatz vorgeworfen, nur einen Teil der durch die Krankheit oder Tod bedingten indirekten Kosten (=indirekter Nutzen aus Verlängerung des Lebens) abzubilden. Durch die ausschliessliche Fokussierung auf Produktivitätsverluste wird der Nutzen aus dem (verlängerten) Leben nicht aus individueller Sicht bewertet, sondern ausschliesslich aus der Sicht der Volkswirtschaft. Aus wohlfahrtsökonomischer wie auch medizinischer Sicht fehlt der Einbezug des Werts der Freude am Leben und der Lebensqualität.

3.2. ZAHLUNGSBEREITSCHAFTSANSATZ

Das Ziel des Zahlungsbereitschaftsansatzes (häufig auch als Willingness-to-Pay-Ansatz bezeichnet) ist es, den Wert des Lebens und der Gesundheit auf Basis der individuellen Einschätzungen in Geldeinheiten zu erfassen (Breyer et al. 2003). Auf Basis der Zahlungsbereitschaften können Schwellenwerte ermittelt werden.

Im Vergleich zu anderen Ansätzen gehen somit auch Aspekte der erwarteten Lebensqualität mit in die Bewertung ein. Die Angaben zur Zahlungsbereitschaft können dadurch weit über die Produktionsverluste durch Krankheit oder Tod hinausführen. Mit der Zahlungsbereitschaft wird

¹⁴ Betreuung von Kindern, Angehörigen.

zudem nicht nur die produktive, sondern die gesamte Lebenszeit bewertet. Da mit dem Zahlungsbereitschaftsansatz die Präferenzen der Bevölkerung gemessen werden, handelt es sich um einen wohlfahrtsökonomischen Ansatz.

Beim Zahlungsbereitschaftsansatz wird der Wert eines Lebens nicht direkt, sondern der Wert der Risikominderung aus einer Massnahme erhoben. Um den individuellen Wert des Lebens daraus zu ermitteln, muss der Wert der Risikominderung auf ein statistisches Leben/Lebensjahr/QALY hochgerechnet werden. Die Aggregation dieser individuellen Zahlungsbereitschaften für ein statistisches Leben ergibt den Wert, den die Gesellschaft für die Rettung eines Lebens/Lebensjahrs/QALYs zu zahlen bereit ist (Value of Statistical Life Year, monetärer Wert QALY). Zur Erhebung der Bewertung der Risikominderung existieren grundsätzlich zwei Methoden, die im Anhang näher ausgeführt werden.

Schwellenwerte auf Basis des Zahlungsbereitschaftsansatzes

Aus den individuellen Zahlungsbereitschaften können Schwellenwerte ermittelt werden. Der Wert der Risikominderung wird dazu auf ein statistisches Leben/Lebensjahr/QALY hochgerechnet. Anschliessend werden die individuellen Zahlungsbereitschaften zu einer gesellschaftlichen Zahlungsbereitschaft aggregiert. Ein bekanntes Mass auf Basis dieses Ansatzes ist der erwähnte *Value of a Statistical Life (VSL)*. Ergebnisse aus empirischen Studien zeigen die Grössenordnung des VSL zwischen 100 bis 200 mal dem BIP pro Kopf auf, wobei diese Werte in den meisten Fällen auf Basis der Wage-Risk-Methode (Revealed Preferences, vgl. Anhang) ermittelt wurde (Aldy, Viscusi 2003). Die Empirie zeigt zudem, dass die Zahlungsbereitschaft stark vom Einkommen sowie vom Alter abhängig ist (Aldy, Viscusi 2003, 2007). Vom Value of a Statistical Life kann der Wert eines zusätzlichen Lebensjahres (Value of a Statistical Life Year) abgeleitet werden (Aldy, Viscusi 2003). Dieser kann wiederum mit der Lebensqualität gewichtet werden, wodurch eine *monetäre Bewertung eines QALYs* als Schwellenwert resultiert.

Der Vorteil von Schwellenwerten auf Basis des Zahlungsbereitschaftsansatzes ist, dass er auf dem wohlfahrtsökonomischen Nutzenkonzept basiert und damit erstens nichtmonetäre Werte wie Glück etc. und zweitens auch andere Präferenzen wie z.B. der Nutzen aus Massnahmen ausserhalb des Gesundheitswesens als Opportunitätskosten der medizinischen Leistungen in die Bewertung des Lebens einfließen. Nicht berücksichtigt ist jedoch, dass Personen in der Regel nicht nur bereit sind, für ihre eigene Risikominderung zu zahlen, sondern auch für die anderer Menschen (Schöffski 2008). Wohlfahrtsökonomisch problematisch ist auch, dass der Ansatz zwar prinzipiell versucht, die Präferenzen der Menschen zu maximieren, für die Festlegung eines Schwellenwerts die individuellen Zahlungsbereitschaften jedoch zu einer gesellschaftlichen Zahlungsbereitschaft für ein Leben/Lebensjahr/QALY aggregiert werden müssen. Wenn die indi-

viduellen Zahlungsbereitschaften aufgrund der Einkommensverteilung sehr heterogen sind, dann übersteigt der resultierende Wert die Zahlungsbereitschaft eines Teils der Gesellschaftsmitglieder, wodurch sich Wohlfahrtsverluste ergeben. Zudem hängt die Zahlungsbereitschaft für ein zusätzliches QALY auch von dem QALY in der Ausgangssituation bzw. vom Schweregrad einer Krankheit ab. Auf tiefem „QALY-Niveau“ sind Individuen wohl bereit, mehr für ein zusätzliches QALY zu zahlen als auf einem hohen Niveau.

3.3. SCHATTENPREISANSATZ

Ist das Budget für medizinische Massnahmen ausdrücklich eingeschränkt, so kann ein Schwellenwert durch die Optimierung des Outcomes (Gesundheitseffekte) berechnet werden. Dieser Schwellenwert wird unter dieser Methode als Schattenpreis bezeichnet.

Das Optimierungskriterium bei diesem Ansatz ist die Kosten-Wirksamkeit. Die Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisse aller medizinischen Massnahmen werden der Reihe nach, beginnend mit dem tiefsten Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis, aufgelistet. Massgebend ist dabei die Kosten-Wirksamkeit im Vergleich zu einer definierten Alternative – meist die aktuelle Standardbehandlung (inkrementelle Kosten-Wirksamkeit). Die Massnahme, welche als letztes noch in das vorgegebene Budget passt, bildet die Randmassnahme, aus der sich der Schattenpreis ergibt. Dieser Schwellenwert bezeichnet somit die für die Gesellschaft maximale Zahlungsbereitschaft bzw. den letzten akzeptablen Preis pro Einheit Effektivität (z.B. QALY, gewonnenes Lebensjahr, gerettetes Leben) (Schöffski, Schumann 2008).

Vorteile dieser Methode sind die Transparenz, die theoretische Fundierung und der einheitliche Bewertungsmaßstab (das Kosten-Wirksamkeitsverhältnis). Gegen den Schattenpreisansatz spricht die grosse Fülle an Informationen, die zu seiner Ermittlung laufend notwendig ist. In der Praxis müsste bei der Einführung neuer Massnahmen, die ein besseres Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis aufweisen, ständig die Randmassnahme und der Schwellenwert angepasst werden. Zudem sind die unterschiedlichen Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisse, auf denen der Schwellenwert beruht, teilweise nicht miteinander vergleichbar, weil die Erhebungsmethoden unterschiedlich sind. Daneben hat der Schattenpreisansatz auch theoretische Schwächen. Aus Sicht der Wohlfahrtsökonomie ist die Ressourcenallokation auf Basis der Kosten-Wirksamkeit problematisch, wenn die Präferenzen bezüglich des Outcome in der Gesellschaft heterogen sind. Die Verteilung gemäss maximalem Gesundheitseffekt muss nicht unbedingt den Präferenzen der Individuen entsprechen. Darüber hinaus kommt es bei der Allokation der medizinischen Massnahmen gemäss dem Schwellenwertkonzept zu einer ungleichen Verteilung auf verschiedene Krankheiten. Dem wird entgegengehalten, dass eine gleiche Verteilung der medizinischen Massnahmen auf alle Krankheiten ebenfalls nicht befürwortet würde.

3.4. OPPORTUNITÄTSKOSTENANSATZ

Der oben beschriebene Schattenpreisansatz basiert im Prinzip auf dem Opportunitätskostenansatz, dessen Grundidee ist, dass eine Entscheidung für eine medizinische Massnahme immer mit einem Verzicht auf eine andere Leistung verbunden ist. Der hier gemeinte Opportunitätskostenansatz geht jedoch etwas weiter als der Schattenpreisansatz, da er nicht nur Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisse von medizinischen Massnahmen optimiert, sondern auch andere nutzenstiftende Massnahmen, also auch nichtmedizinische Massnahmen (z.B. in den Bereichen Bildung, Sicherheit, Arbeitsschutz, Umweltschutz etc.) einbezieht.

Der Vorteil des Opportunitätskostenansatzes ist, dass das Gesundheitsbudget nicht willkürlich gesetzt wird und dadurch im Verhältnis zum Outcome (gerettete Lebensjahre, QALYs) keine ungleichen Schwellenwerte zwischen verschiedenen Politikbereichen resultieren. Allerdings ist der Ansatz in der Praxis – wenn überhaupt – nur mit sehr grossem Aufwand umsetzbar, insbesondere, weil die Kosten-Wirksamkeitsverhältnisse in den unterschiedlichen Bereichen häufig mit unterschiedlichen Methoden ermittelt werden und daher schlecht vergleichbar sind.

3.5. ÜBERSICHT ÜBER DIE ÖKONOMISCHEN ANSÄTZE

Die Ökonomie hat verschiedene Ansätze zur Festlegung von Schwellenwerten hervorgebracht. Allen Ansätzen ist zunächst gemeinsam, dass sie eine Regel für Allokationsentscheidungen bereitstellen. Sie tragen damit aus ökonomischer Sicht dazu bei, Über- und Unterversorgungen bei Gesundheitsleistungen aufzudecken und die Konsistenz der Entscheidungen zu verbessern.

Diese Ansätze unterscheiden sich darin, dass bei den einen Ansätzen der Schwellenwert normativ bestimmt wird und bei den anderen sich der Schwellenwert aus einem gegebenen beschränkten Budget und unter Maximierung der Gesundheitseffekte ergibt. Zudem liegen den Ansätzen unterschiedliche Auffassungen des Nutzens zugrunde. Der Zahlungsbereitschaftsansatz beruht auf dem wohlfahrtsökonomischen Nutzenkonzept, der Humankapitalansatz ist dagegen rein ressourcenorientiert. Beim Schattenpreisansatz und Opportunitätskostenansatz steht als Nutzen der reine Gesundheitseffekt im Mittelpunkt, sie verfolgen daher einen „Extra-Welfaristischen“-Ansatz. Wohlfahrtsökonomien kritisieren am Schattenpreis- und Opportunitätskostenansatz, dass für die Verteilung der Ressourcen einzig die Kosten-Wirksamkeit bestimmend ist und andere gesellschaftliche Präferenzen nicht berücksichtigt werden. Extra-Welfaristen argumentieren dagegen, dass einzig die Maximierung der QALYs für den Entscheidungsträger und die Gesellschaft von Bedeutung und dies von der Bevölkerung am breitesten akzeptiert ist.

Die Ansätze beruhen also auf unterschiedlichen Werturteilen. Das bedeutet, dass bei einer Entscheidung für einen Ansatz implizit entschieden wird, was für die Wohlfahrt der Gesellschaft am besten ist.

Die folgende Tabelle fasst die ökonomischen Ansätze und ihre zentralen Elemente zusammen:

STRUKTURIERUNG DER ÖKONOMISCHEN ANSÄTZE				
methodische Ansätze	Budgetbeschränkung	monetäre Bewertung des Lebens/von QALYs	Nutzenkonzept	Entscheidungsprinzip
Humankapitalansatz	teilweise (nur Preisbeschränkung, BIP als Obergrenze)	ja: ökonomischer Nutzen eines Lebensjahres/QALYs für die Gesellschaft = Schwellenwert	Maximierung ökonomischer Nutzen für die Gesellschaft	Monetarisierter Nutzen der Massnahme ist grösser als die Kosten
Zahlungsbereitschaftsansatz	teilweise (nur Preisbeschränkung, monetäre Bewertung eines Lebensjahres/ QALYs als Obergrenze)	ja: individuelle Zahlungsbereitschaft für Risikominderung: Value of Statistical Life (Year)/Zahlungsbereitschaft QALY	Maximierung gesellschaftliche Präferenzen (Wohlfahrtsökonomisches Konzept)	Monetarisierter Nutzen der Massnahme ist grösser als die Kosten
Schattenpreisansatz	ja, explizit	nein	Maximierung der Gesundheitseffekte (Extra-Wohlfahrtsökonomisches Konzept)	Kosten-Wirksamkeit unter Schwellenwert
Opportunitätskostenansatz	ja, aber Gesamtbudget (auch andere Gesellschaftsbereiche)	nein	Maximierung der Gesundheitseffekte (Extra-Wohlfahrtsökonomisches Konzept)	Kosten-Wirksamkeit unter Schwellenwert

Tabelle 2

Während die normative Frage, welches Nutzenkonzept bei der Begrenzung der medizinischen Leistungen zugrunde liegen soll, im gesellschaftlichen Diskurs entschieden werden muss, besitzen die Ansätze auch objektivere Vor- und Nachteile, welche, konzeptionell/methodischer und praktischer Natur sind. Diese sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst:

VOR- UND NACHTEILE DER ÖKONOMISCHEN ANSÄTZE		
methodische Ansätze	Vorteile	Nachteile
Humankapitalansatz	<ul style="list-style-type: none"> › Einfache Ermittlung, Wert leicht operationalisierbar 	<ul style="list-style-type: none"> › monetärer Wert beruht nur auf Erwerbstätigen -> implizite Diskriminierung Nichterwerbstätiger und älterer Personen › Vermögen der Gesellschaftsmitglieder nicht berücksichtigt › Individueller Nutzen aus Leben (Freude etc.) nicht berücksichtigt.
Zahlungsbereitschaftsansatz	<ul style="list-style-type: none"> › Wohlfahrt der Menschen (individueller Nutzen aus Leben) berücksichtigt › Andere Präferenzen fließen in monetären Wert ein (Opportunitätskosten) 	<ul style="list-style-type: none"> › Umsetzung: Zahlungsbereitschaft (ZB) mit Revealed Preferences (vgl. Anhang) praktisch schwer erfassbar, ZB mit Stated Preferences (vgl. Anhang) schwer zu erheben und mit Verzerrungen verbunden (Überforderung der Befragten, strategisches Antwortverhalten etc.) › Wohlfahrtsverluste durch Aggregation der individuellen ZB zu einem Schwellenwert
Schattenpreisansatz	<ul style="list-style-type: none"> › Transparenter Bewertungsmaßstab (Kosten-Wirksamkeit) › Realistische Annahme eines beschränkten Budgets 	<ul style="list-style-type: none"> › Umsetzung: unvollständige Information, notwendige Informationen aufwändig zu erheben; laufend Anpassung der erstatteten Massnahmen und des Schwellenwertes notwendig; Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisse teilweise nicht vergleichbar, da methodische Abweichungen
Opportunitätskostenansatz	<ul style="list-style-type: none"> › Siehe Schattenpreisansatz › Zusätzlich: Berücksichtigung Opportunitätskosten nichtmedizinischer Massnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> › siehe Schattenpreisansatz › zusätzliche Schwierigkeit der Quantifizierung und Vergleich mit nichtmedizinischen Bereichen

Tabelle 3

4. VORTEILE UND GRENZEN DES SCHWELLENWERTKONZEPTS

Den vorher vorgestellten Ansätzen gemeinsam ist das Prinzip der Verteilung der Ressourcen nach dem Kriterium der Kosten-Wirksamkeit, was hier unter dem Schwellenwertkonzept verstanden wird. Die Effektivität einer medizinischen Leistung wird in gesundheitsökonomischen Evaluationen meist mit qualitätsbereinigten Lebensjahren (QALYs, Quality Adjusted Life Years) gemessen, welche als der Goldstandard der Messung des Gesundheitsoutcome gelten. Mit den QALYs werden zunächst die mit einer medizinischen Leistung verbundenen Lebensjahre ermittelt und anschliessend die Lebensqualität der gewonnenen Jahre anhand einer Skala berücksichtigt.

4.1. VORTEILE DES SCHWELLENWERTKONZEPTS

Das auf der Kosten-Wirksamkeit (Kosten pro QALY) basierende Schwellenwertkonzept hat den Vorteil, neutral zu sein, da ein QALY unabhängig von der Person oder Krankheit mit der gleichen Methode bewertet wird. Zudem ist es die einzige Methode, mit der sich verschiedene medizinische Leistungen mit dem gleichen Massstab vergleichen lassen. Damit hat das Konzept auch den Vorteil einer hohen Transparenz. Zum Teil wird auch argumentiert, dass Schwellenwerte nicht nur als Kostenbeschränkungsinstrument angesehen werden sollten, sondern auch als Instrument, das dazu beitragen kann, Über- und Unterversorgung bei Gesundheitsleistungen aufzudecken und die Konsistenz der Entscheidungen zu wahren (Schöffski, Schumann 2008).

4.2. GRENZEN DES SCHWELLENWERTKONZEPTS

Mit dem Schwellenwertkonzept sind auch Probleme methodischer, praktischer und ethischer Art verbunden, welche im Folgenden aufgeführt sind.

Methodische und praktische Probleme

Die Berechnung der Kosteneffizienz einer medizinischen Leistung birgt verschiedene methodische und praktische Probleme in sich.

- › Unterschiedliche Anwendungen in der Berechnung der Kosten-Wirksamkeit: In den gesundheitsökonomischen Evaluationen werden Parameter zur Berechnung der Kosten-Wirksamkeit unterschiedlich gehandhabt. Als Beispiel ist hier der Diskontsatz zu nennen, welcher unterschiedlich verwendet wird, um die in der Zukunft anfallenden Nutzen und Kosten zu messen (Wasserfallen, Junod 2011). Ein anderes Beispiel ist die Bestimmung der Nutzen und Kosten. Bei der Bestimmung der Nutzen sind Ungenauigkeiten der Skalen zur Messung der Lebensqualität problematisch, aus denen unterschiedliche Ergebnisse von PatientInnen mit derselben

Krankheit resultieren können. Die Kosten werden nicht immer aus derselben Perspektive betrachtet (gesellschaftliche Perspektive mit Einbezug indirekter Kosten vs Perspektive des Gesundheitswesens). Zudem werden zum Teil keine zukünftig anfallenden Kosten berücksichtigt (Schöffski, Schumann 2008).

- › Verfügbarkeit und Zuverlässigkeit der Daten: Es ist häufig der Fall, dass für die Berechnung von QALYs, insbesondere nach Einführung einer neuen Leistung, keine Daten existieren. Sie werden daher häufig von einer kurzen auf eine längere Periode extrapoliert. Andere Probleme sind, dass die Daten teilweise zu alt sind, aus einem fremden Land mit einem anderen Gesundheitssystem oder aus einer zu kleinen Patientenzahl stammen.
- › Statistischen Unsicherheiten: Ist das Vertrauensintervall bei einem Kosten/QALY-Verhältnis breit, so muss dieser Unsicherheit bei der Anwendung des Ergebnisses Rechnung getragen werden
- › Gewichtsabhängige Dosis: Ein weiteres methodisches Problem ist, dass die benötigte Dosis eines Medikaments und damit seine Kosten teilweise vom Gewicht der Person abhängen. Dadurch kommt es zu unterschiedlichen Kosten-Wirksamkeits-Ergebnissen je nach Gewicht der Person. Im Extremfall kann eine Person mit höherem Gewicht durch den Schwellenwert von der Leistung ausgeschlossen werden, was zu einer Ungleichbehandlung führt (Wasserfallen, Junod 2011).
- › Aufwand: Selbst wenn die Informationen zur Berechnung der Kostenwirksamkeit der medizinischen Massnahmen vorliegen, ist es andererseits sehr aufwändig, für sämtliche medizinische Leistungen, die Kosten-Wirksamkeit mit einer einheitlichen Methodik zu erheben. Es gilt auch zu berücksichtigen, dass eine einmalige Evaluation nicht ausreicht, da sich die Bedingungen, welche die Kosten-Wirksamkeit beeinflussen mit der Zeit verändern (Schöffski, Schumann 2008).

Ethische Probleme

Diskriminierung von Personengruppen

Dem Schwellenwertkonzept liegt das utilitaristische Gerechtigkeitsprinzip zugrunde, das zum Ziel hat, die individuellen Nutzensummen zu maximieren, unabhängig davon, bei wem und wie vielen Personen der Nutzen anfällt (vgl. Kap. 2.1). Obwohl das Konzept auf diese Weise prinzipiell neutral ist, kann es aus ethischer Sicht zu diskriminierenden Allokationen kommen.

- › Junge Menschen werden gegenüber alten Menschen bevorteilt, da bei typischen Alterskrankheiten immer tiefere QALYs aus einer Massnahme resultieren als bei Massnahmen, die jungen Menschen helfen (weniger potenziell zu rettende Lebensjahre bei älteren Menschen und ten-

denziell tiefere Lebensqualität). Aus dem Kosten pro QALY-Blickwinkel ist es daher vorteilhafter, in jüngere Menschen als in ältere Menschen zu investieren (Junod, Wasserfallen 2011).

- › Auch Personen mit seltenen Krankheiten werden durch das QALY-Konzept benachteiligt, da die Kosten für Medikamente und Behandlungen in der Regel sehr teuer sind. Sie weisen daher allein aus diesem Grund ein schlechteres Kosten-Wirksamkeitsverhältnis auf (Zimmermann-Acklin 2011).
- › Durch die QALY-Methode wird vergangenes Leiden nicht berücksichtigt. So führt die gleiche Behandlung von Menschen mit Behinderungen, schweren Krankheiten oder im Sterben liegenden Menschen aufgrund der tieferen zu erwartenden Lebensqualität automatisch zu einem tiefen Kosten/QALY-Verhältnis als bei Menschen ohne solche Einschränkungen. Ein Beispiel hierfür ist ein Patient mit multipler Sklerose, dem eine Nierentransplantation verweigert wird, weil seine Lebensqualität und -dauer dadurch weniger stark steigen wird als die eines anderen Patienten. Dieses Argument wird auch als „Double Jeopardy“ bezeichnet (Junod, Wasserfallen 2011).

Mit der Prinzipienethik, welche die Unantastbarkeit der menschlichen Würde in den Vordergrund stellt, sind solche allokativen Diskriminierungen nicht kompatibel. Auch mit den egalitären Gerechtigkeitsprinzipien (z.B. Rawls) sind die ökonomischen Ansätze nicht vereinbar. Danach darf keine Wohlstandsmehrung stattfinden, die zulasten weniger begünstigten Individuen geht (vgl. Kap. 2.1).

Mangelnde Berücksichtigung des Faktors „Überleben“

Mit dem QALY-Schwellenwertkonzept wird dem Retten von Leben zu wenig Gewicht beigemessen. Zwar berücksichtigt der QALY-Ansatz, dass eine marginale Verbesserung der Gesundheit auf niedrigem Niveau höher eingeschätzt wird als auf hohem Niveau. Das Überleben wird vom QALY-Ansatz aber nur teilweise abgebildet. Im Extremfall kann es aus QALY-Sicht sinnvoller sein, Grippekranken eine Schmerzlinderung zu verschaffen, dafür aber einen Schwerkranken sterben zu lassen (Nass 2009), weil eine grosse Zahl von geheilten Grippekranken eine grössere Anzahl QALYs ergeben können als ein Überlebender. Manche Ethiker sind der Auffassung, dass das „Überleben“ stärker gewichtet werden muss als eine Verbesserung der Lebensqualität.

Kompromiss zwischen Kosten und Outcome

Dadurch, dass das QALY-Konzept einen Kompromiss zwischen Kosten und Nutzen darstellt, ist es möglich, dass eine günstige, aber weniger effektive Behandlung einer teuren, aber effektiven Behandlung vorgezogen wird. So kritisieren Bioethiker, dass durch die QALY-Methode medizinische Kriterien in den Hintergrund gerückt werden (Wasserfallen, Junod 2011).

Argument der „Fair Innings“

Einige Ethiker sind der Auffassung, dass Personen, die bereits viel in ihrem Leben unter gesundheitlichen Beschwerden gelitten haben, privilegiert werden sollten. Dieses als „Fair Innings“-bezeichnete Argument basiert auf der Idee, dass Gerechtigkeit über die Lebenszeit betrachtet werden muss. Mit dem gleichen Argument wird auch die Meinung vertreten, dass sozial benachteiligte Personen beim Zugang zu medizinischen Leistungen bevorzugt werden sollten. Das QALY-Konzept kann solchen Argumenten nicht Rechnung tragen.

Ökonomische Ineffizienzen und Fehlanreize

Neben den methodischen, praktischen und ethischen Problemen ist das Schwellenwertkonzept aus ökonomischer Sicht auch mit Ineffizienzen und Fehlanreizen verbunden – obgleich das Schwellenwertkonzept die Maximierung des Nutzens anstrebt. So argumentieren einige Ökonomen, dass es bei heterogenen Präferenzen bezüglich verschiedener medizinischer Massnahmen zu Ineffizienzen kommt, wenn lediglich ein Schwellenwert pro QALY festgelegt ist. Dadurch würden die unterschiedlichen Zahlungsbereitschaften nicht optimal ausgeschöpft (Pauly 1995).

Weitere Probleme sind Fehlanreize, welche Schwellenwerte auslösen können. Erstens kann es dazu kommen, dass PatientInnen aus Angst, die notwendige Kosten-Wirksamkeit nicht „aufzubringen“, falsche Informationen über ihren Zustand abzugeben. Zweitens können sich PatientInnen, die den Schwellenwert überschreiten, dazu veranlasst fühlen, ihre Kosten und Nutzen reevaluierten zu lassen. Dies könnte dann zu einer teuren Prozessflut führen.

4.3. ALTERNATIVEN ZUM SCHWELLENWERTKONZEPT

Aufgrund der methodischen, praktischen, ethischen und zum Teil ökonomischen Grenzen des Schwellenwertkonzepts werden in der Literatur verschiedene Alternativen diskutiert, mit denen eine explizite Rationierung erfolgen könnte.

Weiche und differenzierte Schwellenwerte/Gewichtung von QALYs

Um die mit dem Schwellenwertkonzept verbundenen ethischen Probleme zu umgehen, werden als eine Alternative zu einem absoluten Schwellenwert – sowohl in der ökonomischen als auch der ethischen Literatur – differenzierte Schwellenwerte für verschiedene gesellschaftliche Gruppen sowie weiche Schwellenwerte (bzw. Schwellenwertbandbreiten) und die Gewichtung von QALYs diskutiert. Die Idee hinter allen drei Ansätzen ist es, das Effizienzkriterium mit anderen (sozialen und ethischen) Kriterien zu verknüpfen, um potenziellen Diskriminierungen vorzubeugen (vgl. Schöffski, Schumann 2008).

Als Kriterien, die neben der Kosten-Wirksamkeit dabei berücksichtigt werden sollten, werden zum Beispiel der Schweregrad einer Krankheit, Patientengruppengröße, Vorhandensein von alternativen Behandlungen, Alter und Behinderung diskutiert (Schöffski, Schumann 2008).

Minimal Effectiveness Threshold

Eine Alternative zum Schwellenwertkonzept, das die Kosten-Wirksamkeit zugrunde legt, ist das Modell der „Minimal Effectiveness Threshold“ oder „marginale Wirksamkeit“. Dieses Modell wurde von Wissenschaftlern in Deutschland entwickelt und hat ihren Ursprung in der „Futility“-Diskussion in den 90er Jahren. Bei dieser Diskussion ging es um die Legitimität sogenannter sinnloser Behandlungen (Futile Interventions), wobei das Anliegen dieser Diskussion war, den Einsatz „sinnloser“ medizinischer Interventionen unabhängig von Kostenfragen, Ressourcenknappheit und Allokationsfragen zu kritisieren (Buyx et al. 2009).

Im Unterschied zum Schwellenwert orientiert sich dieses Modell also nicht an den Kosten, sondern lediglich an der Wirksamkeit der Massnahme. Die „Minimal Effectiveness Threshold“ wird gestützt auf Meinungen der Bevölkerung festgelegt, d.h., die Bevölkerung entscheidet, ab welcher Wirksamkeit eine Leistung als sinnvoll eingestuft wird bzw. als „sinnlos“ betrachtet werden kann. Die Wirksamkeit schliesst wie beim QALY-Konzept die zwei Aspekte Lebensverlängerung und gesundheitsbezogene Lebensqualität ein.

Mit diesem Modell können einige Probleme umgangen werden, welche der Kosten-Wirksamkeits-Ansatz mit sich bringt. Einerseits fallen methodische Probleme wie die Problematik der uneinheitlichen Perspektive bei der Kostenmessung, die Problematik der Gewichtsunterschiede etc. weg. Andererseits wird der Ansatz als „fairer“ beurteilt, da er den Betroffenen vergleichsweise geringe Opfer abverlangt. Sehr teure, aber gleichzeitig sehr wirksame Behandlungen wie z.T. bei seltenen Krankheiten würden mit diesem Modell nicht durch das Raster fallen (Buyx et al. 2009).

Alternative Allokationskriterien

Insbesondere in der Ethik werden alternative Allokationskriterien zur Kosteneffizienz diskutiert, welche das Dilemma zwischen einer notwendigen Rationierung von medizinischen Leistungen und den ethischen Prinzipien der Prinzipienethik und des Egalitarismus lösen können. Gegenstand ethischer Diskussionen sind dabei die folgenden Kriterien (Hurst 2007b):

- › Kriterien, die eine Diskriminierung im rechtlichen Sinne oder aufgrund des sozioökonomischen Status darstellen, sind aus ethischer Sicht grundsätzlich zu verwerfen.
- › Strikt medizinische Kriterien wie der Dringlichkeitsgrad oder der gesundheitliche Nutzen gelten allgemein als akzeptabel, wobei sie auch ineinander in den Konflikt geraten können.

- › Über das Alter als Kriterium wird seit längerem eine kontroverse ethische Debatte geführt. Einige Ethiker argumentieren, dass Altersrationierung legitim ist, da das Alter alle einmal treffen wird und somit alle gleich behandelt werden. Aus der „Fair-Innings“-Perspektive spricht auch dafür, dass junge Menschen bisher eine geringere gesunde Lebenszeit als älteren Menschen genossen haben und daher bevorteilt werden sollten. Aus Sicht anderer Ethiker lässt sich dies nicht rechtfertigen, da das Leben in jedem Alter den gleichen Wert hat und daher gleich schützenswert ist. Zustand und Vergangenheit sollten aus dieser Perspektive keine Rolle spielen, weil sonst Gesündere diskriminiert werden. Es lasse sich aus dem Zustand keine moralische Berechtigung ableiten.
- › Rationierungen auf Basis des Kriteriums des Selbstverschuldens bzw. der persönlichen Verantwortung sind aus ethischer Sicht mit dem Argument der Wahlfreiheit vereinbar. Es wird dabei jedoch kritisiert, dass die betroffenen Entscheidungen nicht immer frei sind. Die Rationierung würde eher auf Basis von Schwäche als auf Basis einer persönlichen Entscheidung getroffen.

Capability-Ansatz

Ein Ansatz zur Lösung des Dilemmas der ökonomisch gebotenen Rationierung, das auch das Kriterium der persönlichen Verantwortung einschliesst, wurde von Wirtschaftsnobelpreisträger Amartya Sen entwickelt. Nach diesem neoaristotelischen Modell gilt als Kriterium gerechter Verteilung die *Befähigung zur Freiheit*, seiner natürlichen Bestimmung entsprechend leben zu können. Im Unterschied zu den anderen Ansätzen (Utilitarismus, Egalitarismus) versucht der Befähigungsansatz nicht, Vergleiche anzustellen und rückblickend eine gerechte Verteilung sicherzustellen, sondern stellt die Frage, was eine Person benötigt, um sie zu einer autonomen Lebensführung zu befähigen. Der Capability-Ansatz orientiert sich dabei am Einzelfall und stellt sich nicht mehr die Frage, wie man Gerechtigkeit schafft, sondern wie viel Ungerechtigkeit noch akzeptabel ist. Beispielsweise muss nach dem Capability- Ansatz ein 80-Jähriger nicht mehr so fit sein, dass er olympischen Spielen teilnehmen könnte, aber dass er an einem Stock laufen kann.

Nach diesem Ansatz ist das öffentliche Gesundheitswesen ungerecht, wenn es die Lebenswürdigkeit einzelner Menschen oder Gruppen diskriminiert. Umgekehrt bedeutet dies, dass Menschen, die ihre Freiheit bewusst gefährden, die Verantwortung übernehmen und entsprechend für Leistungen des öffentlichen Gesundheitswesens selbst aufkommen müssen (Verursacherprinzip) (Sen 2000).

Auf Basis dieser Vorstellung von Gerechtigkeit leitet Sen drei Kriterien ab, die als Entscheidungshilfe in der Rationierungsfrage dienen können (Nass 2009):

1. Sicherung eines Mindestbedarfs,

2. Verbot der Diskriminierung,
3. Mitverantwortung im Umgang mit der eigenen Gesundheit.

Demokratisches/transparentes Verfahren/Verfahrensgerechtigkeit

Aufgrund der Schwierigkeiten, sich über angemessene (gerechte) Lösungen zu einigen, rücken zusehends Methoden der Verfahrensgerechtigkeit ins Rampenlicht, welche gesundheitspolitische Entscheidungen regeln sollen (Zimmermann-Acklin 2007). Die Idee dieser Methode ist, über ein gerechtes, d.h., für alle Betroffenen prinzipiell nachvollziehbaren, transparenten demokratischen Verfahren eine Entscheidung zu legitimieren. Die Legitimation von Rationierungsmaßnahmen gründet danach im gleichen Zugang zum Rationierungsdiskurs (Mathwig 2007).

Das bekannteste Modell ist das Modell der „Accountability for Reasonableness“ (Verantwortlichkeit für die Angemessenheit der Entscheide) von Norman Daniels (2000) und James Sabin.

In diesem Modell sind vier Kriterien definiert, die einen „fairen“ Prozess gewährleisten sollen:

- › Öffentlichkeit und Transparenz: Die Allokationsentscheidungen und deren Begründungen müssen öffentlich zugänglich sein.
- › Relevanz: Die Allokationsentscheidungen müssen erklären können, wie den Bedürfnissen der Bevölkerungen nachgekommen werden soll.
- › Revidierbarkeit und Einspruchsverfahren: Es muss ein Verfahren zur Anfechtung von Allokationsentscheidungen geben.
- › Regulierung: Es muss durch Regulierung sichergestellt sein, dass das Verfahren die obigen drei Bedingungen erfüllt.

5. ANWENDUNG VON SCHWELLENWERTEN IN DER PRAXIS

Dieses Kapitel geht der Frage nach, wo Schwellenwerte angewandt werden und welche Erfahrungen damit gemacht wurden. Als erstes folgt eine kurze Übersicht über die Anwendung von Schwellenwerten in anderen Gesellschaftsbereichen. In den beiden anschliessenden Kapiteln werden dann Beispiele für explizite und implizite Schwellenwerte in der Gesundheitspolitik für ausgewählte Länder dargestellt und analysiert und der Stand in der Schweiz aufgezeigt.

5.1. ÜBERSICHT ÜBER DIE ANWENDUNG VON SCHWELLENWERTEN IN ANDEREN BEREICHEN

Die Bewertung von Menschenleben wird in verschiedenen Wirtschafts- und Politikbereichen verwendet, um möglichst ökonomisch rationale Entscheidungen zu fördern. Anfänglich erfolgten Bewertungen vor allem im angelsächsischen Sprachraum und wurden dort auch schon länger als wichtige Entscheidungsgrundlage in der Politik und Wirtschaft akzeptiert. Heute finden solche Bewertungen auch in vielen anderen Ländern Anwendung und Beachtung.

Am weitaus meisten Anwendungen finden sich in der sehr umfangreichen theoretischen und empirischen Literatur zu den externen Kosten z.B. des Verkehrs, der Energieproduktion und -verwendung, der Landwirtschaft oder der Abfallbehandlung. Weiter erfolgen auch oft Bewertungen von Menschenleben im Rahmen der Rechtsprechung etwa zur Bestimmung von Schadenersatzzahlungen von Angehörigen oder der Bestimmung von Versicherungsleistungen (einen Überblick über ausgewählte theoretische und empirische Literatur ist im Anhang zu finden).

Von eigentlichen Schwellenwerten kann gesprochen werden, wenn die Bewertung von Menschenleben (bzw. Änderungen der Lebensqualität) im Rahmen von Kosten-Nutzen-Analysen oder Kosten-Wirksamkeitsanalysen verwendet wird, um die Zweckmässigkeit bestimmter Massnahmen zu beurteilen. In solchen Fällen werden Schwellenwerte für das Kosten-Nutzen-Verhältnis bzw. das Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis festgelegt, welche erreicht werden müssen, damit eine bestimmte Massnahme umgesetzt wird. In anderen Fällen erfolgt die Auswahl der durchzuführenden Massnahmen gemäss Kosten-Nutzen- bzw. Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis.

Klassische Anwendungsbereiche sind Kosten-Nutzen-Überlegungen im Verkehrsbereich bei der Festlegung von Vorschriften (z.B. Helm- oder Gurtenobligatorium) oder bei Entscheiden über Infrastrukturinvestitionen (z.B. Sanierung von Kreuzungen oder Bahnübergängen). Solche Anwendungen sind aber auch in anderen Bereichen zu finden, bei denen die Sicherheit von Menschen eine wichtige Rolle spielt.

Einen guten Überblick über den Stand der Anwendungen liefert der Bericht von Schleini-ger/Blöchli (2006) im Auftrag der Gesundheitsförderung Schweiz. Er zeigt, dass bei der Be-

wertung verschiedene Ansätze zur Anwendung kommen; dass sich heute aber die Zahlungsbereitschaftsmethode als die primäre Methode durchgesetzt hat. Die Humankapitalmethode wird dagegen kaum mehr verwendet, da sie nicht auf der mikroökonomischen Werttheorie aufbaut.

Die von Schleiniger/Blöchliger berücksichtigten Meta-Analysen zur Bewertung des statistischen Lebens zeigen auf, dass die Forschung noch nicht so weit ist, als dass sich der Wert des Lebens auf die Million genau bestimmen liesse. Die in den Meta-Analysen – insbesondere für die USA – gefundenen (Median-)Werte bewegen sich zwischen 0.7 bis 13.6 Millionen Dollar für den Wert eines Lebens, abhängig von Methode und genauer Fragestellung. Die einzigen beiden für die Schweiz vorliegenden Studien kommen auf Werte am oberen Rand der international gefundenen Bewertungen (vgl. Schleiniger/Blöchliger 2006).

Die unterschiedlichen Bewertungsergebnisse führen logischerweise dazu, dass die verwendeten Bewertungssätze verschiedener Institutionen ebenfalls divergieren. Schleiniger/Blöchliger kommen aber nach Sichtung der verfügbaren Grundlagen zum (versöhnlichen) Schluss, dass „der vom Kanton Bern angewandte Wert von 5 Millionen Franken pro statistisches Leben und die von der WHO vorgesehene Höhe von 180'000 Franken pro statistisches Lebensjahr im Lichte der vorgestellten empirischen Literatur durchaus im realistischen Bereich für Schweizer Verhältnisse liegt“.

Die Erfahrungen mit den Anwendungen von Bewertungen von Menschenleben weisen aus unserer Sicht auf die grundsätzlichen Vor- und Nachteile solcher Ansätze hin:

- › Einerseits ermöglichen geeignete Bewertungen, Auswirkungen auf Menschenleben verschiedener Aktivitäten quantitativ und kohärent zu berücksichtigen. In gewissen Fällen kann dadurch die Rationalität von Entscheidungen verbessert werden.
- › Andererseits ergeben sich immer wieder methodische Probleme und Widersprüche bzw. ethisch fragwürdige Schlussfolgerungen auf Basis von Analysen mit monetären Bewertungen von Menschenleben. Besonders stossend sind Anwendungen auf der internationalen Ebene wie z.B. im Rahmen der Studien des Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC), bei welchen streng nach der ökonomischen Logik Einwohner von Entwicklungsländern um Faktoren tiefer bewertet wurden als Einwohner von entwickelten Ländern.
- › Insgesamt haben sich Anwendungen von Bewertungen im Rahmen von Präventionsmassnahmen auf nationaler Ebene – etwa im Verkehrsbereich – bewährt, da es hier um die präventive Beeinflussung von Schadenswahrscheinlichkeiten geht und damit um ein statistisches, abstraktes Phänomen und nicht um die Bewertung eines ganz konkreten Menschenlebens. Solche statistische Entscheide können unter Zuhilfenahme von Menschenlebensbewertungen tatsächlich rationaler erfolgen.

5.2. ANWENDUNG VON SCHWELLENWERTEN IN DER GESUNDHEITSPOLITIK IM AUSLAND

In diesem Kapitel werden der Rationierung-/Priorisierungsprozess und die Anwendung von Schwellenwerten sowie die damit gemachten Erfahrungen in ausgewählten Ländern dargestellt.

5.2.1. AUSWAHL DER LÄNDER

Die ursprüngliche Absicht war, aus denjenigen Ländern eine Auswahl treffen, in denen gemäss Literaturangaben explizite oder implizite Schwellenwerte im Gesundheitswesen angewendet werden. Dabei zeigte es sich, dass es solche Hinweise nur für wenige Länder gibt. In der Literatur wiederholt genannt werden USA, Grossbritannien, Kanada, Australien, Schweden und Neuseeland.¹⁵ Da die Anwendung von Schwellenwerten eng mit Rationierungs-/Priorisierungsfragen verbunden ist, wurden Länder, bei denen sich Hinweise auf Rationierungs-/Priorisierungsprozesse finden liessen, zusätzlich in die Auswahl einbezogen, darunter Norwegen, Schweden und Frankreich. Im Weiteren wurden Länder in die Auswahl miteinbezogen, die durch innovative gesundheitsökonomische Konzepte aufgefallen sind, konkret Deutschland. Aus Effizienzüberlegungen wurde die Anzahl sodann auf acht Länder beschränkt. Bei der Auswahl der Länder wurde ausserdem darauf geachtet, dass Länder mit unterschiedlich organisierten und finanzierten Gesundheitssystem vertreten waren. Die folgende Tabelle fasst die Kriterien und Merkmale der ausgewählten Länder zusammen:

¹⁵ Siehe Eichler et al. 2004:522.

AUSGEWÄHLTE LÄNDER				
Land	Hinweise auf Schwellenwerte	Hinweise auf Rationierungs-/ Priorisierungsprozesse	Organisationsstruktur der medizinischen Grundversorgung	Finanzierung Grundversorgung
CAN	Evidenz für impliziten QALY-Schwellenwert		Föderalistisch	Steuerfinanziert (ausser BC und Alberta)
FRA		Entscheid über Erstattung der medizinischen Leistungen durch Stakeholder-Komitee	Zentralistisch	Beitragsfinanziert
GER	Eigener Ansatz zur Beurteilung von Kosten-Nutzen-Relationen (Effizienzgrenze)		Föderalistisch	Beitragsfinanziert
NOR		Pionier bei Priorisierungsdebatte, erstes Land mit Prioritätenkommission Priorisierungskategorien	Zentralistisch (national organisierter Gesundheitsdienst)	Mehrheitlich steuerfinanziert
NZL	Hinweise auf impliziten Schwellenwert (NZ\$20'000/QALY)	Berücksichtigung weiterer Kriterien	Zentralistisch	Steuerfinanziert
SWE		Priorisierungsgruppen	Föderalistisch	Mehrheitlich steuerfinanziert
UK	Evidenz für QALY-Schwellenwert		Zentralistisch (national organisierter Gesundheitsdienst)	Mehrheitlich steuerfinanziert
USA	Oregon mit Prioritätenliste		Föderalistisch	Gemischt: Steuern, Arbeitgeber, v.a. privat
CH			Föderalistisch (kompetitiv)	Gemischt: mehrheitlich beitragsfinanziert

Tabelle 4

Für die einzelnen Länder wurden folgende Aspekte untersucht:

- › Hintergrund der Rationierungsdiskussion bzw. der Festlegung von Schwellenwerten,
- › Verfahren, Kriterien und Entscheidungsfindungsprozess zwecks Allokation der Ressourcen bzw. zwecks Rationierung/Priorisierung von medizinischen Leistungen,
- › Existenz und Anwendung von expliziten bzw. impliziten Schwellenwerten, Einstufung in Bezug auf die Schwellenwertansätze, Fundierung,
- › Erfahrungen mit dem Rationierungsverfahren bzw. mit den Schwellenwerten.

5.2.2. OREGON (USA)

Hintergrund

Der Bundesstaat Oregon (USA) sah sich Ende der 80er-Jahre dem Problem gegenüber, dass ein beträchtlicher Anteil der Bevölkerung nicht versichert war. Aus diesem Grund wurde 1989 der Oregon Health Plan OHP verabschiedet.¹⁶ Ziel des Plans war es, den Leistungskatalog der staatlichen Krankenversicherung Medicaid¹⁷ zu reduzieren und die frei gewordenen Mittel dazu zu verwenden, den Versicherungsschutz auf bislang nicht-versicherte Bevölkerungsgruppen auszuweiten. Die Reduktion des Leistungskatalogs stellt eine explizite Rationierung dar, mit dem Ziel, die Allokationseffizienz zu verbessern und die Extremform der Rationierung (kein Zugang zur medizinischen Versorgung) zu mindern.

Entscheidungsfindungsprozess: Priorisierungssystem/-kriterien, Zuständigkeiten

Massgebend dafür, ob eine Leistung in den Medicaid-Katalog aufgenommen wird oder nicht, ist eine Prioritätenliste. Ursprünglich wurde die Priorisierung¹⁸ strikt nach dem Kriterium der Kosteneffektivität (Kosten pro QALY) vorgenommen. Abhängig von den verfügbaren finanziellen Mitteln wurde dann eine Finanzierungslinie (Funding Line) gezogen und alle Leistungen, die oberhalb¹⁹ dieser Linie lagen, werden von der Versicherung vergütet. Dieses technisch-rationale Vorgehen mit der Kosteneffektivität als alleiniges Kriterium zur Rangierung stiess in der Bevölkerung auf Widerstand. Ein Kritikpunkt war, dass lebensrettende Massnahmen nicht adäquat rangiert waren: die Entfernung eines Blinddarms z.B. wurde schlechter rangiert als das Einfügen einer Zahnkrone. Aufgrund der breiten Kritik und um den gesellschaftlichen Präferenzen gerecht zu werden, wurden die Kriterien zur Erstellung der Prioritätenliste überarbeitet bzw. ergänzt. Schliesslich wurde die Wirkung auf die Lebenserwartung als dominantes Kriterium für das Ranking festgelegt und weitere subjektive Kriterien wie die Dringlichkeit aufgenommen. Die Lebensqualität wurde gar nicht mehr, die Behandlungskosten nur noch als nachgeordnetes Kriterium einbezogen.

Mit der Erstellung der Prioritätenliste beauftragt ist die Oregon Health Service Commission OHSC. Sie setzt sich zusammen aus Ärzten, Pflegekräften und Sozialarbeitern. Die Kommission

¹⁶ Staber/Rothgang 2010, Rothgang 2007.

¹⁷ Medicaid = staatliche Krankenversicherung für die arme Bevölkerung

¹⁸ Priorisierung kann sowohl Grundlage für eine Rationierung als auch Folge einer Rationierung darstellen: Einerseits kann Priorisierung dazu dienen, Leistungen zu rangieren (Staber/Rothgang 2010). Unter Anwendung von Schwellenwerten kann diese Rangierung dazu verwendet werden, das Grundversorgungsangebot zu beschränken und so eine Rationierung zu begründen. Andererseits bezeichnet Priorisierung die Regulierung, mit welcher der Zugang zum festgelegten Angebot bestimmt wird (Preusker 2007).

¹⁹ Die Liste rangiert Behandlungen von Position 1 bis 680.

ist zuständig für die definitive Rangierung, sie kann die Liste aufgrund ihres Fachwissens und im Hinblick auf gesellschaftliche Präferenzen anpassen. Die Bevölkerung wurde durch öffentliche Anhörungen, Bürgerversammlungen und Telefonumfragen in den Priorisierungsprozess eingebunden.

Schwellenwertansatz, Fundierung und Umsetzung

In der Literatur wird der OHP als Beispiel für Rationierung nach dem Schattenpreiskonzept angeführt. D.h., bei einem gegebenen Budget wird der medizinische Nutzen (in Form von QALYs) maximiert.²⁰ Allerdings können auch mit diesem Ansatz ausgabensenkende Wirkungen erzielt werden.

Im Fall OHP/Oregon ergibt sich der Schwellenwert aus der Maximierung des Nutzens (d.h. der Gesundheitseffekte in Form von QALYs) und dem für die Gesundheitsausgaben zur Verfügung stehenden Budget. Im Gegensatz zum reinen Schwellenwertansatz werden die Leistungen nicht nach ihrer Kosteneffektivität, sondern nach den zu erwartenden Lebensjahren (d.h. dem medizinischen Nettonutzen) rangiert. An dem Punkt, an dem das Budget aufgebraucht ist, wird die Funding Line gezogen. Diese Finanzierungslinie wird alle zwei Jahre vom Gesetzgeber festgelegt und ist abhängig von den verfügbaren finanziellen Ressourcen, konkret den Steuereinnahmen. Aktuell liegt die Linie bei 503 von 680 möglichen Massnahmen.²¹

Erfahrungen

Die Erfahrungen mit den Schwellenwerten lassen sich wie folgt zusammenfassen:²²

Der Versuch, die Prioritäten technokratisch, alleine aufgrund der Kosten-Wirksamkeit festzulegen, scheiterte. Die Endliste ist heute mehr vom politischen Druck und der subjektiven Beurteilung der Kommissionsmitglieder geprägt.

Eine Rationierung fand nicht statt. Der Leistungsumfang wurde nicht eingeschränkt, sondern erweitert, entsprechend waren auch die Kosteneinsparungen relativ gering (2% in den ersten fünf Jahren). Erklären lässt sich die Ausweitung damit, dass die Bevölkerung von Beginn in den Priorisierungsprozess einbezogen wurde und damit auch die Bereitschaft stieg, mehr finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen (über die allgemeinen Steuern und Tabaksteuern).

Der Anteil der Nichtversicherten unter der armen Bevölkerung konnte mit dem OHP deutlich reduziert werden (von 17% auf 11%).

²⁰ Schöffski/Schumann 2008:152.

²¹ <http://www.oregon.gov/OHA/healthplan/priorlist/main.shtml>.

²² Schopper et al. 2001:63f., Marckmann/Siebert 2002.

Die Funding Line wird von den Versicherern als weicher Schwellenwert gehandhabt. In ca. 25% der Fälle vergüten sie auch Leistungen, die unterhalb der Funding Line lagen.

Zusammenfassung

Die folgende Tabelle fasst die wichtigsten Elemente zusammen:

OREGON (USA)	
Hintergrund	Hoher Anteil nicht-versicherter Personen -> Ursprüngliches Ziel: Rationierung zwecks Reduktion des Leistungsumfangs und Umlagerung der Mittel für Ausbau des Versichertenanteils
Entscheidungsfindungsprozess	Explizite Rationierung durch Priorisierungsliste Ursprünglich Kosteneffektivität als alleiniges Kriterium für die Rangierung/ Priorisierung der medizinischen Leistungen Realisiert: Priorisierung aufgrund der Verbesserung der Lebenserwartung, Anpassung durch Kommission aufgrund subjektiver Beurteilungen, gesellschaftlicher Präferenzen etc. Partizipativer Einbezug der Bevölkerung über Hearings, Versammlungen, Umfragen
Schwellenwert	Massgebend für die Rangierung der Leistungen in der Prioritätenliste von Medicaid Ansatz: Schwellenwert mit Budgetbeschränkung, Höhe und Fundierung: Leitet sich aus der Maximierung des Nutzens unter gegebenem Budget ab (Schattenpreis) Typ: weicher Schwellenwert, ²³ da Funding Line nicht strikt gehandhabt
Erfahrungen	Technokratischer Ansatz nicht durchsetzbar, da gesellschaftlich nicht akzeptierte Ergebnisse Einbezug der Bevölkerung in Entscheidungsprozess führt eher zu Leistungsausweitung

Tabelle 5

5.2.3. GROSSBRITANNIEN

Hintergrund

In Grossbritannien ist der National Health Service (NHS) zuständig für die medizinische Grundversorgung. Er finanziert sich zu knapp 90% aus Steuergeldern. Das Budget des NHS wird prospektiv durch das Parlament bewilligt und dann an die regionalen Gesundheitsbehörden (Primary Care Trusts PCT) verteilt.²⁴ Knapp bemessene Budgets haben in der Vergangenheit dazu geführt, dass erstens nicht alle PCT die gleichen Leistungen gewährt haben und zweitens lange Wartelisten entstanden sind.²⁵ Diese Unterschiede in der Versorgung stellten eine implizite Rationie-

²³ Vgl. Abschnitt 4.3.

²⁴ Die folgenden Ausführungen basieren grösstenteils auf Staber/Rothgang, 2010.

²⁵ Sogenanntes Postcode Rationing: Leistungen, die in einem PCT-Gebiet gewährt werden, können in einem anderen ausgeschlossen sein (Staber/Rothgang 2010).

rung dar. Um diese Ungleichheiten zu eliminieren, wurde 1999 das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) geschaffen.²⁶ Es definiert auf zentraler Ebene, welche Leistungen durch die lokalen PCT erbracht werden müssen. Zu diesem Zweck werden die Leistungen in einem Technologiebewertungsprozess beurteilt (siehe unten). Eines der Entscheidungskriterien in diesem Verfahren ist das Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis, welches an Schwellenwerten gemessen wird (siehe unten). Die PCT sind sodann verpflichtet, die von NICE genehmigten Leistungen zu gewährleisten und so ein einheitliches Versorgungsniveau sicherzustellen. Da die Budgets aber nicht ausreichend aufgestockt wurden, werden die Leistungen zum Teil nicht angeboten. Oder aber sie werden angeboten, werden dann aber quersubventioniert, indem andere nicht genehmigte Leistungen beschränkt werden.

Entscheidungsfindungsprozess: Priorisierungssystem/-kriterien, Zuständigkeiten

Massgebend dafür, ob eine Leistung in den Katalog des NHS aufgenommen wird oder nicht, ist der Technologiebewertungsprozess²⁷, der sich im Wesentlichen aus einer Bewertungs- und einer Entscheidungsphase zusammensetzt.²⁸ Im Rahmen des Bewertungsprozesses erstellt die unabhängige Bewertungsgruppe (Assessment Group) einen Bericht (Evidence Review Group Report), welcher die Wirksamkeit und den Kosten-Nutzen der Massnahme beurteilt. Die Bewertungsgruppe ist eine multidisziplinäre Forschungsgruppe, die sich aus Vertretern der Medizin, Ökonomie, Epidemiologie etc. zusammensetzt. Das Entscheidungsgremium (Appraisal Group) erlässt dann aufgrund des Bewertungsberichts, Beratungen und Anhörungen die definitive Empfehlung. Das Gremium besteht aus Vertretern von Wissenschaftlern, Leistungserbringern (NHS), Entscheidungsträgern und Managern, Patientenorganisationen, Industrie und Bevölkerung.

Schwellenwertansatz, Fundierung und Umsetzung

In der Literatur wird NICE als Beispiel für Schwellenwerte ohne Budgetbeschränkung angeführt.²⁹ D.h. durch einen vorgegebenen Schwellenwert ergibt sich das Budget. Es finden sich aber auch anderslautende Einschätzungen, welche die NICE-Grenzwerte dem Schwellenwertansatz mit Budgetbeschränkung zuordnen.

Erklären lassen sich die unterschiedlichen Einschätzungen damit, dass das System in Grossbritannien Elemente von beiden Ansätzen vereint, aber nicht einem der Ansätze vollumfänglich entspricht: Im Prinzip ist in Grossbritannien das Budget die massgebende Grösse, da es gröss-

²⁶ NICE-Richtlinien werden neben England auch in Wales, Schottland und Nordirland angewandt.

²⁷ Im Gesundheitswesen hat sich dafür der Begriff Health Technology Assessment (HTA) eingebürgert. HTA bezeichnet den Prozess zur systematischen Beurteilung der Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen (Behandlungen, Medikamente).

²⁸ Staber/Rothgang 2010.

²⁹ Schöffski/Schulenburg 2008:144.

tenteils steuerfinanziert ist und damit indirekt die Gesundheitsausgaben begrenzt. Anstoss für die Einführung des Rationierungsverfahrens gaben in Grossbritannien denn auch ursprünglich die knappen Budgets. Die Priorisierung der Leistungen hätte in diesem Fall dazu geführt, dass die Rationierung weniger willkürlich zustande gekommen wäre. NICE bewertet allerdings nicht alle Massnahmen, sondern nur einen Teil. Es hat somit keine vollständige Priorisierung stattgefunden und das Vorgehen entspricht damit auch nicht dem reinen Schwellenwertansatz mit Budgetbeschränkung. Vielmehr orientieren sich die Entscheide von NICE an einem impliziten Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis. Dies entspricht somit eher dem Schwellenwertansatz mit Wertbeschränkung.

Eingesetzt werden die Schwellenwerte im Rahmen Kosten-Wirksamkeits-Betrachtung: Die Kosten-Nutzen der Massnahmen werden mittels der Kosten-Wirksamkeit dargestellt, wobei der Nutzen in Form von QALYs gemessen wird. Die Kosten-Wirksamkeit wird sodann an Schwellenwerten gemessen. Die Schwellenwerte sind dabei als Faustregel zu verstehen, unterhalb bzw. oberhalb derer NICE begründen muss, wenn es gegen den Schwellenwert entscheidet. Das Handbuch von NICE, mit welchem Technologien begutachtet werden, hält fest:³⁰

- › Liegt das Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis (ICER³¹) unter 20'000 £/QALY, wird für die Beurteilung über die Akzeptanz einer Technologie einzig auf die Kosteneffektivität abgestützt.
- › Liegt der ICER über 20'000 £/QALY werden weitere Faktoren berücksichtigt, u.a. der innovative Charakter der Technologie, die von der Technologie betroffene Bevölkerung etc.
- › Bei einem ICER über 30'000 £/QALY müssen diese Faktoren besonders ausgeprägt sein.

Untersuchungen zu den Entscheidungen von NICE lassen vermuten, dass NICE einen expliziten Schwellenwert von 29'000 GBP anwendet.³² Andere Studien sehen keine Evidenz für einen Schwellenwert, bestätigen aber, dass die Wahrscheinlichkeit einer Ablehnung einer Gesundheitsleistung mit steigenden Kosten pro QALY zunimmt.³³

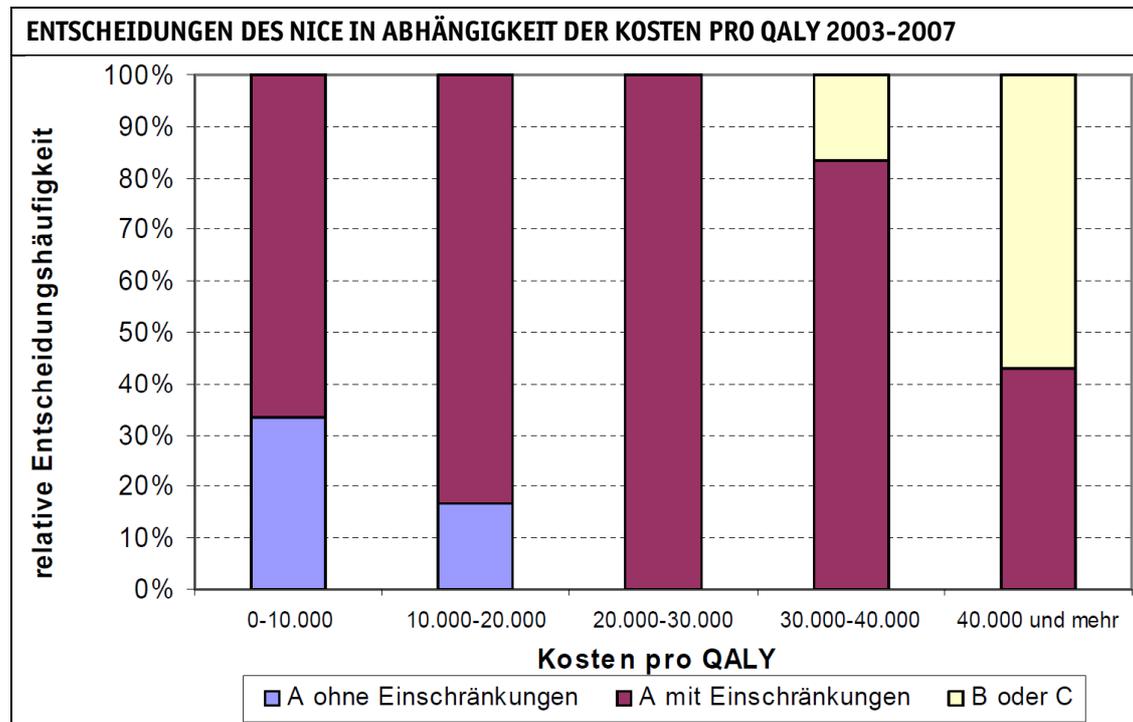
³⁰ NHS/NICE 2008.

³¹ ICER = Incremental cost-effectiveness ratio.

³² Schöffski/Schuhmann 2008: 147.

³³ Rothgang 2007.

Die folgende Figur veranschaulicht den Anteil der uneingeschränkten und eingeschränkten Empfehlungen von NICE.



Figur 2 Quelle: Rothgang 2007, A=recommended, B=recommended only for clinical studies, C=not recommended.

Die Fundierung des Schwellenwertes ist unklar. Es ist nicht bekannt, auf welcher Grundlage (Datenbasis) der eigentliche Schwellenwert festgelegt wurde. „The threshold is not based on empirical research and is not directly related to the NHS budget.“³⁴ NICE wurde deshalb 2009 empfohlen, Methoden zur Festlegung eines NICE-Schwellenwertes zu prüfen.

Aus den Empfehlungen von NICE wird ersichtlich, dass Kosten-Wirksamkeit nicht das allein ausschlaggebende Kriterium ist. Weitere Kriterien sind:³⁵

- › Unsicherheit im Sinne von „Im Zweifel für den Angeklagten“,
- › Verfügbarkeit alternativer Therapien, insbesondere bei Behandlungen gegen seltene Krankheiten,
- › Gesundheitlicher Ausgangszustand: Zum Beispiel erlauben „End-of-life-treatment“-Richtlinien NICE höhere Schwellenwerte. Dafür müssen die Patienten eine Lebenserwartung von unter zwei Jahren besitzen. Für die Medikation muss eine Überlebensverlängerung um mindestens

³⁴ Littlejohns/Garner 2009:9.

³⁵ Rothgang 2007.

drei Monate nachgewiesen sein, ohne dass eine alternative Therapie mit den gleichen Erfolgsaussichten besteht.

- › Krankheitslast, welche sich an der Grösse der Gruppe bzw. an der Zahl der potenziellen Nutzniesser misst.

Erfahrungen

Die Erfahrungen mit den Schwellenwerten lassen sich wie folgt zusammenfassen:³⁶

- › Dadurch, dass nicht alle Massnahmen bewertet werden, die Budgets der PCT aber beschränkt sind, müssen Leistungen gekürzt werden, die von NICE nicht empfohlen werden, die aber womöglich kosteneffizienter wären.
- › Aufgrund der beschränkten Budgets werden nicht alle positiven Empfehlungen umgesetzt.
- › Kosteneffektivität als alleiniges Kriterium kann zu gesellschaftlich nicht akzeptierten Ergebnissen führen. Die Folge ist, dass weitere Kriterien einbezogen werden. Dadurch wird aber der eigentliche Bewertungsmechanismus geschwächt. Je mehr Kriterien berücksichtigt werden, desto eher werden eigentlich nicht kosteneffektive Massnahmen in den Leistungskatalog aufgenommen.
- › Um NICE grössere Flexibilität zu ermöglichen, erlauben „End-of-life-treatment“-Richtlinien NICE höhere Schwellenwerte.³⁷ Dafür müssen die Patienten eine Lebenserwartung von unter zwei Jahren besitzen. Für die Medikation muss eine Überlebensverlängerung um mindestens drei Monate nachgewiesen sein, ohne dass eine alternative Therapie mit den gleichen Erfolgsaussichten besteht.

³⁶ Rothgang 2007.

³⁷ Dr. Alexander Kretzschmar in Int Welt Onkologie 1/2009.

Zusammenfassung

Die folgende Tabelle fasst die wichtigsten Elemente zusammen:

GROSSBRITANNIEN	
Hintergrund	Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung zwischen lokalen Versorgungseinheiten infolge knapper Budgets
Entscheidungsfindungsprozess	Technologiebewertungsprozess mit Ziel Leistungen zu definieren, die von NHS erbracht werden müssen Trennung von Prüfung (Assessment) und Bewertung (Appraisal), breiter Einbezug von Stakeholdern in Appraisal Group (Wissenschaftler, NHS, Industrie etc.) Etablierte Priorisierungskriterien: Evidenzbasierte Wirksamkeit, Kosten-Nutzen-Verhältnis und weitere Kriterien
Schwellenwert	Für die Beurteilung der Kosten-Wirksamkeit von Interventionen im NHS im Rahmen des Technologiebewertungsprozesses Ansatz: Mischform: mit Wert- bzw. mit Budgetbeschränkung Höhe: Bandbreite von £20 000 bis £30 000 pro gewonnenem QALY Fundierung: unklar, Faustregel Typ: weicher Schwellenwert, da Bandbreitenmodell
Erfahrungen	Umsetzung der Empfehlungen aufgrund der knappen Budgets schwierig Einbezug weiterer Kriterien schwächen Entscheidungsprozess Inkonsistenzen, weil nicht alle Massnahmen betrachtet

Tabelle 6

5.2.4. NEUSEELAND

Hintergrund

In Neuseeland reichen die Anfänge der Priorisierungsdebatte bis in die frühen 90er-Jahre zurück. Eine treibende Rolle spielten Fälle von Leistungsverweigerungen sowie die Benachteiligung von Bevölkerungsgruppen (Maori). 1993 wurde deshalb ein nationales Beratungskomitee (National Advisory Committee on Core Health and Disability Support Services) geschaffen (und 1996 in National Health Committee (NHC) umbenannt), welches die solidarisch finanzierten Grundversorgungsleistungen festlegen sollte.³⁸

Entscheidungsfindungsprozess: Priorisierungssystem/-kriterien, Zuständigkeiten

Das Komitee definierte verschiedene Auswahlkriterien für die zu erstattenden Leistungen: Effektivität, Effizienz, Gleichheit, Akzeptanz. Die Bevölkerung wurde über sogenannte Einigkeitskonferenzen (Consensus Conferences) beigezogen. Die Grundversorgungsleistungen werden jährlich auf neue Informationen und Entwicklungen hin überprüft.

³⁸ Sabik/Lie 2008.

Wenn es konkret darum geht, festzulegen, welche Medikamente über öffentliche Mittel finanziert werden, ist die PHARMAC zuständig. Sie fällt ihre Entscheidungen auf Basis von ökonomischen Analysen und ICER-Berechnungen.

Schwellenwertansatz, Fundierung und Umsetzung

In den Vorschriften über pharmaökonomische Analysen hält die PHARMAC fest, dass sie keinen expliziten Schwellenwert festgelegt hat, um nicht kosteneffektive Arzneimittel auszuschließen.³⁹ Die PHARMAC begründet diesen Entscheid damit, dass Kosten-Wirksamkeit eines unter mehreren Kriterien sei, und kosteneffektive Medikamente bei anderen Faktoren weniger überzeugen könnten.

Studien legen die Evidenz für einen impliziten Schwellenwert nahe. Von offizieller Seite wird die Anwendung expliziter Schwellenwerte verneint. Eine Untersuchung der Entscheidungen von PHARMAC deuten darauf hin, dass ein impliziter Schwellenwert von 20'000 NZ\$ pro QALY angewendet wird.

Zusammenfassung

Die folgende Tabelle fasst die wichtigsten Elemente zusammen:

NEUSEELAND	
Hintergrund	Benachteiligung von gesellschaftlichen Gruppen, Fälle von Leistungsverweigerung
Entscheidungsfindungsprozess	National Advisory Committee on Core Health and Disability Support Services evaluiert medizinische Leistungen und gibt jährlich Empfehlungen über die zu erstattenden Grundleistungen ab. Priorisierungskriterien: Kosten-Wirksamkeit, Effizienz, Gleichheit, Akzeptanz in der Bevölkerung Einbezug von Stakeholdern: Werte und Meinungen der Bevölkerung werden im Rahmen von Veranstaltungen für die Öffentlichkeit eingeholt
Schwellenwert	Keine expliziten Schwellenwerte, Evidenz für implizite Schwellenwerte Ansatz: Schwellenwert mit Wertbeschränkung Höhe: 20'000 NZ\$ pro QALY Fundierung: unklar

Tabelle 7

³⁹ Cleemput et al. 2008:47.

5.2.5. KANADA

Hintergrund

In Kanada werden seit 1996 für neue ambulante medikamentöse Behandlungen Angaben zur Kosten-Wirksamkeit verlangt. Seit 2002 besteht ein einheitlicher Review-Prozess für Arzneimittel (Common Drug Review (CDR) Process).

Entscheidungsfindungsprozess: Priorisierungssystem/-kriterien, Zuständigkeiten

Zuständig für den Review und die Bereitstellung von Informationen für den Review-Prozess ist die Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Basierend auf den Reviews gibt das Canadian Expert Drug Advisory Committee (CEDAC) Empfehlungen für Listenentscheidungen an die Provinzen ab. Das CEDAC besteht aus Medizinern, Pharmakologen, Gesundheitsökonomern und Vertretern der Bevölkerung.

Schwellenwertansatz, Fundierung und Umsetzung

Es gibt keine expliziten Schwellenwerte. Auch die Evidenz bez. eines impliziten Schwellenwertes in Form eines Bandbreitenmodells ist geteilt. Studien aus dem Jahre 1992 legen nahe, dass neue Arzneimittel mit einem ICER unter 20'000 CAN\$ pro gewonnenem Lebensjahr angenommen werden.⁴⁰ Solche mit ICER zwischen 20'000 CAN\$ und 100'000 CAN\$ pro gewonnenem Lebensjahr weisen eine mittlere Akzeptanz auf und solche mit einem ICER über 100'000 CAN\$ werden nicht akzeptiert. Die Autoren räumen ein, dass die Schwellenwerte arbiträr sind. Sie beziehen sich dabei auf Schwellenwerte früherer Studien.⁴¹ Deren Herleitung ist allerdings unklar.

Eine weitere Studie zur Rolle ökonomischer Evaluationen und der Anwendung impliziter Schwellenwerte in Kanada zeigt demgegenüber auf, dass sich die Bandbreite der Schwellenwerte von Arzneimitteln, die zur Annahme empfohlen werden, mit den Schwellenwerten von Arzneimitteln überlappen, die abgelehnt wurden. Die Autoren schliessen daraus, dass implizite Schwellenwerte nicht als fixe Grenzwerte eingesetzt werden. Sie erklären diesen Widerspruch damit, dass sie davon ausgehen, dass neben dem Schwellenwert noch weitere Faktoren massgebend sein dürften.

Eine Studie, welche den Einsatz von ICER-Schwellenwerten untersucht, hält schliesslich fest, dass sich bei der CADTH keine Angaben dazu finden, dass ICER in die Entscheidungsfin-

⁴⁰ Laupacis et al. 1992.

⁴¹ Kaplan/Bush 1982.

dung einfließen.⁴² Auch finden sich keine Anhaltspunkte, dass diese Schwellenwerte von offizieller Seite akzeptiert worden wären.

Zusammenfassung

Die folgende Tabelle fasst die wichtigsten Elemente zusammen:

KANADA	
Hintergrund	Unklar
Entscheidungsfindungsprozess	Trennung zwischen Bewertung (CADTH/CEDAC) und Entscheidung (Provinzen)
Schwellenwert	Kein expliziter Schwellenwert, kontroverse Evidenz bezüglich impliziter Schwellenwerte Ansatz: Schwellenwert mit Wertbeschränkung Höhe: (implizit) Bandbreitenmodell: 20'000 bis 1000'000 CAN\$ Fundierung: unklar

Tabelle 8

5.2.6. NORWEGEN

Hintergrund

Norwegen spielte eine Vorreiterrolle in der Diskussion um die Rationierung von Gesundheitsleistungen. Bereits 1987 beschloss das norwegische Parlament, dass bestimmte medizinische Massnahmen priorisiert werden müssen. Das Gesundheitswesen in Norwegen ist als nationaler Gesundheitsdienst organisiert. Es wird hauptsächlich über Einkommenssteuern finanziert, entsprechend sind die Gesundheitsausgaben durch die Steuereinnahmen begrenzt.

Entscheidungsfindungsprozess: Priorisierungssystem/-kriterien, Zuständigkeiten

Erste Priorisierungen wurden von den zwei parlamentarischen Kommissionen Lønning Committee I/1987 und II/1997 vorgenommen. Die erste Kommission priorisierte ausschliesslich nach der Schwere der Krankheit.⁴³ Daraus ergaben sich fünf Prioritätengruppen (von „lebensrettende Massnahmen“ bis „Behandlungen ohne nachweisbaren Effekt“). Die zweite Kommission entschied, zusätzlich Wirksamkeit und Kosten-Wirksamkeit zu berücksichtigen und definierte noch vier Prioritätenkategorien (Core or Fundamental Services, Supplementary Services, Low Priority Services, Services with no Priority). Massgebend für die Zuordnung zur ersten Gruppe waren ein hohes Todesfallrisiko, grosse Überlebenschancen und ein angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis. Die zweite Kommission fokussierte vor allem auf den Prozess der Prioritäten-

⁴² Cleemput et al. 2008:45.

⁴³ <http://www.equityhealthj.com/content/7/1/4>.

setzung und orientierte sich dabei am Modell der „Responsability for Reasonableness“. Eine ihrer Empfehlung war, die Kriterien von Expertengruppen aus verschiedenen klinischen Bereichen erarbeiten zu lassen.⁴⁴

Seit 2004 erfolgt die Prioritätensetzung durch den Norwegian Council for Quality Improvement and Priority Setting in Health Care. Er setzt sich aus Vertretern der Gesundheitsbehörde, Leistungserbringern, Universitäten, Patienten, Gesundheitsorganisationen und Allgemeinpraktikern zusammen. Sie fällen ihre Entscheidungen basierend auf bestmöglich verfügbarer Evidenz, hauptsächlich HTA⁴⁵-Berichten. Kriterien für die Prioritätenfestsetzung sind: Schwere der Krankheit, Wirksamkeit der Behandlung, Kosten-Wirksamkeit der Behandlung.

Schwellenwertansatz, Fundierung und Umsetzung

Es bestehen keine expliziten Schwellenwerte. Es existieren zwar Richtlinien für pharmaökonomische Analysen, die im Zusammenhang mit dem Antrag auf Rückerstattung verlangt werden.⁴⁶ Diese werden von der Norwegian Medicines Agency veröffentlicht. In den Richtlinien finden sich jedoch keine Angaben dazu, ab welchem Wert Massnahmen als kosteneffektiv eingestuft werden.

Erfahrungen

Das Ergebnis der Priorisierungsarbeiten sind – ähnlich wie in Schweden – Rahmenprinzipien.

Zusammenfassung

Die folgende Tabelle fasst die wichtigsten Elemente zusammen:

NORWEGEN	
Hintergrund	Pro-aktiver Umgang mit zukünftigen Herausforderungen durch zusätzlich zur Verfügung stehende Mittel und Möglichkeiten
Entscheidungsfindungsprozess	Priorisierungskriterien: Schwere der Krankheit, Wirksamkeit der Behandlung, Kosten-Wirksamkeit der Behandlung. Einbezug von Stakeholdern: Aus Betroffenen zusammengesetzter Rat, basierend auf HTA
Schwellenwert	Keine expliziten Schwellenwerte, sondern Rahmenprinzipien

Tabelle 9

⁴⁴ Sabik, Lie 2008.

⁴⁵ HTA=Health Technology Assessments (siehe Fussnote 27).

⁴⁶ Cleemput et al. 2008.

5.2.7. SCHWEDEN

Hintergrund

Anfang der 90er-Jahre begann in Schweden eine Diskussion um die Priorisierung von Gesundheitsleistungen. Ausgelöst wurde die Diskussion durch die wachsenden Bedürfnisse der Bevölkerung nach Gesundheitsleistungen und dem medizinisch-technischen Fortschritt auf der einen Seite und den begrenzten Ressourcen auf der Seite der öffentlichen Hand. Es wurde erkannt, dass Leistungsbegrenzungen aufgrund der zunehmenden Diskrepanz zwischen medizinisch Machbarem und solidarisch Finanzierbarem unausweichlich seien und nach explizit festgelegten Verfahren und Kriterien durchgeführt werden sollten.⁴⁷ Durch die Priorisierung erhoffte man sich aus Sicht Medizin, dass lebensbedrohliche Krankheiten wie Krebs vermehrt öffentlich finanzierte Mittel erhalten würden.

Entscheidungsfindungsprozess: Priorisierungssystem/-kriterien, Zuständigkeiten

Für die Priorisierung von Gesundheitsleistungen wurde eine parlamentarische Priorisierungskommission geschaffen, die sich aus Vertretern der politischen Parteien und Experten mit lediglich beratender Funktion zusammensetzte. Die Kommission formulierte für die Priorisierung drei Grundprinzipien (in dieser Rangfolge):⁴⁸

- › Menschenwürde: Alle Menschen sind gleich in ihrer Würde, ungeachtet ihrer persönlichen Merkmale und Funktion in der Gesellschaft.
- › Bedürftigkeit und Solidarität: Ressourcen sollen der Person oder Massnahme zukommen, die sie am dringendsten braucht oder die am dringendsten gebraucht wird.
- › Kosteneffektivität: Wenn zwischen verschiedenen Massnahmen gewählt werden kann, dann sollte eine vernünftige Relation zwischen Kosten und Effekt (Nutzen) gewählt werden. Gemessen wird diese Relation durch verbesserte Gesundheit und Lebensqualität. Die Kommission, welche die Prinzipien festlegte, empfahl, dieses Kriterium nicht stur einzusetzen, sondern ein angemessenes Verhältnis für Kosten und Wirkungen zu finden.⁴⁹ Kritisiert wurde aber, dass die Kommission den Bedarf in lexikalischer Ordnung über die Kosten-Wirksamkeit stellte. Dies hat zur Folge, dass der Bedarf bestimmt, wer behandelt werden soll, wenn nicht alle behandelt werden können. Der Bedarf seinerseits ergibt sich aus der Schwere der Krankheit oder Verletzung.

⁴⁷ Zentrale Ethikkommission 2007.

⁴⁸ Staber/Rothgang 2010.

⁴⁹ Nordenfelt/Liss 2003/174.

Die drei ethischen Grundprinzipien wurden sodann in einer Priorisierungsordnung konkretisiert. Diese Ordnung umfasst vier Gruppen:⁵⁰ Die Versorgung der ersten Gruppe (u.a. Versorgung lebensbedrohlicher akuter Krankheiten, schwere chronische Krankheiten) hat dabei die höchste Priorität. Die zweite und dritte Priorisierungsgruppe (Prävention, Rehabilitation, weniger schwere akute und chronische Krankheiten) sollen in abnehmender Reihenfolge öffentlich finanzierte Mittel erhalten. Für die vierte Priorisierungsgruppe (Versorgung aus anderen Gründen als Krankheit) stehen in der Regel keine öffentlichen Gelder zur Verfügung. Die Betroffenen müssen für ihre Leistungen selbst bezahlen.

Umgesetzt wurden die Priorisierungsentscheide in Form von nationalen Leitlinien für wichtige Krankheiten und deren Behandlungen, z.B. für kardiologische Interventionen.⁵¹ Die Interventionen werden darin in Priorisierungskategorien von 1 (sehr wichtig und gut begründet) bis 10 (kaum wichtig und weniger gut begründet) eingeteilt. Massnahmen in den wichtigsten Kategorien bedürfen keiner weiteren Rechtfertigung. Je weniger wichtig eine Intervention beurteilt wird, desto besser muss begründet werden, warum sie vom nationalen Gesundheitsdienst getragen werden soll.⁵²

Da die Grundprinzipien relativ abstrakt sind, wurden als Unterstützung für Priorisierungen auf der Einzelfallebene – bei Entscheiden über eine Behandlung oder einen Platz auf einer Warteliste – konkrete Fragelisten und Punktesysteme entwickelt.⁵³ Diese berücksichtigen u.a. die Möglichkeit einer Verbesserung der Lebensqualität durch die Behandlung, die Chancen für eine Lebenszeitverlängerung und das Risiko für Komplikationen infolge der Behandlung.

Schwellenwertansatz, Fundierung und Umsetzung

In der Literatur finden sich keine Hinweise auf explizite Schwellenwerte, welche in Schweden zur Beurteilung der Kosten-Wirksamkeit eingesetzt würden.

Erfahrungen

Die Erfahrung zeigt, dass die nationalen Leitlinien bisher nicht zur Rationierung verwendet wurden.⁵⁴ Nicht finanziert wurden bislang nur Massnahmen ohne hinreichend belegten Nutzen. Staber/Rothgang sehen die Leitlinien deshalb nicht als Mittel zur Rationierung, sondern zur Rationalisierung.

⁵⁰ Preusker 2007.

⁵¹ Staber/Rothgang 2010.

⁵² Preusker (2007:934) erwähnt ausserdem die Provinz Östergötland, welche 2004 eine Priorisierungsliste einführte (sogenannte Stoppliste). Die Liste enthält eine Reihe von Erkrankungen, deren Behandlung nicht mehr aus öffentlichen Mitteln, sondern neu von den Patienten bezahlt werden musste.

⁵³ Preusker 2007:936.

⁵⁴ Staber/Rothgang 2010:20.

Die Ergebnisse der Priorisierung zeigen sich vielmehr in Handlungsanweisungen, wie und auf welcher Ebene die Verteilung der Ressourcen erfolgen soll.⁵⁵ Mit den Leitlinien nicht gelöst wurde die Frage, wie horizontal – d.h. zwischen Versorgungsbereichen wie Kardiologie und Gynäkologie – priorisiert werden soll.

Zusammenfassung

Die folgende Tabelle fasst die wichtigsten Elemente zusammen:

SCHWEDEN	
Hintergrund	Einerseits unbeschränkte gesundheitliche Bedürfnisse, medizinisch technischer Fortschritt und andererseits begrenzte Ressourcen
Entscheidungsfindungsprozess	Parlamentarische Priorisierungskommission Rangfolge der Priorisierungskriterien: Kosteneffizienz, Menschenwürde, Bedürftigkeit und Solidarität Leitlinien, welche die Interventionen in Priorisierungskategorien einteilt
Schwellenwert	Keine expliziten Schwellenwerte
Erfahrungen	Leitlinien bisher nicht als Rationierungsinstrument eingesetzt

Tabelle 10

5.2.8. DEUTSCHLAND

Hintergrund

In Deutschland hatte die Kosten-Nutzenbewertung ihren Ursprung in den steigenden Gesundheitskosten. Die Ausgaben für das Gesundheitswesen, die Höhe der Krankenkassenbeiträge und die Preise von Arzneimitteln haben über Jahre hinweg zu kontroversen Diskussionen geführt.⁵⁶ Wirtschaftlichkeitsüberlegungen rückten in diesen Diskussionen immer stärker in den Vordergrund. Es fehlte jedoch eine anerkannte Methode, mit dem die Kosten und Nutzen von Behandlungen bewertet werden konnte. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom April 2007 wurden die Rahmenbedingungen geschaffen für Kosten-Nutzenbewertungen bei Arzneimitteln und anderen medizinischen Leistungen. Die Bewertung sollte vor allem dazu dienen, für Arzneimittel einen Höchstbetrag zu finden. Zu diesem Zweck hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) die Methode der Effizienzgrenze entwickelt, mit der Kosten-Nutzen-Verhältnisse von Therapien verglichen werden können.

⁵⁵ Preusker2004.

⁵⁶ IQWiG 2009a.

Entscheidungsfindungsprozess: Priorisierungssystem/-kriterien, Zuständigkeiten

In Deutschland bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Umfang der Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Der G-BA setzt sich zusammen aus Vertretern des Spitzenverbandes der GKV, von niedergelassenen Ärzten, von Kliniken und von Patienten⁵⁷. Der G-BA ist zuständig für die Vergabe von Kosten-Nutzen-Bewertungen. Einziger Auftragnehmer ist das IQWiG. Dieses erstellt Empfehlungen. Die Entscheidung, ob die Leistung vom solidarisch finanzierten Gesundheitssystem übernommen wird, liegt jedoch beim G-BA. Das IQWiG hält in seinem Methodenbeschrieb fest, dass in Kosten-Nutzenbewertungen auch Werturteile einfließen müssen, die nicht vom Institut, sondern von der Gesellschaft gefällt werden müssen. Das IQWiG selber führt im Rahmen von Kosten-Nutzen-Bewertungen Anhörungen interessierter Personen und Institutionen durch.

Konkret sieht die Methode des IQWiG vor, dass nur für medizinische Leistungen und Arzneimittel, die nachweisbar einen zusätzlichen Nutzen generieren, eine Kosten-Nutzen-Bewertung durchgeführt wird. Zu diesem Zweck setzt das IQWiG die Methode der „Analyse der Effizienzgrenze“ ein. Daraus leitet das IQWiG Empfehlungen für einen Höchstbetrag ab. Die endgültige Entscheidung trifft dann der GVK-Spitzenverband. Diesem obliegt es auch, weitere ökonomische und medizinische Aspekte, z.B. F&E-Kosten der Hersteller, einzubeziehen.

Schwellenwertansatz, Fundierung und Umsetzung

Die vom IQWiG vorgeschlagene Methode zeigt auf, wie für medizinische Leistungen und Arzneimittel, die einen zusätzlichen Nutzen bringen, ein angemessener Preis gefunden werden kann. Ziel der Bewertungen ist eine weiche Rationierung, d.h. es soll ein Höchstpreis (siehe unten) bestimmt werden, der von der solidarisch finanzierten Grundversicherung übernommen wird. Die Bewertungen dienen der Kostenkontrolle in der Grundversicherung.

Der Höchstpreis wird mittels einer Effizienzgrenze bestimmt, welche implizit die Zahlungsbereitschaft der Entscheidungsträger widerspiegelt.⁵⁸ In Bezug auf die Schwellenwertansätze (siehe Kapitel 3) lässt sich die Methode des IQWiG dem Schwellenwertansatz mit Wertbeschränkung basierend auf dem Zahlungsbereitschaftsansatz zuordnen.

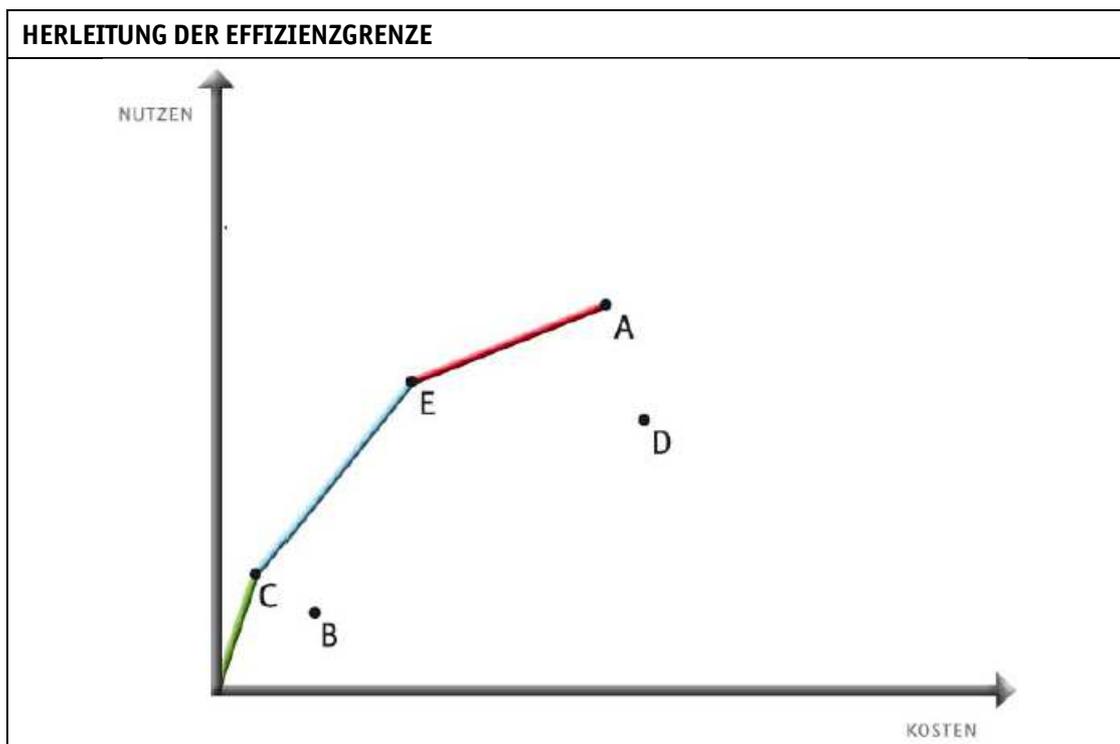
Das Verfahren der „Analyse der Effizienzgrenze“ vergleicht die Kosten und Nutzen alternativer Leistungen, indem es grafisch dargestellt aus der Effizienz der Leistungen in absteigender Reihenfolge eine Grenze bildet. Die Herleitung der Effizienzgrenze lässt sich anhand der folgenden Figur illustrieren:⁵⁹ Vom Ursprung aus führt die steilste Verbindung zu Therapie C. Von C aus

⁵⁷ Ohne Stimmrecht.

⁵⁸ IQWiG 2009c:60.

⁵⁹ IQWiG 2009a:12.

führt die steilste Verbindung zu E etc. Der Gesamtweg vom Ursprungspunkt zu A wird als Effizienzgrenze bezeichnet. Die Punkte auf der Effizienzgrenze zeigen die Kosten, zu denen ein gegebenes Nutzenniveau erreicht werden kann. Alle Interventionen oberhalb dieser Linie sind effizienter, alle unterhalb dieser Linie sind weniger effizient als die „besten“ verfügbaren Therapien auf der Grenze.



Figur 3 Quelle: IQWiG 2009a. A-E: Therapien. Verbindung Ursprung-C-E-A bildet Effizienzgrenze.

Anhand dieser Effizienzgrenze lassen sich neue Leistungen beurteilen: Liegt eine neue Therapie unterhalb der Effizienzgrenze oder ihrer Verlängerung, weisen bei gegebenen Kosten einen niedrigeren Nutzen auf, sodass ihr Preis als nicht angemessen angesehen werden kann. Interventionen, die oberhalb der Effizienzgrenze (oder ihrer Verlängerung) liegen, weisen einen höheren Nutzen zu gegebenen Kosten auf als die bestehenden Therapien und sollten somit zum angegebenen Preis erstattet werden.

Gemäss IQWiG ist die Steigung des letzten Segments der Technologie auf der Effizienzgrenze implizit als Zahlungsbereitschaft der Entscheidungsträger zu verstehen. Die Zahlungsbereitschaft für die neue Leistung wird damit von den Kostenverhältnissen der medizinisch unterlegenen Therapieoptionen bestimmt. Damit ergibt sich für jede Technologie ein eigener Schwellenwert. Das IQWiG betont, dass ein einziger indikationsübergreifender Schwellenwert eine Priorisierung voraussetzen würde, für die es sich nicht zuständig fühlt. Das IQWiG weist ausserdem auf

eine Klarstellung des Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hin: „Der Ansatz, Arzneimittel mit Kosten oberhalb eines festgesetzten, einheitlichen Schwellenwerts von der Leistungspflicht auszuschließen, ist mit der gesetzlichen Regelung in Deutschland unvereinbar.“

Erfahrungen

2011 hat der deutsche Ethikrat eine Stellungnahme zur Bewertung von Kosten und Nutzen im Gesundheitswesen veröffentlicht. Darin hält er fest, dass Kosten-Wirksamkeitsberechnungen nach einem Effizienzgrenzenkonzept nicht ethisch neutral als Massstab der Angemessenheit von Erstattungsentscheidungen für Innovationen dienen können. Das IQWiG habe diese Methode jedoch bislang nicht praktiziert. Die aktuellen Vorgaben zur Kosten-Nutzen-Bewertung in Deutschland hätten zurzeit wegen des formell unveränderten Anspruchs der Versicherten auf Versorgung mit allem medizinisch Notwendigen im Wesentlichen keine schädlichen Auswirkungen. Die Vorgaben dienen derzeit nicht als Instrument zur Verteilung knapper Ressourcen, sondern zur Preisfestsetzung. Die in Zukunft zu erwartende Notwendigkeit von Rationierungsentscheidungen werde den Gesetzgeber aber zwingen zu klären, in welchem Umfang Leistungsansprüche von einer Kosten-Nutzen-Bewertung beeinflusst werden dürften.

Zusammenfassung

Die folgende Tabelle fasst die wichtigsten Elemente zusammen:

DEUTSCHLAND	
Hintergrund	Kostenkontrolle
Entscheidungsfindungsprozess	Trennung von Bewertung und Entscheidung, Bewertung durch das IQWiG, Entscheidung durch G-BA/Spitzenverband GVK
Schwellenwert	Effizienzgrenze Höhe: abhängig von Effizienzgrenze Ansatz: Schwellenwert mit Wertbeschränkung Fundierung: Zahlungsbereitschaft
Erfahrungen	Kosten-Nutzen-Bewertungen werden als Instrument zur Preisfestsetzung, nicht zur Rationierung gesehen

Tabelle 11

5.2.9. FRANKREICH

Hintergrund

Seit Beginn des Jahres 2005 besteht in Frankreich die Haute Autorité de Santé (HAS). Sie ist eine unabhängige wissenschaftliche öffentliche Institution. Ihre übergeordneten Ziele sind der Ausbau der Qualität der Gesundheitsversorgung zu Gunsten der Patienten und die Beibehaltung

eines solidarischen und gerechten Gesundheitswesens. Im Jahr 2008 wird die HAS explizit damit beauftragt, neben der medizinischen auch die ökonomische Effizienz in ihren Analysen zu berücksichtigen. Zu diesem Zweck hat die HAS ein neues Departement, die Commission Evaluation Economique et Santé Publique (CEESP) gebildet.⁶⁰

Das Gesetz über die Soziale Sicherheit hält ausserdem fest, dass Medikamente nicht in die Liste aufgenommen werden sollen, die ihre Ausgaben für die Krankenversicherung nicht rechtfertigen. Sei es, weil die Effizienz nicht nachgewiesen werden kann oder weil sie nur einen geringfügigen Beitrag zur bestehenden therapeutischen Strategie leisten oder weil sie keine schwere Krankheit behandeln.⁶¹

Entscheidungsfindungsprozess: Priorisierungssystem/-kriterien, Zuständigkeiten

Eine Beurteilung durch das HAS ist zwingend, bevor eine neue Gesundheitstechnologie auf den Listen der von den Krankenversicherungen übernommenen Leistungen⁶² aufgeführt wird. Der Entscheid selbst erfolgt durch das Ministerium für Gesundheit und den Verband der Krankenversicherungen. Zudem werden alle auf den Listen aufgeführten Leistungen nach fünf Jahren erneut überprüft. Während die HAS hauptsächlich die medizinischen Aspekte beurteilt, wird das CEESP insbesondere für die Betrachtung ökonomischer Aspekte bei der erneuten Prüfung hinzugezogen.

Das CEESP setzt sich aus 26 Mitgliedern aus verschiedenen Fachbereichen zusammen: Ökonomie (8 Mitglieder), öffentliche Gesundheit (6), Methodik, Klinik (4), Patientenorganisationen (2), Pharmazie, Recht, Psychiatrie, Soziologie, Philosophie, Verwaltung (je ein Mitglied). Das HAS hat drei Interventionsebenen definiert, mit der das CEESP die ökonomische Evaluation von Gesundheitsstrategien vornehmen soll:⁶³

- › Erste Ebene: Sind zwei Produkte in ihrer medizinischen Effizienz und ihrer Verträglichkeit identisch, wird das günstigere Produkt empfohlen.
- › Zweite Ebene: Unterscheidet sich die medizinische Effizienz oder die Toleranz zweier Produkte mit derselben Anwendung, werden ihre Nutzen und ihre Kosten abgewogen.
- › Dritte Ebene: Umfassende Beurteilung des gesellschaftlichen Werts einer Strategie, eines Produkts oder einer Technologie.

⁶⁰ HAS 2011, Rochaix und Xerri, Sorenson und Drummond 2008.

⁶¹ Pouvourville 2010.

⁶² Es handelt sich dabei um insgesamt drei Listen: Für Medikamente die *Liste de Spécialités Pharmaceutiques Remboursables aux Assurés Sociaux* (LSPRAS), für medizinische Instrumente und dazugehörige Dienstleistungen die *Liste des Produits et Prestations Remboursables* (LPP) und für medizinische Verfahren die *Classification Commune des Actes Médicaux* (CCAM).

⁶³ HAS 2008, Pouvourville 2010, Rochaix und Xerri 2009.

Neben der medizinisch-ökonomischen Beratung des HAS, hat die CEESP den Auftrag, die Qualität von getroffenen Massnahmen zu beurteilen und methodologische Arbeiten zur Erfüllung des Auftrags des HAS zu leisten. Das CEESP hat eine beratende Funktion innerhalb des HAS, das wiederum die Entscheidungsträger, das Ministerium für Gesundheit oder der Verband Krankenversicherungen, informiert und berät. Die Wichtigkeit des HAS zeigt sich darin, dass seine Gutachten über die Aufnahme einer Gesundheitstechnologie auf die Listen der von den Krankenversicherungen übernommenen Leistungen bisher fast ausnahmslos übernommen wurden.⁶⁴

Schwellenwertansatz, Fundierung und Umsetzung

In Frankreich wird die ökonomische Analyse medizinischer Strategien, Produkte und Technologien hauptsächlich zur Beurteilung ihrer relativen Effizienz verwendet. Dieses Vorgehen hat Ähnlichkeiten zu Deutschlands IQWiG-Ansatz.⁶⁵ Weder in den Dokumenten des HAS noch in den verschiedenen konsultierten wissenschaftlichen Artikel zu medizinisch-ökonomischen Analysen in Frankreich finden sich Hinweise auf explizite oder implizite Schwellenwerte.⁶⁶ Die ökonomische Analyse neuer Gesundheitstechnologien hat aber zur Folge, dass tendenziell kostengünstigere Technologien unter Berücksichtigung ihrer Effizienz in die Listen der von den Krankenversicherungen übernommenen Leistungen aufgenommen werden.

Zusammenfassung

Die folgende Tabelle fasst die wichtigsten Elemente zusammen:

FRANKREICH	
Hintergrund	Sicherstellung eines solidarischen und gerechten Gesundheitswesens
Entscheidungsfindungsprozess	Beurteilung von neuen Technologien durch das Haute Autorité de Santé (HAS) unter Mitarbeit der breit abgestützte Commission Evaluation Economique et Santé Publique (CEESP). Entscheid durch das Ministerium und Verband der Krankenversicherungen
Schwellenwert	Keine Schwellenwerte

Tabelle 12

5.3. RESSOURCENALLOKATION IM SCHWEIZERISCHEN GESUNDHEITSWESEN

In der Schweiz werden in der Gesundheitspolitik keine expliziten Schwellenwerte angewandt. Um einen Vergleich mit dem Ausland ziehen zu können, wird aber trotzdem in den folgenden

⁶⁴ Rochaix und Xerri 2009.

⁶⁵ Pouvourville 2010.

⁶⁶ HAS 2008, 2011, Anell 2004, Pouvourville 2010, Sorenson 2010, Rochaix und Xerri 2009, Sorenson und Drummond 2008.

Abschnitten der Ressourcenallokationsprozess dargestellt. Der unverbindliche Entscheidungsfindungsprozess des Swiss Medical Boards wird als ergänzendes Beispiel aufgeführt.⁶⁷

5.3.1. ENTSCHEIDUNGSFINDUNG AUFGRUND DER WZW-KRITERIEN

Hintergrund

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung bezweckt den solidarisch finanzierten Zugang zu einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung für die ganze Bevölkerung zu möglichst günstigen Kosten. Damit der Zugang und die Kostenentwicklung vereinbar bleiben, schreibt das Krankenversicherungsgesetz (KVG) in Art. 32 KVG vor, dass die medizinischen Leistungen „wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich“ (WZW) sein müssen. Diese WZW-Kriterien sind massgebend dafür, ob eine Leistung oder ein Medikament durch die Grundversicherung vergütet wird.⁶⁸ Ziel der WZW-Kriterien ist anders als z.B. in Oregon nicht eine Rationierung infolge knappe Budgetressourcen. Vielmehr sollen die WZW-Kriterien dazu dienen, die Kosteneffizienz sicher zu stellen bzw. nicht zweckmässige Leistungen zu vermeiden. In der Schweiz existiert heute in Teilbereichen eine explizite Rationierung in Form von Negativ- bzw. Positivlisten: der Leistungskatalog der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) entspricht einer Negativliste, die Analysenliste, die Mittel- und Gegenständeliste sowie die Spezialitätenliste sind Positiv-Listen.⁶⁹

Entscheidungsfindungsprozess: Priorisierungssystem/-kriterien, Zuständigkeiten

Die Ressourcenallokation richtet sich wie erwähnt nach den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW). Der Entscheid, dass die Leistung bzw. das Medikament von der Grundversicherung übernommen wird, liegt für medizinische Leistungen beim EDI, für Medikamente beim BAG. Gemäss Art. 34 KLV hat das BAG die zuständigen Kommissionen anzuhören.⁷⁰

⁶⁷ Ein weiteres Beispiel für unverbindliche Schwellenwerte sind die Schwellenwerte der Schweiz. Gesellschaft für Medizinische Onkologie SGM0 (siehe Nadig et al. 2011).

⁶⁸ Im Gegensatz zu den nichtärztlichen Leistungen muss die Kassspflicht ärztlicher Leistungen nicht flächendeckend geprüft werden, sondern wird bis zum Beweis Gegenteils automatisch angenommen (Vertrauensprinzip, vgl. Art. 33 Abs. 1 KVG).

⁶⁹ Medical Board 2009. Andere Quellen sehen die KLV weder als Positiv- noch als Negativliste, sondern als blosse Sammlung von Entscheiden bei umstrittenen Leistungen (SAMW/FMH 2008).

⁷⁰ Eidgenössische Arzneimittelkommission EAK, Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen ELGK.

Schwellenwertansatz, Fundierung und Umsetzung

Die Operationalisierung des Kriteriums der Wirtschaftlichkeit ist unklar. Die Geschäftsprüfungskommission des Nationalrates hat denn auch 2009 in ihrer Inspektion über die „Bestimmung und Überprüfung ärztlicher Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung“ festgehalten, dass „...die WZW-Kriterien in den Erläuterungen zum Antragsprozess auf Kassenpflicht ärztlicher Leistungen zu wenig konkretisiert und operationalisiert (messbar gemacht) ...“ sind und weiter: „Die GPK-N moniert namentlich, dass das für die Kostenentwicklung der OKP wichtige Zulassungskriterium der Wirtschaftlichkeit ungenügend operationalisiert ist.“⁷¹ Die Kommission empfiehlt deshalb, die WZW-Kriterien zu konkretisieren und zu operationalisieren.

Als Antwort auf die Empfehlungen der GPK-N hat das BAG ein Arbeitspapier über die Operationalisierung der Begriffe Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erstellt.⁷² Demnach erfolgt der Kosten-Nutzen-Vergleich einer medizinischen Leistung, indem zunächst in deskriptiver Weise die Kosten-Nutzen-Profile der neuen Leistung und der Komparator-Leistung bzw. des derzeit üblichen diagnostisch-therapeutischen Vorgehens verglichen werden. Für Leistungen, die im Vergleich zur Komparator-Leistung sowohl einen höheren Nutzen als auch höhere Kosten aufweisen, erlaubt die Angabe der zusätzlichen Kosten für den zusätzlichen Nutzen (Incremental Cost-Effectiveness Ratio, ICER) theoretisch eine Ausscheidung von Leistungen mit einem unverhältnismässig schlechtem Kosten-Nutzen-Profil. Bisher läge allerdings kein Konsens über eine Handhabung von konkreten ICER-Werten in der Schweiz vor.

Erfahrungen

Die fehlende Operationalisierung führte in der Vergangenheit zu Kritik am WZW-Prozess. Von Seiten der Akteure wird deshalb u.a. die Einführung eines HTA-Verfahrens⁷³ für alle medizinischen Leistungen in der Schweiz gefordert.⁷⁴

⁷¹ Geschäftsprüfungskommission des Nationalrates 2009.

⁷² Arbeitspapier vom Juli 2011.

⁷³ HTA=Health Technology Assessments: Instrument zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von medizinischen Leistungen.

⁷⁴ U.a. Motion 10.3451 Für eine effektive nationale Health-Technology-Assessment-Agentur, eingereicht von FDP-Liberale Fraktion, Postulat 10.3754 Einführung einer gesamtschweizerischen Kosten-Nutzen-Bewertung von medizinischen Leistungen, eingereicht von Ruth Humbel.

Zusammenfassung

Die folgende Tabelle fasst die wichtigsten Elemente zusammen:

ENTSCHEIDUNGSFINDUNGSPROZESS AUFGRUND DER WZW-KRITERIEN	
Hintergrund	Vereinbarkeit von qualitativ hochstehender Gesundheitsversorgung, Bedarfsentwicklung und Kostenentwicklung
Entscheidungsfindungsprozess	Entscheid BAG unter Anhörung der zuständigen Kommissionen
Schwellenwert	Ansatz: Kein expliziter Schwellenwert Höhe: nicht operationalisiert Fundierung: nicht verfügbar
Erfahrungen	Kritik an der fehlenden Operationalisierung der WZW-Kriterien angestrebt

Tabelle 13

5.3.2. ENTSCHEIDUNGSFINDUNGSPROZESS DES MEDICAL BOARDS

Hintergrund

Das Medical Board wurde 2008 als Pilotprojekt von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich ins Leben gerufen.⁷⁵ Anfang 2011 wurde das Medical Board unter dem Namen Swiss Medical Board schweizweit verankert. Ziel des Medical Boards ist es, medizinischen Fachleuten und Patienten Grundlagen bereitzustellen für die Beurteilung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses von alternativen Behandlungsarten.

Das Medical Board analysiert diagnostische Verfahren und therapeutische Interventionen aus der Sicht der Medizin, der Ökonomie, der Ethik und des Rechts. Konkret beurteilt es die Kosten-Wirksamkeit alternativer medizinischer Leistungen und leitet daraus – unter Berücksichtigung der interdisziplinären Abwägung durch den Expertenrat – Empfehlungen zuhanden der politischen Entscheidungsträger und der Leistungserbringer ab. Die Empfehlungen des Medical Boards sind nicht verbindlich und nicht massgebend für den Leistungsumfang in der Grundversicherung. Da für die Beurteilung der Kosten-Wirksamkeit aber Schwellenwerte beigezogen werden, werden diese hier trotzdem dargestellt.

Entscheidungsfindungsprozess: Priorisierungssystem/-kriterien, Zuständigkeiten

Das Swiss Medical Board wird getragen von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) sowie der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).

Die Beurteilungen erfolgen durch einen Expertenrat, dem Vertreter aus den Fachbereichen Medizin, Ökonomie, Ethik und Recht angehören. Das Gremium ist unabhängig von Verwaltung,

⁷⁵ <http://www.medical-board.ch>.

Leistungserbringern und Industrie. Bei Bedarf kann der Expertenrat externe Fachspezialisten beiziehen, um konkrete Fragestellungen bearbeiten zu lassen.

Das Medical Board stützt sich methodisch auf einen komparativen Ansatz ab, bei dem Behandlungsalternativen verglichen werden. Dabei werden zuerst Daten und Fakten gesammelt.⁷⁶ Danach werden die medizinischen Wirkungen und die Kosten ermittelt und im Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis einander gegenübergestellt. Für die Gesamtbeurteilung stützt sich das Medical Board aber nicht nur auf die Kosten-Wirksamkeits-Analyse ab, sondern bezieht zusätzlich rechtliche, sozialetische und individualetische Aspekte mit ein. Aus sozialetischer Sicht stellt sich die Frage, inwieweit das solidarisch finanzierte Gesundheitswesen weitere Leistungen zu tragen vermag. D.h. zu beurteilen ist schlussendlich die Verhältnismässigkeit eines medizinischen Verfahrens. Gemäss Medical Board ist die Verhältnismässigkeit normativ zu beurteilen. Zu diesem Zweck sind die Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisse mit Schwellenwerten zu vergleichen, aber auch das künftige Potenzial der Leistung, Substitutionseffekte und mögliche Diskriminierungen aufzuzeigen.

Schwellenwertansatz, Fundierung und Umsetzung

Der Vergleich mit den Schwellenwerten bezieht sich nicht auf einen einzelnen Schwellenwert, sondern auf ein Bandbreitenmodell mit einem oberen und einem unteren Schwellenwert. Leistungen können über dem oberen Schwellenwert, zwischen dem unteren und dem oberen Schwellenwert, oder unter dem unteren Schwellenwert liegen. Das Medical Board hält in seinem Methodenbeschrieb fest, dass ein gesellschaftlicher Erfahrungs- und Konsensfindungsprozess notwendig wäre, um die Schwellenwerte festzulegen. Ein solcher Prozess sei Voraussetzung für eine explizite Rationierung. Bisher hat ein solcher Prozess in der Schweiz nicht stattgefunden. Das Medical Board nennt deshalb Schwellenwerte aus anderen Ländern z.B. Grossbritannien (20-30'000 £/QALY), Neuseeland (20'000 NZ-\$) und Kanada (80'000 CAN-\$) als Orientierungsgrößen und Diskussionsgrundlagen. Eine konkrete Bandbreite für die Schweiz wird nicht angegeben. Ansatzmässig lassen sich die Schwellenwerte dem Schwellenwertansatz mit Wertbeschränkung zuordnen.

Das Medical Board hat seit seiner Einführung sechs Fachberichte abgeschlossen. Der Bericht über den Einsatz von Bevacizumab (Medikament zur Behandlung von metastasiertem Dickdarmkrebs) erwähnt, dass Zahlen aus vergleichbaren Ländern zeigen, dass für die Schweiz die Bandbreite für einen oberen und unteren Schwellenwert im Bereich von CHF 50'000.- bis 100'000.- pro zusätzliches Lebensjahr bei optimaler Lebensqualität plausibel ist.⁷⁷ Andere Berichte nen-

⁷⁶ Medical Board 2009a:8ff.

⁷⁷ Medical Board 2009b.

nen keine expliziten Schwellenwerte. So wird im Bericht über kombinierte Positronenemissions- und Computertomographie (PET/CT) bei Diagnostik und Staging der Lungentumore ein Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis von CHF 37'000.- pro QALY als „günstig“ bezeichnet, und dem Medical Board erscheint die Anwendung aufgrund des günstigen Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis bei Patientinnen und Patienten mit nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) sinnvoll.⁷⁸

Zusammenfassung

Die wichtigsten Merkmale des Rationierungs-/Priorisierungsprozesses sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst:

ENTSCHEIDUNGSFINDUNGSPROZESS DES MEDICAL BOARDS	
Hintergrund	Bereitstellung von Grundlagen mit dem Ziel, die Behandlungsqualität zu verbessern
Entscheidungsfindungsprozess	Breite Trägerschaft, Bewertung und Beurteilung durch Expertenrat unter Beizug weiterer Experten Keine Trennung zwischen Bewertung und Beurteilung
Schwellenwert	Ansatz: Schwellenwert mit Wertbeschränkung, Bandbreitenmodell Höhe: Unklar Fundierung: Schwellenwerte aus anderen Ländern Typ: weiche Schwellenwerte, da Bandbreite

Tabelle 14

5.4. ZUSAMMENFASSENDE EINSCHÄTZUNG

Ausland

Der Blick ins Ausland zeigt, dass in vielen Ländern Bestrebungen im Gange sind, einen rationalen Umgang mit dem Problem knapper Ressourcen im Gesundheitswesen im Allgemeinen und der begrenzten Möglichkeiten einer solidarisch finanzierten medizinischen Versorgung im Speziellen zu finden. Die Bestrebungen gehen jedoch unterschiedlich weit und setzen unterschiedliche Schwerpunkte.

Gemeinsam ist allen Ländern, dass sie sich einem Grundkonflikt der solidarisch finanzierten medizinischen Versorgung gegenübersehen: Auf der einen Seite lassen die wachsenden Bedürfnisse der Bevölkerung und der medizinische Fortschritt die Kosten ansteigen, auf der anderen Seite wird es immer schwieriger, die notwendigen Budgetmittel für die solidarische Finanzierung bereit zu stellen, sei es über Steuern oder Versicherungsprämien. Auch die grundsätzliche Zielsetzung in den Rationierungsdiskussionen geht bei allen Ländern in die gleiche Richtung:

⁷⁸ Medical Board 2011:29/37.

Schlussendlich geht es darum, erstens ein im Hinblick auf die drohende Mittelknappheit solidarisch finanzierbares Leistungsangebot festzulegen und zweitens den Zugang zu diesen Leistungen fair und von allen akzeptiert zu regeln.

Zusammenfassend lassen sich die Entwicklungen in den Ländern wie folgt darstellen:

- › In Ländern (bzw. Gliedstaaten) mit steuerfinanzierten, staatlichen Gesundheitsdiensten wie Grossbritannien, Neuseeland, Schweden, Norwegen und Oregon (Medicaid) sind Rationierung und Priorisierung schon seit längerem ein Thema. Hier wird von politischer Seite mehr Druck auf die Gesundheitsausgaben ausgeübt als in Ländern mit beitragsfinanzierten Gesundheitssystem (wie Deutschland oder die Schweiz). Entsprechend wird die Diskussion über Rationierung und Priorisierung in letzteren noch zurückhaltend geführt.
- › Explizite Schwellenwerte finden sich nur sehr vereinzelt: NICE in Grossbritannien wendet ein Bandbreitenmodell basierend auf dem Schwellenwertansatz mit Wertbeschränkung an, Oregon priorisiert seine Leistungen über einen Schwellenwert, der auf dem Ansatz mit Budgetbeschränkung basiert (Funding Line). Hinweise auf implizite Schwellenwerte mit Wertbeschränkung finden sich in zwei Ländern (Kanada, Neuseeland). Eine wissenschaftliche Fundierung der Schwellenwerte – mit Zahlungsbereitschaft- oder Humankapitalansatz – fehlt in allen Fällen. Allenfalls finden sich vereinzelt Hinweise auf ältere ausländische Schwellenwerte (Kanada).
- › Grundsätzlich lassen sich in der Diskussion über Priorisierung und Rationierung zwei verschiedene Ansätze unterscheiden:
 - › Erstens die Priorisierung durch Grundprinzipien wie in Schweden und Norwegen: Das Resultat sind Priorisierungsgruppen, welche die Leistungen auf übergeordneter gesellschaftlicher Ebene priorisieren, sowie Leitlinien für die Verantwortungsträger im Gesundheitssystem. Für eine konkrete Priorisierung auf Mikroebene (Arzt-Patienten-Entscheidungen: Zuweisung auf Warteliste oder Verweigerung der Therapie) haben sich diese Grundprinzipien aber als zu abstrakt erwiesen. Als Unterstützung für die Priorisierung auf Einzelfallenebene wurden deshalb Fragelisten und Punktesysteme entwickelt. Entsprechend haben diese Konzepte auch noch keine Rationierungswirkung entwickelt, sondern werden vielmehr zur Rationalisierung (im Sinne einer Setzung von Behandlungsstandards) verwendet.
 - › Zweitens die Priorisierung von Indikationen/Verfahren durch Definition der Gesundheitsleistungen wie in Oregon oder Grossbritannien: Hier wurden konkrete Allokationsregeln in Form eines Leistungskatalogs festgelegt. Priorisierungen lassen sich grundsätzlich einfacher umsetzen, wenn konkrete Allokationsrichtlinien vorliegen und die Grundversor-

gungsleistungen wie in Grossbritannien konkret festgelegt oder wie in Oregon auf Rangfolgen basierend bestimmt werden.

- › Das Beispiel Oregon macht dabei deutlich, dass die Kosten-Wirksamkeit als alleiniges Kriterium zur Priorisierung nicht durchsetzbar ist, weil es zu gesellschaftlich unerwünschten Ergebnissen geführt hat. Um gesellschaftliche Präferenzen, medizinische, ethische und juristische Anforderungen angemessen berücksichtigen zu können, werden deshalb in allen untersuchten Ländern verschiedene Kriterien (u.a. die so genannte Rule of Rescue) bei der Priorisierung berücksichtigt. Im Einzelfall besteht auch Spielraum für Ausnahmen oder privat finanzierbare Lösungen (Out of Pocket, Privatversicherung).
- › Grundsätzlich kann die Priorisierung von Leistungen – wie das Beispiel Neuseeland zeigt – dazu dienen, bestehende willkürliche Rationierungen in Form von Ungleichbehandlungen auf Mikroebene auszugleichen bzw. zu begrenzen. Wenn die entsprechenden Budgetmittel nicht zur Verfügung stehen, dann können die Ungleichheiten, wie das Beispiel Grossbritannien zeigt, aber sogar noch zunehmen.
- › Alle untersuchten Länder haben ihre Priorisierungsprozesse in irgendeiner Form institutionalisiert und transparent gemacht. Hervorzuheben sind in dieser Beziehung Grossbritannien und Oregon: Grossbritannien trennt erstens klar die Prüfung der Leistungen (Assessment) von der Bewertung (Appraisal) und der Entscheidung über den Leistungseinschluss bzw. -ausschluss. Ausserdem sind beide Gruppen breit abgestützt: Die Bewertungsgruppe ist vor allem multidisziplinär zusammengesetzt, in der Entscheidungsgruppe sind Akteure und Betroffene (Wissenschaftler, National Health Service, Industrie, Patientenorganisationen,) vertreten. Oregon seinerseits ist ein Beispiel für ein demokratisches Verfahren, indem auch die Präferenzen der Bevölkerung im Priorisierungsprozess mitberücksichtigt werden.

Schweiz

In der Schweiz war es bis zum Bundesgerichtsentscheid zum Myozyme-Fall in den letzten Jahren relativ still um das Thema Priorisierung/Rationierung.⁷⁹ Zwar findet auch hier eine gewisse explizite Rationierung über den Leistungsumfang der Grundversicherung statt.⁸⁰ Im Gegensatz zu

⁷⁹ Aufsehen erregte der Fall um Altbundesrat Hans-Peter Tschudi, bei dem die Ärzte 1998 vor der Frage standen, ob das Leben des 85-Jährigen mit einem 500'000 Franken teuren Medikament gerettet werden könnte. Hans-Peter Tschudi sprach dann allerdings auf ein weniger teures Präparat an.

⁸⁰ Verschiedene Untersuchungen weisen ausserdem auf implizite Rationierung in der Schweiz hin, insbesondere im Pflegebereich, u.a. SAMW 2007. Als implizite Formen der Rationierung werden u.a. genannt:

- unregelmässige Zuteilung von Leistungen der Gesundheitsversorgung am Krankenbett durch die Behandlungsteams,
- Nichtgewährung von Pflege infolge der Senkung des Pflegepersonalbestandes (bzw. eine Nicht-Anpassung im Falle einer Tätigkeitszunahme) oder infolge des Qualifikationsrückgang bei eben diesem Personal (ersetzen von diplomiertem Personal durch Hilfspersonal),
- Patienten nicht darüber informieren, dass es in ihrem Fall noch Behandlungsmöglichkeiten gegeben hätte,
- je nach Region unterschiedliche Angebote an Lebensrettungsdiensten oder an aufwändigen diagnostischen Apparaturen.

Grossbritannien oder Skandinavien waren und sind die Ausgaben im Gesundheitswesen aber nicht wesentlich durch staatliche Budgets begrenzt. Entsprechend orientiert sich das Schweizer Gesundheitssystem am Bedarfsprinzip. Es stellt sich jedoch immer wieder die Frage, wie die Kosten gedämpft oder die steigenden Ausgaben finanziert werden können. Ansätze zur Priorisierung ergeben sich aus der Forderung nach der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Gesundheitsleistungen (WZW-Kriterien). In der Vergangenheit waren die WZW-Kriterien jedoch weniger als Rationierungsinstrument, denn als Mittel zur Sicherstellung der Kosteneffizienz sehen. Wie in den meisten untersuchten Ländern existieren auch in der Schweiz keine expliziten Schwellenwerte.

Unterschiede zum Ausland finden sich ausserdem beim Entscheidungsfindungsprozess: Im Gegensatz zum Ausland sind die Priorisierungskriterien wenig transparent, so sind die WZW-Kriterien noch nicht vollumfänglich operationalisiert. Und anders als in Grossbritannien besteht mit dem BAG auch keine Trennung zwischen bewertender und entscheidender Instanz. Auch wird die Bevölkerung im Gegensatz zu Oregon nicht direkt in den Prozess eingebunden.

Der Ansatz des Swiss Medical Boards zeigt ausserdem, dass der Einsatz von QALYs nicht nur zur Definition eines maximalen Schwellenwertes herangezogen werden kann. Im Falle des Swiss Medical Boards dienen die QALYs vielmehr dazu, zwei Leistungen in Bezug auf Kosten und Nutzen vergleichbar zu machen. Der Einsatz von Schwellenwerten führt damit nicht zwingend in eine allgemeine Rationierungsdebatte.

Wichtigste Ergebnisse

Die folgende Tabelle fasst die wichtigsten Ergebnisse aus dem In- und Ausland nochmals zusammen:

PRIORISIERUNG UND SCHWELLENWERTE IN DER SCHWEIZ UND AUSGEWÄHLTEN LÄNDERN							
Land	Hintergrund	Normative Ebene		Institutionalisierung, Implementierung			Ergebnis der Priorisierung
		Kriterien	Schwellenwerte	Priorisierung durch abstrakte Grundprinzipien	Priorisierung durch Definition der Gesundheitsleistungen	Entscheidungsfindungsprozess/-instanzen	
CAN	steuerfinanziert	Kosten-Wirksamkeit	Keine		Bewertung von Leistungen -> Empfehlungen für Arzneimittelentscheid	Breit abgestütztes Canadian Expert Drug Advisory Committee (u.a. Vertreter der Bevölkerung)	Beschränkung der Arzneimittellisten
FRA	beitragsfinanziert	Effizienz, therapeutischer Beitrag, Schwere der Krankheit	Keine		Bewertung von Leistungen -> Entscheid, ob Leistungen von Krankenversicherungen übernommen	Empfehlung durch Haute Autorité de Santé Entscheid durch Ministerium, Krankenversicherungsverband	Ausschluss von Leistungen aus der Übernahme der Krankenversicherungen
GER	beitragsfinanziert	für IQWiG-Empfehlungen: Kosten-Nutzen-Verhältnis (Effizienzgrenze) GVK-Entscheid: weitere Kriterien	theoretisch Effizienzgrenze, aber Schwellenwert verneint		Bewertung von Leistungen zwecks Ermittlung von Höchstbetrag für Arzneimittel und Therapien	Empfehlung durch IQWiG Entscheid durch GVK-Spitzenverband	Beschränkung indirekt über Höchstbetrag
NOR	mehrheitlich steuerfinanziert	Evidenz aus HTA-Berichten, Schwere der Krankheit, Wirksamkeit, Kosten-Wirksamkeit	Keine	Rahmenprinzipien -> Prioritätengruppen		Priorisierung durch breit abgestützten Norwegian Council for Quality Improvement and Priority Setting in Health Care	
NZL	steuerfinanziert Diskriminierung von Bevölkerungsgruppen	Effektivität, Effizienz, Gleichheit, Akzeptanz	Keine expliziten Schwellenwerte, Hinweise auf implizite Schwellenwerte		Bewertung der Leistungen	Festlegung durch National Health Committee NHC Einbezug der Bevölkerung in Einigkeitskonferenzen	Beschränkung der Grundversorgungsleistungen

PRIORISIERUNG UND SCHWELLENWERTE IN DER SCHWEIZ UND AUSGEWÄHLTEN LÄNDERN							
Land	Hintergrund	Normative Ebene		Institutionalisierung, Implementierung			Ergebnis der Priorisierung
		Kriterien	Schwellenwerte	Priorisierung durch abstrakte Grundprinzipien	Priorisierung durch Definition der Gesundheitsleistungen	Entscheidungsfindungsprozess/-instanzen	
SWE	mehrheitlich steuerfinanziert Rationierung auf Mikroebene (Wartelisten)	Menschenwürde, Bedarf/Solidaritätsprinzip Kosteneffektivität	Keine	Rahmenprinzipien -> Priorisierungsgruppen	Behandlungsleitlinien mit Priorisierungskategorien Fragelisten und Punktesysteme zur Unterstützung der Priorisierung auf individueller Ebene	Parlamentarische Kommission und Experten mit beratender Funktion	Rationalisierung (bisher keine Rationierung)
UK	mehrheitlich steuerfinanziert implizite Rationierung auf individueller Ebene (regionale Unterschiede, Wartelisten)	Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis und weitere Kriterien (Verfügbarkeit von Alternativen etc.)	Bandbreite 20-30'000 GBP		Bewertung von Leistungen -> Entscheidung, ob Leistungen von Gesundheitsdienst NHS finanziert	Trennung von Prüfung Assessment Group und Bewertung (Appraisal Group)	Rationierung anderer Leistungen bzw. Quersubventionierung der von NICE empfohlenen Leistungen
Oregon (USA)	steuerfinanziert (Medicaid) Ausschluss von Bevölkerungsgruppen aus Versicherungsschutz	zuerst nur Kosten-Wirksamkeit -> dann Lebenserwartung und Rule of Rescue plus subjektive Entscheide der Kommission	Funding Line basierend auf Max. des Nutzens (QALY) bei gegebenem Budget		Prioritätenliste der GV-Leistungen mit Schwellenwert (Funding Line)	Breit abgestützte Kommission partizipativer Einbezug der Bevölkerung	Ausschluss der Leistungen unterhalb der Funding Line
CH	gemischt: mehrheitlich beitragsfinanziert	Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit	Keine		Bewertung von Leistungen	Empfehlungen durch Kommissionen mit Behördenvertretern und Experten Entscheid durch EDI (Behandlungen), BAG (Arzneimittel)	Arzneimittel: Positivlisten, Behandlungen: KLV Anhang 1

Tabelle 15

6. SCHLUSSFOLGERUNGEN

Schwellenwerte im Kontext der Rationierungsdiskussion

Ausgehend von der Diskussion über das Bundesgerichtsurteil zum Myozyme-Fall lag der Fokus der Fragestellungen für die vorliegende Studie auf Schwellenwerten, ihrer theoretischen und empirischen Fundierung und ihrer praktischen Anwendung in der Gesundheitspolitik im In- und Ausland. Die Auseinandersetzung mit dem Thema hat schnell gezeigt, dass Schwellenwerte in der Regel im Kontext einer übergeordneten Rationierungs- oder Priorisierungsdiskussion zu verstehen sind. Dass die Ressourcen im Gesundheitswesen beschränkt sind, ist grundsätzlich unbestritten. Inwieweit sich daraus aber ein unmittelbarer Bedarf für Rationierungen in der Schweiz ergibt, ist dagegen sehr kontrovers. Begründet wird die Forderung nach einem rationalen Umgang mit diesem Problem damit, dass heute schon auf der Mikroebene, d.h. auf der Arzt-Patienten-Ebene, implizit rationiert wird und diese Rationierungen Ungleichheiten hervorrufen können.

Schwellenwerte: neutral, aber ungerecht

Die zentrale Frage in der Rationierungs- und Priorisierungsdiskussion dreht sich darum, welchen Indikationen/Verfahren bzw. Patientengruppen Priorität einzuräumen ist (Priorisierung), für den Fall, dass aus finanziellen Gründen notwendige Leistungen vorenthalten (Rationierung) oder Ungleichheiten im Zugang (Diskriminierung von Bevölkerungsgruppen) ausgeglichen werden sollen. Schwellenwerte sind dabei eine unter verschiedenen Möglichkeiten, um Gesundheitsleistungen zu priorisieren. Das klassische Schwellenwertkonzept erscheint als Entscheidungskriterium auf den ersten Blick als rational begründbar und fair: Schwellenwerte beruhen auf dem Kosten-Wirksamkeits-Konzept und priorisieren medizinische Leistungen, die im Verhältnis zu ihren Kosten besonders wirksam sind und dies bis zu einer festgelegten Obergrenze – oft in Form von Kosten pro gewonnenem Lebensjahr. Zur Festlegung dieser Obergrenze können verschiedene ökonomische Ansätze herangezogen werden. Die einen Ansätze sind besser dazu geeignet, das Budget für Gesundheitsleistungen zu kontrollieren (Schwellenwerte mit Budgetbeschränkung), die anderen Ansätze beziehen die gesellschaftliche Vorstellung vom monetären Wert eines Lebens besser mit ein (Schwellenwerte mit Wertbeschränkung). Attraktiv an diesem Schwellenwertkonzept ist auf der einen Seite, dass alle medizinischen Leistungen prinzipiell mit dem gleichen, neutralen Massstab verglichen werden können. Auf der anderen Seite wird mit diesem Konzept der gesundheitliche Nutzen – soweit messbar – der gesamten Gesellschaft maximiert, was der utilitaristischen Vorstellung von Gerechtigkeit entspricht.

Hier offenbaren sich denn auch gleichzeitig die Grenzen von Schwellenwerten. Das Konzept der Priorisierung nach Kosten-Wirksamkeit maximiert zwar den gesamtgesellschaftlichen Nutzen, benachteiligt jedoch einzelne gesellschaftliche Gruppen wie ältere Menschen, Schwerkranke, Behinderte und Menschen mit seltenen und teuren Erkrankungen. Dies widerspricht einer anderen Vorstellung von Gerechtigkeit, wonach alle Personen einen gleichen Zugang zu lebensnotwendigen medizinischen Leistungen haben müssen (egalitaristische Ethik). Aufgrund dieser ethischen Probleme sind alternative Konzepte der expliziten Rationierung entstanden, welche entweder das Kosten-Wirksamkeitskriterium mit anderen (sozialen und ethischen) Kriterien verknüpfen, um potenziellen Diskriminierungen vorzubeugen oder gänzlich auf anderen Kriterien aufzubauen (vgl. letzten Abschnitt).

Verschiedene Ansätze – Ideallösung (noch) nicht in Sicht

Der Blick ins Ausland zeigt, dass sich viele Länder mit dem Problem der Zuteilung knapper Ressourcen in einer solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung auseinandersetzen. Dies gilt vor allem für Länder mit einem staatlichen, steuerfinanzierten Gesundheitssystem, weil hier von politischer Seite mehr Druck auf die Ausgaben besteht, als in Ländern mit beitragsfinanziertem Gesundheitssystem (wie Deutschland oder die Schweiz). Entsprechend ist in diesen Ländern die Diskussion über Rationierung und Priorisierung weniger weit fortgeschritten.

Ökonomische Schwellenwerte werden im Ausland nur vereinzelt und nirgends abschliessend konsequent eingesetzt. Kein Land rationiert medizinische Leistungen alleine aufgrund des Kriteriums der Kosten-Wirksamkeit. Vielmehr werden bei der Priorisierung auch gesellschaftliche Präferenzen, ethische Kriterien etc. berücksichtigt. Auch fehlt in Grossbritannien, dem einzigen Land das explizite Schwellenwerte verwendet (Schwellenwerte mit Wertbeschränkung), die wissenschaftliche Fundierung.

Das Beispiel Oregon macht ausserdem deutlich, dass der ursprünglich angewandte theoretisch fundierte Ansatz der Priorisierung nach Kosten-Wirksamkeit in der praktischen Umsetzung zu Problemen führt. Dies aber nicht, weil seine Umsetzung praktisch sehr aufwändig ist, sondern weil er zu gesellschaftlich unerwünschten Ergebnissen führt. Aus diesem Grund wurden das Konzept in Oregon angepasst und weitere Priorisierungskriterien hinzugezogen (z.B. Rule of Rescue).

Sowohl Grossbritannien als auch Oregon zählen zu denjenigen Ländern, welche basierend auf Priorisierungskriterien, konkrete (praktische) Allokationsregeln in Form eines Leistungskatalogs festgelegt haben. Dabei handelt es sich vor allem um Länder mit staatlichen Gesundheitssystemen wie (UK, NZL, CAN, Oregon). Andere Länder ohne Schwellenwerte wie Norwegen und

Schweden priorisieren ihre Gesundheitsleistungen auf Basis übergeordneter Prinzipien. Am Beispiel von Schweden zeigte sich, dass abstrakte Prinzipien nicht genügen, um Priorisierungen auf individueller Ebene hervorzubringen.

Allen untersuchten Ländern gemein ist – ob mit oder ohne Schwellenwerte –, dass sie ihre Priorisierungsprozesse institutionalisiert haben. Die Systeme unterscheiden sich erstens in den gewählten Priorisierungskriterien (Kosten-Wirksamkeit, Einbezug ethischer Kriterien etc.), zweitens in der Zusammensetzung der entscheidenden Instanz (insbesondere dem Einbezug der Bevölkerung) und drittens darin, wie konkret die Allokationsentscheide getroffen werden. Interessant ist u.a., dass der Einbezug der Bevölkerung in den Priorisierungsprozess dazu führen kann, dass die Zahlungsbereitschaft für Gesundheitsleistungen steigt. Bei verschiedenen Staaten (Schweden, Grossbritannien, Oregon) wird auch erwähnt, dass im Einzelfall Spielraum für Ausnahmen oder privat finanzierbare Lösungen (Out of Pocket, Privatversicherung) besteht.

Über alles gesehen kommen wir zum Schluss, dass weder theoretische Konzepte (wie ursprünglich in Oregon) noch abstrakte Konzepte (wie in Schweden) die Ressourcenallokation haben befriedigend lösen können. Erfolgversprechender scheinen Priorisierungen durch Rangierung von Gesundheitsleistungen (wie in Oregon) zu sein oder das Herunterbrechen von Priorisierungsregeln auf die konkrete Einzelfallebene (wie ansatzweise in Schweden vorhanden).

Gesellschaftlicher Diskurs zur Entwicklung der Grundprinzipien

Grundsätzlich lässt sich aus den Analysen der ausländischen Erfahrungen nicht direkt ein Handlungsbedarf für eine Rationierung bzw. Priorisierung in der Schweiz herleiten. Dazu sind die Rahmenbedingungen und die Ausgangslagen im Ausland im Vergleich zur Schweiz zu unterschiedlich. Sollten jedoch explizite Rationierungen und/oder Priorisierungen in der Schweiz ins Auge gefasst werden, so lassen sich aufgrund der Analyse des Schwellenwert-Konzeptes und den Erfahrungen im Ausland für die Schweiz folgende Lehren ziehen:

- › Die mit dem Schwellenwertkonzept verbundenen ethischen Schwierigkeiten zeigen, dass die Kosten-Wirksamkeit als alleiniges Kriterium für die Rationierung bzw. Priorisierung nicht zweckmässig ist. Falls die Kosten-Wirksamkeit als Allokationskriterium eingesetzt wird, sollte das Kriterium in andere (sozial-ethische) Priorisierungskriterien eingebettet werden. Wichtig erscheinen insbesondere das Kriterium der Dringlichkeit bzw. die „Rule of Rescue“, um Schwerkranke besser zu berücksichtigen sowie Kriterien oder Systeme, die die Nichtdiskriminierung von anderen Bevölkerungsgruppen gewährleisten.
- › Der Frage, nach welchen Kriterien die Ressourcenallokation innerhalb der OKP und im Vergleich zu anderen Aufgabenbereichen (Bildung etc.) erfolgen soll, müsste eine Wertediskussi-

- on (normative Diskussion) in der Öffentlichkeit vorangehen. Diese kann auch helfen, die Zahlungsbereitschaft der Bevölkerung für Leistungen des Gesundheitssystems besser zu erfassen.
- › Allfällige Allokationsregeln sollten auf Basis eines fairen Entscheidungsprozesses entwickelt werden. Helfen können hier die Prinzipien des Modells der „Accountability for Reasonableness“, welche die Verfahrensgerechtigkeit und weniger die Kriterien selber in den Vordergrund stellen. In jedem Fall sollte der Einbezug der Öffentlichkeit bzw. der Versicherten sichergestellt sein, da die Entscheidungen die Verwendung der Beiträge der Versicherten tangieren.
 - › Abstrakte Priorisierungsvorschriften auf übergeordneter gesellschaftlicher Ebene alleine reichen nicht aus, um in der Praxis, auf der Ebene des medizinischen Alltags Entscheidungen zu treffen. Vor dem Hintergrund der gemachten Erfahrungen im Ausland erscheint es sinnvoller, basierend auf demokratisch definierten normativen Grundsätzen konkrete Allokationsregeln für den medizinischen Alltag festzulegen. Notwendig sind nachvollziehbar abgestützte Regeln, welche die Ressourcen auf übergeordneter gesellschaftlicher Ebene zuteilen und dem Medizinpersonal, den Patienten und Angehörigen helfen, die heiklen Entscheidungen im Einzelfall möglichst fair, aber auch effizient zu fällen. Damit soll die ungesteuerte Rationierung auf Mikroebene eliminiert bzw. die Rationierung wird durch gesellschaftlich abgestützte Massnahmen ersetzt.
 - › Anknüpfungspunkte für die Institutionalisierung von Allokationsentscheidungen im schweizerischen Gesundheitssystem sind der Leistungskatalog (Anhang 1 KLV) bzw. die Positivlisten für Arzneimittel, aber auch klinische Guidelines, welche in den letzten Jahren vermehrt vor dem Hintergrund der „Evidence Based Medicine“ entstanden sind. Solche Guidelines können gestützt auf empirische Erkenntnisse Entscheidungshilfen im klinischen Alltag bieten und dem Arzt beispielsweise Regeln dazu liefern, in welchem Fall eine Behandlung angezeigt ist oder das teuerste von verschiedenen möglichen Medikamenten verschrieben werden sollte. Die Einbettung von Rationierungsregeln in solche Guidelines hat den Vorteil, dass sie von Expertengruppen gezielt für einzelne medizinische Bereiche und Patientengruppen erarbeitet werden können und transparent sind. Die Guidelines müssen sich auf allfällige Regeln auf übergeordneter Ebene abstützen bzw. diese konkretisieren und dürfen keine willkürlichen separaten Beurteilungskriterien beinhalten. Das Medizinpersonal sodann kann seine Entscheidungen auf die Empfehlungen der Guidelines abstützen. Gleichzeitig bieten die Guidelines einen Entscheidungsspielraum, den das Medizinpersonal im Einzelfall ausnutzen kann. Durch die Guidelines müssen solche Einzelfallentscheidungen jedoch gut begründet sein. Prinzipiell können auch Schwellenwerte in Guidelines eingebettet werden. Sie dienen in diesem Rahmen mehr als Orientierungspunkt denn als Ausschlusskriterium.

Rationierung und Schwellenwerte in der Schweiz bedürfen weitergehender Abklärungen

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Rationierungsfrage im Gesundheitswesen auf Basis des klassischen Schwellenwertkonzeptes kaum abschliessend und befriedigend lösen lässt. Es zeigt sich ein gewisses Dilemma: Legt man abstrakte Prinzipien auf übergeordneter Ebene fest, wird es schwierig, dem medizinischen Einzelfall Rechnung zu tragen. Überlässt man die Entscheidung den Akteuren im Einzelfall, so werden erstens ungleiche Behandlungen in Kauf genommen und zweitens die Verantwortung an die Ärzteschaft delegiert, welche diese zum Teil nicht tragen will. Die Erfahrungen im Ausland weisen darauf hin, dass ein möglicher Ansatz für den Umgang mit der Rationierungsfrage in einer Kombination demokratisch legitimierter Kriterien mit daraus abgeleiteten praktischen Guidelines liegen könnte, die genügend Spielraum bieten, um dem Einzelfall Rechnung zu tragen. Die Optimierung in diesem Spannungsfeld entspricht einer heiklen Gratwanderung. Verschiedene Fragen sind auf diesem Weg im gesellschaftlichen Diskurs zu klären, so etwa:

- › Welche Ressourcen können/wollen wir für das solidarisch finanzierte Gesundheitswesen zur Verfügung stellen?⁸¹ Inwiefern bestehen Limiten in der Zahlungsbereitschaft der Gesellschaft für Leistungen des Gesundheitswesens (primär Grundversorgung)?
- › Besteht grundsätzlich die Notwendigkeit einer Rationierung der solidarisch finanzierten Leistungen des schweizerischen Gesundheitswesens?
- › Welches ist der legitime Bedarf an Leistungen des Gesundheitswesens bzw. welches sind die „notwendigen Leistungen“ einer medizinischen Grundversorgung?
- › Mit welcher Art der Verteilung der Mittel lässt sich der Nutzen für die Gesellschaft maximieren?
- › Inwieweit sollen Ungleichheiten in der Gesellschaft in Kauf genommen werden?
- › Welche Regeln können für die Allokation der beschränkten Ressourcen im Gesundheitswesen daraus abgeleitet werden?
- › Welche Auswirkungen haben unterschiedliche Allokationsregeln auf Gesellschaft und Wirtschaft?

Gefordert sind dabei die gesamte Gesellschaft, die Politik, die Wissenschaft sowie die Akteure in der Praxis:

- › Die Gesellschaft ist gefordert, den notwendigen Diskurs offen und transparent zu führen und die entsprechenden Präferenzen zu definieren.

⁸¹ Die Frage bezieht sich auf die Allokation von Ressourcen. Hinzu kommen bei der Finanzierung verteilungspolitische Fragen, insbesondere inwieweit Prämien tragbar sind.

- › Die Politik muss die erfassten Präferenzen der Gesellschaft in Form geeigneter Rahmenbedingungen für das Gesundheitswesen umsetzen.
- › Die Wissenschaft hat die notwendigen Grundlagen für eine rationale Entscheidungsfindung und Umsetzung der Entscheide bereitzustellen.
- › Die praktischen Akteure im Gesundheitswesen sind schliesslich dafür verantwortlich, dass der gesellschaftliche und politische Wille adäquat umgesetzt wird.

ANNEX

METHODEN ZUR ERHEBUNG DER ZAHLUNGSBEREITSCHAFT

1. Stated Preferences Methoden

Die Idee der Stated-Preferences-Methoden ist es, die Zahlungsbereitschaft direkt bei den Individuen abzufragen. Dies ist zugleich der Vorteil der State-Preferences-Methoden, denn der individuelle Nutzen der vorgeschlagenen Massnahme kann direkt monetär erfasst und der monetäre Wert von Gesundheit oder des Lebens einfach daraus abgeleitet werden. Bei *Stated-Preferences-Methoden* drücken die Befragten ihre Zahlungsbereitschaft für eine Massnahme in einer hypothetischen Situation aus. Je nach Stossrichtungen können *Stated-Value-Analysen* oder *Stated-Choice* Analysen eingesetzt werden.

Bei den Stated-Value-Methoden wird die Zahlungsbereitschaft direkt abgefragt. Ein Beispiel für eine Fragestellung im Rahmen einer Befragung nach der am meisten verbreiteten Contingent-Valuation-Methode ist: „Wie viel sind sie bereit zu bezahlen, um das Risiko eines tödlichen Unfalls um x % zu reduzieren?“ Häufig wird im Unterschied zu solch einer offenen Fragestellung auch auf Hilfsmittel zurückgegriffen, um die Frage zu vereinfachen, z.B. mit sogenannten Bidding Games (Auktionen), bei denen der Betrag so lange erhöht wird, bis die Person ihn nicht mehr akzeptiert.

Während bei den Stated-Value-Methoden immer eine einzige Bewertung für eine Massnahme angestrebt wird, ist es das Ziel der *Stated-Choice-Methoden* (z.B. Discrete-Choice-Experimente oder Conjoint-Analyse), Bewertungen von Teilaspekten dieser Massnahme zu erhalten. Die Präferenzen werden durch die Rangierung verschiedener Wahlmöglichkeiten indirekt abgeleitet. Dadurch lassen sich Wertigkeiten der einzelnen Teilfaktoren (z.B. erwünschte Wirkung, mögliche Komplikationen etc.) ermitteln, die den Nutzen einer Massnahme mitbestimmen (Schöffski 2008).

Ein Nachteil der Stated-Preference-Methoden ist, dass sie für mehrere Arten von Verzerrungen anfällig sind. So kann die Erfassung der hypothetischen Situation für die Befragten intellektuell zu herausfordernd bzw. zu schwer vorstellbar sein. Insbesondere haben die Befragten häufig Schwierigkeiten mit sehr kleinen Wahrscheinlichkeiten. Andere Gefahren der Verzerrung sind die emotionale Abwehr gegenüber der Fragestellung oder strategisches Antwortverhalten. Aus diesen Gründen können die Bewertungen stark variieren (Breyer et al. 2003). Die Empirie zeigt zudem, dass mit den unterschiedlichen Methoden zum Teil stark unterschiedliche monetäre Werte gemessen werden, auch wenn sie denselben Wert messen wollen (Schöffski 2008). Ein

Problem stellt auch die persönliche Einkommenssituation der Befragten dar, welche die Zahlungsbereitschaft stark beeinflusst. Dieses Problem kann zum Teil durch Fragen nach einem Prozentsatz des Haushaltseinkommens anstelle eines absoluten monetären Betrag entschärft werden (ebenda).

2. Revealed-Preferences-Methoden

Bei Revealed-Preferences-Methoden wird davon ausgegangen, dass Individuen häufig eine implizite Bewertung der Lebenserwartung und Lebensqualität vornehmen, ohne dass sie sich dessen bewusst sind (Schöffski 2008). Mit diesen Methoden wird daher versucht, die Zahlungsbereitschaft aus dem Verhalten der Individuen aufzudecken. Ein Vorteil dieser Methoden ist, dass nicht aus einer hypothetischen Situation, sondern aus tatsächlichem Verhalten Präferenzen abgeleitet werden. Nachteile sind, dass das subjektiv eingeschätzte Risiko nicht unbedingt dem objektiven Risiko entspricht und das Verhalten nicht nur durch das Risiko, sondern auch durch andere Einflüsse gesteuert ist.

Eine häufige Form der Anwendung dieser Methode sind *Wage-Risk-Studien*, bei denen die Lohnunterschiede von Arbeitnehmenden mit einem gefährlichen Job (z.B. Fensterputzer) zu Arbeitnehmenden mit einem vergleichbaren „normalen“ Job betrachtet werden. Ist das Gesundheits- oder Sterberisiko des gefährlichen Jobs bekannt, so kann die monetäre Bewertung der Gesundheit und des Lebens daraus abgeleitet werden. Nachteile dieser Methode sind, dass in der praktischen Anwendung häufig keine Referenzaktivitäten gefunden werden und der Arbeitsmarkt nicht so vollkommen ist, dass er den Risikounterschied mit den Lohnunterschieden genau abbildet.

Andere Formen von Revealed-Preferences-Methoden sind *Averting-Behavior-Studien*, bei denen es um die Kosten geht, die Individuen eingehen, um ein Krankheits- oder Sterberisiko zu vermeiden (z.B. Kauf eines Airbags etc) und sogenannte *Gliedertaxen*, die auf gerichtlich festgelegten Entschädigungszahlungen bei körperlichen Beeinträchtigungen basieren (Schöffski 2008). Auch diese beiden Methoden bringen Mängel mit sich. Beim Averting-Behavior-Ansatz spiegelt der Preis häufig nicht nur den Nutzen im medizinischen Bereich wider, und bei den Gliedertaxen handelt es sich nicht um individuelle Bewertungen, sondern die Taxen werden aus gesellschaftlicher Perspektive – häufig auch mit dem Humankapitalansatz – festgelegt (ebenda).

LITERATUR ZU METHODEN ZUR MONETÄREN BEWERTUNG MENSCHLICHEN LEBENS IN NICHT-GESUNDHEITSBEREICHEN

Es folgt eine thematisch gegliederte Zusammenstellung von illustrativer und relevanter Literatur für die Thematik „Monetäre Bewertung menschlichen Lebens in Nicht-Gesundheitsbereichen“. Diese Sammlung ist nicht umfassend. Sie ist das Produkt einer Recherche in einschlägigen Datenbanken und über Google/Google Scholar. Berücksichtigt wurden Erzeugnisse ab dem Jahr 2000.

Eine sehr übersichtliche und umfassende Darstellung über die Methoden und Empirie in diesem Bereich liefert der Bericht „Der Wert des Lebens aus ökonomischer Sicht: Methoden, Empirie, Anwendungen“ der Zürcher Hochschule Winterthur von Prof. Dr. Reto Schleiniger (2006). Die darin erwähnten Metastudien wurden nicht nochmals aufgeführt.

EMPIRISCHE ANSÄTZE	
Titel	Kurzbeschreibung
Übersicht	
Schleiniger R., Blöchliger J. 2006: Der Wert des Lebens aus ökonomischer Sicht: Methoden, Empirie, Anwendungen.	Sehr umfassende Zusammenstellung und Diskussion bisheriger Methoden und Resultate, sowie tatsächlich von der Politik verwendeter Werte.
Arbeitsmarkt	
Spengler H. 2004: Kompensatorische Lohndifferenziale und der Wert eines statistischen Lebens in Deutschland. Arbeitspapiere des Instituts für Volkswirtschaftslehre Technische Universität Darmstadt, Nr. 133, ISSN: 1438-2733. Link	Ermittlung des Wertes eines statistischen Lebens (WSL) in Deutschland basierend auf der Schätzung von Lohnaufschlägen für tödliche Arbeitsunfallrisiken - sogenannte kompensatorische Lohndifferenziale - mittels ökonomischer Verfahren.
Miller T. R., Levy D. T. 2000: Cost-Outcome Analysis in Injury Prevention and Control: Eighty-Four Recent Estimates for the United States. In: Medical Care, Vol. 38 (6), S. 526-582. Link	Zusammenfassung verschiedener Kosten-Nutzen-Analysen von Sicherheits- und Gesundheitsmassnahmen in den USA zwischen 1987 bis 1998. Keine Daten zur Lebensbewertung.

Tabelle 16

ANWENDUNGEN - EXTERNE KOSTEN	
Titel	Kurzbeschreibung
Generell	
NewExt Report 2004: New Elements for the Assessment of External Costs from Energy Technologies. Link	Empirische Untersuchung in UK, I und F zur monetären Bewertung der Reduktion der Lebenserwartung anhand des WTP-Ansatzes.
Abelson P. 2003: The Value of Life and Health for Public Policy. In: The Economic Record 79, S. S2-S13. Link	Empfehlungen für zu verwendende Werte in Australien, basierend auf früheren Forschungsergebnissen.
Umweltschäden	
Umweltbundesamt 2007: Ökonomische Bewertung von Umweltschäden, Methodenkonvention zur Schätzung externer Umweltkosten. Dessau, April 2007.	Zusammenstellung der Werturteile, Massstäbe, Kosten, Zahlungsbereitschaften, Diskontraten, Risikoaversionsfaktoren etc., die als Grundlage für die Bewertung der Umweltschäden (und der vermiedenen Umweltschäden) dienen.
Pearce D., Atkinson G., Mourato S., OECD 2006: Cost-benefit analysis and the environment: Recent developments Link (Nur in HTML auffindbar auf Google Books)	Ausführliche Diskussion der CBA für Umweltprobleme inklusive Lebensbewertung.
Klima	
European Commission 2005: ExternE Externalities of Energy Methodology 2005 Update. Edited by Peter Bickel and Rainer Friedrich, Institut für Energiewirtschaft und Rationelle Energieanwendung – IER, Universität Stuttgart, Germany.	Framework zur Ermittlung von externen Kosten im Energiebereich, inkl. kurzer Übersicht über VOLY und VPF-Thematik.
Hübler M., G. Klepper, S. Peterson 2007: Costs of Climate Change. The Effects of Rising Temperatures on Health and Productivity in Germany. Kiel Institute for the World Economy, Kiel Working Paper No. 1321, September 2007	Quantifiziert klimabedingte Gesundheitsrisiken für Deutschland und die damit verbundenen Kosten für ambulante Behandlung und den Produktivitätsausfall.
Hübler M., G. Klepper: Kosten des Klimawandels. Die Wirkung steigender Temperaturen auf Gesundheit und Leistungsfähigkeit. Aktualisierte Fassung 07/2007. Eine Studie im Auftrag des WWF Deutschland Frankfurt. Institut für Weltwirtschaft Kiel.	Auswertung bestehender Studien zu den Auswirkungen des Klimawandels in Deutschland und den damit verbundenen Kosten.

ANWENDUNGEN - EXTERNE KOSTEN	
Titel	Kurzbeschreibung
Energie	
Rabl A., Spadaro J. V. 2006: Environmental Impacts and Costs of Energy. In: Annals of the New York Academy of Sciences, 1076 (1), S. 516-526.	Eine Zusammenfassung der Methodik und Resultate bei der Berechnung der externen Kosten verschiedener Energieformen (inkl. höherer Morbidität/Mortalität). Hohe externe Kosten treten bei Stein- und Braunkohle auf. Mittel sind sie für Gas. Stark schwankend bei Biomasse und Wasserkraft. Tief bei Kernenergie, Wind und Solar.
Venema H. D., Barg S. 2003: The Full Costs of Thermal Power Production in Eastern Canada Link	
Macías P., Islas J. 2010: Damage costs produced by electric power plants An externality valuation in the Mexico City Metropolitan Area. In: Science of the Total Environment 408 (20), S. 4511-4523. Link	
Landwirtschaft	
Pretty, J. N., Brett, C., Gee, D., Hine, R. E., Mason, C. F., Morison, J. I. L. et al. 2000: An assessment of the total external costs of UK agriculture. In: Agricultural Systems 65 (2), S. 113-136. Link	Geschätzt werden die externen finanziellen Umwelt- und Gesundheitskosten der Landwirtschaft in Grossbritannien. Hohe Kosten entstehen beispielsweise durch die Pestizid-Trinkwasserbelastung, Gasemissionen, Bodenerosion, Rinderwahnsinn oder Lebensmittelvergiftungen.
Luftverschmutzung / Verkehr	
Desaigues, B., Ami, D., Bartczak, A., Braun-Kohlová, M., Chilton, S., Czajkowski, M. et al. 2011: Economic valuation of air pollution mortality: A 9-country contingent valuation survey of value of a life year (VOLY). In: Ecological Indicators 11 (3), S. 902-910. Link	Umfrage zum Bewusstsein über Luftverschmutzung und zur Zahlungsbereitschaft der Konsumenten für ein zusätzliches Lebensjahr.
Fridell E., Belhaj M., Wolf Ch., Jerksjö M. 2011: Calculation of external costs for freight transport. In: Transportation Planning and Technology, 34 (5), S. 413-432. Link	Entwicklung eines Tools zur Berechnung der externen Kosten des Güterverkehrs. Lebensbewertung spielt keine zentrale Rolle, fließt aber ein.

ANWENDUNGEN - EXTERNE KOSTEN	
Titel	Kurzbeschreibung
<p>Michiels H., Panis L. I., De Vlieger I., Mayeres I. 2011: LIMOBEL Annex 2 – External Environmental Cost Model for Transport Link</p>	<p>Berechnung der externen Kosten des Verkehrs in Belgien. Für Menschenleben verwendet wird eine WTP-Zahl aus der NEEDS (2009).</p>
<p>Miola A., Paccagnan V., Mannino I., Massarutto A., Perujo A., Turvani M. 2009: External costs of Transportation - Case study: maritime Transport. ISSN 1018-5593. Link</p>	<p>Entwicklung einer Methode zur Schätzung externer Kosten des Wassertransports. Negative Auswirkungen auf die Gesundheit werden eingerechnet gemäss CAFE/ExternE. Es werden auch Resultate von zwei Methoden für Venedig präsentiert: € 2.58 – 5.82 / Passagier und € 0.24 – 0.55 / Tonne Güter.</p>
<p>Nerhagen L., Bergström R., Forsberg B., Johansson Ch., Eneroth K. 2010: Measuring the external health cost of particulate matter from road traffic and other sources in Stockholm, Sweden. Link</p>	<p>Feinstaubbelastungsanalyse für Stockholm. Hauptursache ist der Verkehr wegen der Nähe und der Menge.</p>
<p>Orru H., Teinemaa E., Lai T., Tamm T., Kaasik M., Kimmel V., Kangur K., Merisalu E., Forsberg B 2009: Health impact assessment of particulate pollution in Tallinn using fine spatial resolution and modeling techniques. In: Environmental Health, 8 (7). Link</p>	<p>Schätzung der Kosten der Luftverschmutzung in Tallinn. Verwendet wird VSL von 120 mal GDP pro Kopf (basierend auf internationaler Metastudie von Miller (2000), in ZHAW-Paper) und VOLY = VSL / (Life Expectancy – Loss of Life)</p>
<p>Chanel O., Luchini S. 2008: Monetary values for air pollution risk of death: A contingent valuation survey. Working paper, accessible through this link: Link</p>	<p>Berechnung des Wertes eines längeren Lebens durch bessere Luftqualität. Dazu werden Probanden vor eine hypothetische Wohnortwahl gestellt. Es resultieren VOLY € 150k und VPF € 2.15 Mio. Ein U-förmiger Zusammenhang zwischen Alter und VPF wird festgestellt (Max. bei € 2.5 Mio. mit 42 Jahren).</p>
<p>Tainio M., Tuomisto J. T., Hänninen O., Ruuskanen J., Jantunen M. J., Pekkanen J. 2007: Parameter and model uncertainty in a life-table model for fine particles (PM2.5): a statistical modeling study. In: Environmental Health, 6 (24). Link</p>	<p>In einem Modell wurde die Lebenserwartung in Helsinki aufgrund der Feinstaubbelastung vorhergesagt. Unter anderem wurde festgestellt, dass die Wahl der Diskontrate die Kosten stark beeinflusst.</p>
<p>Jäggle, B. (2006): Was ist Schweizern ein veränderter Verkehrstoter wert? Diplomarbeit. ETH Zürich, Zürich. Institut für Verkehrsplanung und Transportsysteme. Link</p>	<p>Befragung von Probanden. Erhebung der Zahlungsbereitschaft etc.</p>

ANWENDUNGEN - EXTERNE KOSTEN	
Titel	Kurzbeschreibung
Entsorgung	
Rabl A., Spadaro J.V., Zoughaib A. 2008: Environmental impacts and costs of solid waste: a comparison of landfill and incineration, in: Waste Management & Research, 26 (2), S. 147-162. Link	Einbezug der höheren Sterblichkeit in die Berechnung. Diskussion über Variable VPF (Value of a Prevented Fatality): Vor allem YOLL (Years of Life Lost) als Berechnungsbasis, da sie bei Krankheiten tiefer sei, als bei Unfällen. Als mögliche Werte werden die Grenzen € 1-5 Mio genannt. Verwendet wird dann € 2 Mio.
Hiebel, M., Mrotzek A., Pflaum H., Reitweiler M. 2008: Im Auftrag des Umweltbundesamtes: Behandlung und Ablagerung von Abfällen - Sozioökonomie in der Abfallwirtschaft. Link	Anwendung von KNA auf Abfallwirtschaft. Lebensbewertung gemäss ExternE-Studie* fließt ein. Nur Methodikdiskussion, keine konkreten Resultate. *Bickel P., R. Friedrich: ExternE - Externalities of Energy, Methodology 2005 Update. Hrsg. Institut für Energiewirtschaft und Rationelle Energieanwendung (IER), Universität Stuttgart.
Krieg	
Brück T., de Groot O., Schneider F. 2010: Eine erste Schätzung der wirtschaftlichen Kosten der deutschen Beteiligung am Krieg in Afghanistan, in: Wochenbericht des DIW Berlin, 21/2010. Link	Schätzung der Gesamtkosten des Afghanistankrieges für Deutschland. Auch Soldatenleben werden eingerechnet. Es wird ein Wert von 2.05 Mio. Euro verwendet.

Tabelle 17

METHODISCHE DISKUSSIONEN	
Titel	Kurzbeschreibung
Abelson P. 2008: Establishing a Monetary Value for Lives Saved: Issues and Controversies. A working paper, online accessible through this link: Link	Die einschlägigen Methoden zur Lebensbewertung werden nochmals diskutiert und bisherige Resultate gezeigt. Auch Anwendungen werden empfohlen.
Leiter A. M., Thöni M., Winner H. (Datum unbekannt. 2010 oder 2011): Der „Wert“ des Menschen. Eine ökonomische Betrachtung. Online abrufbar unter: Link	Zusammenstellung methodischer Ansätze, mit denen das statistische menschliche Leben monetär bewertet werden kann, inkl. Ergebnisse von einschlägigen empirischen Studien. Vorstellung eines Bewertungsansatzes, der für die monetäre Bewertung des menschlichen Lebens Schmerzensgeldzusprüche von Zivilgerichten verwendet und damit einen neuen Berechnungsweg einschlägt.
Møller F. 2010: Problems of discounting and aggregation in estimating the value of a life year VOLY on the basis of persons willingness to pay WTP, in: Collection of Extended Abstracts, International Conference on Energy, Environment and Health – Optimisation of Future Energy Systems, Carlsberg Academy, Copenhagen, S. 50-54. Link	Auflistung methodischer Probleme und Lösungsvorschläge.
Nielsen J.S., Gyrd-Hansen D., Kjær T. 2010: From the Value of a Statistical life to the Value of a Life Year lost. Does it make sense? In: Collection of Extended Abstracts, International Conference on Energy, Environment and Health – Optimisation of Future Energy Systems, Carlsberg Academy, Copenhagen, S. 55-59. Link	Diskussion der Frage, ob die monetäre Bewertung eines statistischen Menschenlebens kontextabhängig ist (Verkehr vs. Gesundheit). This paper presents results from a web-based stated preference survey on VSL. WTP estimates were elicited for reductions in the risk of dying for two causes; 1) traffic accident, and 2) cardiovascular diseases. We find variability in the VSL estimates according to contexts. This raises concern about using a traffic-based VSL to derive a VOLY which could be used in the economic evaluation of a health care program. Moreover, given the existing formulas for calculating a VOLY, we find a large variability in the VOLYs across age-groups and hence we reject the notion of proportionality between VSL and life expectancy.

Tabelle 18

GRUNDSATZFRAGEN	
Titel	Kurzbeschreibung
Li Ch., Nerhagen L. 2010: Valuing statistical lives or life years? A choice experimental study. Online abrufbar: Link	Eine kleinere Anzahl Probanden werden erstmals (?) gleichzeitig mit Daten zur Anzahl geretteter Leben und der Anzahl geretteter Lebensjahre konfrontiert (via Email). Ab einer bestimmten Anzahl verbleibender Lebensjahre werden alle Leben gleich hoch bewertet. Auch bleibt sie konstant bei mehr geretteten Leben. Dies widerspricht bisherigen befunden. Über das Alter der Probanden wird ein U-förmiger Zusammenhang zur Lebensbewertung festgestellt (Max. bei 42 J.).

Tabelle 19

RECHTSPRECHUNG	
Titel	
Viscusi W. Kip 2007: The Flawed Hedonic Damages Measure of Compensation for Wrongful Death and Personal Injury, Paper presented at 2008 ASSA Meetings (Article published in Journal of Forensic Economics, Volume 20, Number 2, Spring/Summer 2007, 113. But not accessible) Link	Abstract: The payment of hedonic damages based on the value of statistical life will lead to excessive insurance and excessive deterrence in personal injury cases. The value of statistical life can play a constructive role in assessing negligence and liability. The recent proposal that wrongful death victims be awarded hedonic damages in addition to the standard economic damages and noneconomic damages amounts to compensate for the harm to survivors will produce rampant double counting and will transform wrongful death awards in a very inefficient and undesirable manner. Recent attempts to set compensation levels by chaining the value of statistical life with measures of happiness and disability reflect a fundamental misunderstanding of the value of statistical life literature.
Posner E.A., Sunstein C.R. 2005: Dollars and Death. In: The University of Chicago Law Review, 72 (2), S. 537–598. Online verfügbar unter http://www.jstor.org/stable/4495505 .	Diskutiert werden die Unterschiede zwischen WTP und Humankapitalansatz, deren verschiedene Anwendungen (Recht fokussiert auf Angehörige und deren Verlust, Politik nur auf statistische Leben gemäss eigener WTP, wodurch dieser Wert nicht den ganzen Schaden erfasst). Es werden Beispielzahlen geliefert. Empfehlung ist, dass die Zahlungen in der Rechtsprechung ausgeglichener werden, die statistischen Zahlen hingegen abgestufter.
Viscusi, W. Kip 2000: Corporate Risk Analysis: A Reckless Act? In: Stanford Law Review, 52 (3), S. 547–597. Online verfügbar unter http://www.jstor.org/stable/1229473 .	Probanden werden zu Juroren in einer amerikanischen Gerichtsjury. Im simulierten Fall geht es um Automobilfirmen, die KNA bei Sicherheitsmassnahmen durchführen. Sie werden systematisch mit höheren Strafen belegt. Die Gründe dafür werden analysiert. Die Autoren verteidigen die KNA als rationale Vorgehensweise.

Tabelle 20

LITERATUR

- Aldy JE., Viscusi, WK 2003:** The Value of a Statistical Life: A Critical Review of Market Estimates Throughout the World. Working Paper. Cambridge February 2003.
- Aldy JE., Viscusi, WK 2007:** Age Differences in the Value of Statistical Life: Revealed Preference Evidence. Resources for the Future, Discussion Paper, April 2007.
- Anell A. 2003:** Priority setting for pharmaceuticals. The use of health economic evidence by reimbursement and clinical guidance committees. Eur J Health Econom 2004, 5:28–35. Springer Verlag 2004. Authorities: a survey of key decision makers. Health Policy 60 2002, 39–58.
- Anell, A., 2004:** Priority setting for pharmaceuticals. The Use of Health Evidence by Reimbursement and Clinical Guidance Committees. European Journal Health Economics, Nr. 5: 28-35.
- BAG:** Operationalisierung der Begriffe Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Arbeitspapier Version 2.0. SML-KUV, 21.7.2011.
- Breyer F. 2009:** Zur Notwendigkeit indikationsübergreifender Nutzenmasse. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 104, 2010, 209–226.
- Bundesgericht, Sozialrechtliche Abteilung:** Urteil vom 23. November 2010. 9C_334,2010.
- Buyx A., Friedrich D., Schöne-Seifert B. 2011:** Rationing by Clinical Effectiveness. BMJ, 5 March 2011, Volume 342.
- Buyx AM et al, 2009:** Marginale Wirksamkeit als Posteriorisierungskriterium-Begriffsklärungen und ethisch relevante Vorüberlegungen.
- Cleemput I., Neyt M., Thiry N., De Laet C., Leys M. 2008:** Threshold Values for Cost-Effectiveness in Health Care. Belgian Health Care Knowledge Centre. KCE reports 100C.
- Cleemput I., Neyt M., Thiry N., De Laet C., Leys M. 2011:** Using Threshold Values for Cost per Quality-Adjusted Life-Year Gained in Healthcare Decisions. International Journal of Technology Assessment in Health Care, 27:1 2011, 71–76. Cambridge University Press.
- Daniels N. 2000:** Accountability for Reasonableness. BMJ 2000, 321.
- Danzon P.M., Towse A., Mulcahy A.W. 2011:** Setting Cost-Effectiveness Thresholds as a Means to Achieve Appropriate Drug. Prices In Rich and Poor Countries. Health Affairs, 30, no.8, 2011:1529-1538.
- Eichler H.G., Kong S.X., Gerth W.C., Mavros P., Jönssen B. 2004:** Use of Cost-Effectiveness Analysis in Health-Care Resource Allocation Decision-Making: How Are Cost-Effectiveness Thresholds Expected to Emerge? Value in Health, Volume 7, Number 5, 2004. Eur J Health Econ 2010, 11:521–523.

- Foppa D. 2011:** Wie viel darf ein Leben kosten? Tages Anzeiger, 10. Oktober 2011.
- Friedrich D.R., Buyx A.M, Schöne-Seifert B. 2009:** Priorisierung: Marginale Wirksamkeit als Ausschlusskriterium.
[<http://www.aertzteblatt.de/v4/archive/artikeldruck.asp?id=65534>].
- Gaebel W. 2010:** Rationalisierung, Priorisierung, Rationierung: Nationale und internationale Erfahrungen. DGPPN Hauptstadtsymposium. Berlin 4.2.2010.
- Geschäftsprüfungskommission Nationalrat 2009:** Inspektion Bestimmung und Überprüfung ärztlicher Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. 519-01/Leistungskatalog KVG/5 Politische Verarbeitung, Projektabschluss.
- Graf v. d. Schulenburg J.M. 2007:** Methoden zur Ermittlung von Kosten-Nutzen-Relationen für Arzneimittel in Deutschland. Leibniz Universität Hannover 28. März 2007.
- Graf v. d. Schulenburg J.M., Vauth C., Mittendorf T., Greiner W. 2007:** Methoden zur Ermittlung von Kosten-Nutzen-Relationen für Arzneimittel in Deutschland. Supplement.
- Guillod O. 2007:** Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen aus dem Blickwinkel des Rechts. In: Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen: Einschätzung und Empfehlungen. SAMW, Basel, 2007.
- Haute Autorité de Santé (HAS), 2008:** Commission Evaluation Economique et Sante Publique (CEESP).
- Haute Autorité de Santé, Service communication 2011:** Choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS. Guide Méthodologique. Saint Denis La Plaine: HAS. Oktober 2011.
- Hiebinger C., Pertl D., Stürzlinger H., Zsifkovits J. 2009:** Vorarbeiten zum Methodenhandbuch für HTA-Berichte. Übersicht zu nationalen und internationalen HTA-Methodenhandbüchern. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich BIQG.
- Hoyle M. 2011:** Accounting for the Drug Life Cycle and Future Drug Prices in Cost-Effectiveness Analysis, *Pharmacoeconomics*, 29 1:1-15.
- Hrinda St. 2007:** The Oregon Health Plan. MPHP439.
- Hurst SA et al., 2007a:** Die Realität der ärztlichen Rationierung am Krankenbett am Beispiel von vier europäischen Ländern. Ergebnisse einer empirischen Studie. In: Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, Beiträge zur Debatte in der Schweiz. Basel 2007.
- Hurst SA et al., 2007b:** Übersicht über die ethische Literatur. In: Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen: Einschätzung und Empfehlungen. SAMW, Basel, 2007.

- Huwiler K., Egger M. 2003:** Soziale Unterschiede und Gesundheit. *Managed Care Schweizer Zeitschrift für Managed Care, Public Health, Gesundheits- und Sozialökonomie*. Ausgabe 5.
- IQWiG Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2009a:** Kosten und Nutzen in der Medizin. Die Analyse von Effizienzgrenzen: Allgemeine Methoden zur Bewertung von Verhältnissen zwischen Nutzen und Kosten. Stand 19.10.2009.
- IQWiG Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2009b:** Allgemeine Methoden zur Bewertung von Verhältnissen zwischen Nutzen und Kosten. Version 1.0 vom 12.10.2009.
- IQWiG Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2009c:** Würdigung der Stellungnahmen zum Entwurf einer Methodik für die Bewertung von Verhältnissen zwischen Nutzen und Kosten im System der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung Version 2.0. Version 1.0 vom 12.10.2009.
- Junod V., Wasserfallen JB. 2011:** Rationnement des soins: le TF joue enfin cartes sur table. *Commentaire de l'ATF 136 V 395*.
- Kapiriri L., Norheim O.F., Martin D.G. 2009:** Fairness and Accountability for Reasonableness. Do the views of priority setting decision makers differ across health systems and levels of decision making? *Social Science & Medicine*, No. 68, 766–773.
- Keller B. 2009:** Rationierung im Gesundheitswesen. Die Suche nach dem optimalen Mittelweg zwischen sozialer Gerechtigkeit und ökonomischer Effizienz.
- Kesselring F. 2011:** Kosten-/Nutzen-Beziehung im Bereich der menschlichen Gesundheit. *Entscheidungen/Jurisprudence. AJP/PJA*. 4/2011.
- Kirkdale R., Krell J., O'Hanlon Brown C., Tuthill M., Waxman J. 2010:** The Cost of a QALY. *Commentary. Q J Med* 2010, 103:715–720.
- Kozminski M.A., Neumann P.J., Nadler E.S, Jankovic A., Ubel P.A. 2010:** How Long and How Well: Oncologists' Attitudes Toward the Relative Value of Life-Prolonging v. Quality of Life-Enhancing Treatments. *Medical Decis Making* 2011, 31:380.
- Landolt H. 2009:** Öffentliches Gesundheitsrecht. *Public Health Law*. DIKE Verlag AG, Zürich/St. Gallen 2009.
- Laschet H. 2010:** Hintergrund: Kosten-Nutzen-Bewertung: Experten liefern Blaupause für einen Neustart. *Ärzte Zeitung Verlags-GmbH* vom 17.3.2010.
- Littlejohns P., Garner S. 2009:** Report of Threshold Workshop. National Institute for Health and Clinical Excellence, Special Health Authority, Item 8.

- Lübbe W. 2010:** Ethik der Medizin. Sollte sich das IQWiG auf indikationsübergreifende Kosten-Nutzen-Bewertungen mittels des QALY-Konzepts einlassen? Deutsche Medizinische Wochenschrift, 2010; 135:582–585.
- Mack E. 2001:** Rationierung im Gesundheitswesen – ein wirtschafts- und sozialetisches Problem. Ethik in der Medizin, 2001, 13:17-32.
- Marckmann G. 2008:** Wir brauchen faire Entscheidungsverfahren. Ethik der Kosten-Nutzen-Bewertung medizinischer Massnahmen. Unterlagen zum Workshop in Berlin am 28. Januar 2008.
- Marckmann G., Siebert U. 2002:** Prioritäten in der Gesundheitsversorgung: Was können wir aus dem Oregon Health Plan lernen? Deutsche Medizinische Wochenschrift, 127:1601–1604.
- Mathwig F. 2007:** Ethische Rationierung. Sozialethische Überlegungen zur Rationierungsdiskussion im Gesundheitswesen. In: Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz. Basel 2007.
- McCabe C., Claxton K., Culyer A.J. 2008:** The NICE Cost-Effectiveness Threshold What it is and What that Means. Pharmacoeconomics 2008, 26, 9:733-744.
- Medical Board 2009a:** Beurteilung medizinischer Verfahren. Methodischer Ansatz, Stand vom 30. April 2009. Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.
- Medical Board 2009b:** Einsatz von Bevacizumab bei der Behandlung von metastasiertem Dickdarmkrebs. Bericht vom 30. April 2009, Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.
- Medical Board 2011:** Kombinierte Positronenemissions- und Computertomographie (PET/CT) bei Diagnostik und Staging der Lungentumoren Bericht vom 31. Januar 2011, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK).
- Menon D., Stafinski T., Martin D. 2007:** Priority-setting for healthcare: Who, how, and is it fair? Health Policy 84, 220–233.
- Mitton C., Donaldson C. 2002:** Setting priorities in Canadian regional health. Health Policy, 60 2002 39–58.
- Morland B.:** The Norwegian Council for Quality Improvement and Priority Setting in Health Care. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.
- Nadig J. 2008:** Verdeckte Rationierung dank Wirtschaftlichkeitsverfahren? Schweizerische Ärztezeitung. 2008;89: 20.
- Nass E. 2009:** Rationierung im Gesundheitswesen: ökonomisch – ethisch – christlich. Eine Entscheidungshilfe im Dilemma. Lebendiges Zeugnis 64.
- National Institute for Health and Clinical Excellence 2004:** Guide to the Methods of Technology Appraisal.

- National Institute for Health and Clinical Excellence 2008:** Guide to the Methods of Technology Appraisal.
- Neumann P.J., Greenberg D. 2009:** Is The United States Ready for QALYs? Perspektive. Project HOPE–The People-to-People. Health Foundation, Inc. DOI 10.1377/hlthaff.28.5.1366.
- Niemietz K.:** How Much for a Year of Life. The Cost Threshold Discussion in Health Technology Assessment. Stockholm Network.
- Oberlander J. 2006:** Health Reform Interrupted. The Unraveling Of The Oregon Health Plan. *Health Affairs*, 26, no 1, 2007, w96-w105.
- Pauly MV. 1995:** Valuing health care benefits in money terms. In: Sloan, F.A., Hrsg., Valuing health care: costs, benefits, effectiveness of pharmaceuticals and other medical technologies Cambridge.
- Pouvourville, G. de, 2010:** A French approach to cost-effectiveness analysis? *European Journal of Health Economics*, Nr. 11: 521-523.
- Preusker U.K. 2004:** Offene Priorisierung als Weg zu einer gerechten Rationierung. Aufsätze. *GGW* 2/2004, April, 4. Jg.
- Preusker U.K., 2007:** Priorisierung statt verdeckter Rationierung. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 104, Heft 14, 6. April 2007.
- Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen:** Einschätzung und Empfehlungen. Bericht der Arbeitsgruppe «Rationierung» im Auftrag der Steuerungsgruppe des Projektes Zukunft Medizin Schweiz. Basel im Juli 2007.
- Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag, 2008.** Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften und der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, Hrsg.
- Rocchi A., Menon D., Verma S., Miller E. 2004:** The Role of Economic Evidence in Canadian Oncology Reimbursement Decision-Making: To Lambda and Beyond. *Value in Health*, Volume 11, Number 4, 2008.
- Rochaix L., Xerri B. 2009:** National Authority for Health: France. *The Commonwealth Fund*. pub. 1295 Vol. 58.
- Rothgang H. 2007:** Gesundheitsökonomische Evaluation im Gesundheitswesen. Akzeptanz von Kosten-Nutzen-Analysen. *Gesundheitspolitisches Kolloquium*. Sommersemester 2007. 3. Juli 2007.
- Sabik L.M., Lie R.K. 2008:** Priority Setting in Health Care: Lessons from the Experiences of Eight Countries. *International Journal for Equity in Health* 2008, 7:4.
[<http://www.equityhealthj.com/content/7/1/4>]

- Santos-Eggimann B. 2007:** Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen aus dem Blickwinkel des Gesundheitswesens. In: Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen: Einschätzung und Empfehlungen. SAMW, Basel.
- Sax A. 2007:** Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen aus dem Blickwinkel der Ökonomie. In: Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen: Einschätzung und Empfehlungen. SAMW, Basel.
- Schöffski O. 2008:** Nutzentheoretische Lebensqualitätsmessung. In: Schöffski, Graf v.d. Schulenberg Hrsg., 2008: Gesundheitsökonomische Evaluationen. Springer Verlag.
- Schöffski O., Schumann A. 2007:** Das gesundheitsökonomische Schwellenwert-Konzept: Wie viel darf ein QALY kosten? IMPLICONplus, Gesundheitliche Analysen, 1/2007.
- Schöffski O., Schumann A. 2008:** Das Schwellenwertkonzept. In: Schöffski, Graf v.d. Schulenberg Hrsg. 2008: Gesundheitsökonomische Evaluationen. Springer Verlag.
- Schwappach D. 2008:** Akzeptanz in der Bevölkerung ist notwendig. Ethik der Kosten-Nutzen-Bewertung medizinischer Massnahmen. Unterlagen zum Workshop in Berlin am 28. Januar 2008.
- Schweizerisches Tropeninstitut, Dialog Ethik, Interdisziplinäres Institut für Ethik im Gesundheitswesen 2001:** Mittelverteilung im schweizerischen Gesundheitswesen. Fakten und Analysen. Situationsanalyse, Entscheidungsmechanismen und Handlungsoptionen am Beispiel der Kantone Zürich und Basel Stadt. Schopper D., Baumann-Hölzle R., Tanner M., Hrsg.
- Sen A. 2000:** Der Lebensstandard: Interessen und Fähigkeiten. Der Lebensstandard, Hamburg 2000.
- Simoens S. 2010:** Health Economic Assessment: Cost-Effectiveness Thresholds and Other Decision Criteria. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2010, 7, 1835-1840.
- Sorensen C., Drummond M., Kanavos P. 2008:** Ensuring Value for Money in Health Care – The role of health technology assessment in the European Union.
- Sorenson C. 2010:** Use of Comparative Effectiveness Research in Drug Coverage and Pricing Decisions: A Six-Country Comparison. The Commonwealth Fund. Vol. 91.
- Sorenson, C. und M. Drummond, 2008:** Ensuring Value for Money in Health Care. The Role of Health Care Technology Assessment in the European Union. European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Series No. 11.
- Sorenson, C., 2010:** Use of Comparative Effectiveness Research in Drug Coverage and Pricing Decision: A Six-Country Comparison. The Commonwealth Fund, Pub.1420, Vol. 91: 1-13.

- Stabler J., Rothgang H. 2010:** Rationalisierung und Priorisierung im Gesundheitssystem. Internationale Erfahrungen. GGW 2010, Jg. 10, Heft 1, Januar.
- Towse A. et al., 2002:** Cost-Effectiveness Thresholds: Economic and ethical issues, London.
- Towse A., Raftery J. 2009:** Should NICE's threshold range for cost per QALY be raised? BMJ, 31 January 2009, Volume 338.
- Ungar W.J. 2011:** Challenges in Health State Valuation in Paediatric Economic Evaluation. Are QALYs Contraindicated? Pharmacoeconomics.
- Wasserfallen JB., Junod V. 2011:** Rationierung der Behandlungen: Was bedeutet der Bundesgerichtsentscheid Myozyme?
- Weinstein M., Zeckhauser T. 1973:** Critical Ratios and Efficient Allocation. Journal of Public Economics 2.
- Winkelhage J. 2011:** Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung. Eine empirische Untersuchung über die Verteilungspräferenzen medizinischer Laien. Jacobs University, May 16, 2011. FOR 655.
- Zentner A., Velasco-Garrido M., Busse R. 2005:** Methoden zur vergleichenden Bewertung pharmazeutischer Produkte. Eine internationale Bestandsaufnahme zur Arzneimittel-evaluation. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information Hrsg.
- Zentrale Ethikkommission, 2007:** Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur Priorisierung medizinischer Leistungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung GKV. Langfassung.
- Zimmermann-Ackli M. 2007a:** Rationierung im ethischen Disput. Positionen und Argumente. In: Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, Beiträge zur Debatte in der Schweiz. Basel 2007.
- Zimmermann-Acklin M. 2007b:** Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen aus dem Blickwinkel der Ethik. In: Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen: Einschätzung und Empfehlungen. SAMW, Basel, 2007.
- Zimmermann-Acklin M. 2011:** Nutzenmaximierung – ein notwendiges aber nicht hinreichendes Prinzip. SAEZ 52.