



Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen: Einschätzung und Empfehlungen

Bericht der Arbeitsgruppe «Rationierung» im Auftrag der Steuerungsgruppe des
Projektes «Zukunft Medizin Schweiz»

Basel, im Juli 2007

Herausgeber

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW

Bezug

Schweizerische Akademie der
Medizinischen Wissenschaften (SAMW)
Petersplatz 13
4051 Basel
Tel. +41 (0)61 269 90 30
Fax +41 (0)61 269 90 39
mail@samw.ch

Der vorliegende Bericht kann in deutscher oder französischer Sprache als pdf-Dokument bezogen werden unter www.samw.ch (->Projekte).

Dort ist auch eine Zusammenfassung in Deutsch oder Französisch als Separatdruck erhältlich. Die Zusammenfassungen in Italienisch oder Englisch sind ebenfalls als pdf-Dokument unter www.samw.ch erhältlich.

© SAMW/ASSM 2007

Teil 1: Beschreibung	
A. Auftrag, Zusammensetzung und Vorgehen der Arbeitsgruppe	5
B. Ist die Rationierung ein relevantes Thema der politischen Gesundheitsdebatte?	7
C. Definitionen von «Rationierung»	9
– Polemische Definitionen	
– Unterscheidende Definitionen	
– Beschreibende Definitionen	
D. Unterschiedliche Perspektiven der Disziplinen	15
1. Aus dem Blickwinkel der Ökonomie (Anna Sax)	
2. Aus dem Blickwinkel des Gesundheitswesens (Brigitte Santos-Eggimann)	
3. Aus dem Blickwinkel der Klinik (i): Krankenpflege (Pierre Théraulaz)	
4. Aus dem Blickwinkel der Klinik (ii): Palliativmedizin (Roland Kunz)	
5. Aus dem Blickwinkel der Klinik (iii): Geriatrie (Daniel Grob)	
6. Aus dem Blickwinkel der Klinik (iv): Chirurgie (Daniel Candinas)	
7. Aus dem Blickwinkel des Rechts (Olivier Guillod)	
8. Aus dem Blickwinkel der Ethik (Markus Zimmermann-Acklin)	
9. Aus gesellschaftspolitischer Sicht (Bruno Kesseli)	
E. Merkmale des schweizerischen Gesundheitssystems	41
– Budget	
– Finanzierung	
– Politische und administrative Organisation	
– Perspektiven	
F. Literaturübersicht	45
– Ethik (Samia Hurst und Markus Zimmermann-Acklin)	
– Ökonomie (Anna Sax)	
– Recht (Olivier Guillod)	
– Schweiz (Fred Paccaud)	

Teil 2: Einschätzung	
G. Existiert Rationierung in der Schweiz?	67
– Arbeiten über die Angemessenheit der Gesundheitsversorgung im Hinblick auf die Rationierung: die Studien Seematter L et al. Intern J Qual Health Care 1999 und Vader JP et al. Gastrointest Endosc 2000	
– Domenighetti, G et al. Definition der Prioritäten im Gesundheitswesen und Rationierung. Die Meinung der Schweizer Bevölkerung, der Spitalverwaltungen sowie der kantonalen Gesundheitsdepartemente. Heft Nr. 00.01, Januar 2000	
– Schopper D et al. Mittelverteilung im schweizerischen Gesundheitswesen. Befunde und Empfehlungen. Schweizerisches Tropeninstitut und Dialog Ethik 2001	
– RICH-Pflege-Studie: Rationierung der Pflege in der Schweiz: Auswirkungen der Pflegerationierung auf Patienten und Pflegeleistung. BAG 2005.	
– Santos-Eggimann B. Gibt es Evidenz für implizite Rationierung im schweizerischen System der Gesundheitsversorgung? IUMSP 2005	
– Hurst S et al. Prevalenz und Determinanten ärztlicher Rationierung: Europäische Zahlen. Journal of General Internal Medicine 2006	
H. Einige Überlegungen zur künftigen Entwicklung des schweizerischen Gesundheitssystems	85
I. Ethische Überlegungen: Gerechtigkeit beim Zugang zur Gesundheitsversorgung	91

Teil 3: Empfehlungen	97
-----------------------------	-----------

A. Auftrag, Zusammensetzung und Vorgehen der Arbeitsgruppe

Der Bericht «Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts» äussert sich mehrfach zur Frage der gerechten Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen. Drei der zwölf im Bericht genannten Aufgaben gelten diesem Themenbereich:

- Aufgabe 10: Die in der Medizin Tätigen übernehmen Mitverantwortung für Qualität und Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens und eine gerechte Verteilung der verfügbaren Mittel.
- Aufgabe 11: Prioritätensetzungen und allfällige Rationierungsentscheide müssen transparent erfolgen sowie den Werten und Zielen der Medizin Rechnung tragen.
- Aufgabe 12: Im Gesundheitswesen gewährleisten monetäre und nicht-monetäre Anreize Qualität und Wirtschaftlichkeit des medizinischen Handelns.

Die Steuerungsgruppe hat deshalb beschlossen, dieses Thema zu einem Schwerpunkt des Projektes «Zukunft Medizin Schweiz» zu machen und eine Arbeitsgruppe mit folgendem Auftrag einzusetzen:

1. Die AG gibt zuhanden der Trägerorganisationen des Projektes ZMS (d.h. SAMW, FMH, Medizinische Fakultäten und SBK-ASI) eine **Beschreibung** ab,
 - a. wie sie die Relevanz der Thematik «Rationierung» in der Schweiz sieht;
 - b. welche Definitionen von Rationierung existieren;
 - c. welche die relevante Literatur ist zum Thema;
 - d. wie das Gesundheitswesen aktuell finanziert wird;
 - e. wo bzw. warum im Gesundheitswesen Probleme bestehen bei der Zuteilung von personellen, strukturellen und finanziellen Ressourcen.
2. Die AG gibt zuhanden der Trägerorganisationen des Projektes ZMS eine **Einschätzung** ab,
 - a. ob in der Schweiz bereits Formen von Rationierung bestehen und falls ja, welche;
 - b. ob es im Gesundheitswesen ein Gerechtigkeitsproblem gibt oder in absehbarer Zukunft geben wird;
 - c. wie sich im Gesundheitswesen Nachfrage, Bedürfnisse und Ressourcen voraussichtlich weiterentwickeln werden.
3. Die AG gibt zuhanden der Trägerorganisationen des Projektes ZMS **Empfehlungen** ab,
 - a. welche Terminologie in Zukunft sinnvollerweise zu verwenden ist;
 - b. ob die SAMW Richtlinien zum Thema «Prioritätensetzung in der Medizin» ausarbeiten soll;
 - c. in welcher anderen Form die Trägerorganisationen allenfalls aktiv werden sollen.

Dieser Arbeitsgruppe gehören folgende Personen an:

Prof. Fred Paccaud, Lausanne, Vorsitz

Dr. Hermann Amstad, Basel

Prof. Daniel Candinas, Bern

Dr. Daniel Grob, Zürich

Prof. Olivier Guillod, Neuchâtel

Dr. Samia Hurst, Genève

Dr. Bruno Kesseli, Basel

Dr. Roland Kunz, Affoltern a. A.

Prof. Brigitte Santos, Lausanne

lic. oec. publ. Anna Sax, Zürich

Prof. Peter Suter, Genf, Mitglied Steuerungsgruppe

Pierre Théraulaz, Belmont-sur-Lausanne

Dr. Markus Zimmermann, Luzern

B. Ist die Rationierung ein relevantes Thema der politischen Gesundheitsdebatte?

Noch bevor man überhaupt die Problematik definiert und die Debatte strukturiert, muss man sich die Frage nach der Relevanz der Debatte stellen: Inwiefern stellt die Rationierung für eine Organisation wie die SAMW einen Diskussionsgegenstand dar? Oder anders gefragt: Ist die Rationierung mehrheitlich ein journalistisches Thema, ist sie von mittlerer Relevanz oder hat sie eine grosse Bedeutung?

Der hohe Stellenwert der Rationierungsdiskussion in einem Gesundheitssystem kann zwei Ursachen haben. Zuerst kann man eine Kluft feststellen zwischen dem, was man gerne machen können würde und dem, was mit den verfügbaren Mitteln möglich ist. Die Diskussion der Rationierung drängt sich also auf, um eine möglichst legitime und gerechte Verteilung der Ressourcen zu begünstigen, denn diese sind nicht ausreichend für alles, was man vorhat.

Wenn die Ressourcen zu genügen scheinen, um das sicherzustellen, was man unternehmen will, ist die Diskussion weniger dringend und mag vielleicht sogar überflüssig erscheinen. Sie bleibt jedoch wichtig. Die Definition von «dem, was man machen will» ist nämlich sehr viel problematischer als es erscheinen mag. Alles zu machen, ist unmöglich. Die wahre Frage ist nicht, zu wissen, ob eine Grenze gesetzt werden soll, sondern, welche Grenze zu setzen ist, und insbesondere, wie sie gesetzt werden soll.

Das ist ein schwieriges Problem, denn wir haben nicht alle die gleiche Vorstellung davon, was «angemessen» ist. Um es noch zu erschweren, haben wir die unangenehme, aber verständliche Tendenz, unsere Haltung dazu anzupassen, je nachdem, ob wir Patienten sind, die eine medizinische Behandlung benötigen, oder ob wir uns als Versicherte betrachten, die die Rechnung bezahlen. Die Frage des Rechts auf Festlegung der Grenze der Angemessenheit für unsere ganze Gesellschaft zieht also die Diskussion der Entscheidungslegitimität nach sich; diese ist schwierig zu führen, da diese Frage die Intimsphäre ebenso wie die öffentlichen Finanzen betrifft. Die am besten zu vertretende Grenze ist jene, die von allen betroffenen Personen als die beste angesehen werden kann, obschon sie wissen, dass sie alle riskieren, durch die Mängel des Systems benachteiligt zu werden.

Die Gesundheitsfachleute müssen sich aus drei Gründen an dieser Diskussion beteiligen: Erstens: Ob sie bereits bei der Ressourcenzuteilung eine entscheidende Rolle haben oder nicht, sie müssen bei der Umsetzung einer Beschränkung einbezogen sein. Im Alltag und Umgang mit Patienten ist auch die blosser Anwendung einer Regel mit einem Interpretationsspielraum verbunden.

Zweitens: Den Gesundheitsfachleuten jegliche Entscheidungsbefugnis zu entziehen, ist zweifellos nicht wünschenswert. Als Kenner der individuellen Merkmale der Patienten sind sie in der Lage, das zu tun, was den politischen Instanz nur mit Mühe gelingen wird: den individuellen Spezifitäten bei den Zuwendungsentscheidungen Rechnung zu tragen. Für die Definition der anzuwendenden Regeln ist zudem die Praxiserfahrung unverzichtbar; die Gesundheitsfachleute müssen ihre spezifische Expertise und ihre Wahrnehmung der klinischen Realität in die Ausarbeitung und künftige Anpassung aller Zuteilungsregeln, welche die klinische Praxis betreffen, einbringen können.

Drittens schliesslich müssen die Gesundheitsfachleute eine Meinung dazu abgeben können, inwiefern sich eine Rolle, zu der Rationierung mehr oder weniger ausgeprägt gehört, mit ihrer Berufsethik verträgt.

Fazit: Der Auseinandersetzung mit der Rationierung entgeht man nicht; das Gegenteil wäre eine Rationierung, die im Stillen passiert.

C. Definitionen von «Rationierung»

Der Begriff «Rationierung» ist ein «verdichtetes Konzept»: Es beschreibt eine Sache und gleichzeitig gibt es ein Werturteil über diese Sache ab. Da das Werturteil negativ ist, ist es verlockend, den Begriff zu verwenden, um «die Einschränkungen in der Gesundheitsversorgung, mit denen ich persönlich nicht einverstanden bin», auszudrücken.

Eine strikte Definition der Rationierung ist deshalb unerlässlich; sie ist eine Grundanforderung, damit die normative Frage der Rationierung rational diskutiert werden kann. Diese Definition behandelt die normative Frage nicht *und darf auch nicht versuchen, es zu tun*.

Um eine konstruktive (und aus ihrer Sicht notwendige) Diskussion der Rationierung in der Gesundheitsversorgung zu führen, hält sich die Arbeitsgruppe an folgende Definition:

«Rationierung umfasst implizite oder explizite Mechanismen, die dazu führen, dass einer Person eine nützliche Leistung im Rahmen der Gesundheitsversorgung nicht zur Verfügung steht.»¹

Die Literatur schlägt mehrere Definitionen vor. Die Unterscheidungen zwischen den Definitionen der Rationierung entsprechen oft einer rhetorischen Agenda. Die Rationierung ist ein negativer, emotional belasteter Begriff: Die Idee, dass sie vertretbar ist, scheint manchmal unvorstellbar. Der Gedanke, dass sie *manchmal, aber nicht immer*, vertretbar ist, scheint ebenfalls manchmal der Vorstellung zuwiderzulaufen, dass eine derart normativ belastete Handlung *als solche und unabhängig von den Umständen* entweder gut oder schlecht zu sein hat.

Grob gesagt trifft man auf drei Definitionstypen der Rationierung

- Die polemischen Definitionen geben der Rationierung einen inhärenten normativen Aspekt, der als solcher akzeptiert ist oder nicht, und vermischen folglich die Definition der Rationierung mit der normativen Debatte über die ethische Akzeptanz.
- Die unterscheidenden Definitionen charakterisieren die Rationierung gegenüber anderen ähnlichen Konzepten oder unterscheiden die verschiedenen Rationierungstypen. Ihr Ziel ist die Umschreibung der normativen Debatte oder die Charakterisierung der normativen Debatten, die in Zusammenhang mit den verschiedenen Rationierungstypen stehen. Im Gegensatz zu den polemischen Debatten streben sie nicht die Verteidigung einer Position an, sondern eher die Klärung der Debatte. Sie enthalten jedoch auch eine normative Dimension: Einmal mehr beginnt also die normative Debatte bei der Diskussion der Definitionen selbst.
- Die beschreibenden Definitionen zielen darauf ab, die normative Debatte vollständig zu vermeiden, bevor eine klare Definition vorhanden ist. Sie können mehr oder weniger breit gefasst sein und schliessen deshalb im normativen Diskussionsfeld, dem zu folgen ist, mehr oder weniger Elemente ein oder aus. Dies hat offensichtlich Auswirkungen auf die normative Diskussion und demzufolge fehlt das Normative sogar auf dieser Stufe selten vollständig.

¹ Diese Definition wurde übernommen von Ubel P., Goold S. Rationing health care. Not all definitions are created equal. Arch Intern Med 1998; 158(3):209-14: «Instead we favor a broad interpretation of health care rationing, whereby rationing encompasses any explicit or implicit measures that allow people to go without beneficial health care services.» [11]

Diese drei Beschreibungen sind «ideal-typisch»: Die Definitionen der Rationierung enthalten oftmals Elemente, die mehreren dieser Stufen entnommen wurden. Es ist jedoch sinnvoll, an diese drei Stufen zu denken, um die vorgeschlagenen Definitionen der Rationierung zu überprüfen.

Polemische Definitionen

Diese Definitionen schliessen ein *Werturteil* ein, *typischerweise die als negativ empfundene Entbehrung*. Ein Beispiel ist die Definition der Rationierung als «die ungerechte Verteilung von notwendigen Gesundheitsressourcen». Hadorn definiert die Rationierung als «the societal toleration of inequitable access to health services acknowledged to be necessary by reference to necessary-care guidelines» [1].

Eine zusätzliche Schwierigkeit dieser polemischen Definitionen besteht darin, dass im Rahmen der normativen Diskussion andere Konzepte zu Tage treten, deren Definition leicht kontrovers ist: Dies ist der Fall bei der Definition der Gerechtigkeit, der Berechtigung und selbst beim gesundheitlichen Nutzen sowie der Rolle der Medizin.

Unterscheidende Definitionen

Gemeinsames Merkmal dieser Gruppe von Definitionen ist die Ausarbeitung von Unterscheidungen, *die den Bereich dessen, was man als Rationierung versteht, abgrenzen*. Churchill beispielsweise führt eine in den USA sehr verbreitete Definition an, in der die Rationierung als Verweigerung von Ressourcen an jene verstanden wird, welche die Mittel haben, sie sich zu beschaffen [2]. Als Gegenteil dazu kann man die Rationierung als nur das betreffend, was der Solidarversicherung untersteht, definieren [3].

Von einem anderen Unterscheidungsansatz ausgehend, definiert Relman die Rationierung als die entschiedene und systematische Verweigerung gewisser Eingriffe, selbst dann, wenn ihr Nutzen bewiesen ist, aufgrund ihrer Kosten [4]. Er schliesst also nur die bewussten, systematischen Entscheide ein. Norman Daniels und James Sabin definieren die Rationierung ebenfalls durch das aktive Ziehen von Grenzen [5].

Die Rationierung wird manchmal als eine Verringerung des Zugangs zu medizinischen Eingriffen oder als die Einschränkung deren Wachstums definiert. Daniel Callahan zum Beispiel definiert die Rationierung als die Begrenzung einer potentiell unbeschränkten Nachfrage nach technologischem Fortschritt [6].

Aaron und Schwartz definieren die Rationierung als diejenige Handlung, welche die für den Erhalt von sinnvollen Ressourcen in Betracht kommenden Personen bestimmt, wenn die Ressourcen nicht ausreichen, so dass alle sie erhalten [7]: Es gibt hier also keine Rationierung ohne bewusste Personenauswahl. Evans definiert die Rationierung ebenfalls als eine Auswahl der Patienten, die eine begrenzte Ressource erhalten werden; die Definition einer Ressourcenbegrenzung basiert nicht auf der Rationierung, sondern auf der Zuteilung [8].

Andere unterscheidende Definitionen *ziehen Grenzen zwischen verschiedenen Rationierungstypen*, mit dem Ziel, getrennt über ihren normativen Wert zu debattieren. Einige unterscheiden zwischen den Entscheiden, den Zugang zu gewissen Eingriffen zu begrenzen, je nachdem ob sie bewusst und auf administrativer Stufe getroffen werden oder ob sie informell sind, indem sie nicht expliziten Entscheidungsmechanismen folgen [9, 10]. Man unterscheidet auch zwischen expliziter und versteckter Rationierung [3].

Gewisse unterscheiden zwischen der Ressourcenrationierung, deren Knappheit von einer begrenzten Finanzierung (wie die Intensivpflege, wo die Anzahl Betten durch eine grosszügigere Zuwendung steigen kann) abhängt und der Ressourcenrationierung, deren Knappheit von einer «natürlichen» Einschränkung, wie den zu transplantierenden Organen, abhängt [11].

Schliesslich kann man die notwendige Ressourcenrationierung von der Rationierung der sinnvollen aber nicht notwendigen Ressourcen unterscheiden [1, 4, 12]. Wie man gesehen hat, wird die Diskussion über die Definition der Rationierung oft mit der normativen Diskussion über deren ethische Akzeptanz vermischt.

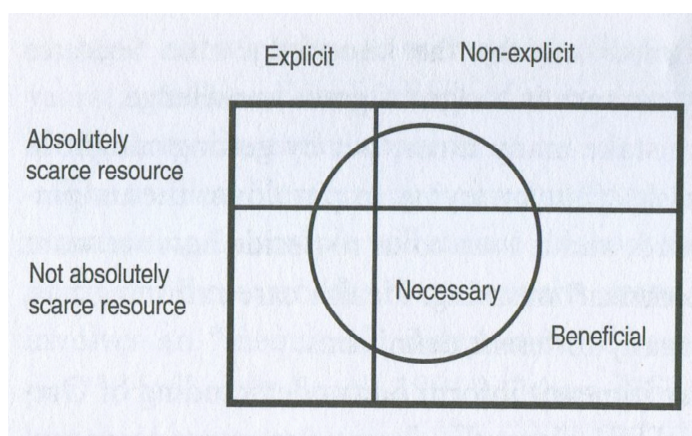
Beschreibende Definitionen

Die Rationierung als Verteilung ist ein breit gefasster und beschreibender Definitionsversuch. Gemäss diesem Ansatz ist die Rationierung ein Mechanismus der Ressourcenzuteilung. Diese sind begrenzt, weil sie nicht uneingeschränkt vorhanden sind (und nicht, weil sie tiefer sind als das, was wir vernünftigerweise wünschen [13]).

Diese beschreibende Definition erlaubt, dass gewisse Formen der Rationierung vertretbar sind und andere nicht. Die Tatsache der Rationierung ist hier unbestreitbar legitim, denn das Gegenteil davon wäre, nicht zu versuchen, die verfügbaren Ressourcen in gerechter Weise zu verteilen. Diese Definition kehrt auch die am weitesten verbreiteten Vorstellungen um, indem sie aus der Rationierung nicht nur einen harmlosen, sondern einen wünschenswerten Prozess macht.

Ein Nachteil dieser Definition dagegen ist, dass sie, indem die Debatte auf «das Innere des Globalbudgets» gerichtet wird, die normative Diskussion der Begrenzung selbst erschwert: Es kann gut oder schlecht, gerecht oder ungerecht sein, dass die Ressourcen *rund um die gegenwärtige Schwelle* begrenzt werden. Diese Definition vermeidet jene Diskussion.

Peter Ubel und Susan Goold definieren die Rationierung als *jeden impliziten oder expliziten Mechanismus, der dazu führt, dass Personen einen potenziell Nutzen bringenden Eingriff nicht erhalten* [11]. Indem sie diese Definition weiterführen, verwerfen die Verfasser die von anderen gemachten Unterscheidungen. Sie fassen sie durch das unten stehende Schema zusammen. Gemäss ihrer Meinung kann keine dieser Grenzen exakt gezogen werden.



Quelle: [12]

Die vertikale Linie in der Abbildung unterteilt medizinische Behandlungen in zwei Kategorien: Links finden sich diejenigen, welche explizit beschränkt sind, rechts diejenigen, welche nicht-expliziten Limitierungen unterliegen. Durch die horizontale Linie werden die absolut knappen Ressourcen (oben) von den ausreichend vorhandenen Ressourcen getrennt (unten). Innerhalb des Kreises liegen Behandlungen, die als notwendig erachtet werden, ausserhalb diejenigen, welche als begünstigend, aber nicht notwendig beurteilt werden.

Diese beschreibende Definition ist auf der normativen Ebene noch «enthaltssamer» als die vorangegangene. Gemäss dieser Definition ist die Rationierung, rein theoretisch, zwangsläufig legitim. Das Gegenteil wäre, uneingeschränkte Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

Hingegen und im Gegensatz zur vorangegangenen Definition legitimiert sie keine spezifischen Restriktionen in einem Kontext, bei dem die Medizin selbst in ihren Fähigkeiten eingeschränkt wird. Diese Definition lässt demnach die Frage offen, ob die «angemessene Grenze» durch die heutige Medizin überschreitbar ist oder nicht: Sie lässt also die normative Frage der angemessenen Begrenzung offen.

Das Problem dieser Definition ist ihre normative Enthaltssamkeit: Die Anzahl der Fragen, die zu lösen bleiben, wenn diese Definition einmal aufgestellt ist, bleibt hoch. Ein anderer Nachteil ist, dass sie auf dem Begriff des gesundheitlichen Nutzens beruht, der ebenfalls ein heikel anzuwendender Ausdruck ist. Nebst den anderen Nachteilen dieser Definition verweist sie auf die Fachleute des Gesundheitsversorgungssystems, und es ist nicht sicher, ob sie vom juristischen Standpunkt her leicht anwendbar ist. Andernteils verlangt diese Definition, sich darauf zu einigen, was ein Nutzen ist.

Obwohl breit gefasst, ist die Definition von Peter Ubel und Susan Goold trotz allem am besten geeignet, um eine konstruktive Diskussion der Rationierung in der Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Es ist deshalb diejenige, die hier festgehalten wird: **Rationierung umfasst implizite oder explizite Mechanismen, die dazu führen, dass einer Person eine nützliche Leistung im Rahmen der Gesundheitsversorgung nicht zur Verfügung steht** [11]. Bei der Anwendung dieser Definition sollte präzisiert werden, ob darunter ein bestimmter Rationierungstyp verstanden wird oder eine Rationierung, die gemäss einem spezifischen Prozess, unter bestimmten Umständen, stattfindet. Es ist auch wichtig, sich bewusst zu sein, dass der Rationierungsbegriff nicht der einzige ist, der eine Grauzone beinhalten kann.

Literaturangaben

- 1 Hadorn DC, Brook RH. The health care resource allocation debate. Defining our terms. *Jama* 1991;266(23):3328-31.
- 2 Churchill L. *Rationing Health Care in America*. Notre Dame: University of Notre Dame Press; 1987.
- 3 Zimmermann-Acklin M. [Health care rationing in Switzerland – ethical considerations]. *Dtsch Med Wochenschr* 2005;130(41):2343-6.
- 4 Relman AS. Is rationing inevitable? *N Engl J Med* 1990;322(25):1809-10.
- 5 Daniels N, Sabin J. *Setting Limits Fairly. Can We Learn to Share Medical Resources?* Oxford: Oxford University Press; 2002.
- 6 Callahan D. Rationing medical progress. The way to affordable health care. *N Engl J Med* 1990;322(25):1810-3.

- 7 Aaron H, Schwartz WB. Rationing health care: the choice before us. *Science* 1990;247(4941):418-22.
- 8 Evans RW. Health care technology and the inevitability of resource allocation and rationing decisions. Part II. *Jama* 1983;249(16):2208-19.
- 9 Hall MA. The problems with rule-based rationing. *J Med Philos* 1994;19(4):315-32.
- 10 Mechanic D. Muddling through elegantly: finding the proper balance in rationing. *Health Aff (Millwood)* 1997;16(5):83-92.
- 11 Ubel PA, Goold SD. 'Rationing' health care. Not all definitions are created equal. *Arch Intern Med* 1998;158(3):209-14.
- 12 Ubel P. *Pricing Life: Why It's Time for Health Care Rationing*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press; 2001.
- 13 Pollock AM. Rationing health care: from needs to markets? The politics of destruction: rationing in the UK health care market. *Health Care Anal* 1995;3(4):299-308; discussion 309-14.

D. Unterschiedliche Perspektiven der Disziplinen

Rationierung wird von den Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen unterschiedlich wahrgenommen, in den verschiedenen Fachrichtungen unterschiedlich betrachtet und kann nur in einem interdisziplinären Rahmen weiterführend diskutiert werden. Der Darstellung der unterschiedlichen Betrachtungsweisen hat die Arbeitsgruppe im Bericht breiten Raum gewidmet.

1. Aus dem Blickwinkel der Ökonomie (Anna Sax)

Die ökonomische Theorie hat einen breiten Rationierungsbegriff: Überall dort, wo Güter nicht in unbegrenzter Menge zur Verfügung stehen, müssen Entscheidungen über deren Verteilung getroffen werden. Individuen treffen Kaufentscheidungen und verzichten dabei – implizit oder explizit – auf Alternativen. Regierungen treffen Investitionsentscheidungen zu Gunsten von Bildung, Infrastruktur, Verteidigung oder Gesundheit. Kollektive müssen Verfahren finden für die Zuteilung der knappen Ressourcen auf Individuen oder Gruppen. Die Ökonomie hat Methoden entwickelt, mit deren Hilfe Allokationsentscheidungen im Gesundheitswesen, die nicht über den Preismechanismus zu regeln sind, dennoch auf eine rationale Basis gestellt werden sollen.

Viele Allokationsverfahren – viele Rationierungsvarianten

Es gibt zwei Entscheidungsebenen, die bei der Zuteilung knapper Ressourcen eine Rolle spielen: Erstens die Wahl zwischen alternativen Mittelzuteilungen (wo werden wie viele Mittel eingesetzt?) und zweitens die Wahl des Allokationsverfahrens (aufgrund welcher Regeln werden Mittel zugeteilt?). In der ökonomischen Literatur werden verschiedene Allokationsverfahren gleich gesetzt mit verschiedenen Rationierungsvarianten. So gibt es Warteschlangen, Gutscheine, Zertifikate, Lotterien, Hierarchien oder Enteignungen, um nur einige Beispiele zu nennen [1]. Sie alle haben gemeinsam, dass sie aus ökonomischer Sicht mit grösster Wahrscheinlichkeit zu Ineffizienzen führen, da die Zahlungsbereitschaft bei der Mittelzuteilung keine Rolle spielt. Das heisst, entweder wäre mit den eingesetzten Ressourcen ein grösserer oder mit kleinerem Ressourceneinsatz ein vergleichbarer Gesamtnutzen zu realisieren.

Das aus ökonomischer Sicht überlegene und einzig rationale Allokationsverfahren, der Markt, geniesst im realen Leben wenig Vertrauen und wird insbesondere dort, wo es um «Service Public»-Leistungen wie Mobilität, Bildung und Gesundheit geht, meist ausser Kraft gesetzt. Grund für das Versagen des Marktmechanismus ist einerseits das Fehlen wichtiger Grundbedingungen wie eine genügend grosse Zahl von Anbietenden und Nachfragenden, flexible Preise und vollständige Information aller Marktteilnehmenden. Gerade letztere Bedingung ist trotz (oder gerade wegen) grossem Werbeaufwand und intensiver Medien- und Internetnutzung kaum je erfüllt: «Die Individuen wissen nicht immer, was sie wollen; sie werten im Zuge ihrer Entscheidungen in unterschiedlicher Weise; und sie wissen oft nicht, was los ist» [2]. Andererseits werden Marktmechanismen und Zahlungsbereitschaft als Zuteilungskriterien vielfach als «ungerecht» empfunden, die landläufige Vorstellung vom «gerechten Preis» hat meist wenig mit marktwirtschaftlichen Prozessen zu tun. Mit anderen Worten: Investitions- und Kaufentscheidungen werden kaum je aufgrund rationaler, wertungsfreier Kriterien getroffen. Wer Gesundheitsleistungen nachfragt, befindet sich zudem oft in einer Situation von Angst und Not, und Stresssituationen fördern verständlicherweise nicht die im ökonomischen Sinne rationale Entscheidungsfindung.

Die Ökonomie verfügt zwar über eine Theorie zur effizienten Mittelallokation; sie kann Aussagen darüber machen, bei welcher Konstellation von Menge und Preis der volkswirtschaftliche Nutzen am grössten ist. Sie hat aber keinen Gradmesser für «Gerechtigkeit»: Die Frage der Verteilungsgerechtigkeit überlässt sie dem politischen Aushandlungsprozess.

Die Argumente der Ökonomie

ÖkonomInnen haben dennoch gute Gründe, sich in der Diskussion um die Rationierung im Gesundheitswesen zu Wort zu melden. Sie haben verschiedene Instrumente entwickelt, um die rationale Entscheidungsfindung über die Ressourcenallokation im Gesundheitswesen zu unterstützen. Ziel der ökonomischen Verfahren ist es, den Gesamtnutzen der verfügbaren medizinischen Leistungen möglichst zu maximieren.

Bei der Frage, wie viel eine Gesellschaft bereit ist, ins Gesundheitswesen zu investieren, spielen die Opportunitätskosten eine entscheidende Rolle. Zusätzliche öffentliche Ausgaben für die Gesundheit müssen in einem anderen Bereich eingespart werden, sofern die Steuereinnahmen konstant bleiben. Gleiches gilt für die privat finanzierten Gesundheitskosten: Wenn die Krankenversicherungsprämien ein sehr hohes Niveau erreichen, werden manche Leute deswegen auf eine grössere Wohnung oder teure Freizeitaktivitäten verzichten müssen. Es stellt sich die Frage, wie viel den Leuten die Gesundheit bzw. der Ausbau des Gesundheitswesens wirklich wert ist und wo der Verzicht auf andere Güter beginnt, diesen Wert zu eliminieren. Mit dem Konzept der Zahlungsbereitschaft verfügt die Ökonomie über ein Instrument zur Beantwortung dieser Frage.

Weiter hat die Ökonomie Evaluationsverfahren entwickelt [3], die es erlauben, das Verhältnis von Kosten und Ergebnis verschiedener Interventionen zu vergleichen und damit auf einer objektiven Basis Prioritäten zu setzen. Das in der Gesundheitsökonomie am häufigsten angewandte Verfahren ist die Kosten-Nutzwert-Analyse¹. Sie setzt die Kosten einer medizinischen (oder pflegerischen) Intervention ins Verhältnis mit den gewonnenen Lebensjahren, gewichtet mit der Lebensqualität. Die so ermittelten «Quality Adjusted Life Years» (QALY) bilden das Mass für den Nutzwert einer Intervention². Je höher der Nutzwert einer für eine bestimmte Therapie eingesetzten Geldeinheit ist, desto weiter oben steht diese Therapie auf der Prioritätenliste der Gesundheitsleistungen. Werden kollektiv finanzierte Gesundheitsleistungen nach ihrem Nutzwert pro eingesetztem Franken priorisiert, spricht die Ökonomie von «rationaler Rationierung» [4].

Grundversorgung und «rationale Rationierung»

In praktisch allen Gesundheitssystemen der westlichen Industrieländer gibt es einen kollektiv finanzierten Teil des Gesundheitswesens, der für alle BürgerInnen eine Grundversorgung an medizinischen Leistungen garantiert. Diese Grundversorgung wird entweder über Steuern, Lohnabzüge oder andere allgemeine Abgaben finanziert – in der Schweiz über die Prämien der obligatorischen Krankenversicherung. Die ÖkonomInnen führen einen Teil der Kostensteigerungen im Gesundheitswesen darauf zurück, dass die kollektive Finanzierung «Moral hazard» provoziert: Weil sie nicht direkt dafür bezahlen müssen, nehmen die Leute mehr Leistungen in Anspruch, als sie eigentlich benötigen würden. Kostenbeteiligungen sollen die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steuern, wobei ihre Wirkungen allerdings

¹ Weitere Formen der gesundheitsökonomischen Evaluation sind Kosten-Nutzen-Analyse und Kosten-Effektivitäts-Analyse.

² Zum Beispiel kann ein Jahr Weiterleben bei voller Gesundheit mit 1 bewertet werden, ein im Rollstuhl verbrachtes Jahr dagegen nur mit 0.5.

umstritten sind [5]. Trotz der aus ökonomischer Sicht unerwünschten Marktverzerrungen, die mit dem Ausschalten des Preismechanismus einhergehen, bestreiten auch ÖkonomInnen die Notwendigkeit einer kollektiv finanzierten Grundversorgung kaum und nehmen damit Rationierung in Kauf³. Die Behandlungskosten vieler Krankheiten sind für Einzelne untragbar, und es besteht ein gesellschaftlicher Konsens darüber, dass Solidarität in der Gesundheitsversorgung spielen muss. Umstritten sind einzig Umfang und Zusammensetzung des Grundleistungskatalogs.

Von Rationierung im Gesundheitswesen spricht die Ökonomie in der Regel dann, wenn der kollektiv finanzierte Grundleistungskatalog von Einschränkungen betroffen ist⁴. Hier gibt es die Möglichkeit, auf der Makroebene zu rationieren, d.h. mittels Kapazitätseinschränkungen oder Globalbudgets. Das hat den Vorteil, dass zum Zeitpunkt des Rationierungsentscheidendes Unklarheit darüber besteht, wer letztlich wie stark davon betroffen sein wird. Andererseits bedeuten Einschränkungen auf der Makroebene oft längere Wartezeiten, wie die Beispiele von Grossbritannien und Kanada zeigen [4]. Einzelne Ökonomen betrachten diese Art der Rationierung wegen der Anonymität der Betroffenen als die einzig praktikable Methode [z.B. 6]. Die meisten befürworten jedoch den Ein- und Ausschluss von Leistungen nach «rationalen», expliziten und nachvollziehbaren Kriterien, teils in Kombination mit Globalbudgets.

Schwierigkeiten in der Umsetzung

Die Umsetzung einer «rationalen Rationierung» ist mit Problemen konfrontiert, die in der Theorie zwar vielfach besprochen, in der Praxis aber bisher kaum befriedigend gelöst sind. So müsste als erstes die Zahlungsbereitschaft der Individuen für die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen ermittelt werden, um Informationen zu erhalten über die Präferenzen in der Bevölkerung. In der Schweiz stellte 2004 die «Plaut-Studie» einen Versuch dar, den monetären Wert von Leistungen der Grundversicherung zu messen [7]⁵. Bei der Bewertung von Lebensjahren gibt es Anhaltspunkte, die teils über indirekte Methoden ermittelt wurden⁶. Verschiedene Befragungen und Untersuchungen kommen auf Bewertungen zwischen US\$ 100'000.- und 300'000.- pro gewonnenes Lebensjahr [4]. Generell ist die Präferenzmessung im Gesundheitswesen jedoch ein schwieriges Unterfangen, weil den meisten Leuten eine monetäre Bewertung von Gesundheitsnutzen – insbesondere ihres eigenen – äusserst schwer fällt. Dass ökonomische Rationalität im Gesundheitswesen einen schweren Stand hat, zeigt sich auch in heftigen Reaktionen von Menschen und Medien auf tragische Einzelfälle, wo z.B. medizinische Hilfe aus Kostengründen verweigert wird. Die «Rule of rescue», die Verpflichtung, das hier und jetzt bedrohte Menschenleben zu retten, koste es was es wolle, setzt letztlich alle Effizienz- und Nutzwertanalysen ausser Kraft.

ÖkonomInnen versuchen, das Problem der unklaren Zahlungsbereitschaft zu umgehen, indem sie die Kosten-/Nutzwertverhältnisse verschiedener medizinischer Interventionen miteinander vergleichen und in eine Rangfolge bringen. Das Problem beginnt mit der Ermittlung der Kosten: Sollen nur die direkten Kosten der Intervention berücksichtigt werden oder auch indirekte Kosten wie Erwerbsausfall oder Betreuungsleistungen von Angehörigen?

³ Eine Ausnahme bildet Zweifel 2006 [10]: Für ihn ist Rationierung per se ineffizient und in einem Versicherungsmarkt mit genügend Wahlmöglichkeiten ebenso wenig notwendig wie eine obligatorische Grundversicherung.

⁴ Im Bereich der Zusatzversicherungen und nicht versicherten Leistungen spielt der Markt.

⁵ Die Studie versucht die Nutzeneinbussen zu beziffern, welche den Versicherten durch Einschränkungen der Gesundheitsleistungen entstehen. Z.B. sind sie mit einer Prämienreduktion von durchschnittlich Fr. 103.- bereit, eine Einschränkung der freien Arztwahl in Kauf zu nehmen.

⁶ Z.B. höhere Löhne bei risikoreichen Jobs oder tiefere Liegenschaftspreise in verschmutzten Gebieten.

Das berühmteste und am besten dokumentierte Beispiel eines solchen «rationalen» Rationierungsversuchs ist der Oregon Health Plan [8, 9, 4]. Die ursprüngliche Idee, eine Prioritätenliste streng nach Kosten-/Nutzwertverhältnissen zu erstellen, scheiterte in Oregon (USA) daran, dass die Ergebnisse aus der Kosten-Nutzwert-Analyse im Widerspruch zur intuitiven Vernunft standen und so in weiten Teilen der Bevölkerung auf Unverständnis stiessen⁷. Die Prioritätenliste, die schliesslich 1993 in Kraft trat und seither mehrfach revidiert wurde, ist eine Mischung aus ökonomischen (Kosten), medizinischen (Lebenserwartung) und weiteren subjektiven Kriterien wie z.B. Dringlichkeit. Nicht nur am Beispiel von Oregon zeigte sich, dass das Konzept der QALY, welches eine Bewertung von Lebensqualität einschliesst, mit grossen methodischen Schwierigkeiten verbunden ist. Zudem ist es für eine Rollstuhlfahrerin nicht ohne weiteres einsichtig, weshalb ihr Lebensjahr weniger Nutzen stiften soll als ein Jahr auf zwei Beinen.

Rationierungskriterien: explizit oder implizit?

Soll Rationierung explizit, d.h. nach nachvollziehbaren, rationalen Kriterien erfolgen, so gilt es zunächst, die oben beschriebenen Messmethoden zu verfeinern und operationalisierbar zu machen. Zunehmend werden auch Kriterien diskutiert, die nicht auf den ersten Blick als ökonomisch relevant wahrgenommen werden. Callahan, der selber kein Ökonom ist, hatte 1987 als einer der ersten das Alter als Rationierungskriterium in die Debatte gebracht mit der Begründung, dass die meisten Leute mit 80 Jahren ihr Leben gelebt hätten und lebensverlängernde Massnahmen den Jüngeren vorbehalten werden sollten, sofern die Mittel knapp würden [11]. Seither haben Ökonomen diesen Gedanken weiter entwickelt und anhand des Humankapitalmodells darauf hingewiesen, dass der Nutzwert zusätzlicher Lebensjahre mit zunehmendem Alter sinke und Altersrationierung deswegen aus Effizienzgründen vernünftig sei [12]. Zudem wird argumentiert, dass das Alter ein Kriterium sei, das die Gleichbehandlung garantiere, da jede und jeder zu einem bestimmten Zeitpunkt davon betroffen sei.

Es gibt Stimmen in der Ökonomie, die einer impliziten Rationierung das Wort sprechen: Entscheidungen sollen von Fall zu Fall und ohne allgemeingültige Kriterien getroffen werden. So argumentiert Mechanic, dass explizite Rationierung im konkreten Einzelfall viel mehr Leid verursachen könne, da sie nach «von oben» verordneten, starren Kriterien erfolge. Nicht alle Leute hätten zudem die gleichen Vorstellungen davon, was medizinisch sinnvoll und notwendig sei: «Patients in comparable medical circumstances may have varying views about aggressiveness of treatment, the trade-offs between length and quality of life, and the values they place on treatment certainty versus body integrity and maintaining usual social roles» [13]. Für ÄrztInnen und Pflegende kann es zu unerträglichen Situationen führen, wenn sie einer Patientin mitteilen müssen, dass ihr eine Behandlung aus Kostengründen vorenthalten werde. Sie werden explizite Rationierung umgehen, indem sie z.B. Diagnosen ändern. Oder sie werden die Patientin lieber nicht darüber informieren, dass es in ihrem Fall noch Behandlungsmöglichkeiten gegeben hätte.

Fazit

Die Ökonomie betrachtet Rationierung im Gesundheitswesen allein deshalb als unausweichlich, weil für Gesundheitsleistungen kein Marktpreis existiert und daher eine Tendenz zur Übernachfrage besteht. In dieser Situation «...kann die Frage niemals sein, *ob*, sondern nur *wie* rationiert werden soll» [9]. Mit wenigen Ausnahmen betrachten die ÖkonomInnen eine kollektiv finanzierte Grundversorgung als unabdingbar. Die Frage ist, in welchem Umfang und nach welchen Kriterien der Grundleistungskatalog ausgestaltet

⁷ Z.B. wurde eine Zahnkrone gegenüber einer Blinddarmoperation als prioritär eingestuft.

werden soll. In dieser Situation wäre aus ökonomischer Sicht eine Prioritätensetzung nach rationalen Kriterien die beste Rationierungsmethode.

«Rationale Rationierung» bedingt, dass einerseits die Präferenzen der Bevölkerung bezüglich ihrer Gesundheit und Lebensqualität, andererseits die Kosten und Auswirkungen der wichtigsten medizinischen und pflegerischen Interventionen bekannt sind. Mit Hilfe dieser Informationen wäre es möglich, eine Priorisierung nach dem Nutzwert pro Geldeinheit vorzunehmen. Die Ermittlung von Kosten und Nutzwert von Gesundheitsleistungen ist jedoch nach wie vor mit grossen methodischen und konzeptionellen Schwierigkeiten verbunden. Zudem gibt es in der Bevölkerung eine weit verbreitete Abneigung gegen monetäre Bewertungen von Leben und Gesundheit, die auch mit «rationalsten» Argumenten nicht überwunden werden kann. Die Ökonomie kann deshalb zwar nützliche Beiträge leisten zum Verständnis von Effizienz und Nutzenbewertung im Gesundheitswesen. Als alleinige Instanz für die Evaluation von Allokationsverfahren ist sie jedoch nicht geeignet. Und dort, wo Rationierung im Gesundheitswesen praktiziert wird (und das ist – ökonomisch betrachtet – überall der Fall), wird es bis auf weiteres bei einem mehr oder weniger «eleganten Durchwursteln» bleiben, wie sich Sommer ausdrückt⁸.

Literaturangaben

- 1 Tietzel, Manfred (Hrsg.): Ökonomische Theorie der Rationierung, München 1998
- 2 Prisching, Manfred: Präferenzen für Rationierungsmechanismen: Anomalien vs. Rationalität, in: Tietzel 1998
- 3 Leidl, John, Jürgen und Reiner: Zur Bedeutung von ökonomischen Evaluationen beim Ein- und Ausschluss von Leistungen. Sozialer Fortschritt 8-9/2004, S. 219-228.
- 4 Dranove, David: What's Your Life Worth? Health Care Rationing... Who Lives? Who Dies? And Who Decides? FT Prentice Hall (u.a) 2003
- 5 Oggier, Willy: Scheinlösung Einheitskasse. Die Volksinitiative «Für eine soziale Einheitskrankenkasse» – einige Gedanken aus gesundheitsökonomischer Sicht. Verlag NZZ 2006
- 6 Krämer, Walter: Wir kurieren uns zu Tode. Rationierung und die Zukunft der Modernen Medizin. Ullstein TB 1997
- 7 Vaterlaus, Stephan, Telser Harry, Zweifel, Peter und Eugster, Patrick: Was leistet unser Gesundheitswesen? Plaut Economics, Bern 2004, www.plaut-economics.ch.
- 8 Rothgang, Heinz, Gress Stefan, Niebuhr, Dea und Wasem, Jürgen (2004): Der Oregon Health Plan – ein Beispiel für «rationale Rationierung»? Sozialer Fortschritt 8-9/2004, S. 206-218
- 9 Sommer, Jürg H.: Muddling Through Elegantly: Rationierung im Gesundheitswesen, EMH Basel 2001
- 10 Zweifel, Peter: Rationierung im Gesundheitswesen: Die ökonomische Sicht. Unveröffentlichtes Arbeitspapier. 2006
- 11 Callahan, Daniel: Setting Limits. Medical Goals in an Aging Society. Simon and Schuster, 1987
- 12 Breyer, Friedrich und Schultheiss, Carlo: «Alter» als Kriterium bei der Rationierung von Gesundheitsleistungen. Eine ethisch-ökonomische Analyse, in: Gutmann, Thomas und Volker H. Schmidt, Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen. Velbrück Wissenschaft, Weilerswist 2002
- 13 Mechanic, David: Muddling Through Elegantly: Finding The Proper Balance in Rationing. Health Affairs, Sept./Okt. 1997, S. 83-92

⁸ Sommer übernimmt für sein Buch den Titel „Muddling Through Elegantly“ von David Mechanic.

2. Aus dem Blickwinkel des Gesundheitswesens (Brigitte Santos-Eggimann)

Die Problematik der Prioritätenbestimmung und der Rationierung muss sich am allgemeinen Ziel des Gesundheitswesens orientieren, das darin besteht, in einer in ihrer Gesamtheit gegebenen Bevölkerungsgruppe den bestmöglichen Gesundheitszustand zu erreichen, durch Mittel, die direkt aus dem Bereich der Gesundheitssysteme oder von Massnahmen im Umfeld stammen können, welche einen direkten Einfluss auf die Gesundheit haben (beispielsweise Verbesserung der Wohnverhältnisse, des Bildungsniveaus, der Strassensicherheit, der Luftqualität etc.).

Prinzipiell führt eine Perspektive aus Sicht des Gesundheitswesens jedes Mal, wenn die Gesundheit in Konkurrenz mit anderen Zielen wie Erwerb oder Wahrung anderer Güter tritt, dazu, die zwangsläufig begrenzten Ressourcen jeder Gemeinschaft prioritär in Eingriffe zu investieren, welche die Gesundheit der Bevölkerung am meisten verbessern. Da die Gesundheit nicht die einzige Determinante des Wohlbefindens ist, kann dieser Standpunkt tendenziell in Konflikt geraten mit jenem rein wirtschaftlichen, der darin besteht, das Niveau des allgemeinen Wohlbefindens in der gleichen Bevölkerungsgruppe zu maximieren.

Entscheidungs Ebenen der Rationierung

Ist das fürs Gesundheitssystem bewilligte Budget einmal festgelegt, und genauer jenes, das für die kollektiv finanzierten Interventionen des Gesundheitssystems bestimmt ist, sind anschliessend Allokationsentscheide auf Makro- oder Mesoebene zu treffen. Diese Entscheide haben einen starken Einfluss auf das Gesundheitswesen. Sie teilen die verfügbaren Ressourcen verschiedenen Gesundheitssektoren (z.B. Investitionen in die stationäre oder ambulante Gesundheitsversorgung, in Akut- oder Langzeitpflege, in Präventions- oder Gesundheitsversorgungstätigkeiten, in heilende oder palliative Gesundheitsversorgung), gewissen Gesundheitsversorgungsbereichen (z.B. Investitionen in die Bekämpfung kardiovaskulärer oder rheumatischer Erkrankungen) und zu Gunsten verschiedener Untergruppen der Bevölkerungsgruppe (z.B. Pädiatrische und geriatrische Gesundheitsversorgung) zu.

Die im Namen des Gesundheitswesens getroffenen Makro- und Mesoentscheide führen nachgelagert möglicherweise zu Mikrorationierungsentscheiden in der gängigen Praxis der Gesundheitsversorgung, wenn die für eine Tätigkeit bereitgestellten Ressourcen nicht ausreichen, um alle Bedürfnisse zu decken. Die Mikrorationierung der Gesundheitsversorgung kann, oder auch nicht, von klinischen Vorschriften, die ein Gesundheitsziel einbinden, gesteuert sein. Die «clinical guidelines», wenn sie in ihrer Ausarbeitung die wirtschaftlichen Evaluationsergebnisse der medizinischen Leistungen berücksichtigen, gehen in Richtung Suche nach einer Maximalwirkung mit Hilfe der verfügbaren Ressourcen [1]. Sie entsprechen also einem allgemeinen Ziel der Maximierung der Bevölkerungsgesundheit.

Gewisse Länder versuchten so, beeinflusst durch einen Blickwinkel des Gesundheitswesens und die klinische Praxis verpflichtend, Regeln der Mikro-Rationierung präzise zu definieren (z. B. in Neuseeland). Die Aufstellung dieser Regeln bedingt jedoch eine erhebliche Informationsmenge, die je nach Ermessen der Entwicklung der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem neusten Stand gehalten werden muss. Faktisch existieren klinische Empfehlungen nur für eine beschränkte Liste medizinischer Eingriffe.

Allokative und distributive Effizienzziele

Die Suche nach dem bestmöglichen Gesundheitszustand für die Gemeinschaft scheint a priori einem allokativen Effizienz Anliegen zu entsprechen, das dazu führt, die Priorität denjenigen Eingriffen einzuräumen, deren Nutzen/Kosten-Verhältnis das günstigste ist.

Die Gesundheitswesenperspektive führt jedoch auch dazu, die Existenz von gesundheitlichen Ungleichheiten in der Bevölkerung zu erkennen und die Ressourcen gemäss einem distributiven Effizienz Anliegen zu bewilligen. Priorität sollte also den gerechtesten Eingriffen gegeben werden. Die Berücksichtigung, bei der Suche des bestmöglichen Gesundheitszustandes für eine bestimmte Bevölkerungsgruppe, der gleichzeitig allokativen und distributiven Effizienz anforderungen, wirft jedoch zwei Probleme auf [2].

Erstens existiert ein möglicher Widerspruch zwischen dem allokativen Effizienzziel und demjenigen der distributiven Gerechtigkeit. Die Korrektur der Ungleichheiten kann nämlich einen Verlust der allokativen Effizienz nach sich ziehen, insbesondere wenn die benachteiligten Personen, aus mannigfachen Gründen, schwieriger zu erreichen sind oder komplexere Bedürfnisse haben. Ebenso kann die Suche nach der höchstmöglichen Summe der individuellen Gesundheitszustände (Gesundheitsmaximierung) zu einem Verlust an distributiver Effizienz führen.

Zweitens ist die Definition der Gerechtigkeit selbst nicht konsensuell. Einigen trägt die Gleichstellung beim Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Mitglieder der Bevölkerungsgruppe, unabhängig der Ressourcen aller Art, über die die Einzelnen anfänglich verfügen, einem distributiven Gebot der Gerechtigkeit gebührend Rechnung und muss das zentrale Kriterium der Gerechtigkeit in einem sozialen Gesundheitssystem sein. Für andere rechtfertigen die bestehenden anfänglichen Ungleichheiten zwischen den Einzelnen eine höhere Investition zur Verbesserung der Gesundheit gewisser benachteiligter Personen und eine Gleichstellung der Gesundheit aller Mitglieder der Bevölkerungsgruppe, die aus Eingriffen des sozialen Gesundheitssystems resultiert und das anzustrebende Ziel in einer Perspektive der Gerechtigkeit sein muss.

Notwendigkeit einer expliziten Arbitrage

Die Definition der Gerechtigkeit ist eine Wertfrage, so wie es auch die Suche eines Gleichgewichts zwischen den Anforderungen allokativer und distributiver Effizienz in der Ausarbeitung von Gesundheitspolitiken ist. Die Verantwortlichen des Gesundheitswesens sind sich diesbezüglich nicht einig und kennen keine geteilte absolute ethische Referenz [3, 4].

Die Arbitrage zwischen Werten sowie zwischen verschiedenen Definitionen der Gerechtigkeit, die sich gegenseitig konkurrenzieren, ist eine unerlässliche Vorbedingung zur Prioritätenbestimmung für das Gesundheitssystem und zur Beschlussfassung des Gesundheitswesens, die in der Rationierung der Gesundheitsversorgung endet. Es handelt sich um einen politischen Vorstoss, der, in einem vom Kollektiv finanzierten sozialen Gesundheitssystem, aus einer öffentlichen Debatte hervorgehen und in der Verabschiedung einer expliziten ethischen Norm enden sollte, die jeden Entscheid von Ressourcenallokation und Rationierung steuert, der sich auf Ziele des Gesundheitswesens beruft [5].

Wegen der sozialen Natur des Auftrags des Gesundheitswesens zur Verwaltung kollektiv finanzierter Ressourcen müssen die Entscheide in ihren Prozessen, Kriterien, Verantwortlichkeiten und Auswirkungen für die Einzelnen transparent sein und auch was ihre Abhängigkeit hinsichtlich vorgängiger politischer Entscheidungen betrifft klar ausgesprochen werden.

Literaturangaben

- 1 Saarni SI, Gylling HA. Evidence based medicine guidelines: a solution to rationing or politics disguised as science? J Med Ethics 2004;30:171-5.

- 2 Harris J. Justice and equal opportunities in health care. *Bioethics* 1999;13(5):392-404.
- 3 Roberts MJ, Reich MR. Ethical analysis in public health. *Lancet* 2002;359:1055-9.
- 4 Mansdotter A, Lindholm L, Öhman A. Women, men and public health – how the choice of normative theory affects resource allocation. *Health Policy* 2004;69:351-64.
- 5 Holm S. Goodbye to the simple solutions: the second phase of priority setting in health care. *BMJ* 1998;1000-2.

3. Aus dem Blickwinkel der Klinik (i): Krankenpflege (Pierre Théraulaz)

Die Krankenpflege scheint lange Zeit ausserhalb der Rationierungsdebatte gestanden zu haben. Das Fehlen von Hochpreispflegeinterventionen erklärt dies vielleicht. Da die Krankenpflege zudem rechtlich keine Zuweiserin ist, hat man explizite Rationierungen nicht durch sie beschlossen.

Mit der allgemeinen Verbreitung von Budgetbeschränkungen jedoch wurden die der Krankenpflege zufallenden Mittel klar in Frage gestellt. Die Hauptfolge davon war die Nicht-Anpassung der den Pflegefacharbeitskräften gewährten Ressourcen. Ab Ende der 1990er-Jahre erschienen dann Studien zur Auswirkung der Mittelzuwendung auf die Qualität der Gesundheitsversorgung. In diesem ganz speziellen Kontext wird die implizite Rationierung erwähnt.

Diese implizite Rationierung der Gesundheitsversorgung wird praktiziert durch:

- eine Senkung des Pflegepersonalbestandes (oder eine Nicht-Anpassung im Falle einer Tätigkeitszunahme) oder
- einen Qualifikationsrückgang bei eben diesem Personal (ersetzen von diplomiertem Personal durch Hilfspersonal).

Zahlreiche in den Spitälern durchgeführte Studien legen die Auswirkung der Bestandeseinschränkungen auf die Ergebnisse für die Patienten (Morbidität und Mortalität) klar dar. Sie zeigen unter anderem die Raten von Medikamentenfehlern, Geschwüren, nosokomialen Infektionen, Stürzen von Patienten auf, die in direktem engem Zusammenhang mit den Verhältniszahlen von qualifiziertem Personal stehen. Zudem hat dieser gleiche Personalbestand auch eine bedeutende Auswirkung auf die Gesundheit der Pflegefachpersonen.

Diese Art der Rationierung löst jedoch kaum Empörung aus, denn sie hat im Allgemeinen keine direkt sichtbaren Konsequenzen für den Patienten: keine Behandlungsablehnung, keine Schaffung von Wartelisten. Sie erzeugt beim Patienten höchstens einige Unzufriedenheiten, hauptsächlich in Verbindung mit der Beeinträchtigung seines Komforts (warten auf Klingelreaktion, Körperpflege wird tagsüber spät gemacht...). Die anderen Konsequenzen sind kaum direkt objektivierbar oder scheinen dem Abdeckungsgrad an Pflegefachpersonen nur durch statistische Studien zuschreibbar.

Was die explizite Rationierung der Gesundheitsversorgung anbelangt, ist sie derzeit kaum Gegenstand von Publikationen gewesen. Bis heute werden die Betreuungsentscheide und die Prioritätensetzung häufiger erwähnt als die Rationierung der Gesundheitsversorgung. Auch hier hängt das Essentielle dieser Rationierung direkt mit der Verwaltung der Personalressourcen zusammen. Sie hat die Betten- oder Operationssaalschliessung zur Folge, wenn ihre Verwaltung vom Leitungsgremium der Institutionen übernommen wird.

Andernfalls ruht sie hingegen auf den diplomierten Pflegefachpersonen selbst, welche die angebotenen Leistungen beschränken müssen. In diesem Fall schränken sie im Allgemeinen ihre eigenständige Tätigkeit als Pflegefachpersonen ein, um das Leistungsangebot der vom Arzt angeordneten Tätigkeiten zu gewährleisten. Dies bedeutet dann beispielsweise ein Defizit an Unterrichtsleistung oder an Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen.

Halten wir abschliessend fest, dass die Rationierungsmassnahmen, implizite wie explizite, nie Gegenstand von Erklärungen hinsichtlich der Kriterien der guten Praxis waren. Einzig berufsethische Daten unterstützen die Fachpersonen in ihren Entscheidungen.

4. Aus dem Blickwinkel der Klinik (ii): Palliativmedizin (Roland Kunz)

Unter Palliative Care wird eine umfassende Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, akut lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten verstanden. Ihr Ziel sind nicht kurative Interventionen, sondern die Erhaltung einer möglichst guten Lebensqualität für den Patienten und seine Angehörigen bis zum Tod. Palliative Care richtet sich an Patienten jeden Lebensalters und nicht nur an Menschen mit onkologischen Erkrankungen [1].

Haltungsänderung im Behandlungskonzept

Die Entwicklungen und Fortschritte in der Medizin führen dazu, dass immer mehr Krankheiten behandelbar werden. Viele Krankheiten können aber nicht geheilt werden, sondern werden zu chronischen, oft nur langsam progredienten Gesundheitseinschränkungen. Über lange Zeit, oft über Jahre, werden alle zur Verfügung stehenden Behandlungen inklusive invasiver Therapien zur Verzögerung des Krankheitsverlaufes eingesetzt. In fortgeschrittenen Krankheitsstadien stellt sich dem Behandlungsteam die Frage, wie lange diese Behandlungsstrategie weitergeführt werden soll beziehungsweise in welchem Moment eine Haltungsänderung zu einem palliativen Behandlungskonzept eintreten soll. Diese Haltungsänderung wird in der Praxis nicht nur von ethischen Überlegungen und vom Willen des Patienten bestimmt, sondern auch von Fragen des Angebotes (ist eine bestimmte Therapie leicht verfügbar?), des Alters des Patienten (bei jüngeren Patienten findet dieser Wechsel im Behandlungskonzept später statt) und von den Kosten im Vergleich zur verbleibenden Lebenserwartung.

Behandlungskonzept, -ort und finanzielle Belastung

Unheilbar kranke Menschen in palliativer Situation, welche neben einer guten Symptomlinderung in erster Linie Pflege und Begleitung in ihrer letzten Lebensphase benötigen, werden unter dem Druck möglichst kurzer Spitalaufenthalte immer früher in Institutionen der Langzeitpflege verlegt. Dies bedeutet für den Patienten einerseits eine Versorgung durch Pflegepersonal mit durchschnittlich tieferer Qualifikation, weniger Behandlungsangebote und zusätzlich eine höhere persönliche finanzielle Belastung. Entscheidet sich der Patient aber trotz fehlender Aussicht auf eine wesentliche Verbesserung seines Zustandes für eine weitere medizinische Intervention, kann er den Verbleib im Akutspital verlängern. Der Entscheid für ein rein palliatives Behandlungskonzept bedeutet somit in vielen Fällen für den Patienten eine Verschlechterung seiner Versorgung, verbunden mit einer höheren Kostenbeteiligung. Möchte der Patient zu Hause seine letzte Lebensphase verbringen, stehen ihm nur zeitlich begrenzte Spitexleistungen zu, die oft nicht ausreichen. Eine Neuregelung der Finanzierung von Leistungen der Palliative Care unabhängig vom Setting könnte die Wahlmöglichkeiten des Patienten verbessern.

Leistungseinschränkungen

Unheilbare Krankheiten bewirken nicht nur biologisches, sondern auch psychisches und soziales Leiden. Notwendige medizinische Behandlungen werden allen Patienten ermöglicht, psychotherapeutische und soziale Unterstützung steht aber vielen nicht zur Verfügung und wird von den Kostenträgern nicht finanziert. Die in der Definition geforderte umfassende Betreuung kann deshalb in der Praxis nicht allen Patienten angeboten werden.

Um das Ziel einer möglichst guten Lebensqualität bis zuletzt zu erreichen stehen heute Eingriffe zur Verfügung, welche zu einer vorübergehenden Verbesserung des Zustandes oder der Selbständigkeit führen können. Die Indikation zur Implantation von Stents oder einem künstlichen Gelenkersatz wird aber nicht nur am möglichen Benefit für die Lebensqualität gemessen, sondern auch an der verbleibenden Lebenserwartung. Die Frage, welche Kosten gerechtfertigt sind für einen nur kurz anhaltenden positiven Effekt auf die Lebensqualität des Patienten stellt die behandelnden Ärzte zunehmend vor schwierige Entscheidungen am Patientenbett.

Regionale Angebotsunterschiede

Die Angebote palliativer Versorgung sind in der Schweiz regional sehr unterschiedlich etabliert, wie die Bestandesaufnahme der SGPMP von 2001 gezeigt hat [2]. Bis heute hat nicht jeder Einwohner der Schweiz, welcher eine palliative Betreuung wünscht und benötigt, Zugang zu Angeboten der Palliative Care. Die kantonalen Gesundheitsbehörden sind gefordert, entsprechende Konzepte zu erarbeiten, um eine palliative Grundversorgung für alle zu ermöglichen. Dabei ist die Schaffung von Netzwerken aus ambulanten und stationären Angeboten anzustreben, um die Wahlmöglichkeiten für die Patienten zu gewährleisten und falsche Behandlungswege aus finanziellen Überlegungen zu verhindern.

Medical End-of-Life Decisions

In den Jahren 2001 und 2002 wurden in sechs europäischen Ländern Ärzte nach dem Ausfüllen des Totenscheins befragt über die im Einzelfall getroffenen Entscheidungen am Lebensende [3]. In der Schweiz wurden im Rahmen der Studie 3355 Todesfälle erfasst. In rund der Hälfte der Fälle (1704) wurden bewusste Entscheidungen am Lebensende getroffen: Verzicht auf mögliche lebensverlängernde Massnahmen oder Einleitung einer symptomlindernden Therapie unter Inkaufnahme einer möglichen Verkürzung der Überlebenszeit. Die Schweiz liegt damit an der Spitze der sechs erfassten Länder, was unter anderem mit der frühen Thematisierung der passiven Sterbehilfe in der Schweiz zusammenhängen dürfte. Bedenkenswert scheint aber die Tatsache, dass in 42 der 1704 Fälle die Entscheidungen ohne Einbezug des Patienten und der Angehörigen gefällt wurden. Auch wenn angenommen wird, dass die behandelnden Ärzte nach dem mutmasslichen Willen der Patienten gehandelt haben, kann nicht ausgeschlossen werden, dass in Einzelfällen auch aus ökonomischen Überlegungen auf lebensverlängernde Massnahmen wie zum Beispiel auf eine Hospitalisierung verzichtet wurde.

Fazit

Die Vorenthaltung von möglichen Leistungen in palliativen Situationen erfolgt in erster Linie im Sinne der passiven Sterbehilfe, um Leiden nicht unnötig zu verlängern und den unabwendbaren Tod nicht hinauszuzögern. Das fehlende regionale Angebot an palliativen Betreuungsangeboten oder die ungenügende Finanzierung nichtmedizinischer palliativer Leistungen können die Betreuungsqualität am Lebensende einschränken. Grosse Aufmerksamkeit muss darauf gerichtet werden, dass nicht schwerkranken Patienten sinnvolle Interventionen unter dem Deckmantel Palliative Care oder passive Sterbehilfe aus ökonomischen Überlegungen vorenthalten werden.

Literaturangaben

- 1 SAMW, Richtlinien Palliative Care 2006
- 2 Palliative Care in der Schweiz 1999-2000. Bestandesaufnahme. Krebsliga Schweiz und SGPMP, 2001.
- 3 Van der Heide A et al. End-of-life decision-making in six European countries. The Lancet 2003 Aug 2;362(9381):345-50.

5. Aus dem Blickwinkel der Klinik (iii): Geriatrie (Daniel Grob)

Im Vordergrund einer Diskussion um Rationierungskriterien steht häufig das *chronologische oder kalendarische* Alter (Jahrgang), welches aber in nur sehr lockerem Zusammenhang mit dem *biologischen* Alter (das Alterungsvorgänge auf der biologischen Ebene beschreibt – Zellen, Gewebe, Organe), dem *psychologischen* Alter (welches persönliche Einstellungen beinhaltet), dem funktionellen Alter (Bezug auf körperliche und alltagsfunktionelle Leistungsfähigkeit) und dem subjektiven Alter (wie alt fühlt man sich?).

Die Flucht in chronologische Alterskriterien ist begründet in der einfachen Messbarkeit des Kriteriums «kalendarisches Alter», im gesellschaftlich-ökonomischen Wert alter Menschen (human-capital-Ansatz, wo ein 90-Jähriger noch einige 100 Dollar wert ist) und reflektiert auch das schlechte gesellschaftliche Image hochbetagter, insbesondere behinderter Menschen.

Alter und Gesundheitskosten

Die demografische Alterung der Bevölkerung spielt bei der zukünftigen Entwicklung der Gesundheitskosten nur eine untergeordnete Rolle [1]. Die Tatsache, dass die individuelle Lebenserwartung und der Anteil der Älteren an der Bevölkerung steigt, sei in erster Linie eine positive gesellschaftliche Errungenschaft und nicht ein Problem für die Finanzierung des Gesundheitswesens [2]. Zudem ist das kalendarische Alter aus ökonomischer Sicht sowieso ein schlechtes Entscheidungskriterium, da es die Behandlungskosten nicht valide abbildet: die verbleibende Lebenserwartung vor dem Tode, die sog. «letzte Meile» ist behandlungskosten-relevant – wobei die Kosten dieser letzten ein- bis eineinhalb Lebensjahre im mittleren Lebensalter am höchsten sind und bei hochbetagten Menschen wieder sinken [3].

Dimensionen geriatrischer Arbeit und deren Handlungsfelder

Ärztliche Tätigkeit im Alter (Geriatrische Tätigkeit) ist ausgeprägt biopsychosozial orientiert und hat medizinische, pflegerische, rehabilitative, soziale und palliative Elemente; Behandlungsziele im Einzelfall sind oft nicht Heilung resp. Überleben, sondern Erhaltung der Selbständigkeit, Verbesserung der Lebensqualität, Angstabbau.

Geriatrische Aufgaben ergeben sich dort, wo es die Forderung der älteren kranken Menschen nach Selbstständigkeit und Autonomie zu erfüllen gilt. Die Erreichung dieses Ziels, möglichst lange und möglichst selbstständig in den eigenen vier Wänden zu wohnen, setzt entsprechende Konzepte voraus.

Geriatrisches Handeln findet in verschiedenen Strukturen unseres Gesundheitswesens statt: Im Akutspital (im Kontext spezieller akutgeriatrischer Kliniken und Abteilungen, welche spitalbedürftige alte Patientinnen und Patienten behandeln), in Übergangs- und Überbrückungspflege-Einrichtungen, in Langzeitabteilungen (Alters- und Pflegeheimen) oder im Spitex-Bereich.

Aus einer inhaltlichen Sicht ist die biopsychosoziale Orientierung der Geriatrie und ihr Handlungsfeld, welches wie erwähnt vom Akutspital bis ins Pflegeheim reicht, nicht problematisch.

Zum Alltagsproblem wird solch geriatrisches Handeln erst im Kontext unseres Gesundheitssystems aus einer ökonomischen Perspektive: Die gleiche geriatrische Interventionen (z.B. pflegerisch oder rehabilitativ) wird je nach Setting und Zustand des Patienten anders finanziert.

Finanzierung: Die Geriatrie im Fadenkreuz

Die Finanzierung des Gesundheitswesens ist komplex. Die Kosten des Gesundheitswesens werden zu über zwei Dritteln von den privaten Haushalten finanziert, was im Resultat über das Ganze gesehen eine hohe finanzielle Eigenverantwortung bedeutet [4]. Direkt abgegolten werden rund die Hälfte der medizinischen Leistungen von den Sozial- und Privatversicherungen – sie bezahlen einen Teil der Rechnungen. «Kostenträger» im engeren Sinne sind damit immer mehrere Partner (Patient und Patientinnen bzw. deren Angehörige, öffentliche Hand, Sozialversicherungen, Privatversicherungen u.a.) mit naturgemäss ungleichen Interessen. Das Krankversicherungsgesetz KVG setzt für die jeweiligen Kostenträger sehr spezielle Anreize [5].

Aus einer gesamtwirtschaftlichen Sicht müsste alles unternommen werden, um Langzeitpflege in Heimen zu verhindern; so betragen die Gesamtkosten eines Pflegeheim-Aufenthaltes heute rund 300.- bis 350.- pro Tag; was knapp der Hälfte eines Spittages entspricht. Ein 30-tägiger Aufenthalt in einer akutgeriatrischen Klinik wäre damit lohnend, wenn der Patient dafür danach deutlich mehr als zwei Monate zuhause wäre.

Die Geriatrie hat Methoden entwickelt, die nachgewiesenermassen den Anteil akut erkrankter oder verunfallter alter Menschen, die in ein Pflegeheim eingewiesen werden müssen, verringern kann. Dies hat auch die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften erkannt und fordert prinzipiell vor jedem Eintritt in ein Pflegeheim eine umfassende geriatrische Abklärung; dasselbe tat die WHO schon vor 25 Jahren [6, 7].

Auch Gesundheits- und Sozialpolitiker in vielen Kantonen haben diesen Benefit der Geriatrie erkannt: So sind in mehreren Kantonen heute geriatrische Strukturen und Programme im Aufbau begriffen.

Ökonomische Entscheidungsparameter am Krankenbett – eine Wanderung im Nebel

Das heutige System der komplexen Kostenverteilung zwischen Versicherern, öffentlicher Hand, privater Finanzierung ist ein Problem für die Geriatrie, da dieses System bei hochbetagten Menschen viel Spielraum bietet, Kosten vom einen Topf in den andern zu verschieben. Besonders im medizinischen und pflegerischen Altersbereich sind die Finanzierungsströme wie erwähnt hochkomplex und die Handlungs-Anreize der Akteure oft gegeneinander laufend.

Ärztinnen und Ärzte stehen im Spannungsfeld dieser verschiedenen ökonomischen Interessen. Wenn man schon am Krankenbett ökonomische Parameter in die Entscheidungen einfließen lässt, so müsste zumindest klar sein, welche ökonomischen Ziele im Einzelfall denn überhaupt verfolgt werden sollen: Die privatwirtschaftlichen des Patienten? Die betriebswirtschaftlichen des Spitals oder jene der Krankenkasse? Oder sollen gesamtwirtschaftliche Überlegungen eine Rolle spielen?

Ziehen wir kurz die betriebswirtschaftliche Brille eines Spitalökonomen an: Aus dieser Sicht kann ein klinischer Assistenz- oder Oberarzt mit seinen Verordnungen allenfalls 10% der Gesamtkosten des Spitals überhaupt beeinflussen (z.B. durch Röntgen-/ Laborunter-

suchungen, Medikamente, Physiotherapie-Verordnungen, u.a.). Keinen direkten Einfluss hat er auf das Stellenetat und die Löhne (ca. zwei Drittel der Spalkosten), auf die Hotellerie und die Infrastruktur und auf den administrativen Überbau. Wenn nun ein Spitalarzt effektiv 10% der von ihm induzierten Kosten «sparen» würde, wären die Gesamtkosten der Klinik um 1% gesunken (10% von 10% der Gesamtkosten). Dies aber zu einem hohen Preis von verlorenem Patientenvertrauen, möglicherweise schlechterer Behandlungsqualität und ethisch und juristisch fragwürdiger verdeckter Rationierung.

Wird die Behandlung im Spital mittels Fallkosten-Pauschalen abgegolten, sollte der Arzt systemkonform alles daran setzen, die Hospitalisationsdauer seiner alten PatientInnen zu verkürzen. Bei zu früher Spitalentlassung alter Menschen besteht ohne strikte Qualitätskontrolle, die bis jetzt ohnehin nur in Ansätzen vorhanden ist, die Gefahr, dass andernorts (z.B. in den Pflegeheimen oder im Spitexbereich) massiv zunehmende Kosten anfallen: Eine sektorielle ökonomische Sicht kann sich gesamtwirtschaftlich kontraproduktiv auswirken.

Ökonomisch motivierte Einzel-Entscheidungen durch Ärzte am Krankenbett entsprechen damit einer Wanderung im Nebel und sind kaum je evidenz-basiert, öffnen der Willkür aber Tür und Tor.

Geriatric zwischen Sozial- und Gesundheitswesen

Die Frage der Finanzierbarkeit der Sozialwerke, so auch der Gesundheitsversorgung im Alter und der Krankenversicherung, ist damit von einer ganzheitlichen Warte her anzugehen [8]. *Die Existenzsicherung muss unabhängig von den direkten Kosten auch in Zukunft finanziert werden*, sonst ist der von der Gesellschaft als Ganze zu bezahlende indirekte Preis zu hoch. Es sei lediglich auf die Kosten und Auswirkungen verwiesen, die durch zusätzliche Kriminalität, Krankheitskosten, Verseuchung, Ausgrenzung im Allgemeinen usw. entstehen können. Insgesamt sind die notwendigen Mittel vorhanden und aufzubringen bzw. zu erschließen; vor allem auch, wenn eben die Kosten in Betracht gezogen werden, welche die *soziale Unsicherheit* nach sich ziehen.

Die bei den Kosten der sozialen Sicherheit in der Regel gewählte einseitige Betrachtungsweise (*Was kostet die soziale Sicherheit?*) unterdrückt die mindestens so bedeutsame Frage *«Was kostet die soziale Unsicherheit?»* So geht vergessen, nach den Wirkungen, den Erfolgen der sozialen Sicherheit zu fragen, z.B. nach den aufgrund des medizinischen Fortschritts gewonnenen zusätzlichen (beschwerdefreien oder beschwerdereduzierten) Lebensjahren. Die Kosten der sozialen Sicherheit sind leicht messbar, jene der sozialen Unsicherheit, z.B. der Fragmentierung der Gesellschaft, sind es nicht.

Fazit

Wenn Ärztinnen und Ärzte wenig durchdachte ökonomische (Spar-)Kriterien am Einzelfall am Krankenbett ihrer PatientInnen anwenden und unreflektiert diagnostisch-therapeutische Leistungen bei kranken Hochbetagten einschränken würden, führte dies zu einer weder ethisch noch juristisch noch ökonomisch zu rechtfertigenden Altersrationierung:

Aus ethischer Sicht wären Fürsorge- und Gerechtigkeitspostulate verletzt, juristisch könnten Haftbarkeitsfragen ins Spiel kommen [9], ökonomisch würden wohl enorme gesamtwirtschaftliche (Pflege-)Folgekosten auflaufen und gesellschaftspolitisch würden die Kosten der sozialen Sicherheit steigen.

Der alte Patient würde so definitiv zum Opfer des gesellschaftlichen Altersbildes.

Literaturangaben

- 1 Gerber Yves-Alain, Kosten des Gesundheitswesens und Demographie, CHSS 6/2005, 365 ff.
- 2 Steinmann L, Telsler H. Gesundheitskosten in der alternden Bevölkerung. Executive Summary. Avenir Suisse 2005.
- 3 Kissling B. Weichen stellen in der Geriatrie – wie viel darf die letzte Meile kosten? Round-Table-Gespräch. PrimaryCare 2006; 6: Nr.3, 49-51
- 4 Carigiet Erwin, Gesundheitswesen – Aspekte gesellschaftlicher Solidarität, in: Carigiet Erwin, Grob Daniel (Hrsg.) ,Der alte Mensch im Spital – Altersmedizin im Brennpunkt, Zürich: Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich; 2003 13 ff.
- 5 Bapst Ludwig, Die Finanzierung und Steuerung der Spitäler und ihre Auswirkungen auf die alten Menschen. In: Carigiet Erwin, Grob Daniel (Hrsg.), Der alte Mensch im Spital – Altersmedizin im Brennpunkt, Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich; 2003 83 ff.
- 6 SAMW Schweiz. Akademie der Med. Wissenschaften: Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen. Basel 2004
- 7 WHO. Health of the Elderly. WHO Tech Rep Series No. 779, Geneva 1989
- 8 Mäder Ueli, Für eine solidarische Gesellschaft, Was tun gegen Armut, Arbeitslosigkeit, Ausgrenzung, Zürich: Rotpunkt; 1999
- 9 Spöndlin R. Kritische Gedanken zu einer Rationierung der Medizin. Interview mit Thomas Gächter. Soziale Medizin 1.06 30-8

6. Aus dem Blickwinkel der Klinik (iv): Chirurgie (Daniel Candinas*)

(*unter Mitarbeit von Pietro Renzulli)

Die Qualität der Chirurgie wird definiert durch die erreichten Kurz- und Langzeitresultate. Die Kurzzeitresultate umfassen die perioperative Morbidität und Mortalität. Die Langzeitergebnisse beinhalten bei malignen Leiden das tumorfreie Überleben, das Gesamtüberleben und die Lokalrezidivrate sowie bei gutartigen Erkrankungen die Rezidivhäufigkeit und die Lebensqualität. Die Resultate der Chirurgie werden massgebend durch krankheits- und patientenbedingte Faktoren bestimmt. Dazu gehören das Krankheits- bzw. Tumorstadium sowie Patientenalter und Komorbidität. Die Prognose des Patienten wird jedoch nicht ausschliesslich durch diese unabänderbaren Faktoren bestimmt. Bei gleicher Behandlungsstrategie und vergleichbarem Patientengut musste festgestellt werden, dass die behandelnden Chirurgen als auch die involvierten Kliniken ebenfalls unabhängige prognostische Faktoren für die erreichbaren Kurz- und Langzeitresultate darstellten. Der einzelne Chirurg als auch die einzelne Klinik bestimmen bei gleicher Therapiewahl die Prognose des Patienten in gleichem Masse wie dies durch unter anderem durch das Tumorstadium erfolgt. Offensichtlich unterscheiden sich die einzelnen Chirurgen und Kliniken voneinander. Im Bestreben die chirurgen- und klinik-assoziierten Faktoren zu bestimmen, welche für die Unterschiede im Outcome verantwortlich sind, wurden diverse Eigenschaften in multivarianten, meistens retrospektiven Studien untersucht. Dabei bot sich die jährliche Fallzahl an operierten Patienten als einfach zu bestimmende Messgrösse an. Eine Vielzahl von Publikationen hat zwischenzeitlich die Bedeutung der Fallzahl, im Englischen „caseload“ oder „volume“ für das Outcome und somit für die Qualität auf fast allen Gebieten der chirurgischen und medizinischen Tätigkeit bestätigt. Auch konnte gezeigt werden, dass sowohl die Fallzahl des einzelnen Chirurgen als auch die Fallzahl der behandelnden Klinik voneinander unabhängige prognostische Faktoren darstellen. Vereinfachend kann gesagt werden, dass bei seltenen Erkrankungen und nicht häufig durchgeführten Operationsverfahren die Bedeutung der Fallzahl des Chirurgen als auch der Klinik entsprechend zunimmt (z.B. Morbus Hirschsprung versus Sigmadivertikulitis, bzw. Appendektomie versus Pankreatikoduodenektomie). Des weiteren steigt die Bedeutung der Klinik-Fallzahl mit zunehmender Interdisziplinarität der Erkrankung und der Therapie (z.B.

Kolonkarzinom versus Leberzirrhose / Lebertransplantation). Die Beschränkung der Chirurgen- und Klinik-spezifischen Faktoren auf die Fallzahl stellt eine Vereinfachung der aktuellen Situation dar. Als entscheidender weiterer Faktor muss die Spezialisierung sowohl der Chirurgen als auch der Kliniken angesehen werden. So konnte gezeigt werden, dass Fallzahl und Spezialisierung in der kolorektalen Chirurgie voneinander unabhängige Faktoren darstellen. Die besten Resultate erzielten dementsprechend diejenigen Chirurgen, welche nicht nur viele kolorektale Resektionen durchführten, sondern zudem über eine Subspezialisierung auf dem Gebiet der kolorektalen Chirurgie verfügten. Auch konnte gezeigt werden, dass die Etablierung von spezialisierten Kliniken für kolorektale Chirurgie zu einem Quantensprung in den erzielten Resultaten führte. Die Spezialisierung der meisten Kliniken hatte zur Folge, dass mehr Patienten mit kolorektalen Erkrankungen von insgesamt weniger spezialisierten Chirurgen behandelt wurden. Mit der Spezialisierung stieg sowohl die Fallzahl des einzelnen Chirurgen als auch diejenige der Klinik. Vergleichsstudien vor und nach Klinik-spezifischer Spezialisierung zeigten eine deutliche Verbesserung der Resultate in fast allen Teilaspekten der kolorektalen Chirurgie (Abnahme der perioperativen Morbidität und Mortalität, Reduktion der Amputations- und Lokalrezidivrate bei Rektumkarzinomen sowie verbessertes tumorfreies Überleben).

Überträgt man diese Erkenntnisse auf die Schweizer Spitallandschaft, stellt man fest, dass aus verschiedenen Gründen (Geographie, Föderalismus, Finanzierungssystem) ein sehr dichtes Spitalnetz besteht, welches die chirurgische Versorgung sicherstellt. Die Versorgungshäufigkeit, sofern sich diese aus bekannten Indexoperationen ableiten lässt, ist jedoch asymmetrisch über die Institutionen verteilt. Die verfügbaren Eingriffskarten der Schweiz lassen darauf schliessen, dass nur wenige Institutionen in der Schweiz regelmässig kritische Fallzahlen für hochkomplexe Eingriffe erreichen, dass aber zahlreiche Akteure im öffentlichen und privaten Bereich diese Eingriffe auch auf dem Hintergrund deutlich geringerer Fallzahlen anbieten und gelegentlich auch durchführen. Wir meinen, dass dies einer versteckten Form der Rationierung entspricht, die für Laien allerdings schwer zu beurteilen ist.

Es gibt mehrere Ursachen, die diese Entwicklung fördern (wie zum Beispiel):

- Das KVG erschwert die überkantonale Zentrenbildung.
- In den meisten Kantonen besteht keine Kompetenzregelung für kritische Eingriffszahlen und Voraussetzungen.
- Kurzfristige Markteffekte konkurrieren mit angemessener Netzwerkbildung.
- Das Weiterbildungssystem für chirurgischen Nachwuchs ist ungenügend auf die Bedürfnisse des Marktes abgestimmt.
- Das gegenwärtige Vergütungssystem schafft keinen Anreiz zur Fokussierung.
- Die Kultur der Beschränkung ist im chirurgischen System wenig etabliert.

Literatur

- 1 Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson AE, Stukel TA, Lucas FL, Batista I, Welch HG, Wennberg DE. Hospital volume and surgical mortality in the United States. *N Engl J Med* 2002;346:1128-1137.
- 2 Birkmeyer JD, Stukel TA, Siewers AE, Goodney PP, Wennberg DE, Lucas FL. Surgeon volume and operative mortality in the United States. *N Engl J Med* 2003;349:2117-2127.
- 3 Dimick JB, Cowan JA, Knol JA, Upchurch GR. Hepatic resection in the United States. *Arch Surg* 2003;138:185-191.

- 4 Nguyen NT, Paya M, Stevens M, Mavandadi S, Zainabadi K, Wilson SE. The relationship between hospital volume and outcome in bariatric surgery at academic medical centers. *Ann Surg* 2004;240:586-594.
- 5 Begg CB, Cramer LD, Hoskins WJ, Brennan MF. Impact of hospital volume on operative mortality for major cancer surgery. *JAMA* 1998;280:1747-1751.
- 6 Jollis JG, Peterson ED, DeLong ER, Mark DB, Collins SR, Muhlbaier LH, Pryor DB. The relation between the volume of coronary angioplasty procedures at hospitals treating Medicare beneficiaries and short-term mortality. *N Engl J Med* 1994;331:1625-1629.
- 7 Thiemann DR, Coresh J, Oetgen WJ, Powe NR. The association between hospital volume and survival after acute myocardial infarction in elderly patients. *N Engl J Med* 1999;340:1640-1648.
- 8 Edwards EB, Roberts JP, McBride MA, Schulak JA, Hunsicker LG. The effect of volume of procedures at transplantation centers on mortality after liver transplantation. *N Engl J Med* 1999;341:2049-2053.
- 9 Axelrod DA, Guidinger MK, McCullough KP, Leichtman AB, Punch JD, Merion RM. Association of center volume with outcome after liver and kidney transplantation. *Am J Transplant* 2004;4:920-927.
- 10 Bach PB, Cramer LD, Schrag D, Downey RJ, Gelfand SE, Begg CB. The influence of hospital volume on survival after resection for lung cancer.
- 11 Renzulli P, Lowy A, Maibach R, Egeli RA, Metzger U, Laffer UT. The influence of the surgeon's and the hospital's caseload on survival and local recurrence after colorectal cancer surgery. *Surgery* 2006;136:296-304.

7. Aus dem Blickwinkel des Rechts (Olivier Guillod)

Bis auf wenige Ausnahmen (besonders Schott, Schürch, Sprumont, Steffen; vgl. Literaturverzeichnis in Kap. F) haben die Schweizer Juristen bisher das Thema der Rationierung der Gesundheitsversorgung kaum vertieft erforscht. Dies kann meines Erachtens durch folgende drei Gründe erklärt werden:

- ob zu Recht oder nicht, die Juristen nehmen vorderhand kein akutes Problem der Rationierung der Gesundheitsversorgung in unserem Land wahr. Selbst wenn sie sich versteckter oder impliziter Formen der Rationierung bewusst sind, sind diese Praktiken so diffus, unsystematisch und schwierig zu beweisen, dass sie juristisch praktisch nicht fassbar werden;
- es gibt vorerst keinen Konsensus über eine (im Allgemeinen und insbesondere im Recht) „operationelle“ Definition der Rationierung. Denn die Juristen, die einen rationalen und pragmatischen Problemansatz haben, gehen das Phänomen, das sie analysieren werden, zunächst gerne durch Definieren und Umschreiben an;
- im Moment gibt es in der Schweiz, mit Ausnahme des Bereichs der Organtransplantation und, in jüngster Zeit, des Risikos der Influenzapandemie, keinen Gesetzestext, der Kriterien der Rationierung vorsieht und auch keine spezifische Rechtsprechung darüber. Die Juristen sehen sich also gezwungen, theoretische Abhandlungen zu verfassen, während sie es vorziehen würden, greifbare Tatsachen zu analysieren.

Aus dem Blickwinkel des Rechts bringt eine Rationierungspraxis Probleme mit sich, weil sie in die Grundrechte der Menschen eingreift. Die angetasteten Grundrechte können entweder in das Gebiet der persönlichen Freiheit (Art. 10 der Bundesverfassung [BV]; Leben, körperliche und geistige Unversehrtheit) oder, in Verbindung mit Rechten, die den Menschen von Gesetzes wegen zuerkannt sind (zum Beispiel Recht auf Grundleistungen der Krankenversicherung), in dasjenige der Gleichstellung und des Diskriminierungsverbots fallen (Art. 8 BV).

Da die Rationierung diese Verfassungsgarantien antastet, betritt sie einen den Juristen wohlbekannten Analyserahmen, nämlich jenen der für die Einschränkung der Grundrechte zulässigen Gründe, einen in Art. 36 BV ganz generell formulierten Rahmen.

Die Gleichstellung (Art. 8 BV) besteht darin, identische Situationen gleich zu behandeln und ungleiche Situationen unterschiedlich zu behandeln. Folglich verbietet sie zugleich unberechtigte Unterscheidungen und unhaltbare Gleichsetzungen.

Der Vergleich von Sachverhalten steht so im Mittelpunkt der juristischen Analyse der Gleichstellung. Nicht jede Ungleichbehandlung birgt in sich eine nach Art. 8 BV verbotene Ungleichstellung. Die Ungleichbehandlung ist nur verboten, wenn sie auf keinem stichhaltigen Motiv und keiner vernünftigen Begründung beruht.

Die Beurteilung des „stichhaltigen Motivs“ oder der „vernünftigen Begründung“ ist natürlich abhängig von der Ideenentwicklung in einer Gesellschaft. Zum Beispiel beurteilte das Bundesgericht (damals ausschliesslich aus männlichen Richtern zusammengesetzt) es als völlig zulässig, den Frauen den Zugang zum Anwaltsberuf zu verweigern, da es davon ausging, dass der Sachverhalt der Frauen in dieser Hinsicht nicht mit jenem der Männer vergleichbar wäre. Es änderte schliesslich 1923 seine Meinung. Und ich werde nicht das Frauenstimmrecht in Erinnerung rufen...

Das Gleichstellungsprinzip spielt im Recht auf zwei Ebenen eine wesentliche Rolle. Erstens gewährleistet es die Rechtsgleichheit in der Rechtsanwendung, indem es folglich dem Gesetzgeber untersagt ist, Unterscheidungen zwischen Personen oder Personenkategorien vorzunehmen, die nicht auf einem objektiven und stichhaltigen Motiv beruhen. Zweitens gewährleistet es die Gleichstellung vor dem Gesetz, das heisst in der Anwendung der Rechtsvorschriften.

Dieser Problemansatz macht verständlich, dass sich die juristische Literatur in Bezug auf die Problematik der Rationierung der Gesundheitsversorgung auf drei Hauptfragen konzentriert:

- die grundsätzliche Vereinbarkeit von Rationierungsmassnahmen (insbesondere in der Organtransplantation) mit den Grundrechten, genauer mit den Grundsätzen der Rechtsgleichheit und der Nichtdiskriminierung von Artikel 8 BV;
- die Grundlagen, der Inhalt und Umfang eines „Rechts auf Gesundheit“ oder eines „Rechts auf Gesundheitsversorgung“ (insbesondere Art. 12 und 41 BV), in Verbindung mit den möglichen Einschränkungen auf die Grundrechte (Art. 36 BV);
- die Ausarbeitung und Anwendung der Vorschriften in Bezug auf den Leistungskatalog und die Rückerstattung der Gesundheitsversorgung in der obligatorischen Krankenversicherung (KVG).

Artikel 41 BV, in welchem die Sozialziele verankert sind, sieht vor, dass Eidgenossenschaft und Kantone sich dafür einsetzen, dass *„jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält“* (Art. 41 Abs. 1 lit. b BV). Die Bedeutung dieser Vorschrift ist überwiegend programmatisch und deklamatorisch. Ein Bürger kann daraus nicht direkt ein Recht auf eine positive Leistung des Staates ableiten (wie es übrigens Art. 41. Abs. 4 BV ausdrücklich und wohlweislich in Erinnerung ruft).

Das heisst, dass die Ressourcenzuteilung zu Gunsten der verschiedenen vom Staat anerkannten Aufgaben (Gesundheit, Bildung, Sicherheit etc.) eine politische Frage ist und keine juristische oder vielmehr der Rechtsprechung unterliegende, im Sinne, dass sich eine Person an die Gerichte wenden könnte, um beispielsweise das dem Gesundheitswesen zugewiesene Globalbudget erhöhen zu lassen. Ebenso kann die Spital- und Gesundheitsplanung der Kantone von einem Patienten nicht vor den Gerichten angefochten werden.

Im schweizerischen Recht gibt es kein allgemeines und der Rechtsprechung unterliegendes Individualrecht auf Gesundheitsversorgung. Die Juristen räumen dagegen jeder Person ein durch die Bundesverfassung garantiertes Recht auf die grundlegende Gesundheitsversorgung ein (abgeleitet aus Art. 12), die von Steffen (S. 83ff) als die absolut notwendige Gesundheitsversorgung zur Gewährleistung des menschenwürdigen Daseins definiert wird.

Zusammenfassend können durch Verbinden der verschiedenen, unten genannten Punkte drei summarische Schlussfolgerungen gezogen werden:

- der Staat muss einen Verfassungsauftrag zur Bereitstellung von Gesundheitsversorgung erfüllen (Art. 41 BV). Es handelt sich nicht um eine Erfolgspflicht, die jeder Person die ganze Gesundheitsversorgung, die sie nötig haben könnte oder die sie erhalten möchte, garantiert. Der Staat muss dafür sorgen, dass die gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung in angemessener Weise gedeckt sind, indem insbesondere den zur Verfügung stehenden Ressourcen Rechnung getragen wird;
- jede Person hat ein Recht auf Gleichstellung beim Zugang (Art. 8 BV) zur Gesundheitsversorgung, im Rahmen der sich insbesondere aus dem vorhergehenden Punkt ergebenden verfügbaren Gesundheitsversorgung;
- jede Person ein individuelles und der Rechtsprechung unterliegendes Recht auf die grundlegende Gesundheitsversorgung (Art. 12 BV), nicht aber ein allgemeines Recht, die ganze verfügbare Gesundheitsversorgung zu erhalten.

Aus normativer Perspektive des Rechts kann man es wagen (es gibt offensichtlich keinen Konsensus unter den Juristen!), die Rationierung als den prinzipiellen Vorentscheid zu definieren, bestimmte medizinisch notwendige Gesundheitsversorgung gewissen Personenkategorien aufgrund eines Ressourcenmangels nicht zu gewähren.

So definiert, läuft die Rationierung auf ein Problem hinaus, die „gerechteste“ Zuteilung ungenügender Ressourcen zu finden. Sie verstösst *a priori* gegen die Gleichstellung und muss sich daher, um gegebenenfalls juristisch zulässig zu sein, auf einschlägige Unterscheidungskriterien (vgl. oben § 3) stützen. Darüber hinaus müsste sie auf jeden Fall auf einer gesetzlichen Basis beruhen und die anderen Bedingungen von Artikel 36 BV (durch ein öffentliches Interesse begründet sein, dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit entsprechen, nicht das Wesen oder den unantastbaren Kerngehalt der Grundrechte verletzen) respektieren.

Aus dem strengen Blickwinkel des Rechts ist es sehr heikel, sich in peremptorischer Weise über die mögliche Zulässigkeit gewisser Rationierungskriterien zu äussern. Am Schluss ihrer sorgfältig ausgearbeiteten Studie (S. 265ff) folgert Steffen mit grosser Vorsicht, dass die in der Literatur oft genannten Rationierungskriterien persönlicher (Alter, Verhalten) oder sozialer Natur (Familienpflichten, Arbeitsfähigkeit oder soziale Nützlichkeit, Finanzkraft) nicht mit Art. 8 BV vereinbar seien. Sie räumt dagegen, mit Unterschieden, ein, dass das Kriterium der Lebensqualität mit der Gleichstellung vereinbar sein könnte. Dies veranlasst sie, beim Bedürfnis ein Kriterium der „gewichteten Lebensqualität“ (bezahltes objektives Element des Typs QUALYs + subjektives Element) einzubringen.

8. Aus dem Blickwinkel der Ethik (Markus Zimmermann-Acklin)

Das gegenwärtige Interesse am Thema der Rationierung im Gesundheitswesen ist unterschiedlich begründet: Je nach Standpunkt werden die Probleme unterschiedlich wahrgenommen, aus ethischer Sicht beurteilt und unterschiedliche Massnahmen zur Verbesserung der Situation vorgeschlagen. Das ethische Rahmenthema der *Gerechtigkeit im Gesundheitswesen* wird zudem auf unterschiedlichen Abstraktionsebenen diskutiert. Deshalb stelle ich der Auflistung der Themen (Teil 3) und Aufgaben (Teil 4) die Rekonstruktion der Rationierungsverständnisse (Teil 1) und eine Bemerkung zur Unterscheidung der ethischen Diskussionsbereiche und -ebenen (Teil 2) voran.

Teil 1: Problemwahrnehmung und Rationierungsverständnis

Umverteilungsperspektive: Rationierung als Vorenthaltung

In der Wahrnehmung vieler Bürgerinnen und Bürger besteht heute das Hauptproblem in der *Finanzierung von Leistungen der gesundheitlichen Versorgung*. Dieses Problem macht sich in drei Bereichen besonders bemerkbar: Erstens steigen die Krankenkassenprämien kontinuierlich und weitaus stärker als die Einkommen und Löhne an (und mit ihnen der Anteil der Haushalte, die staatlich finanzierte Prämienvergünstigungen erhalten, dieser liegt derzeit bei 41%), zweitens nimmt der Anteil der Gesundheitskosten in den Kantonsbudgets seit Jahren zu, und drittens spüren ein grosser Teil der Angehörigen von Behandlungsteams («Leistungserbringer») einen zunehmenden Druck, aus Kostengründen am Krankenbett nicht mehr alle Leistungen zu erbringen oder anzubieten, welche für die Betroffenen sinnvoll bzw. nützlich wären. Aus dieser Sicht liegt das Problem nicht in der Knappheit *bestimmter* Mittel (wie im mangelndem Tamiflu in der akuten Phase der Verbreitung der Vogelgrippe, fehlenden Spendernieren im Bereich der Transplantationsmedizin oder dem Personalmangel aufgrund fehlender Fachkräfte auf dem Arbeitsmarkt), sondern in der Frage nach Grenzen und Möglichkeiten der Finanzierung einer umfassenden und qualitativ hoch stehenden gesundheitlichen Versorgung für alle.

Unter dem Rationierungsbegriff wird in dieser Wahrnehmung das *Vorenthalten nützlicher Leistungen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung* als mögliche Lösung des beschriebenen Finanzierungsproblems thematisiert, und angesichts des bestehenden materiellen Reichtums in der Schweiz von vielen kritisiert. Im politischen Diskurs wird dieses Vorenthalten von Leistungen häufig auf medizinisch *notwendige* Leistungen beschränkt, um damit klarzustellen, dass die Rationierung auf keinen Fall akzeptabel sei und mit allen Mitteln bekämpft werden müsse. Mit dieser Positionierung ist zweierlei verbunden: Erstens geht es bei der Rationierung im Kern um Umverteilung und damit ein *Thema der Sozialpolitik*, das entsprechend im Kontext anderer sozialpolitischer Debatten verstanden und aus gerechtigkeitsethischer Sicht mit Blick auf die Verteilungsgerechtigkeit diskutiert werden muss, zweitens ist es eine Fragestellung, die ausschliesslich den *solidarisch finanzierten Teil der Gesundheitsversorgung* betrifft, insofern eine «harte» Rationierung, also eine Vorenthaltung von Leistungen auch im Bereich der privat finanzierten Gesundheitsversorgung, ausserhalb des Problemhorizontes liegt und de facto auch von niemandem gefordert wird.

Wohlstands- und Fortschrittsperspektive: Rationierung als Zuteilung

Eine andere Wahrnehmung besteht darin, den wachsenden finanziellen Druck als Folge der Wohlstands- und Fortschrittsentwicklung zu interpretieren und zu betonen, dass der Zugang zu all diesen Errungenschaften nicht über eine soziale Krankenkasse bzw. ein System von Zwangsabgaben gestaltet werden müsste oder sollte. Die implizite Rationierung im Bereich

der sozial finanzierten Leistungen, d.h. die unregelte Zuteilung von Leistungen der Gesundheitsversorgung am Krankenbett durch die Behandlungsteams, wird überdies als wirtschaftsschädlich beurteilt, insofern sie den Konsum unnötig beschränke. Eine konsequentere Marktlösung würde dagegen den Konsum von Leistungen im Bereich der Gesundheitsversorgung stärker individualisieren und das Wirtschaftswachstum eher fördern. Im Rahmen eines marktwirtschaftlichen Systems und einer liberalen Grundhaltung ist die Prioritätensetzung Sache jedes und jeder Einzelnen und kann nicht vorgeschrieben werden: «jede(r) rationiert sich selber».

Eine systematische, implizit oder explizit gestaltete Einschränkung der Zuteilung von Leistungen steht daher auch hier ausschliesslich im möglichst eng definierten Bereich („decent minimum“) der solidarisch finanzierten Versorgung zur Diskussion, während der Markt die Zuteilung im verbleibenden Bereich regelt. In diesem Konzept entspricht der Rationierungsbegriff dem ökonomischen Grundbegriff der *Allokation bzw. Zuteilung knapper Ressourcen*. Die sozialpolitische Problemstellung kommt nur am Rande in den Blick, insofern in einem Marktsystem für die stark Benachteiligten ein Fürsorgenetz nach dem Vorbild der heutigen Sozialhilfe gespannt werden sollte.

Wohlstands- und Fortschrittsperspektive: Rationierung als Mittel zur Besinnung

Eine Variante, die ebenfalls auf der Wohlstands- und Fortschrittsperspektive aufbaut, besteht darin, die Aufmerksamkeit der Rationierungsdebatten auf Fragen nach *Sinn und Unsinn von Leistungen der Gesundheitsversorgung* ins Zentrum zu rücken. Der wachsende Finanzierungsdruck und die Unausweichlichkeit, nicht mehr alles bezahlen zu können, werden als *Chance* verstanden, um über die *Ziele der Medizin* nachzudenken. Beispielsweise wird Kritik an der gesellschaftlich verbreiteten Werthaltung geäussert, im Zeichen wachsenden Wohlstands und zunehmender Säkularisierung Heil und Segen von der Gesundheitsversorgung zu erwarten und menschliche Gegebenheiten wie die Endlichkeit des Lebens oder die Vulnerabilität zu verdrängen. Auch die Grenzverschiebungen im Verständnis von Therapie und Enhancement werden kritisch kommentiert. Auf diese Weise müssten Erwartungen an die Gesundheitsversorgung potentiell grenzenlos werden und könnten und sollten auch nicht mehr bezahlt werden. Ähnliche Vorstösse werden auch aus der Perspektive der Entwicklungszusammenarbeit formuliert, insofern über die Rationierungsthematik die gewaltigen Unterschiede in der weltweiten Gesundheitsversorgung zum Thema gemacht werden.

Vermittlungsperspektive: Rationierung als Begrenzung von Leistungen

Quer zu diesen verschiedenen Problemwahrnehmungen besteht eine weitere Variante darin, die Problemstellung pragmatisch zu formulieren, d.h. die unterschiedlichen berechtigten Anliegen und Sichtweisen aus interdisziplinärer Perspektive zu *integrieren*. Insbesondere werden die Folgen der steten Ausweitung der medizinisch-technischen Möglichkeiten gewichtet, von denen angesichts einiger Entwicklungen z.B. im Bereich der Onkologie oder Intensivmedizin niemand erklären kann, wie diese zukünftig für alle gleichermassen finanziert werden können, ohne gleichzeitig irrational hohe Opportunitätskosten zu verursachen.

Unter Rationierung wird dann integrierend das *Setzen von Grenzen* verstanden («Setting Limits Fairly»), das einerseits eine «condition humaine» darstellt, andererseits aber auch mit Einschnitten für die Patientinnen und Patienten im Bereich der solidarisch finanzierten Grundversorgung verbunden sein wird. Insofern in diesem weiten Rationierungsverständnis auch die Bestimmung der Grenzverläufe zwischen *sinnvollen* und *sinnlosen* Leistungen (also nicht nur diejenige zwischen notwendigen und sinnvollen Leistungen) zu einer wichtigen Aufgabe wird, werden auch die Bedenken angesichts einer sinnlos ausgeweiteten Versorgung und damit die Sinnfragen thematisiert. In dieser Sichtweise wird der Gebrauch

des verwirrenden Rationierungsbegriffs möglichst vermieden und ist stattdessen von einer *notwendigen bzw. sinnvollen Begrenzung von Leistungen* oder einem *gerechten Zugang zu Ressourcen der gesundheitlichen Versorgung* die Rede.

Teil 2: Bereiche und Ebenen der ethischen Auseinandersetzung

Fragen, welche konkrete inhaltliche *Vorstellungen vom guten Leben* (Vorstellungen von Gesundheit, Krankheit, Behinderung, Familie, Beruf, gelungenen Lebensformen etc.) mit sich bringen, und Fragen, welche die *politische Gerechtigkeit* betreffen (Verteilungsgerechtigkeit, Chancengleichheit, Verfahrens-, Legal-, Leistungs-, Gendergerechtigkeit etc.) werden in der Ethik getrennt thematisiert. Die Rationierungsdebatten beziehen sich zum grossen Teil auf die sozialetischen Fragen, Berührungspunkte zwischen beiden Diskursen bestehen kaum. Eine Ausnahme bildet der Capabilities-Ansatz, der im Anschluss an Martha Nussbaum und Amartya Sen formuliert wurde und die Fragen nach einem gerechten Zugang zur Gesundheitsversorgung mit konkreten inhaltlichen Vorstellungen von einem gelungenen menschlichen Leben verbindet. Es ist sicher kein Zufall, dass dieser Ansatz auf der Arbeit einer Philosophin basiert, welche sich seit Jahren im Bereich der Entwicklungszusammenarbeit bei der UNO engagiert, und von einem indischen Wirtschaftstheoretiker, der für seine Arbeiten zu den Mechanismen von weltweitem Hunger und Armut 1998 den Nobelpreis erhalten hat.

Die sozialetischen Auseinandersetzungen werden auf drei Ebenen geführt. ((Fussnote gestrichen)) Grundlegend sind die *grossen* Gerechtigkeitsdiskurse, in welchen unterschiedliche Gerechtigkeitstheorien und deren Begründung diskutiert werden. Davon zu unterscheiden sind die *mittleren* Diskurse, in welchen unterschiedliche Finanzierungsmodelle und Ideen zur Umgestaltung des Sozialstaats diskutiert werden, Auseinandersetzungen um angemessene Verständnisse so genannter mittlerer Prinzipien wie Solidarität, Subsidiarität und Gemeinwohl stattfinden. Diese lassen sich schliesslich von den *kleinen* oder *konkreten* Gerechtigkeitsdiskursen unterscheiden, die sich mit Einzelfragen der Ausgestaltung einer gesundheitlichen Versorgung wie der Einführung von Franchisen und Selbstbehalten, Ausschlüssen aus dem Grundleistungskatalog, letztlich mit den konkreten Gesetzesrevisionen befassen.

In der Schweiz liegt der Schwerpunkt der ethischen Rationierungsdebatten in den letzten Jahren auf den mittleren und kleinen Diskursen, während sich beispielsweise die deutsche Debatte erst in den letzten Jahren diesen konkreten Fragen zugewendet hat und bislang vor allem abstrakt geführt wurde. Die Beschäftigung mit Fragen des guten Lebens läuft mehr oder weniger parallel und nur am Rande. Die Auswahl der Rationierungsthematik als eines der vier Schwerpunktthemen im Rahmen des Projekts «Zukunft Medizin Schweiz» deutet meines Erachtens darauf hin, dass eine Verbindung der eudaimonistischen (wörtlich: glücksethischen, von griechisch eudaimonia, Glück) und gerechtigkeitsethischen Überlegungen gewünscht wird.

Teil 3: Themen

Im Bereich der im engeren Sinne sozialetischen Fragen stehen folgende Themen im Vordergrund: Innerhalb der *grossen* Diskurse wird um die Begründung eines Egalitarismus bzw. um die politisch-ethische Begründung von Ungleichheiten in der Gesellschaft gerungen, stehen das Menschenrecht auf Gesundheit zur Diskussion und wird versucht, eine möglichst objektive Definition für Gesundheit (funktionalistisches Verständnis im Anschluss an C. Boorse) zu formulieren, die als Verständigungsbasis zu dienen vermag.

In den *mittleren* Diskursen steht eindeutig die Frage im Zentrum, ob Rationierung überhaupt nötig sei bzw. eine angemessene Antwort auf die bestehenden Probleme darstelle. Diskutiert werden die Reichweite von alternativen Massnahmen der Rationalisierung (Erhöhung der Effizienz bestehender Einrichtungen und Abläufe), die Systemfrage nach markt- oder planwirtschaftlich strukturierten Gesundheitssystemen, und insbesondere Vor- und Nachteile möglicher Rationierungsmethoden und -kriterien. Bei den Methoden geht es v.a. um explizite versus implizite Rationierung, bei den Kriterien steht die Berücksichtigung von sozialen Kriterien (insbesondere des Alters), von gesundheitsökonomischen Kriterien (besonders der Kosteneffektivität) und der Verstärkung von Eigenverantwortung im Zentrum der Aufmerksamkeit. Angesichts der Schwierigkeiten, sich über angemessene (gerechte) Lösungen zu einigen, rücken zusehends Methoden der Verfahrensgerechtigkeit ins Rampenlicht, welche auf einer übergeordneten Ebene die (politische, aber auch moralische) Legitimität von gesundheitspolitischen Entscheidungen regeln möchte.

In Hinblick auf die *kleinen* Diskurse sind die Auseinandersetzungen um die Förderung von Managed Care, die Aufhebung des Kontrahierungszwangs, die Verbesserung des Risikoausgleichs zwischen den Kassen und die nächsten KVG-Revisionen zu erwähnen.

Bezüglich der Auseinandersetzung mit Fragen nach dem guten Leben sind erstens Beiträge zur Altersrationierung hervorzuheben, die im Sinne Daniel Callahans die Rückbesinnung auf die Endlichkeit des Lebens in die Debatte einbringen, und zweitens die Bemühungen von Medicus Mundi Schweiz bzw. des Tropeninstituts der Uni Basel, die verschiedentlich versucht haben, den schweizerischen Rationierungsdiskurs mit den Rationierungsdiskursen materiell armer Länder in Verbindung zu bringen (und den Schweizer Diskurs damit ideologiekritisch zu untergraben).

Ich möchte an einem relativ abstrakten Beispiel verdeutlichen, wie sich die oben erwähnten Sichtweisen in den Grundsatzdisputen der Ethik wieder finden lassen, und zwar am Beispiel der Diskussion über das *Verständnis von Solidarität in der Gesellschaft*: Während Solidarität in einem weiten Sinne als Zusammenstehen von Starken und Schwachen (Gesunden und Kranken, Reichen und Armen, Jungen und Alten etc.) verstanden wird, besteht eine Gegenposition darin, diese eng im Sinne eines Zusammenstehens von Gleichstarken bzw. gleichermassen Gefährdeten, also ausschliesslich im Sinne des Versicherungsprinzips zu verstehen. Unschwer zu erkennen ist, dass sich in diesen beiden Verständnissen die beiden Grundpositionen wieder finden, welche einerseits die Rationierung mit Berufung auf die Solidarität als *Vorenthaltung* von Grundrechten ablehnen, und welche andererseits die Rationierung im Sinne einer Individualisierung der Risiken und einer Auslagerung besonders schlechter Risiken in den Bereich der nach dem Fürsorgeprinzip funktionierenden Sozialhilfe befürworten.

An einem konkreteren Beispiel möchte ich schliesslich zeigen, wie wichtig die interdisziplinäre Verständigung ist, und zwar am Beispiel der Diskussion um die *Abschaffung der Kinderprämien*. In den letzten Jahren hat sich der Finanztransfer von Jung nach Alt verstärkt, während sich gleichzeitig die Vermögensverteilung kontinuierlich zugunsten der älteren Generationen verschiebt. Kommt hinzu, dass Erbschaften nicht selten von der vierten auf die bereits pensionierte dritte Generation verlaufen. Angesichts dieser Veränderungen liegt es nahe, die Verteilungsgerechtigkeit zwischen Alt und Jung in der Gesellschaft zu überdenken und evtl. durch Abschaffung der Kinderprämien gerechter zu gestalten. Eine Diskussion dieser Fragen kann nur auf der Basis einer Zusammenarbeit und Verständigungsbereitschaft zwischen Sozialwissenschaften, Politik, Recht, Medizin, Pflege und Ethik gelingen.

Teil 4: Aufgaben

Aus Sicht der Sozialethik besteht eine der wichtigsten Fragen darin, *wie die Situation der am schlechtesten Gestellten verbessert werden könnte*. Im Rationierungsdiskurs betrifft das die Menschen, die am meisten krank sind und die geringste Lebenserwartung haben. Die Beantwortung dieser Frage macht eine *Erweiterung des Blicks im Sinne von Public Health* nötig; offenkundig verhält es sich angesichts der Gesundheit, Krankheit und Lebenserwartung bestimmenden Faktoren so, dass verglichen mit Massnahmen in anderen Sozialbereichen wie Bildung und Arbeit über das System der Gesundheitsversorgung nur ein geringer Einfluss auf die Verbesserung der am schlechtesten Gestellten genommen werden kann.

Eine zweite Herausforderung liegt in der *Intensivierung der interdisziplinären Zusammenarbeit*. Bislang verlaufen die Rationierungsdebatten in der Schweiz vor allem im Rahmen einzelner Disziplinen, während die unabdingbare Verständigung zwischen Medizin, Pflege, Recht, Soziologie, Politik, Ökonomie etc. bislang zu kurz gekommen ist. Auch die stärkere Berücksichtigung der Public Health-Perspektive macht eine interdisziplinäre Zusammenarbeit unabdingbar.

Aus der obigen Darstellung geht zudem hervor, dass eine verstärkte *Debatte zwischen den unterschiedlichen Wahrnehmungstypen* vonnöten ist. Offenkundig stehen hier im Hintergrund unterschiedliche weltanschauliche Verständnisse, die sich den Polen Liberalismus und Sozialismus zuordnen lassen und mit der Freiheit und Gemeinschaftlichkeit je ein wichtiges anthropologisches Grundelement (über-)betonen.

Darüber hinaus besteht ein plausibles Anliegen darin, die *glücksethischen oder Sinnfragen in die Diskussion angemessen einzubeziehen*, auch wenn klar bleibt, dass sie sich bei der Diskussion konkreter politischer Lösungen nur indirekt berücksichtigen lassen.

Schliesslich liegt es nahe, die *internationalen Erfahrungen im Bereich der Rationierungsdebatten* stärker mit einzubinden. Hier zeigt sich offenkundig, dass sich angemessene und praktikable Lösungen nur dann abzeichnen, wenn Expertendiskurse und öffentliche Debatten gleichermassen und miteinander verbunden geführt werden.

Für Literaturangaben zu diesen Themen vgl. Kap. F.

9. Aus gesellschaftspolitischer Sicht (Bruno Kesseli)

Die politischen und gesellschaftlichen Dimensionen der Rationierungsthematik im Gesundheitswesen werden im Vergleich mit ökonomischen, ethischen und spezifisch medizinischen Aspekten von den meisten Autoren weniger explizit dargestellt, bilden jedoch gewissermassen den Hintergrund eines Grossteils der Diskussionsbeiträge. So hält beispielsweise Sommer fest: «Allokations- bzw. Rationierungsentscheidungen müssen wir sowohl als *Gesellschaft* auf der sogenannten Makroebene als auch individuell auf der sogenannten Mikroebene fällen.»[1] Blank widmet in seinem bereits 1988 erschienen Werk «Rationing Medicine» immerhin ein Kapitel dem Thema «The Role of Government Institutions», in dem er unmissverständlich auf die zentrale Rolle politischer Institutionen im Bereich der Rationierung hinweist: «... any allocation/rationing policy will be produced by the political institutions.» [2]

Wie gross ist der Einfluss der Politik?

In diesem Zusammenhang könnten folgende Fragen von Interesse sein: Beeinflusst die Art des politischen Systems einer Gesellschaft allfällige Rationierungsmechanismen? Wenn ja, in welcher Weise? Welchen gesellschaftlichen Einflüssen – beispielsweise seitens

Interessengruppen – sind unterschiedliche politische Systeme ausgesetzt, und wie wirken sich diese Einflüsse auf den politischen Entscheidungsprozess bezüglich Rationierungsmassnahmen aus? Mit anderen Worten ginge es darum, genauer zu bestimmen, wer das „wir“ ausmacht, die Grösse also, die gemäss Sommer Allokations- bzw. Rationierungsentscheidungen (als Gesellschaft) fällt und wie diese Entscheidungen zustande kommen. Zumindest auf den ersten Blick würde sich ein Grossteil der Individuen in einer Gesellschaft wohl eher als Opfer von Rationierungsentscheidungen sehen denn als deren «Mitbestimmer».

Zur Beschreibung der Eigenheiten politischer Systeme bietet sich das Instrumentarium der Systemtheorie an, das allerdings im Rahmen der vorliegenden Betrachtungen nur in grob skizzierender Weise eingesetzt werden kann. Gemäss wichtigen Exponenten der Systemtheorie wie Easton [3] oder Luhmann [4] kann das politische System als Teilsystem des Gesellschaftssystems gesehen werden, das neben anderen Systemen – z.B. dem wirtschaftlichen – besteht und mit diesen interagiert. Das politische System ist unter anderem durch autoritative Wertzuweisungen, das heisst allgemein verbindliche Entscheidungen charakterisiert.

Verschiedene politische Systeme unterscheiden sich sowohl bezüglich intrinsischer Faktoren als auch bezüglich der Interaktion mit weiteren Systemen. Mit Blick auf die Rationierungsthematik ist es sinnvoll, in Anlehnung an Sommer politischen Systeme, die das Gesundheitswesen planwirtschaftlich organisieren von marktwirtschaftlich ausgerichteten zu unterscheiden. Der Stellenwert und die Verarbeitung von Inputs aus gesellschaftlichen Subsystemen im politischen Entscheidungsprozess sind von der Art des Systems abhängig. In planwirtschaftlichen Systemen wird seitens der Behörden zentral – mit unterschiedlicher Tiefenausdehnung im Makro-, Meso- und Mikrobereich – über Leistungen, Prioritätensetzung und allfällige Rationierungsmassnahmen entschieden. Demgegenüber soll der Staat in marktwirtschaftlichen Systemen lediglich die Rahmenbedingungen schaffen, innerhalb dessen sich verschiedene Akteure relativ frei bewegen. Im Krankenversicherungsbereich soll auf diese Weise ein Wettbewerb ermöglicht und in der Regel gleichzeitig der Zugang der gesamten Bevölkerung zu einer Grundversorgung gesichert werden.

Durch welche gesellschaftlichen Prozesse / Subsysteme werden politische Entscheidungen bezüglich der Rationierung im Gesundheitswesen – wie auch ganz allgemein – beeinflusst?

In demokratischen Systemen besteht eine grundlegende Steuerungsmöglichkeit durch die Wahl der Volksvertreter in ein Parlament, wobei deren Positionierung im Gesundheitswesen eines unter einer Vielzahl möglicher entscheidungsrelevanter Kriterien ist. Obschon dieses Steuerungselement tendenziell eher unpräzise ist, kann es doch grundlegende Weichenstellungen ermöglichen. So sind beispielsweise in der Schweiz zumindest im Bereich der politischen Pole die Positionen – man nehme als Beispiel SP und SVP – in gesundheitspolitischen Fragen mehrheitlich klar.

Welche Rolle spielen Interessengruppierungen?

Auf der Inputseite spielen in der Interaktion zwischen politischem System und weiteren gesellschaftlichen Subsystemen so genannte Interessengruppen eine zentrale Rolle, wobei deren Einflussmöglichkeiten auf die Entscheidungen des politischen Systems abhängig sind von dessen Offenheit. In totalitären Systemen sind die Möglichkeiten auf der «Inputseite» naturgemäss eingeschränkter – aber durchaus nicht inexistent – als in demokratisch organisierten Gesellschaften, in denen der Einbezug von Interessengruppen in den politischen Entscheidungsprozess häufig institutionalisiert ist (z.B. über Vernehmlassungs-

verfahren).⁹ [5] Der Einfluss von Interessengruppen auf politische Entscheidungsprozesse hängt neben der grundsätzlichen Kompatibilität der angestrebten Ziele mit gesellschaftlich akzeptierten Wertvorstellungen vor allem von Vernetzungs- und Marketingstrategien ab; auch Führung und Finanzkraft können eine wichtige Rolle spielen. In direkten Demokratien wie der Schweiz haben Interessengruppen – theoretisch auch Einzelpersonen – mittels Instrumenten wie Initiative und Referendum gar die Möglichkeit, Verfassungsänderungen zu bewirken. Von der Bevölkerungsmehrheit nicht getragene Rationierungsmassnahmen seitens der politischen Instanzen können auf diese Weise korrigiert werden. Als aktuelles Schweizer Beispiel lässt sich die Lancierung der Volksinitiative «Ja zur Komplementärmedizin» anführen, die als Reaktion auf die Streichung komplementärmedizinischer Methoden aus der Grundversicherung durch Bundesrat Couchepin interpretiert werden kann (ob es sich bei der Streichung um eine Rationierungsmassnahme handelt, kann unterschiedlich beurteilt werden). Allein die Möglichkeit, dass auf diese Mittel zurückgegriffen werden kann, beeinflusst Entscheidungsprozesse politischer Behörden mitunter massgeblich.

Sind die Medien mehr als Vermittler?

Eine wichtige Funktion haben in diesem Zusammenhang die Medien, einerseits als Multiplikator von Botschaften der verschiedenen mit einem Thema befassten Gruppierungen, andererseits als eigenständige «Players», die die politische Agenda und die Gewichtung der Themen mitbestimmen. Interessengruppen versuchen mit unterschiedlichen Mitteln, aber meist via Medien, die sogenannte öffentliche Meinung zu prägen, die als wichtiger Inputfaktor auf das politische System einwirkt. In der Rationierungsfrage wurden in verschiedenen Ländern Versuche unternommen die öffentliche Meinung zu erfassen und für den politischen Entscheidungsprozess nutzbar zu machen, wobei sich allerdings widersprüchliche Tendenzen innerhalb desselben Kollektivs zeigten.[6]

Das Zusammenspiel von politischen System und anderen gesellschaftlichen Subsystemen lässt sich für die Rationierungsthematik an verschiedenen Beispielen illustrieren. So wurde das Basispaket des vielzitierten «Oregon Health Plan» nach einem aufwendigen Verfahren unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Evidenz, verschiedenster Expertengruppen sowie repräsentativer Volksbefragungen implementiert. Zweijährlich wurde es einem Review durch eine Kommission unterzogen, die ihrerseits mit einer Reihe von Subkommissionen zusammenarbeitete. In den politischen Entscheidungsprozess flossen Vorschläge einer Vielzahl von Expertengruppen ein, darunter nicht weniger als 70 Gruppierungen, die die Leistungserbringer repräsentierten. Als eine der wichtigsten «Lektionen» des Oregon-Experiment gilt die Erkenntnis, dass explizite Prioritätensetzung durch das politische System tendenziell zu einer Ausweitung des Leistungskatalogs führt. [7, 8]

In verschiedenen Ländern wurden durch das politische System Versuche unternommen, unter dem Schlagwort «Prioritätensetzung» im Gesundheitswesen eine explizite Rationierung nach transparenten Kriterien vorzunehmen, die eine «faire» Verteilung der Mittel im garantieren sollten. Neben Oregon können als Beispiele Neuseeland [9], Schweden[10] oder Alberta, Canada [11] erwähnt werden. In allen Fällen zeigte sich, dass das politische System in den Entscheidungsprozess in der Regel wissenschaftliche Evidenz, Experten und Vertreter bestimmter Interessengruppen miteinbezieht, wobei in den meisten Fällen klinische Mediziner, Gesundheitsökonom, im Gesundheitswesen tätige Manager, Juristen und Ethiker berücksichtigt werden.

Für politische Entscheidungsträger haben ökonomische Aspekte sowie Wirksamkeitskriterien bei der Prioritätensetzung einen hohen Stellenwert. Trotz Strukturierungs- und

⁹ Eine ausführliche Darstellung der Bedeutung von Interessengruppen in verschiedenen Gesellschaftssystemen und der Mechanismen ihrer Einflussnahme auf politische Prozesse findet sich bei K von Beyme.

Explizierungsversuchen laufen Entscheidungsprozesse bei sogenannten «decision makers» gemäss einer holländischen Pilotstudie häufig implizit ab, wobei persönliche Präferenzen neben den genannten Kriterien ebenfalls eine wichtige Rolle spielen. [12]

Literatur

- 1 Sommer Jh. Muddling Through Elegantly: Rationierung im Gesundheitswesen. EMH, Basel 2001.
- 2 Blank Rh. Rationing Medicine. Oxford: Columbia University Press, New York 1988.
- 3 Easton D. A Framework for Political Analysis. Englewood Cliffs, N.J.: University of Chicago Press, Chicago 1965.
- 4 Kieserling A. (Hrsg.): Luhmann, N.: Die Politik der Gesellschaft. Surkamp, Frankfurt a. M. 2002
- 5 Beyme K. von. Interessengruppen in der Demokratie. Sozialwissenschaft Bd. 24; Piper, München 1974
- 6 King D, MAYNARD A. Public opinion and rationing in the United Kingdom. Health policy 1999;50:39-53.
- 7 Ham C. Retracing the Oregon trail: the experience of rationing and the Oregon health plan. BMJ 1998;316:1965-9.
- 8 Wiseman V, Mooney G, Berry G, Tang K.C. Involving the general public in priority setting: experiences from Australia. Social Science & Medicine 2003;56:1001-12
- 9 Dew K, Cumming J, MC Leod D, Morgan S et al. Explicit rationing of elective services: implementing the New Zealand reforms. Health Policy 2005;74:1-12.
- 10 Calltorp J. Priority setting in health policy in Sweden and a comparison with Norway Health Policy 1999; 50:1-22.
- 11 Mitton C, Patten S, Waldner H, Donaldson C. Priority setting in health care authorities: a novel approach to a historical activity. Social Science & Medicine 2003;57:1653-63.
- 12 Maiwenn JA, Feenstra T, Brouwer WBF. Decision makers's view on health care objectives and budged constraints: results from a pilot study. Health policy 2004;70:33-48

E. Merkmale des schweizerischen Gesundheitssystems

Mit einem Bruttonsozialprodukt von 35'000 US\$ pro Einwohner im Jahre 2004 ist die Schweiz eines der reichsten Länder der Welt, auf dem weltweit fünften Platz nach Luxemburg, Norwegen, den Vereinigten Staaten und Irland.

Sie ist auch eines der Länder, dessen Bevölkerung mit 16% Einwohnern im Alter von 65 Jahren oder älter (2003) und 23% Einwohnern von weniger als 20 Jahren am ältesten ist, während die entsprechenden Mittelwerte in den OECD-Ländern bei 14% resp. 25% liegen.

Der Gesundheitszustand der Bevölkerung, so wie er von den einzelnen Personen wahrgenommen wird, ist gut, mit einem höheren Anteil an zufriedenen Personen (86%) als im Durchschnitt der OECD-Länder (68%). Die Mortalität (überwiegend kardiovaskuläre Krankheiten und Krebsleiden) ist in der Schweiz, die sich auf dem vierten OECD-Rang platziert (hinter Japan, Australien und Island), ebenfalls tief. Hingegen leiden 13% der Bevölkerung, die älter als 65 Jahre sind, an einem chronischen und zur Invalidität führenden Leiden.

Budget

Die Schweiz ist, hinter den Vereinigten Staaten, dasjenige Land, welches am meisten für das Gesundheitssystem ausgibt. 2003 wendete sie 11,5% ihres Bruttonsozialproduktes dafür auf, mit einer Ausgabenerhöhung von ungefähr 2,4% pro Jahr und Einwohner zwischen 1990 und 2003 (gegenüber 1,5% in den OECD-Ländern insgesamt).

Dieses hohe Ausgabenniveau steht im Zusammenhang mit der erheblichen Personaldichte in der Gesundheitsversorgung. Die Ärztedichte liegt bei 3,6 pro 1000^[og1] Einwohner (2002), davon sind 16% ausländische Ärzte. Die Dichte bei Pflegefachpersonen beträgt 10,7/1000 oder 78 000 Personen^[og2], die vorwiegend in Spitälern arbeiten und von denen ein Viertel aus dem Ausland stammt.

Dem kann angefügt werden, dass die Gesundheit ein wichtiger Arbeitsmarktaspekt ist, mit ungefähr 10% aktiven angestellten Personen im Gesundheitssektor.

Etwa die Hälfte der Ausgaben fällt auf die Spitäler, die öffentlich oder privat sein können (einige der Letztgenannten sind von öffentlichem Interesse). Die Finanzierungsquellen aller Spitäler sind vielfältig (Krankenkasse, Kanton und Gemeinde). Der Finanzierungsmodus der Spitäler ist variabel und entwicklungsfähig und reicht von einer retrospektiven Finanzierung ab Hospitalisationstag, bis zu einer Zahlung nach Aufenthaltstyp (retrospektive Zahlung nach Diagnosis Related Groups) oder umfassenden Pauschalierungssystemen (prospektive Zahlung).

Etwa ein Viertel^[og3] der Gesundheitsausgaben fällt auf die frei praktizierende Ärzteschaft. Im Jahre 2000 wurden 57 Millionen Konsultationen durch 14'000 Ärzte geleistet, was einem Umsatz von einer halben Million Franken pro frei praktizierenden Arzt entspricht. Die Belegärzte werden gemäss einem retrospektiven Rückerstattungssystem entlohnt (relative Bewertung der durch das interkantonale TARMED-System fixierten Leistungen).

Finanzierung

Die Finanzierung des Gesundheitssystems^[og5] beruht auf einem obligatorischen Versicherungssystem, das von unabhängigen Kassen auf Gegenseitigkeit geführt wird. Sie sind von strengen Funktionsregeln gekennzeichnet: Vertragspflicht, Versicherungspflicht, obligatorische Leistungen, Risikoausgleich, Bildung und Aufrechterhaltung von Reserven. Die Überwachung wird vom Bundesamt für Gesundheit ausgeübt.

Ungefähr ein Drittel des Budgets wird durch dieses System der Gegenseitigkeit finanziert. Der von den Versicherten bezahlte Prämienbetrag ist vom Einkommen unabhängig, aber die Versicherten können von einer individuellen Unterstützung profitieren, die von Bundes- und Kantonsbehörden geleistet werden.

Ein zweites Drittel des Budgets wird von Bundes-, Kantons- und Gemeindebehörden sowie von anderen Versicherungen (Suva, Invalidenversicherung, Privatversicherungen etc.) finanziert.

Ein drittes Drittel stammt direkt aus den Privathaushalten (über die Versicherungsfranchisen beispielsweise). Die Schweizerinnen und Schweizer verwenden ungefähr 10% ihres Familienbudgets für medizinische Versorgung, Zahnarzt, Krankenversicherung und Medikamente.

Ein wesentlicher Aspekt des Schweizerischen Systems besteht darin, dass nur das von Behörden stammende Finanzierungsdrittel einer progressiven Logik folgt (d.h. auf den Einkommen der Personen indexiert ist), während die anderen zwei Drittel degressiv sind.

Politische und administrative Organisation

Das diesen Ausgaben entsprechende Budget dient dem Unterhalt eines dezentralen Gesundheitsversorgungssystems, welches politisch bei den Kantonen, ja sogar den Gemeinden, ruht.

Eine alte Bewegung, die jedoch zurzeit forciert wird, strebt eine Erhöhung des Beitrags der Eidgenossenschaft zur Führung der Gesundheitspolitik an, zum Beispiel im Bereich der Sozialversicherungen, der Prävention, der Spitzenmedizin und der Medikamente.

Das schweizerische Gesundheitssystem erfüllt die vier Aufgaben und verfolgt die drei Ziele, die von der Weltgesundheitsorganisation (2000) definiert wurden. Die vier Aufgaben sind (a) die Bereitstellung von Gesundheitsversorgung, (b) die Ressourcenbildung (insbesondere die Organisation der Finanzierung des Systems), (c) die Führung und Verwaltung des Gesundheitssystems und (d) die Organisation der Finanzierung des Systems. Die drei Ziele sind: (a) die Erhöhung und Aufrechterhaltung des Gesundheitszustandes, (b) die Aufrechterhaltung einer Reaktivität des Gesundheitssystems (insbesondere um der Bedürfnisentwicklung der Bevölkerung nachzukommen) und (c) eine gerechte Finanzierung des Gesundheitssystems.

Perspektiven

Das schweizerische Gesundheitsversorgungssystem ist pluralistisch, das heisst, dass es den freien Markt (Wettbewerb zwischen den Versicherern, sofortiger Zugang zu den Gesundheitsfachleuten etc.) mit den vom Gesetzgeber auferlegten Anforderungen (Versicherungen auf Gegenseitigkeit für die Grundversorgung, Vertragspflicht mit den Ärzten etc.) verknüpft. Diese Pluralität des Gesundheitsversorgungssystems – sie ist übrigens mehreren europäischen Ländern gemein – strebt die Kumulierung der Vorteile der Wirtschaftlichkeit an, die man im freien Markt erkennt, und die Zugangsgerechtigkeit zu den Gesundheitsversorgungssystemen, die man den durch den Staat reglementierten Systemen zuschreibt.

Die schweizerische Situation ist durch die politische und wirtschaftliche Kumulierung von Pluralismen bemerkenswert. Die Gesundheitssysteme anderer föderalistischer Staaten sind entweder eindeutig liberaler (wie in den Vereinigten Staaten) oder verstaatlichter (wie in Kanada). Dieser Doppelppluralismus ist ein wichtiger Aspekt der Komplexität des schweizerischen Gesundheitssystems, der seine Stabilität (positive Eigenschaft) und seine Trägheit (Mangel manchmal letal) erklärt. Das ist ein wichtiges Merkmal des sehr stabilen Systems, von dem die Schweiz alle Qualitäten und alle Fehler hat.

Aus Sicht der Rationierung ist die Komplexität ein wichtiges Merkmal. Sie erklärt, weshalb jegliche Rationalisierung (Anstreben der Eliminierung der Gesundheitsversorgungsstrukturen zum Beispiel) in der Schweiz auf ausserordentliche Schwierigkeiten stösst. Der Überfluss der Unterbringungsstrukturen in der Schweiz erklärt sich nämlich insbesondere dadurch, dass der Umfang und die Art der sanitären Ausrüstung auf kantonaler, ja sogar regionaler Stufe definiert werden: Diese Nähe macht diese Strukturen empfänglicher für lokale Gesuche der Bevölkerung, Fachleute und Beamten.

Ein anderer wichtiger Punkt der Rationierung ist die Verlagerung der Kompetenzen zum Bundesstaat. Die Eidgenössische Leistungskommission, die zentralisierte Kommission, welche über die Art der Grundleistungen entscheidet, die durch die Krankenversicherung rückvergütbar sind, und das eidgenössische Organ (Swissmedic), welches für die Genehmigung der Vermarktung von Medikamenten verantwortlich ist, sind zwei Beispiele.

Es ist deshalb möglich, dass der Ein- oder Ausschluss einer Pflegeleistung von einem Entscheid abhängt, der auf der Analyse von Effektivität und Effizienz dieser Leistung beruht, und dass dieser Entscheid auf dem gesamten schweizerischen Territorium anwendbar ist. Dies ermöglicht eine explizite Rationierung der Gesundheitsversorgung.

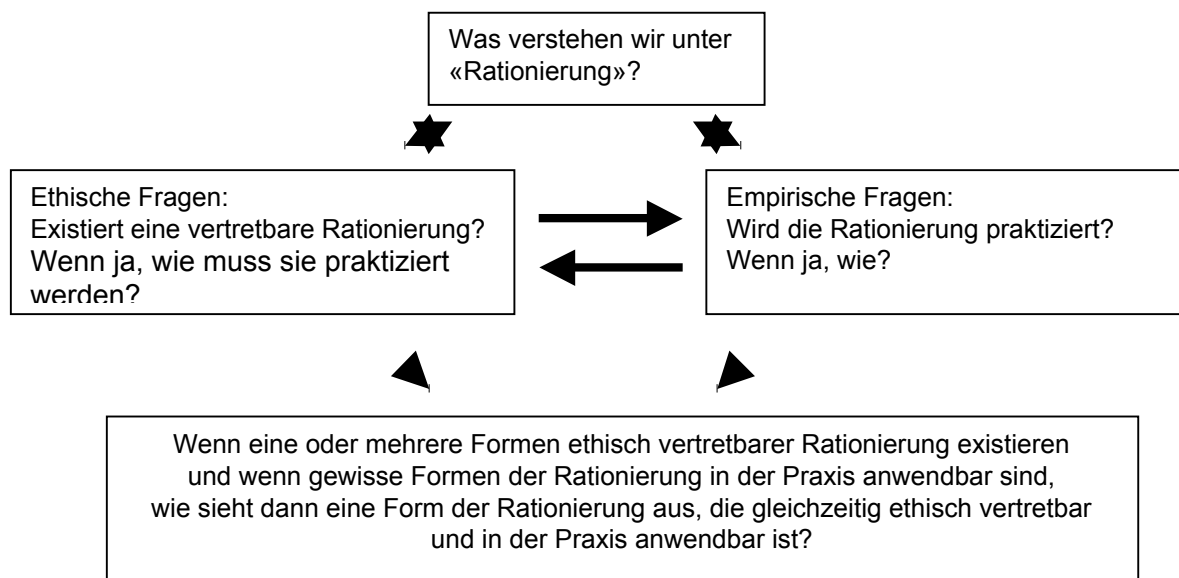
Schliesslich findet die demographische Alterung der Schweizer Bevölkerung auf zwei Arten Eingang in die Rationierungsdebatte. Einerseits wird der hohe Anteil jener Bevölkerung, die eine starke Verbraucherin von Gesundheitsversorgung ist, die Debatte über die Opportunität der Rationierung der Gesundheitsversorgung belasten. Andererseits wird die Art der Krankheiten, an denen die älteren Menschen leiden, die Rationierungsdebatte von der Gesundheitsversorgung in Richtung chronische und degenerative Krankheiten leiten.

F. Kommentierte Literaturübersicht

Ethik (i) (Samia Hurst)

Die Literatur über die Rationierung der Gesundheitsversorgung ist ausgiebig. Ihre Ziele und ihre Qualität sind unterschiedlich. Die Dauer der Kontroversen über die Rationierung der Gesundheitsversorgung hat zur Bildung von Unterthemen geführt, welche Gegenstand ihrer eigenen Debatte sind. Diese Übersicht ist deshalb weit davon entfernt, vollständig zu sein und ihr Ziel ist hauptsächlich einleitender Natur.

In groben Zügen kann die Debatte wie folgt schematisch dargestellt werden:



Was verstehen wir unter «Rationierung»?

Die Diskussionen werden manchmal durch die Tatsache gestört, dass der Begriff „Rationierung“ ein «verdichtetes Konzept» ist. Es beschreibt etwas und gleichzeitig gibt es ein Werturteil über diese Sache ab. Da das Werturteil negativ ist, wird es verlockend, den Begriff zu verwenden, um «die Einschränkungen in der Gesundheitsversorgung, mit denen ich persönlich nicht einverstanden bin» auszudrücken. Eine klare und brauchbare Definition der Rationierung ist deshalb eine Grundanforderung für jede zu diesem Thema geführte Diskussion. Eine solche Definition wird von Peter Ubel und Susan Goold [1] vorgeschlagen: Für sie beinhaltet Rationierung *jeden impliziten oder expliziten Mechanismus, der dazu führt, dass Personen einen potenziell Nutzen bringenden Eingriff nicht erhalten*.

Ethische Fragen

- Existiert eine ethisch vertretbare Rationierung?

Für gewisse Personen ist jede Einschränkung Nutzen bringender Eingriffe inakzeptabel. Für andere sind diese an sich unvermeidbar und bedürfen deshalb keiner Rechtfertigung. [2, 3, 4, 5, 6, 7]

Eine oft zitierte Bedingung ist, dass die Rationierung nur dann vertretbar wird, wenn alle möglichen Ressourcen durch die Verschwendungsbegrenzung bereits mobilisiert wurden (Rationalisierung).

- Wenn ja, wie muss sie praktiziert werden?
 - i. Wer muss entscheiden?

Die Entscheide betreffend die in der Gesundheitsversorgung anzubringenden Grenzen können auf Makrostufe – Gesundheitssystem –, Mesostufe – Institutionen – oder auf Mikrostufe – klinische Praxis – getroffen werden. Bei jeder dieser Stufen treten unterschiedliche Schwierigkeiten betreffend die anzuwendenden Kriterien auf. Für die Makrostufe siehe beispielsweise [8, 9].

Eine spezifische Debatte betrifft die Mikrostufe und die klinische Rationierung. Die Rationierung durch die Gesundheitsfachleute wird kritisiert wegen deren Verpflichtung, ihre Patienten zu privilegieren, [10, 11, 12, 13, 5, 14, 15] und des Misstrauens hinsichtlich der Fähigkeit der Gesundheitsfachleute, die richtigen Rationierungsentscheide zu treffen, [16]. Ihre Beteiligung wurde vorweggenommen und gründet auf der Tatsache, dass die Gesundheitsfachleute eine Überwachungsverantwortung der Gesundheitsressourcen haben [3], dass sie die Rationierung mit der Verteidigung ihrer Patienten kompatibel machen können [17] und in der besten Position sein könnten, um in angemessener und vertretbarer Weise zu rationieren [18, 17, 19].

Die Einbindung der Patienten wurde gefördert [20], aber es wurde auch vorgebracht, dass die Rationierungsdiskussion in der Sprechstunde die Beziehung Gesundheitsfachperson – zu Behandelnder beeinträchtigen könnte [21].

- ii. Welche Kriterien anwenden?

Unter den vorstellbaren Kriterien sind gewisse klar zu verwerfen, wie Religion, Geschlecht, ethnische Herkunft. Einige sind zu verwerfen, selbst wenn sie keine Diskriminierung im rechtlichen Sinne darstellen, wie der sozioökonomische Status. Die strikt medizinischen Kriterien, wie der Dringlichkeitsgrad, der zu erwartende Nutzen, gelten allgemein als akzeptabel. Sie können jedoch untereinander in Konflikt geraten und reichen nicht aus, um das Problem zu lösen [22].

Gewisse Kriterien sind äusserst kontrovers und geben Anlass zu ihrer eigenen Debatte. Das Alter zum Beispiel [23] und die persönliche Verantwortung während der Erkrankung [24, 25].

Die Frage der Rationierung anhand des Alters dreht sich um die gerechte Verteilung eines auf zwei Arten interpretierbaren Gutes. Wenn dieses Gut das Leben ist, hat es in jedem Alter den gleichen Wert und rationieren anhand des Alters wäre unmoralisch. Wenn dieses Gut eine vollständige Lebensgeschichte ist, ein volles Menschenleben, dann kann rationieren anhand des Alters legitim sein, insofern als die jungen Menschen dieses Gut noch nicht gehabt haben, die alten Menschen hingegen schon (fair innings theory).

Das Kriterium der persönlichen Verantwortung ist mit der Wahlfreiheit vereinbar. Es wird aufgrund der Tatsache kritisiert, dass die betroffenen Entscheidungen nicht immer frei sind und wir die Tendenz haben, uns auf Entscheidungen zu fokussieren, die wir nicht schon aus anderen Gründen gutheissen würden. Es würde sich also eher um eine Rationierung auf der Basis von Schwäche als auf der Basis einer *persönlichen Entscheidung* handeln. Begrenzte Modelle versuchen, dieses Kriterium zu wahren, ohne Gegenstand dieser Kritik zu sein [26].

Die Kosten-Nutzen-Analyse wurde als Tool für eine gerechte Einschränkung eingesetzt. Sie dient vor allem der Bestimmung der Wirtschaftlichkeit eines Eingriffs und kann also der Ermittlung der Anwendung der KVG-Kriterien (Effektivität, Angemessenheit, Wirtschaftlichkeit) dienen. Sie hat Vorteile, aber ihre Nachteile müssen miteingeschlossen werden. [27, 28].

iii. Gerechte Kriterien oder gerechter Prozess?

Angesichts der Schwierigkeit, sich über die Rationierungskriterien zu einigen, entwickelte sich die Debatte im Sinne der Suche nach einem gerechten Entscheidungsprozess [6, 29, 30]. Eine Debatte umfasste die implizite oder explizite Rationierungsfrage [31] (siehe auch die Position von Gaudenz Silberschmidt vor der deutschen Kommission über die Prioritätensetzung bei der Gesundheit¹⁰). Dann wurden Beratungsmodelle entwickelt. Das einflussreichste ist *Accountability for reasonableness* (Verantwortlichkeit für die Angemessenheit der Entscheide) von Norman Daniels und James Sabin [32]. Ein Tool für die Gruppenberatung wurde entwickelt: *Choosing Healthplans All Together* (Gesundheitspläne gemeinsam auswählen) [33].

Empirische Fragen

- Wird die Rationierung praktiziert?

In Norwegen geben 68% der Ärzte an, zumindest manchmal auf die beste Behandlung ihrer Patienten verzichten zu haben, weil die Sozillast zu hoch gewesen wäre [34]. Die amerikanischen Ärzte verzichten manchmal auf Eingriffe aufgrund der Versicherungsdeckungsregeln [35]. Auf Basis der Kosten wurde die Nichteinweisung zur Dialyse in mehreren Zusammenhängen dokumentiert [36, 37], wie auch der Verzicht auf für den Patienten Nutzen bringende Eingriffe [38, 39].

- Wenn ja, wie wird sie praktiziert?

Mit Mühe! [40, 41]

Mit einer gewissen Variabilität bei der Kriterienanwendung [42, 39].

Es scheint, als würden die Ärzte die Entscheide der Ressourcenallokation nicht wie dichotomische Entscheidungen angehen und dass sie sie mit anderen Personen, Patienten inbegriffen, diskutieren [43].

Auf institutioneller Ebene kann die Anwendung eines gerechten Prozesses durch Einsätze von Macht gestört werden [44].

Begrenzen, indem dem Patienten die Wahl überlassen wird, funktioniert besser, wenn die Beteiligten eine Reziprozität wahrnehmen [42].

Literaturangaben

- 1 Ubel, P. A. and Goold, S. D. "Rationing' health care. Not all definitions are created equal." *Arch Intern Med* 1998;**158**(3): 209-14.
- 2 Relman, A. "Use of medical resources--overview." *Prev Med* 1990;**19**(6): 688-92.
- 3 Morreim, E. *Balancing Act; The New Medical Ethics of Medicine's New Economics*. Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Boston, London, 1991.
- 4 Asch, D. A. and Ubel P. A. "Rationing by any other name." *N Engl J Med* 1997;**336**(23): 1668-71.
- 5 Pellegrino, E. D. "Managed care at the bedside: how do we look in the moral mirror?" *Kennedy Inst Ethics* 1997 J **7**(4): 321-30.

¹⁰

http://www.bundestag.de/parlament/kommissionen/archiv15/ethik_med/anhoerungen1/04_12_13_prioritaetensetzung/stellg_silberschmidt.pdf.

- 6 Coulter, A. and Ham C. The Global Challenge of Health Care Rationing. Open University Press, Buckingham 2000.
- 7 Bloche, M. G. and Jungman E. R. "The "R" word." J Contemp Health Law Policy 2002;**18**(3): 633-9.
- 8 New, B. "The rationing agenda in the NHS. Rationing Agenda Group." Bmj 1996;**312**(7046): 1593-601.
- 9 Ham, C. and Coulter A. "Explicit and implicit rationing: taking responsibility and avoiding blame for health care choices." J Health Serv Res Policy 2001;**6**(3): 163-9.
- 10 Hiatt, H. H. "Protecting the medical commons: who is responsible?" N Engl J Med 1975;**293**(5): 235-41
- 11 Loewy, E. H. "Cost should not be a factor in medical care." N Engl J Med 1980;**302**(12): 697.
- 12 Levinski, N. "The doctor's master." N Engl J Med 1983;**311**(24): 1573-5.
- 13 Sulmasy, D. P. "Physicians, cost control, and ethics." Ann Intern Med 1992;**116**(11): 920-6.
- 14 Weinstein, M. C. "Should physicians be gatekeepers of medical resources?" J Med Ethics 2001;**27**(4): 268-74.
- 15 Askin, W. J. "Bedside rationing." Cmaj 2002;**166**(6): 711.
- 16 Veatch, R. M. "Who should manage care? The case for patients." Kennedy Inst Ethics J 1997;**7**(4): 391-401.
- 17 Pearson, S. D. "Caring and cost: the challenge for physician advocacy." Ann Intern Med 2000;**133**(2): 148-53.
- 18 Daniels, N. "What is the obligation of the medical profession in the distribution of health care?" Soc Sci Med 1981 [F] **15F**(4): 129-33.
- 19 Ubel, P. Pricing Life: Why It's Time for Health Care Rationing. The MIT Press, Cambridge, Massachusetts 2001.
- 20 Hardee, J. T., Platt, F. W. et al. "Discussing health care costs with patients: an opportunity for empathic communication." J Gen Intern Med 2005;**20**(7): 666-9.
- 21 Jones, I. R., Berney, L. et al. "Is patient involvement possible when decisions involve scarce resources? A qualitative study of decision-making in primary care." Soc Sci Med 2004;**59**(1): 93-102.
- 22 Dickenson, D. L. "Can medical criteria settle priority-setting debates? The need for ethical analysis." Health Care Anal 1999;**7**(2): 131-7.
- 23 Churchill, L. R. "Age-rationing in health care: flawed policy, personal virtue." Health Care Anal (2005);**13**(2): 137-46.
- 24 Buyx, A. M. "[Personal responsibility -- a criterion for allocation in health care?]." Dtsch Med Wochenschr 2005;**130**(24): 1512-5.
- 25 Gillies, J. and Sheehan, M. "When should patients be held responsible for their lifestyle choices?" Bmj 2006;**332**(7536): 279.
- 26 Cappelen, A. W. and Norheim, O. F. "Responsibility, fairness and rationing in health care." Health Policy 2005.
- 27 Donaldson, C., G. Currie, et al. "Cost effectiveness analysis in health care: contraindications." Bmj 2002;**325**(7369): 891-4.
- 28 Ubel, P. A., R. A. Hirth, et al. "What is the price of life and why doesn't it increase at the rate of inflation?" Arch Intern Med 2003;**163**(14): 1637-41.
- 29 Wynia, M. K., D. Cummins, et al. "Improving fairness in coverage decisions: performance expectations for quality improvement." Am J Bioeth 2004;**4**(3): 87-100.

- 30 Klein, R. "A middle way for rationing healthcare resources." *Bmj* 2005;**330**(7504): 1340-1.
- 31 Mechanic, D. "Muddling through elegantly: finding the proper balance in rationing." *Health Aff (Millwood)* 1997;**16**(5): 83-92.
- 32 Daniels, N. "Accountability for reasonableness." *Bmj* 2000;**321**(7272): 1300-1.
- 33 Goold, S. D., Biddle, A. K. et al. "Choosing Healthplans All Together: a deliberative exercise for allocating limited health care resources." *J Health Polit Policy Law* 2005;**30**(4): 563-601
- 34 Arnesen, T. and S. Fredriksen "Coping with obligations towards patient and society: an empirical study of attitudes and practice among Norwegian physicians." *J Med Ethics* 1995;**21**(3): 158-61.
- 35 Wynia, M. K., VanGeest, J. B. et al. "Do physicians not offer useful services because of coverage restrictions?" *Health Aff (Millwood)* 2003;**22**(4): 190-7.
- 36 Mendelssohn, D. C., B. T. Kua, et al. "Referral for dialysis in Ontario." *Arch Intern Med* 1995;**155**(22): 2473-8.
- 37 Wilson, R., Godwin, M. et al. "End-stage renal disease: factors affecting referral decisions by family physicians in Canada, the United States, and Britain." *Am J Kidney Dis* 2001;**38**(1): 42-8.
- 38 Hurst, S. A., J. R. Teagarden, et al. "Conserving scarce resources: willingness of health insurance enrollees to choose cheaper options." *J Law Med Ethics* 2004;**32**(3): 496-9.
- 39 Hurst S, Slowther A, Forde R, Pegoraro R, Reiter-Theil S, Perrier A, Garrett-Mayer E, Danis M. Prevalence and Determinants of Physician Bedside Rationing. Data from Europe. *Journal of General Internal Medicine* 2006;**21**(11):1138–1143
- 40 Ayres, P. J. "Rationing health care: views from general practice." *Soc Sci Med* 1996;**42**(7): 1021-5.
- 41 Carlsen, B. and Norheim, O. F. "Saying no is no easy matter" a qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice." *BMC Health Serv Res* 2005;**5**: 70.
- 42 Hurst, S. A., Forde, R. et al. "An Exploration of the Interaction of Rationing at the Provider and System-Wide Level. Abstract. " *Journal of General Internal Medicine* 2004;**19** (Suppl. 1): 118.
- 43 Hurst, S. A., S. C. Hull, et al. "Physicians' responses to resource constraints." *Arch Intern Med* 2005;**165**(6): 639-44.
- 44 Gibson, J. L., D. K. Martin, et al. (2005). "Priority setting in hospitals: fairness, inclusiveness, and the problem of institutional power differences." *Soc Sci Med* **61**(11): 2355-62.

Ethik (ii) (Markus Zimmermann-Acklin)

Ein Problem hinsichtlich der Literatursuche aus ethischer Sicht besteht darin, dass die Bereichsethik (hier die Gesundheitsethik oder Health Care Ethics) sich als Integrationswissenschaft und damit interdisziplinär versteht. Es gibt zwar *Ethikbeiträge im engeren Sinne des Wortes*, dabei geht es um relativ abstrakte Beiträge über *Gerechtigkeitstheorien* oder auch um das von Weyma Lübke (s.u.) unter der Begriffsneubildung *Allokationsethik* angestrebte «analytische Tieferbohren». Die einschlägigen ethischen Sammelbände zur konkreten Ethikdiskussion bestehen dagegen aus Beiträgen unterschiedlicher Disziplinen und könnten insofern ebenfalls in anderen Aufstellungen erscheinen.

Das hat zum einen damit zu tun, dass jede wissenschaftliche Disziplin von sich aus auch normativ denkt und damit zu Recht einen ethischen Anspruch erhebt (der Ökonom Friedrich Breyer schreibt von einer «normativen Ökonomik»), und zum andern damit, dass konkrete und praktisch ausgerichtete Beiträge aus philosophisch- oder theologisch-ethischer Sicht stets die involvierten Disziplinen berücksichtigen (grosse Teile der Ethikbeiträge bestehen häufig aus der Zusammenfassung von human- und sozialwissenschaftlichen Überlegungen und Theorien). Hinsichtlich der Literaturliste habe ich mich darum entschieden, Publikationen (unterteilt in: Monographien, Sammelbände, Einzelartikel) zu erwähnen, die auch aus Sicht anderer Disziplinen relevant sind.

Monographien

Callahan, Daniel, *False Hopes. Overcoming the Obstacles to a Sustainable, Affordable Medicine*, New Brunswick 1999

Callahan Daniel/Wasunna, Angela A., *Medicine and the Market. Equity v. Choice*, Baltimore 2006

Daniels, Norman/Sabin, James. *Setting Limits Fairly. Can We Learn To Share Medical Resources?*, Oxford/New York 2002

[Dieses Buch halte ich für eines der interessantesten Ethikbeiträge: Die beiden Autoren fassen ihre aus jahrelangen Diskussionen gewonnene Erfahrung zusammen, schreiben anstelle von Rationierung auch vom «Grenzen setzen», und nehmen insbesondere das Legitimationsproblem von Rationierungsentscheidungen unter die Lupe: Wann, unter welchen Umständen, unter Einhaltung welcher Bedingungen ist eine Entscheidung eine faire bzw. gerechte Entscheidung? Sie verlegen die entscheidenden Kriterien auf eine Stufe höher, indem sie für faire Prozesse der Entscheidungsfindung plädieren, die aller Voraussicht nach in Mischformen von expliziter und impliziter Rationierung resultieren werden (denn in diesen Prozessen der Entscheidungsfindung werden die einschlägigen Kriterien wie Kosteneffektivität oder Managed Care alle diskutiert). Aus ethischer Sicht zentral ist die Vernunftzentriertheit bzw. die entscheidende Gewichtung vernünftiger Begründungen dieses Ansatzes, vgl. S. 63: «The key idea behind accountability of reasonableness is that fair-minded people will agree that the reasons underlying a decision are relevant to meeting health care needs fairly under reasonable resource constraints».]

Nord, Eric, *Cost-Value Analysis in Health Care. Making Sense out of QALYs*, Cambridge 1999

[Hinsichtlich des Kriteriums der Kosteneffektivität halte ich dieses Buch für den besten Standard, zusammen mit dem weiter unten zitierten Einzelbeitrag von Dan Brock.]

Sommer, Jürg H., *Muddling Through Elegantly. Rationierung im Gesundheitswesen*, Basel 2001

[Eine aus schweizerischer Sicht sehr wichtige Diskussion aus ökonomischer Sicht, die aber auch wesentliche ethische Überlegungen mit einbezieht.]

Sammelbände

Anand, Sudhir/Peter, Fabienne/Sen, Amartya (Eds.), *Public Health, Ethics, and Equity*, New York 2006 (zuerst: New York 2004)

Aufderheide, Detlef/Dabrowski, Martin (Hrsg.), *Gesundheit – Ethik – Ökonomik.*

Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven des Gesundheitswesens, Berlin 2002

Breyer, Friedrich/Kliemt, Hartmut/Thiele, Felix (Eds.), *Rationing in Medicine. Ethical, Legal and Practical Aspects*, Berlin/Heidelberg/New York 2002

[Dieser auch aus ethischer Sicht wichtige Sammelband geht zurück auf eine europäische Tagung, die im Jahr 2000 in Deutschland stattgefunden hat. Klärende Beiträge zur Definition von Rationierung und Prioritätensetzung.]

Gutmann, Thomas/Schmidt, Volker H. (Hrsg.), Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen, Weilerswist 2002

[Dieser Sammelband mit Beiträgen von Weyma Lübbe, Dieter Birnbacher, Friedrich Breyer, Anton Leist (siehe teilweise unten unter Einzelbeiträge) bietet eine gute Übersicht über die ethische Rationierungsdiskussion in Deutschland, insbesondere auch eine Debatte um die Altersrationierung.]

Ham, Chris/Robert, Glenn (Eds.), Reasonable Rationing. International Experience of Priority Setting in Health Care, Maidenhead/Philadelphia 2003

[Einer der wichtigen Sammelbände, der Erfahrungen aus unterschiedlichen Ländern (inklusive Entwicklungsländern) erläutert und auch einen kleinen Teil spezifisch ethischen Fragen widmet.]

Jahrbuch für christliche Sozialwissenschaften Vol. 47, 2006: Themenband „Gesundheit – Ethik – Politik. Sozialethik der Gesundheitsversorgung“

Manifest für eine faire Mittelverteilung. Mit 15 Diskussionsbeiträgen, in: Schweizerische Ärztezeitung 1999; 80: 2635–2671

Marckmann, Georg (Hrsg.), Gesundheitsversorgung im Alter, Stuttgart 2003

Marckmann, Georg/Paul Lienen/Urban Wiesing (Hg.), Gerechte Gesundheitsversorgung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen, Stuttgart 2003

Rauprich, Oliver/Georg Marckmann/Jochen Vollmann (Hg.), Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin, Paderborn 2005

[Die Publikationen von Georg Marckmann et al. gehören zu den momentan wichtigsten Quellen im deutschsprachigen Gebiet. Sie bieten Übersetzungen, Zusammenfassungen und Kommentierungen der wichtigen englischsprachigen Beiträge zur Rationierungsdebatte aus gerechtigkeithethischer Sicht. Der zuletzt genannte Sammelband von Rauprich et al. geht auf ein internationales Symposium «Equality and Justice in Modern Medicine» zurück: Es werden die grundlegenden Fragen um Gleichheit, die Reichweite von Solidarität und das Element der Eigenverantwortung diskutiert, hervorzuheben ist insbesondere die scharfe Kontroverse zwischen dem Verfassungsrechtler Stefan Huster und dem Ethiker Peter Dabrock um ein angemessenes Verständnis von Solidarität und Gleichheit.]

Schöne-Seifert, Bettina/Buyx, Alena M./Ach, Johann S. (Hrsg.), Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen, Paderborn 2006

Zimmermann-Acklin, Markus/Halter, Hans (Hrsg.), Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz, Basel 2007

Artikel

Ärztinnen für Solidarität im Schweizerischen Gesundheitswesen, Gesundheit ist keine Ware. Schweizerische Ärztezeitung 2002; 83: 2235

Breyer, Friedrich, Die Rationierung im Gesundheitswesen ist unausweichlich. Neue Zürcher Zeitung 31.1.2004

Breyer, Friedrich/Schultheiss, Carlo, «Alter» als Kriterium in der Rationierung von Gesundheitsleistungen. Eine ethisch-ökonomische Analyse, in: Gutmann, Thomas/Schmidt, Volker H. (Hrsg.), Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen, Weilerswist 2002, 121–153

- Brock Dan, Ethical Issues in the Use of Cost Effectiveness Analysis for the Prioritization of Health Resources, in: George Khushf (Ed.), Handbook of Bioethics: Taking Stock of the Field From a Philosophical Perspective, Dordrecht/London/Boston 2004, 353–380
- Dabrock, Peter, Befähigungsgerechtigkeit als Kriterium zur Beurteilung von Grundversorgungsmodellen im Gesundheitswesen. Anmerkungen und Alternativen zu einem Vorschlag Stefan Husters, in: Oliver Rauprich/Georg Marckmann/Jochen Vollmann (Hg.), Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin, Paderborn 2005, 213–245
- Dabrock, Peter, Capability-Approach und Decent Minimum. Befähigungsgerechtigkeit als Kriterium möglicher Priorisierung im Gesundheitswesen, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 46 (2001) 202–215
- Dabrock, Peter, Menschenbilder und Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen. Perspektiven theologischer Sozialethik, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 128 (2003) 210–213
 [Die Beiträge des theologischen Ethikers P. Dabrock gehören zu den profilierten, allerdings nicht ganz einfach zugänglich geschriebenen (kryptische Sprache durch zu viele Voraussetzungen hinsichtlich einzelner Theorien, Autoren und Diskussionen) Überlegungen zur Rationierungsdiskussion. Er analysiert und kritisiert einschlägige liberale Texte (von Wolfgang Kersting oder Otfried Höffe) hinsichtlich des darin zugrunde gelegten Gerechtigkeitsverständnisses und begründet einen Ansatz auf der Basis der Idee der Befähigungsgerechtigkeit von Amartya Sen und Martha Nussbaum (wichtig ist die Ermöglichung grundlegender menschlicher Befähigungen, unabhängig von Ideen der Gleichheit und speziellen therapeutischen Möglichkeiten, Unterscheidungen zwischen nützlichen oder notwendigen Behandlungen oder allgemeinen Allokationsfragen).]
- Daniels, Norman/Sabin, James, Limits to Health Care: Fair Procedures, Democratic Deliberation, and the Legitimacy Problem for Insurers, in: Philosophy and Public Affairs 26 (1997) 303–350
- Domenighetti, Gianfranco/Maggi, Jenny, Définition des priorités sanitaires et rationnement. L'opinion des Suisse, des Administrateurs hospitaliers et des Départements sanitaires des Cantons, Cahier de Recherches Economiques du DEEP (Département d'économétrie et d'économie politique, Uni Lausanne), no. 00.01, Janvier 2000
 [Deutschsprachige Kurzfassung: Gesundheitspolitische Prioritäten und Rationierung: Meinungen der Bevölkerung, der Spitalverwaltungen und der kantonalen Gesundheitsdirektionen, in: Soziale Sicherheit Nr. 5/2000, 270–274]
- Hessel, Franz, Die Abhängigkeit der Ausgaben für die medizinische Behandlung vom Alter und von der Restlebenszeit, in: Jan Schildmann/Uwe Fahr/Jochen Vollmann (Hrsg.), Entscheidungen am Lebensende in der modernen Medizin: Ethik, Recht, Ökonomie und Klinik, Münster 2006, 233–250
- Hitzig, Walter H./Gelzer, Justus, Ethische Überlegungen zur Verteilung knapper Mittel in der Gesundheitspflege, in: SÄZ 78 (1997) Nr. 46, 1909–1714
- Höffe, Otfried, Medizin in Zeiten knapper Ressourcen, in: Ders., Medizin ohne Ethik?, Frankfurt 2002, 202–241
- Huber, Felix, Verteilungsgerechtigkeit und Budget-Verantwortung in Ärztenetzwerken. Schweiz Ärzte 2004; 85: 1836–40
- Huster, Stefan, Grundversorgung und soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, in: Oliver Rauprich/Georg Marckmann/Jochen Vollmann (Hg.), Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin, Paderborn 2005, 187–211
- Kersting, Wolfgang, Egalitäre Grundversorgung und Rationierungsethik, in: Gutmann, Thomas/Schmidt, Volker H. (Hrsg.), Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen, Weilerswist 2002, 41–89

- Kersting, Wolfgang, Gerechtigkeitsprobleme sozialstaatlicher Gesundheitsversorgung, in: Ders. (Hrsg.), Politische Philosophie des Sozialstaats, Weilerswist 2000, 467–507
- Klein, Rudolf, Priorities and Rationing: Pragmatism or Principles?, in: BMJ 311 (1995) 761f
- Klein, Rudolf, Puzzling out Priorities. Why We Must Acknowledge that Rationing is a Political Process, in: BMJ 317 (1998) 959f
- Klein, Rudolf/Williams, Alan, Setting Priorities: What Is Holding Us Back – Inadequate Information or Inadequate Institutions?, in: Coulter, Angela/Ham, Chris (Eds.), The Global Challenge of Health Care Rationing, Buckingham/Philadelphia 2001, 15–26
- Kress, Hartmut, Das Recht auf Gesundheit in ethischer und rechtlicher Hinsicht, in: Marcus Düwell/Josef N. Neumann (Hg.), Wie viel Ethik verträgt die Medizin?, Paderborn 2005, 339–350
- Leist, Anton, Gleichheit in Grenzen statt Altersrationierung, in: Gutmann, Thomas/Schmidt, Volker H. (Hrsg.), Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen, Weilerswist 2002, 155–177
- Marckmann, Georg, Alter als Verteilungskriterium in der Gesundheitsversorgung? – Contra. Deutsche Medizinische Wochenschrift 2005; 130: 351–52.
- Marckmann, Georg/Siebert, Uwe, Prioritäten in der Gesundheitsversorgung: Was können wir aus dem «Oregon Health Plan» lernen?, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 127 (2002) 1601–1604
- Marckmann, Georg/Uwe Siebert, Kosteneffektivität als Allokationskriterium in der Gesundheitsversorgung, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 48 (2002) 171–190
- Schopper, Doris/Baumann-Hölzle, Ruth/Tanner, Marcel, Rationierung im Gesundheitswesen: Was könnte die Schweiz von anderen Ländern lernen?, in: SÄZ 83 (2002) Nr. 44, 2356–2363
- Sommer, Jürg H., Allokation von Ressourcen im Gesundheitswesen: Plan- oder Marktwirtschaft?, in: Bondolfi, Alberto/Müller, Hansjakob (Hrsg.), Medizinische Ethik im ärztlichen Alltag, Basel/Bern 1999, 123–138
- Wagner, Ulrich/Horisberger, Bruno, Prioritäten für das schweizerische Gesundheitswesen: «Kriterien», «areas to address» und deren Management, in: Stauffacher, Werner/Bircher, Johannes (Hrsg.), Zukunft Medizin Schweiz. Das Projekt «Neu-Orientierung der Medizin» geht weiter, Basel 2002, 260–275
- Werner, Micha H., Die Eingrenzung des Leistungsspektrums des solidarfinanzierten Gesundheitssystems als Herausforderung liberaler Konzeptionen politischer Ethik, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 48 (2002) 125–138
- Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission), Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden?, in: Deutsches Ärzteblatt 97 (2000) Nr. 15, A-1017–A-1023
- Zimmermann-Acklin, Markus, Rationierung im schweizerischen Gesundheitswesen. Überlegungen aus ethischer Sicht, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 130 (2005) 2343–2346

Ökonomie (Anna Sax)

Für die Hardliner unter den Ökonomen ist die Ermittlung der individuellen Zahlungsbereitschaft das einzige Instrument, um nicht nur eine effiziente, sondern auch eine gerechte Allokation der knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung zu erreichen. Alle Leistungen, die nicht in der Menge und zu dem Preis abgegeben werden, die sich aufgrund

der Angebots- und Nachfragefunktion ergeben, führen unweigerlich zu Effizienzverlusten und dazu, dass Leute, die beispielsweise bereit wären, einen höheren als den bürokratisch festgelegten Preis zu bezahlen, einen Nutzenverlust erleiden. Für *Zweifel* [1] ist deshalb Rationierung per se ineffizient und wäre in einem Gesundheitsmarkt mit genügend Wahlmöglichkeiten auch nicht notwendig. Eine obligatorische Grundversicherung führt zwangsläufig zu «moral hazard», also zu einem «Überkonsum» an Gratisleistungen. Damit entsteht eine Nachfrage nach Rationierung, und Rationierung als «Regulierungsleistung» wird zu einem Geschäft für öffentliche Verwaltung, Versicherer (im Kartell) und Leistungserbringer. Mit Kostenbeteiligungen können die Auswirkungen des moral hazard gemildert werden. Die Versicherer müssten mit entsprechenden langjährigen Versicherungsverträgen dafür sorgen¹¹, dass moral hazard abgebaut und so die Nachfrage nach Rationierung im Gesundheitswesen reduziert wird.

Eine Möglichkeit, die Rationierung abzubauen, ist die Selbsteinschränkung der Individuen im eigenen Interesse, und dafür braucht es eine finanzielle Kompensation in Form eines reduzierten Beitrages. Die «*Plaut-Studie*» [2] ist ein Versuch, die Nutzeneinbußen zu beziffern, welche den Versicherten durch Einschränkungen der Gesundheitsleistungen entstehen. Z.B. sind sie mit einer Prämienreduktion von durchschnittlich Fr. 103.- bereit, eine Einschränkung der freien Arztwahl in Kauf zu nehmen.

Beim moral hazard setzen auch *Breyer und Schultheiss* [3] ein, wobei sie darin eine Begründung sehen, um das Alter als Kriterium bei der Rationierung von Gesundheitsleistungen anzuerkennen: Wenn Versicherungsverträge «unter dem Schleier des Nichtwissens», also zu einem Zeitpunkt abgeschlossen würden, wo die Leute jung und gesund sind, wäre eine effiziente Verteilung der Ressourcen gewährleistet. Allerdings betrachten Breyer und Schultheiss eine wenigstens minimale, kollektiv finanzierte Grundversicherung als unumgänglich, weshalb die (virtuellen) Unterschiede in der Zahlungsbereitschaft dadurch berücksichtigt werden sollen, dass die knappen Ressourcen eher jüngeren Leuten zugute kommen. Die Autoren führen in ihrem Artikel praktische, gerechtigkeits- und effizienzorientierte Gründe für eine Altersrationierung auf.

Als erster die Debatte über Altersrationierung richtig angestoßen hat *Callahan* [4] mit seinem Vorschlag, dass die Pflichtversicherung ab dem Alter von ca. 80 Jahren nur noch für leidensmindernde, nicht aber für lebensverlängernde Massnahmen aufkommen soll.

Handfest und konkret zeigt *Krämer* [5] auf, wie im Gesundheitswesen die reine Unvernunft reagiert, wenn es darum geht, die Prioritäten aus ökonomischer Sicht richtig zu setzen. Dies hängt damit zusammen, dass die Leute sehr unterschiedlich reagieren, je nachdem, ob sie es mit «statistischen» oder «individuellen» Menschenleben zu tun haben. Eines der vielen Beispiele, die er anführt, ist der Entscheid der Stadt New York gegen den Bau einer Spezialklinik für Brandopfer, weil der Preis für 12 gerettete Menschenleben pro Jahr zu hoch sei. Je nach Sichtweise handelt es sich nun um 12 Brandopfer, denen nicht geholfen wird, oder um die Wahrscheinlichkeit von einem zehntausendstel Prozentpunkt, selber an Verbrennungen zu sterben. Während die Verweigerung von Hilfe im konkreten Fall, nicht akzeptabel ist, kann über die Planung und Bereitstellung eines Angebots im Voraus diskutiert werden («rule of rescue»). Krämer beschreibt das Paradox der modernen Medizin, die ein Opfer ihres Erfolgs geworden ist: Die Medizin macht die Menschen im Durchschnitt kränker, weil sie sie mit Krankheiten weiter leben lässt. Deshalb werden die Kosten immer weiter steigen und es wird immer notwendig sein, eine Auswahl zu treffen. Er schlägt vor, möglichst viele Entscheidungen auf einer abstrakten Planungsebene zu treffen, um im Einzelfall Dilemmasituationen zu vermeiden.

¹¹ Wobei sie zurzeit noch nicht über den gesetzlichen Freiraum verfügen (z.B. Vertragsfreiheit).

Die umfassendste Übersicht eines Schweizer Ökonomen über Rationierung im Gesundheitswesen stammt von *Sommer* [6]. Nach einer Analyse von ökonomischen, ethischen, medizinischen und sozialen Rationierungskriterien kommt er zum Schluss, dass diese immer widersprüchlich und in der Praxis kaum anwendbar sind. Auch die technischen Methoden der Ökonomie wie Kosten-Wirksamkeits-Analysen oder Ermittlung der Zahlungsbereitschaft zur Bewertung von Leben und Gesundheit können angesichts des spezifischen Charakters des Gutes Gesundheit keine praktikablen Resultate liefern. Das Resultat ist ein mehr oder weniger «elegantes Durchwursteln», wie anhand von Beispielen aus verschiedenen Ländern gezeigt wird. Bei den Länderanalysen zeigt sich, dass die meisten Staaten nach Wegen suchen, um *expliziter* rationieren zu können. Sommer stellt jedoch fest, dass dort, wo Entscheidungen explizit gefällt werden (Oregon, Neuseeland), umso mehr Ausweichstrategien entwickelt werden bzw. hektisch nach mehr Mitteln gesucht wird. Und er kritisiert die Forderung von EthikerInnen nach expliziten und nachvollziehbaren Regeln, die jedoch vage und unverbindlich bleiben, wenn es darum geht, sie zu konkretisieren. Er bezeichnet auch Krämers Vorschlag für abstraktere Entscheidungsebenen als «Scheinlösung», weil damit medienwirksame Einzelfälle gleichwohl vorkommen. So ist im Einzelfall eine «barmherzige Verschleierung», also implizite Rationierung am Krankenbett oft besser als die explizite Vorenthaltung einer teuren Therapie. Wichtig ist es, dass die Leute Versicherungsverträge abschliessen können, die ihren spezifischen Präferenzen und Wertvorstellungen entsprechen, und dass diese Vertragsabschlüsse dann auch langfristig verbindlich bleiben.

Literaturangaben

- 1 Zweifel, Peter: Rationierung im Gesundheitswesen: Die ökonomische Sicht, Arbeitspapier 2006.
- 2 Vaterlaus, S., Telser H., Zweifel P. und Eugster, P.: Was leistet unser Gesundheitswesen? Bern 2004. Plaut Economics, www.plaut-economics.ch.
- 3 Breyer, Friedrich und Schultheiss, Carlo: «Alter» als Kriterium bei der Rationierung von Gesundheitsleistungen. Eine ethisch-ökonomische Analyse, in: Thomas Gutmann und Volker H. Schmidt, Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen, Weilerswist 2002.
- 4 Callahan, Daniel: Setting Limits. Medical Goals in an Aging Society, New York 1987
- 5 Krämer, Walter: Wir kurieren uns zu Tode. Rationierung und die Zukunft der modernen Medizin, Berlin 1997.
- 6 Sommer, Jürg H.: Muddling Through Elegantly: Rationierung im Gesundheitswesen, Basel 2001

Recht (Olivier Guillod)

Es wurde hier nur die «rein» juristische Literatur (Analyse der juristischen Fragen durch Juristen) berücksichtigt; von Ethikern, Ärzten oder Ökonomen verfasste Artikel, die beispielsweise in medizinischen Zeitschriften erschienen sind und nicht immer ganz zutreffende Andeutungen auf die rechtliche Situation machten, wurden nicht einbezogen.

Die Analyse beschränkte sich auf die dem schweizerischen Recht gewidmete Literatur. Trotz gewisser Berührungspunkte im Recht europäischer Staaten insbesondere unter der Einwirkung der Rechtssprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte in Strassburg, kann eine sorgfältige rechtliche Analyse im Moment nur unter Beachtung einer besonderen nationalen Rechtsordnung gemacht werden.

Schliesslich wurde grundsätzlich nur die Literatur der letzten zehn Jahre (seit 1996) berücksichtigt. Diese zeitliche Begrenzung erklärt sich durch die in Gesetz und Verfassung vorgenommenen Änderungen (Inkrafttreten des KVG 1996; neue Bundesverfassung 1999).

Die juristische Literatur zur Problematik der Rationierung der Gesundheitsversorgung ist in der Schweiz vergleichsweise bescheiden. Oftmals wenig spezifisch, spricht sie drei Hauptausrichtungen an:

- Die Grundkompatibilität der Rationierungsmassnahmen (vor allem in der Organtransplantation) mit den grundlegenden Regeln der Rechts- und Verfassungsordnung, insbesondere mit den Grundsätzen der Rechtsgleichheit und Nichtdiskriminierung von Art. 8 BV;
- Die Regeln bezüglich Rückerstattung der Gesundheitsversorgung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG), insbesondere das Vorgehen und die Kriterien für die Katalogerstellung und das Prinzip der Wirtschaftlichkeit der Behandlung;
- Die Rechtsgrundlagen, der Inhalt und der Geltungsbereich eines «Gesundheitsrechts» oder eines «Gesundheitsversorgungsrechts» (besonders Art. 12 BV).

Die Werke und Artikel, die ich als wichtig beurteilt habe, sind in der unten stehenden alphabetischen Bibliographieliste fett vermerkt, gefolgt von kurzen Kommentaren.

Rationierung und Nichtdiskriminierung

Aubert, Jean-François, Mahon, Pascal: *Petit commentaire de la Constitution fédérale de la Confédération suisse vom 18. April 1999*, Zürich 2003 (allgemeiner Kommentar von Art. 8).

Belen Alvarez, Ana: *Formen der Rationierung im Gesundheitswesen und ihre Beurteilung*, St. Gallen 1999 (Diplomarbeit der Universität St. Gallen, die ich nicht gelesen habe)

Guillod, Olivier, Steffen, Gabrielle: *Expertise sur l'admissibilité de certains critères d'allocation des organes dans la transplantation*:

<http://www.bag.admin.ch/transplantation/00694/01739/index.html?lang=de>

Schott, Markus: *Patientenauswahl und Organallokation*, Basel 2001 (untersucht den generellen verfassungsrechtlichen Rahmen, dann die Zulassungskriterien der Organallokation).

Schott, Markus: *Verfassungsrechtliche Probleme der Organallokation*, in: *Organallokation*, Basel 2004, S. 127 (nichts anderes als in seiner Dissertation).

Schürch, Sybille: *Rationierung in der Medizin als Straftat*, Basel 2001 (wirft das allgemeine Problem im semantischen, wirtschaftlichen, rechtlichen und praktischen Kontext auf, untersucht dann, ob die Praktiken auf Mikro- und Makrostufe strafbare Handlungen darstellen [was in meinen Augen nicht der relevanteste Ansatz ist]. Schlussfolgerung: potenziell strafbar auf Mikrostufe, das Recht löst Probleme nicht Makrostufe)

Rationierung und Rückerstattungsregeln KVG

Ayer, Ariane, Despland, Béatrice, Sprumont, Dominique: *Analyse juridique des effets de la LAMal: catalogue des prestations et procédures: définition et portée du catalogue des prestations et procédures de recours dont disposent les assurés*, *Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 14/00*, Bern 2000 (untersucht Fragen, von Juristen wenig behandelt, verbunden mit der Erstellung des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, seiner Anfechtung und seiner Auswirkungen).

Eugster, Gebhard: *Le principe d'économicité dans la LAMal*, *Aspects de la sécurité sociale* 1997, S. 26

Poledna, Tomas, Berger, Brigitte: *Öffentliches Gesundheitsrecht*, Bern 2002 (Basiswerk, das den allgemeinen Rahmen und die Grundsätze des Gesundheitsrechts angibt, insbesondere mit Elementen zum Recht auf Gesundheitsversorgung [59ff] und dem Leistungskatalog KVG [249ff]).

Rationierung und Recht auf Gesundheitsversorgung

Aubert, Jean-François, Mahon, Pascal: *Petit commentaire de la Constitution fédérale de la Confédération suisse vom 18. April 1999*, Zürich 2003 (allgemeiner Kommentar von Art. 12).

Guillod, Olivier, Sprumont, Dominique: Le droit à la santé: un droit en émergence, in: *De la Constitution: études en l'honneur de Jean-François Aubert*, Basel 1996, S. 337.

Kraus, Daniel, Schmidt, Aline: Le « droit à la santé » : quelques considérations de droit constitutionnel suisse à la lumière du droit international, *Schweizerische Zeitschrift für Gesundheitsrecht* 2006 Nr. 9 (noch nicht erschienen).

Murer, Erwin: Wohnen, Arbeit, Soziale Sicherheit und Gesundheit, in: *Verfassungsrecht der Schweiz*, Zürich 2001, S. 967.

Schmidt, Aline: Le droit d'obtenir de l'aide dans des situations de détresse (article 12 de la Constitution): historique et consécration constitutionnelle, *Aspects de la sécurité sociale* 2001, S. 17

Sprumont, Dominique: The right to health care in Swiss, Canadian and American law, in: *The right to health care in several European countries*, The Hague 1999, S. 67.

Sprumont, Dominique: The unwritten constitutional right to subsistence: brief comment of 27 October 1995 judgment of the Swiss Federal Court in the perspective of a right to health care, *European Journal of Health Law* 1998, S. 411.

Sprumont, Dominique: Le droit à la santé et aux soins en milieu pénitentiaire, in: *Medizin und Freiheitsentzug*, Bern 2002, S. 27

Steffen, Gabrielle: *Droit aux soins et rationnement: approche d'une définition des soins nécessaires*, Bern 2002 (bis jetzt gezielteste Studie; gibt den allgemeinen rechtlichen Rahmen an, die mit einbezogenen Grundrechte und die zu berücksichtigenden Grundsätze einschliesslich der Leistungen der Sozialversicherungen, mit ausgewählten Vergleichselementen des englischen und niederländischen Rechts; untersucht anschliessend das Rationierungskonzept und analysiert die rechtliche Zulässigkeit einer ganzen Reihe verschiedenster Kriterien (Alter, Lebensqualität, Risikoverhalten; Familienlast; Arbeitsfähigkeit; Finanzkraft; abschliessender Leistungskatalog; Warteliste; *gatekeeper*), schlägt dann ein zugleich objektives und subjektives Lebensqualitätskriterium vor. Fasst ihre Standpunkte in elf Thesen zusammen [S. 341 auf Französisch; S. 345 auf Deutsch])

Tobiska, Heinrich, Grobet, Pierre, Wiederkehr, Susi, Faller-Möller, Monika: *Die Rationierung im Gesundheitswesen: teuer, ungerecht, ethisch unvertretbar*, Zürich 1999.

Schweiz (Fred Paccaud)

Diese Zusammenstellung enthält Literaturangaben zu Publikationen, welche sich auf die Situation der Rationierung in der Schweiz beziehen oder einzelne, mit Prioritätensetzungen und knappen Ressourcen verbundene Frage behandeln.

- 1 Anhorn P. Politique sanitaire et maîtrise des coûts de santé: consultation des autorités cantonales suisses. *Revue médicale de l'assurance maladie* 2003;34(4):267-74.

- 2 Bachl M. Schlechtere Resultate als Folge des "Sparens" = [Studies on implicit rationing of nurses in Switzerland: bad result as a consequence of "economizing"]. *Krankenpfl Soins Infirm* 2005;98(11):18-21. URL: http://www.sbk-asi.ch/archiv/2005/11_2005/S18_21-11-05.pdf
- 3 Bachl M. Des économies aux conséquences néfastes: étude concernant le rationnement implicite des soins en Suisse. *Krankenpfl Soins Infirm* 2005;98(11):50-3. URL: http://www.sbk-asi.ch/archiv/2005/11_2005/S50_53-11-05.pdf
- 4 Bachl M. Rationierung : das "Heilmittel" als Overkill. *Krankenpfl Soins Infirm* 2004;97(4):16-9. URL: http://www.sbk-asi.ch/archiv/2004/04_2004/S16_19-04_04.pdf
- 5 Bachl M. "Rationierung ist verfassungs widrig" = ["Rationing is constitutional"]. *Krankenpfl Soins Infirm* 2004;97(11):18-20.
- 6 Baertschi B. Le prix de la santé et le coût des soins: rationnement, santé publique et justice. *Med Hyg* 1999;57(2263):1464-6.
- 7 Bailly AS. Forum 2005 "Santé-Gesundheit" : la santé, une pénurie programmée ? Genève: Université de Genève : Sanofi-Aventis; 2005.
- 8 Bailly AS, Bernhardt M. Vieillissement de la population et financement durable des soins : compte-rendu de la cinquième journée Forum Santé-Gesundheit, Montreux, 16 janvier 2003. Meyrin: Sanofi-Synthélabo; 2003 p. -18.
- 9 Basel-Stadt K, Schoch Thomann M. SanInfo. Sonderausgabe: Rationierung im Gesundheitswesen. Nr. 1, April 1999. 1999. Basel, Basel-Stadt (Kanton). Sanitätsdepartement.
- 10 Baumann-Hölzle R. Faire Verteilung der Leistungen und Mittel im Gesundheitswesen als ethische Herausforderung : Vortrag anlässlich der Luzerner Trendtage Gesundheit, 22./23. Februar 2005. *Schweiz Arzteztg* 2005;86(50):2758-62. URL: <http://www.bullmed.ch/pdf/2005/2005-50/2005-50-619.PDF>
- 11 Baumann-Hölzle R. Ethisch faire Leistungsverteilung im Gesundheitswesen = [Ethically fair accessibility in health care]. *Schweiz Rundsch Med Prax* 2000 Jul 27;89(29-30):1185-6.
- 12 Baumann-Hölzle R. Rationierung im Gesundheitswesen [Editorial]. *Schweiz Arzteztg* 1999;80(45):2635-7.
- 13 Baumann-Hölzle R. Faire Leistungs- und Güterverteilung im Gesundheitswesen. *Schweiz Arzteztg* 1999;80(45):2638-42.
- 14 Baumann M. Rationierung im Gesundheitswesen: Anmerkungen aus juristischer Sicht. *Schweiz Arzteztg* 1999;80(45):2649-50.
- 15 Bertel O, Wettstein A. Alter als Rationierungskriterium ? = [Age as a rationing criterium?]. *Schweiz Rundsch Med Prax* 2000 Jul 27;89(29-30):1189.
- 16 Berthou A. Mesure de la charge en soins infirmiers et allocation de ressources. *CAMS Actuel* 2000;(11):19-22.
- 17 Biedermann D. Krankenversicherung und Gesundheitswesen - wie weiter ? : 29 Entscheidungsträger beantworten zehn Grundsatzfragen. Göttingen [etc.]: H. Huber; 1999.
- 18 Britt F. Poser des priorités, un devoir de gestion politique. *Primary Care* 2002;2(7):192-6. URL: <http://www.primary-care.ch/pdf/2002/2002-07/2002-07-050.PDF>

- 19 Brühwiler B. Verdeckte Rationierung im klinischen Alltag: wie müssen wir damit umgehen? Schweiz Arzteztg 1999;80(45):2645-6.
- 20 Brunner HH. Formes de rationnement des prestations médicales : sous l'angle de la situation actuelle en Suisse. Schweiz Arzteztg 1997;78(17):609-16.
- 21 Bundesamt für Sozialversicherung, Paccaud F. Massnahmen des KVG zur Kostendämpfung: Arbeitstagung des Eidg. Departement des Innern vom 4. April 2000, Expertenberichte, Zusammenfassung der Diskussionen = La LAMal, instrument de maîtrise des coûts : journée de travail du Département fédéral de l'intérieur du 4 avril 2000, rapports des experts, résultats des discussions = Misura della LAMal per il contenimento dei costi : convegno del Dipartimento federale dell'interno, 4 aprile 2000, rapporti degli esperti, resoconti delle discussioni. Bern: BSV (Bundesamt für Sozialversicherung); 2000.
- 22 Cassis I. Plaidoyer pour une médecine à plusieurs vitesses.. Mittelverteilung im schweizerischen Gesundheitswesen am Beispiel der Kantone Zürich und Basel-Stadt. Schweiz Arzteztg 2004;85(17):876-7. URL: <http://www.bullmed.ch/pdf/2004/2004-17/2004-17-204.PDF>
- 23 Chappuis C, Gerber-Glur E. Geriatrie: das Tagesspital im Dienste einer ganzheitlich orientierten medizinischen Betreuung Betagter; auch oder gerade im Zeitalter drohender Rationierung = [Geriatrics: the day hospital as a part of comprehensive medical care of elderly patients--also or especially in threatened rationing]. Schweiz Rundsch Med Prax 2003 Oct 29;92(44):1863-7.
- 24 Chappuis C. Autonomie und menschliche Würde: Fiktion und Realität = [Autonomy and human dignity: fiction and reality]. Schweiz Rundsch Med Prax 2001 Dec 6;90(49):2170-4.
- 25 Chevolet JR, Chioléro R. Traitements et médicaments coûteux aux soins intensifs: une réflexion sur la légitimité d'un rationnement et sur le rôle du réanimateur : éditorial. Med Hyg 2003;61(2462):2419-22. URL: <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=23457>
- 26 Clause du besoin : [série d'articles parus en 2002 dans la revue Médecine & Hygiène]. Med Hyg 2002;60(2397-2413):1284.
- 27 Concurrence accrue dans le domaine de la santé. Berne: 1999.URL: <http://www.kfk.admin.ch/pdf%20f/377e%20bulletin.pdf>
- 28 Conzelmann M. Geriatrie: rationierte Medizin bei Hochbetagten? Mittelverteilung im schweizerischen Gesundheitswesen am Beispiel der Kantone Zürich und Basel-Stadt. Schweiz Arzteztg 2003;84(13):594-6. URL: <http://www.bullmed.ch/pdf/2003/2003-13/2003-13-183.PDF>
- 29 Coullery P. Die Verfassung setzt der Rationierung Grenzen. Plädoyer 2004;22(1):36-42.
- 30 De la pléthore à la pénurie [Dossier]. Courrier du médecin vaudois 2004;(2):1-9.
- 31 Der Spardruck und seine Folgen : focus = La pression économique et ses conséquences. Competence 2003;(7/8):3-20.
- 32 de Wolff FB. Planification hospitalière, visions et actions : essai de modélisation pour la Suisse. Lausanne: IEMS (Institut d'économie et de management de la santé); 2002. URL: <http://www.archihosp.ch/>
- 33 Diserens M, Laufer D. Clause du besoin : mise au point de la notion d' "usage" ? : ("Pourquoi le canton de Vaud n'est pas hors-la-loi ?"). Schweiz Arzteztg 2005;86(45):-2507. URL: <http://www.bullmed.ch/pdf/2005/2005-45/2005-45-1264.PDF>

- 34 Domenighetti G. Grandeur et misère des systèmes universels de santé : scénario sur la transition du système sanitaire suisse à l'heure de la globalisation Mittelverteilung im schweizerischen Gesundheitswesen am Beispiel der Kantone Zürich und Basel-Stadt. Schweiz Arzteztg 2005;86(4):221-6. URL: <http://www.bullmed.ch/pdf/2005/2005-04/2005-04-038.PDF>
- 35 Domenighetti G, Crivelli L. Sécurité de l'approvisionnement en médecine de ville dans le cadre de la suppression de l'obligation de contracter. [Lugano]: Istituto di microeconomia ed economia pubblica; 2001. URL: <http://www.santesuisse.ch/datasheets/files/200206171026161.pdf>
- 36 Domenighetti G, Maggi J. Priorités sanitaires et rationnement: l'opinion des Suisses, des administrateurs hospitaliers et des Départements sanitaires des cantons. Sécurité sociale 2000;(5):270-4.
- 37 Domenighetti G, Université L, Maggi J. Définition des priorités sanitaires et rationnement : l'opinion des Suisses, des administrateurs hospitaliers et des départements sanitaires des cantons. Lausanne: DEEP (Département d'économétrie et d'économie politique); 2000.URL: <http://www.hec.unil.ch/deep/textes/00.01.pdf>
- 38 Dürr M, Vogler H. Wieso überhaupt eine Rationierungsdiskussion? = [Why even a discussion about rationing?]. Schweiz Rundsch Med Prax 2000 Nov 9;89(45):1833-40.
- 39 Dusong M, Jaquiéry C. La maîtrise des coûts passe par l'hôpital unique et les DRG. Competence 2004;(3):16-9.
- 40 Edgar W. Rationing in health care : a New Zealand perspective on an international dilemma. Schweiz Arzteztg 2000;81(4):190-4. URL: <http://www.bullmed.ch/pdf/2000/2000-04/2000-04-1375.PDF>
- 41 Etre soigné demain : qui, par qui, où et comment ? : actes des entretiens de Beaulieu 2000. Med Hyg 2001;(juin (n° spécial)):S1-S40.
- 42 Fecker S. Bon à savoir : économiser nuit : démantèlement de la qualité dans les hôpitaux. Krankenpfl Soins Infirm 2004;97(10):40-1. URL: http://www.sbk-asi.ch/archiv/2004/10_2004/S40_41-10_04.pdf
- 43 Frischknecht B, Université L. Le Tessin, diachronies et synchronies dans les représentations sociales de son système sanitaire : un regard sociologique. Lausanne: IEMS (Institut d'économie et de management de la santé); 1999.
- 44 Fondation Louis-Jeantet de médecine (Genève), Junod AF. Les coûts de la santé : des choix à faire, des valeurs à préserver : [Actes du premier Forum Louis-Jeantet, 12 au 14 février 1998, Yverdon-les-Bains]. Genève: Fondation Louis-Jeantet de médecine : Georg; 2001.
- 45 Heberer M, Kaufmann MA. Ökonomie in der Intensivmedizin: Rationalisieren oder Rationieren? = [Economics in intensive care medicine: rationalization or rationing?]. Zentralbl Chir 1999;124(8):703-9.
- 46 Holzer-Seguella V. La démarche "Projets de service" aux Hospices cantonaux vaudois. Lausanne: IEMS (Institut d'économie et de management de la santé); 1999.
- 47 Gilliard P. LAMal et médecins libres praticiens : vers une interdiction professionnelle ? : à propos d'un mandat de Santésuisse concernant la suppression de l'obligation de contracter. Med Hyg 2002;60(2395):1181-3. URL: <http://titan.medhyg.ch/mh/infos/article.php3?sid=728>

- 48 Gurtner F. Réflexions de principe sur le financement des mesures médicales coûteuses: rationnement dans l'assurance-maladie, thèses de la Commission fédérale des principes. Sécurité sociale 2000;(4):197-9.
- 49 Ineichen T. Rechtsfragen zur Rationierung = [Legal questions on rationing]. Schweiz Rundsch Med Prax 2000 Nov 9;89(45):1841-5.
- 50 Jacobs R, Goddard M. Social health insurance systems in European countries: the role of the insurer in the health care system: a comparative study of four European countries. York: University of York, Centre for Health Economics; 2000.
- 51 Hofmann D. Clause du besoin pour l'accès aux professions médicales: commentaire de l'ATF 2P.305/2002 du 27 novembre 2003. Revue suisse de droit de la santé 2004;(2):13-6.
- 52 Horn T, Decrey Wick H, Association des médecins omnipraticiens vaudois. Application de la clause du besoin dans le canton de Vaud. Primary Care 2005;5(18):414-8. URL: <http://www.primary-care.ch/pdf/2005/2005-18/2005-18-135.PDF>
- 53 Huber F. Verteilungsgerechtigkeit und Budgetverantwortung in Ärztenetzen Mittelverteilung im schweizerischen Gesundheitswesen am Beispiel der Kantone Zürich und Basel-Stadt. Schweiz Arzteztg 2004;85(35):1836-40. URL: <http://www.bullmed.ch/pdf/2004/2004-35/2004-35-590.PDF>
- 54 Jenni D, Osterwalder R, Osswald S, Buser P, Pfisterer M. Evidence for age-based rationing in a Swiss university hospital. Swiss Med Weekly 2001 Nov 10;131(43-44):630-4.
- 55 Kadry Z, Renner EL, Clavien PA. Transplant legislation: ethical and practical issues in liver allocation--The case of Switzerland.[see comment]. Liver Transpl 2001 Jul;7(7):658-60.
- 56 Klaue K. Le rationnement implicite en Suisse: aperçu de la situation en psychiatrie: complément au rapport "Le rationnement implicite en Suisse: proposition pour une exploration des domaines à risque et des populations à risque". Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2001.
- 57 Kiefer B. Rationnement: grève de l'intelligence. Rev Med Suisse 2005;1(7):528.
- 58 Kissling B. Weichen stellen in der Geriatrie: wie viel darf die letzte Meile kosten? Primary Care 2006;6(3):49-51. URL: <http://www.primary-care.ch/pdf/2006/2006-03/2006-03-694.PDF>
- 59 Kraft P, Domenighetti G. Entretien avec Gianfranco Domenighetti, professeur en sciences sociales à l'Université de Lausanne : "les prestations non appropriées devraient être à charge des patients". Infosantésuisse 2005;(9):6-7.
- 60 Krankenversicherung = Assurance maladie. Bern: 2000.
- 61 Konkordat der SK, Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer. Seminar Schenker L, Berthou A. Séminaire actualité 2000 : mercredi 13 septembre 2000, Ecole hôtelière, Lausanne. Lausanne: [s.n.]; 2000.
- 62 Laissaoui M. Le rationnement des soins de santé: cas du remplacement total de la hanche primaire. Lausanne: IEMS Institut d'économie et management de la santé UNIL; 2004.
- 63 Le marché de la santé...: Forum Louis-Jeantet sur les coûts de la santé 1998 [La couverture en plus : le "rationnement" dans les soins de santé : pourquoi, comment, par qui?]. Genève: Fondation Louis-Jeantet de médecine; 1998.

- 64 Le rationnement des soins : dossier. *Courrier du médecin vaudois* 2001;(3):1-12.
- 65 Loison P. L'humain au coeur de la tourmente économique. *Competence* 2004;(3):8-10.
- 66 Lorenz N. Mittelverteilung und Prioritätensetzung im Gesundheitswesen: Tansania und die Schweiz. *Managed Care* 2004;(5):30-2. URL: http://www.forummanagedcare.ch/archiv/2004/5/16-mittelvert_ilung-mit%20INS.pdf
- 67 Louis-Courvoisier M. La confiance dans la relation thérapeutique : une valeur transhistorique menacée par la révision de la LAMal. *Med Hyg* 2003;61(2450):1766-8. URL: <http://titan.medhyg.ch/mh/infos/article.php3?sid=1151>
- 68 Luthi U. Aufbruch aus der Auftragsfinsternis = [Breaking away from role obscurity]. *Krankenpfl Soins Infirm* 2000 Oct;93(10):24-7.
- 69 Luthy C. La santé en solde = [Rationing in health care]. *Rev Med Suisse* 2005 Jul 13;1(27):1820.
- 70 Luthy C, Rentsch D, Werlen D, Allaz AF. Raccourcissement et justification des séjours hospitaliers: réflexions à partir de l'écoute des patients et de leurs soignants. *Med Hyg* 2000;58(2314):1802-3, 1806. URL: <http://www.revmed.ch/article.php3?sid=20781>
- 71 Neukomm R. Politische Überlegungen zur Rationierungsdiskussion = [Political considerations in discussing health care rationing]. *Schweiz Rundsch Med Prax* 2000 Jul 27;89(29-30):1187.
- 72 Manser M. Erhebliches Rationalisierungspotenzial im Gesundheitswesen: ökonomische Fehler konsequent beseitigen = [Significant streamlining potential in the health care system]. *Schweiz Rundsch Med Prax* 2005 Jul 13;94(28-29):1112-4.
- 73 Martin J. Coûts de la santé : croire que la concurrence est la panacée, c'est croire au Père Noël. *Med Hyg* 2003;61(2419):82. URL: <http://titan.medhyg.ch/mh/infos/article.php3?sid=916>
- 74 Martin J. Le système de santé suisse est-il gouvernable? *Schweiz Arzteztg* 2002;83(40):2115-6. URL: <http://www.bullmed.ch/pdf/2002/2002-40/2002-40-897.PDF>
- 75 Martin J. Les avancées de la médecine et la question des moyens de les mettre en oeuvre: à propos d'une réflexion américaine. *Med Hyg* 2002;60(2405):1697-8. URL: <http://titan.medhyg.ch/mh/infos/article.php3?sid=804>
- 76 Martin J. L'évolution de la médecine et les droits et devoirs des personnes et de la société: la question d'une solidarité civique dans l'usage des ressources. *Schweiz Arzteztg* 2001;82(4):120-32. URL: <http://www.bullmed.ch/pdf/2001/2001-04/2001-04-1393.PDF>
- 77 Martin PY, Burnier M. La dialyse oui, mais à quel prix? [Editorial] = [Dialysis....at what cost?]. *Rev Med Suisse* 2005 Feb 23;1(8):531-2.
- 78 Meine J. La maîtrise des dépenses de la santé imposera-t-elle un rationnement des soins? = [Does cost control in health care impose health care rationing?]. *Swiss Surg* 1996;2(4):141-2.
- 79 Monnin D. Soigner, oui, mais à quel prix ? *Med Hyg* 2001;59(2366):2132-6. URL: <http://titan.medhyg.ch/mh/infos/article.php3?sid=496>
- 80 Morin G. Mittelverwendung und Prioritäten im schweizerischen Gesundheitswesen: eine noch ungewohnte Herausforderung. *Medicus Mundi Schweiz* 2003;(91):34-8. URL: http://www.medicusmundi.ch/mms/services/bulletin/bulletin200304/kap02/08_morin.html

- 81 Novier M. Nul n'est censé ignorer ... que la clause du besoin a été renouvelée pour trois ans ! Rev Med Suisse 2005;1(23):1582-4. URL: <http://titan.medhyg.ch/mh/infos/article.php?sid=1760>
- 82 Oelz O. Rationierung im Spital: Realitäten und Entscheidungswege = [Rationing in the hospital: realities and decision pathways]. Schweiz Rundsch Med Prax 2000 Jul 27;89(29-30):1188.
- 83 Oelz O. Erkenne die Lage (1): Plädoyer für eine offene Rationierungsdiskussion = [Recognizing the situation (1): a plea for an open debate about rationing]. Schweiz Med Wochenschr 2000 Nov 4;Journal Suisse de Medecine. 130(44):1634-8.
- 84 Piller O. Le rationnement induit une médecine à deux vitesses. Sécurité sociale 2000;(3):148.
- 85 Piller O. Nein zu Rationierung und Zweitklassenmedizin: Gedanken zur laufenden Diskussion über die Rationierung bei der medizinischen Versorgung unserer Bevölkerung. Soziale Medizin 2000;27(5):5.
- 86 Oggier W. Wer hat Interesse am schnellen und gewollten Tod: Gedanken eines Gesundheitsökonomen = [Who is interested in quick and intentional death: reflections of a public health economist]. Schweiz Rundsch Med Prax 2001 Dec 6;90(49):2163-5.
- 87 Paccaud F. Rationnement des soins: mode d'emploi [Editorial]. Courrier du médecin vaudois 2001;(3):4-5.
- 88 Pécoud A. Compte-rendu de la "Third International Conference on Priorities in Health Care": devons-nous un jour réellement rationner les soins? = [Report of the "Third International Conference on Priorities in Health Care". Will we really one day have to ration care?]. Rev Med Suisse Romande 2001 Apr;121(4):255-8.
- 89 Perneger TV, Martin DP, Bovier PA. Physicians' attitudes toward health care rationing. Med Decis Making 2002 Jan;22(1):65-70.
- 90 Peytremann Bridevaux I, Paroz S, Santos-Eggimann B. What should be the role of politicians, physicians, hospital administrations and medical associations in case of rationing?: a qualitative survey of hospital chief internists and surgeons [Abstract]. Swiss Med Forum 2005;5(Suppl. 23):-S50.
- 91 Peytremann Bridevaux I, Paroz S, Santos-Eggimann B. Guidelines: instruments of rationalisation or rationing?: a qualitative survey of hospital chief internists and surgeons [Abstract]. Swiss Med Forum 2005;5(Suppl. 23):-S50.
- 92 Pok Lundquist J. Verdeckte Rationierung im klinischen Alltag: Beispiele aus dem ärztlichen Alltag. Schweiz Arzteztg 1999;80(45):2647-8.
- 93 Rapport de la Commission de gestion du Parlement : les mesures de maîtrise des coûts dans la LAMal sous la loupe des experts. Infosantésuisse 2002;(7/8):8-9. (<http://www.admin.ch/ch/ff/2003/332.pdf>)
- 94 Rationierung: [Schwerpunktthema]. Managed Care 2001;(6):1-47.
- 95 Rationierung im Gesundheitswesen: Sozialwissenschaftliche, medizinische, rechtliche und ethische Aspekte, Interdisziplinäres Symposium am 2./3. Dezember 2005, Luzern: Programm. Luzern: Universität Luzern, Institut für Sozialethik der theologischen Fakultät; 2005. URL:http://www.unilu.ch/dokumente/dokus_tf/Flyer_Rationierung_im_Gesundheitswesen.pdf

- 96 Rationierung im Gesundheitswesen: Sonderbeitrag. Schweiz Arzteztg 1999;80(45):2635-71.
- 97 Rossier Markus A. Health care reform and rationing in Switzerland: the role of information in the formulation of the basic benefit package. Ann Arbor: UMI; 2000.
- 98 Rössler D. Probleme der Rationierung = [Problems in rationing]. Schweiz Rundsch Med Prax 2000 Nov 9;89(45):1847-51.
- 99 Roos A, Schweizerische Gesellschaft für biomedizinische Ethik. Ethische Überlegungen zu Managed Care. Berne: SSEB (Société suisse d'éthique biomédicale); 1999.
- 100 Sessa C. Rationing in cancer treatment: is the identification of essential cytotoxic drugs feasible? Ann Oncol 1999 Apr;10(4):373-4.
- 101 Schelling HR, Wettstein A. Einstellungen von Seniorinnen und Senioren zur Rationierung im Gesundheitswesen: vor und nach einer Vorlesungsreihe = [Attitude of seniors to rationing in health care: before and after a lecture series]. Schweiz Rundsch Med Prax 2000 Jul 27;89(29-30):1200-10.
- 102 Schürch S. Rationierung in der Medizin als Straftat. Basel ; Genf [etc.]: Helbing & Lichtenhahn; 2000.
- 103 Sommer JH. Gesundheitssysteme zwischen Plan und Markt. Stuttgart: F.K. Schattauer; 1999.
- 104 Stulz P. Rationierung in der Chirurgie und Spitzenmedizin = [Rationing in surgery and high-tech medicine]. Schweiz Rundsch Med Prax 2000 Nov 9;89(45):1857-61.
- 105 Rüefli C. Le gel de l'ouverture des cabinets médicaux a des effets secondaires: influence modeste sur l'offre des soins et l'évolution des coûts. Infosantésuisse 2004;(10):16-7.
- 106 Santos-Eggimann B, Seematter-Bagnoud L. Enquête sur l'accès aux soins médicaux en Suisse. Competence 2003;(9):31-3.
- 107 Santos-Eggimann B, Seematter-Bagnoud L. Projet «Accès aux soins médicaux en Suisse»: enquête auprès des hôpitaux et des médecins traitants Mittelverteilung im schweizerischen Gesundheitswesen am Beispiel der Kantone Zürich und Basel-Stadt. Schweiz Arzteztg 2003;84(36):1834-5.
- 108 Santos-Eggimann B. Evaluation économique et rationnement: l'âge est-il un critère adéquat? = [Economic evaluation and rationing: is age an adequate criteria?]. Rev Med Suisse Romande 2001 Nov;121(11):831-5.
- 109 Santos-Eggimann B, Chérif C, Chavaz Cirilli N, Geoffard PY. Le rationnement implicite en Suisse: proposition pour une exploration des domaines à risque et des populations à risque: rapport à l'Office fédéral des assurances sociales. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2001.
- 110 Schaad B. Rationnement : le modèle américain qui peut inspirer la Suisse. L'Hebdo 2003;(21):18-24.
- 111 Schnetzler R. Patientenmitsprache bei Rationierungsentscheiden : [Veranstaltungsbericht]. Managed Care 2002;(2):40-1. URL: <http://www.forummanagedcare.ch/archiv/2002/2/18-veran-patientenmitsprache.pdf>
- 112 Schopper D, Baumann-Hölzle R, Lange F, Beeler I, Roth F, Tanner M. Mittelverteilung im schweizerischen Gesundheitswesen am Beispiel der Kantone Zürich und Basel-Stadt. Schweiz Arzteztg 2002;83(44):2364-71. URL: <http://www.bullmed.ch/pdf/2002/2002-44/2002-44-994.PDF>

- 113 Schopper D, Baumann-Hölzle R, Tanner M. Rationierung im Gesundheitswesen : was könnte die Schweiz von anderen Ländern lernen? Schweiz Arzteztg 2002;83(44):2356-63. URL: <http://www.bullmed.ch/pdf/2002/2002-44/2002-44-995.PDF>
- 114 Schwarz-Ammann HR. Solidaritätswahn und Rationierung Mittelverteilung im schweizerischen Gesundheitswesen am Beispiel der Kantone Zürich und Basel-Stadt. Schweiz Arzteztg 2002. URL: <http://www.saez.ch/pdf/2004/2004-09/2004-09-1390.PDF>
- 115 Schüpfer G, Babst R. Risiken und Nebenwirkungen von Sparprogrammen auf die stationäre Medizin in der Schweiz = [Impact and risks of cost cutting programs on the quality of hospital care in Switzerland]. Schweiz Rundsch Med Prax 2005 Jul 13;94(28-29):1103-11.
- 116 Schürch S. Rationierung in der Medizin und Sterbehilfe: Verteilung knapper medizinischer Güter, strafbares ärztliches Verhalten ? Medizin, Recht, Ethik.Bern [etc.]: P. Lang; 1998. p. 55-74.
- 117 Sommer JH. Muddling through elegantly : Rationierung im Gesundheitswesen. Basel: EMH (Editores Medicorum Helveticorum); 2001.
- 118 Sommer JH. Gesundheitssysteme zwischen Plan und Markt. Stuttgart: F.K. Schattauer; 1999.
- 119 Spinnler P. Rationierung und Rationalisierung: Versuch einer Begriffsbestimmung. Schweiz Arzteztg 1999;80(45):2643-4.
- 120 Spitalleistung: bestellen ja, bezahlen nein: focus = Prestations hospitalières : commander, oui, payer, non. Competence 2004;(3):3-25.
- 121 Sprumont D. Le droit aux soins dans les bouleversements actuels du secteur de la santé. Université Neuchâtel information 1999;(132):39-43.
- 122 Sprumont D, Roduit G. Deux cents ans de législation sanitaire : l'exemple d'un canton suisse. Ruptures 2004;10(1):86-104.
- 123 Sous la loupe : la rationalisation du système de soins : [dossier]. Infosantésuisse 2005;(9):3-10.
- 124 Steffen G. Droit aux soins et rationnement : approche d'une définition des soins nécessaires. Berne: Staempfli; 2002.
- 125 Steurer J. Quality's oder willingness to pay? Schweiz Rundsch Med Prax 1999 Feb 18;88(8):333-8.
- 126 Tackenberg M. Rationnement dans le domaine de la sante? = [Rationing in the health area?]. Schweiz Monatsschr Zahnmed 1999;109(10):1104-6.
- 127 Unger PF, Jaquière C. Diminuer les coûts de la santé: un miroir aux alouettes. Competence 2003;(7/8):16-8.
- 128 Valais.Service. Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur sa politique sanitaire et hospitalière : des années 90 vers le 21e siècle. [Sion]: Service de la santé publique - Valais; 1999.
- 129 Vaud.Grand Conseil. Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le postulat Paul-Arthur Treyvaud demandant de clarifier les principes de la distribution généralisée des soins et de la lutte contre le rationnement des soins ainsi que d'étudier l'opportunité de légiférer en la matière. [Lausanne]: Chancellerie de l'Etat de Vaud; 2001.
- 130 Vonnez JL, Gilliand P. Le débat sur la politique sanitaire peut-il être rationnel ? : entretien avec Pierre Gilliand, démographe médical. Med Hyg 2004;62(2473):561-2. URL: <http://titan.medhyg.ch/mh/infos/article.php3?sid=1306>

- 131 Wasserfallen JB, Revely JP, Moro D, Gilliard N, Rouge J, Chiolero R. Can the impact of bed closure in intensive care units be reliably monitored? *Intensive Care Med* 2004 Jun;30(6):1134-9.
- 132 Wasserfallen JB. L'allocation des ressources de santé devrait-elle être evidence-based ? *Med Hyg* 2004;62(2506):2367-71. URL: <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=24203>
- 133 Weber M. Die Zuteilung von Spenderorganen bei Betagten = [Allocation of donated organs for elderly patients]. *Schweiz Rundsch Med Prax* 2000 Jul 27;89(29-30):1190-1.
- 134 Wettstein A. Rationierung im Gesundheitswesen: Betragte als Opfer? = [Rationing in health care: the elderly as victims?]. *Schweiz Rundsch Med Prax* 2000 Jul 27;89(29-30):1179.
- 135 Wettstein A. Thesen zur Rationierung im Gesundheitswesen aus der Sicht von Betagten = [Proposals for rationing in public health from the viewpoint of the elderly]. *Schweiz Rundsch Med Prax* 2000 Jul 27;89(29-30):1211-3.
- 136 Wettstein A. Demenz, ein rationales Rationierungskriterium? = [Dementia, a rational rationing criterium?]. *Schweiz Rundsch Med Prax* 2000 Jul 27;89(29-30):1195-7.
- 137 Wettstein A. Rationale Mittelallokation statt drohende Rationierung von erwünschten Leistungen für Betagte: das Beispiel Neurorehabilitation = [Rational service allocation instead of threatened rationing of requested services for the elderly: the example of neurorehabilitation]. *Schweiz Rundsch Med Prax* 2000 Jul 27;89(29-30):1192-4.
- 138 Weyermann U. La question de fond: faut-il vraiment rationner? = [The basic question: do we really have to ration?]. *Krankenpfl Soins Infirm* 1999 Jun;92(6):77.
- 139 Widmer H. Die Sicht des Allgemeinpraktikers = [From the viewpoint of the general practitioner]. *Schweiz Rundsch Med Prax* 2000 Nov 9;89(45):1852-6.
- 140 Wieviel Erde braucht der Mensch? = [How much space does a person need?]. *Krankenpfl Soins Infirm* 1999 Aug;92(8):34.
- 141 Wigger P. Modernes Management der Operationsabteilung am Kantonsspital Winterthur. *Schweiz Arzteztg* 2001;82(4):109-12. URL: <http://www.bullmed.ch/pdf/2001/2001-04/2001-04-1316.PDF>
- 142 Wisard M, Leisinger HJ. Quarante-cinq milliards de francs suisses ! : éditorial. *Med Hyg* 2001;59(2370):2355-6. URL: <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=21778>
- 143 Zehnder R. Weshalb Rationierung unumgänglich ist. *Schweiz Arzteztg* 1999;80(45):2651-3.
- 144 Zimmermann-Acklin M. Rationierung im schweizerischen Gesundheitswesen: Überlegungen aus ethischer Sicht = [Health care rationing in Switzerland: ethical considerations]. *Dtsch Med Wochenschr* 2005 Oct 14;130(41):2343-6.
- 145 Zulassungsstopp für Medizinalpersonal (BGE 130 / 26) : KV 270 Urteil des II. Öffentlichrechtlichen Abteilung des Bundesgerichts vom 27. November 2003. *Kranken- und Unfallversicherung [RKUV] = Assurance-maladie et accidents [RAMA]* 2004;(1):64-94. URL: http://www.bag.admin.ch/kv/rkuv/d/2004/rkuv_1_2004.pdf
- 146 Zweifel P, Telser H. Rationierung: der Königsweg im Gesundheitswesen? = [Rationing: the royal path in health care?]. *Schweiz Rundsch Med Prax* 2000 Jul 27;89(29-30):1181-4.

G. Existiert Rationierung in der Schweiz?

Es gibt Aufsätze und Studien aus verschiedenen Fachgebieten, die zeigen, dass in der Schweiz bereits heute rationiert wird, also Patienten und Patientinnen Leistungen im Rahmen der Gesundheitsversorgung nicht erhalten, die nützlich wären. Die Arbeitsgruppe hat die vorliegenden Untersuchungen aus der Schweiz detailliert ausgewertet und kommentiert.

Arbeiten über die Angemessenheit der Gesundheitsversorgung im Hinblick auf die Rationierung: die Studien Seematter und Vader

Zusammenfassung

1. Eines der Rationierungsmerkmale im Gesundheitswesen ist der Entscheid über die Verteilung der für die Gesundheit der Menschen sinnvollen Leistungen, d. h. effiziente Leistungen, deren Vorteile die Nachteile überwiegen. Die Rationierung lässt also die nicht sinnvollen oder ineffizienten Leistungen ausser Acht, deren Identifizierung und Einsatz auf dem beruhen, was man Rationalisierung nennt.
2. In der Praxis ist die Unterscheidung zwischen sinnvoller (oder notwendiger) und nicht sinnvoller Leistung weniger offensichtlich als es den Anschein hat. Tatsächlich gibt es kaum Arbeiten, welche vor Ort untersuchen, in welchem Verhältnis sinnvolle oder nicht sinnvolle Gesundheitsversorgung oder solche, deren Nutzen noch unsicher ist, geleistet wird.
3. Hierin liegt die Besonderheit der Gruppenarbeiten von Bernard Burnand und John-Paul Vader (Abteilung für Pflege-Evaluation, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne). Eine Idee von Robert Brook der Rand Corporation übernehmend, die im allgemeinen Rahmen zur Pflegequalität entwickelt wurde, untersuchten die Schweizer Verfasser die Angemessenheit (lokale Übersetzung von «appropriateness») einer Serie diagnostischer und therapeutischer Verfahren.
4. Eine Behandlung gilt als angemessen, wenn die Vorteile, die sie dem Patienten verschafft, die Nachteile überwiegen. Angemessenheit ist ein Begriff, der strikt der medizinischen Wirksamkeit unterliegt, ohne Bezugnahme auf die Probleme wirtschaftlicher Rentabilität (Effizienz).
5. Die Arbeiten über die Angemessenheit werden in zwei Phasen durchgeführt:
 - Die erste besteht darin, klinische Empfehlungen aufzustellen, die als Referenz für die Analyse der in der gängigen Praxis getroffenen Entscheide dienen werden. Diese Referenz wird durch (i) veröffentlichte Beweise über die Wirksamkeit der betreffenden Eingriffe und (ii) eine formalisierte Konsensuskonferenz zwischen Experten erstellt. Die formulierten Empfehlungen erlauben die Klassifizierung der grossen Mehrheit der klinischen Situationen (nach Symptomen, Anamnese, Alter etc.) in Bezug auf die Angemessenheit der erbrachten Leistung.
 - Zu einem späteren Zeitpunkt werden die realen klinischen Entscheide registriert und mit den ausgearbeiteten Empfehlungen verglichen. Die Studie erlaubt so abzuschätzen, in welchem Verhältnis die angemessenen zu den unangemessenen Leistungen stehen, ja sogar, welches der Leistungsanteil ist, dessen Nutzen ungewiss ist (wenn kein Konsensus bezüglich der Ausarbeitung der Richtlinien gefunden wurde).

6. Ein typisches Beispiel dieser Arbeiten betrifft die Angemessenheit der Koloskopie (Gastrointest Endosc 2000;52:593). Die Entscheidung, welche fast 9'000 Patienten betreffen, die 22 Allgemeinpraktiker konsultierten, wurden 1996 während vier aufeinanderfolgenden Wochen beobachtet. Die Entscheidung jedes Arztes (Patient geschickt für Koloskopie oder nicht) wurde mit den Empfehlungen der Experten für ähnliche Fälle verglichen. Die unten stehende Tabelle gibt ein im Übrigen sehr vereinfachtes Ergebnis dieser Arbeiten wieder.

	Angemessen	Nicht angemessen	
Koloskopie	67	11	78
Keine Koloskopie	185	388	573
	252	399	651

7. Diese Tabelle zeigt die Aufteilung der 651 Fälle, die gastrointestinale Symptome aufweisen, welche zu einer potentiellen Koloskopie führen. Diese Tabelle gibt mehrere zutreffende Kategorien von Ergebnissen zur Analyse der Gesundheitssysteme wieder.
- Der Anteil der angemessenen Gesundheitsversorgung ist hoch: 70% der Fälle befinden sich auf der Diagonalen.
 - Der Anteil an Koloskopie-Übernutzung liegt bei 3% (11/399): sie misst nämlich den Prozentsatz der Leistungen, die gestrichen werden könnten, weil sie für den Patienten nicht sinnvoll sind; in diesem Sinne messen die Prozentsätze die Auswirkungen einer Rationalisierung der Gesundheitsversorgung.
 - Der Anteil an Unternutzung liegt bei 73% (185/252), das heisst, dass in drei von vier Fällen der Patient keinen Nutzen aus einem Verfahren zog, das für ihn sinnvoll gewesen wäre. Diese Unternutzung kann in Zusammenhang mit einer impliziten Rationierung stehen.
 - Dieser Fall zeigt, dass 252 Patienten von einer Koloskopie hätten profitieren können, dass aber nur 78 durchgeführt wurden, davon waren 11 nicht sinnvoll; man sieht auch, dass es nicht ausgereicht hätte, zur Deckung aller Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe die Übernutzung zu beseitigen, um die Fälle von Unternutzung zu kompensieren.
8. In diesem Beispiel übertrifft die Unternutzung die Übernutzung. Das ist nicht immer der Fall; das jeweilige Verhältnis dieser beiden Messungen variiert je nach Gesundheitssystem und untersuchtem Eingriff.
9. Mit Blick auf die Rationierung kommt das Interesse an den Arbeiten der Gruppe Burmand/Vader (vollständige Bibliographie unter www.iumsp.ch) daher, dass das Bedürfnis der Bevölkerung an einer Behandlungsleistung gemessen wird, und das die Art bewertet, wie das Gesundheitsversorgungssystem diese Bedürfnisse aufgrund seiner Leistungsfähigkeit abdeckt. Diese Arbeiten machen auch verständlich, dass innerhalb des gleichen Gesundheitsversorgungssystems gleichzeitig eine Unternutzung und eine Übernutzung bestehen kann.

Seematter-Bagnoud L., et al.: Overuse and underuse of diagnostic upper gastrointestinal endoscopy in various clinical settings. Intern J Qual Health Care 1999; 11: 301-8.

Kommentar

Die vorgestellte Untersuchung ist wichtig; sie zeigt eine unangemessene Nutzung (*overuse*) der gastrointestinalen Endoskopie (UGE) in 39% der Fälle. Diese hohe Zahl muss jedoch in den Studienkontext gestellt werden. Beispielsweise basieren die Definitionen für die Unter- und Übernutzung dieses diagnostischen Eingriffs auf einer Literaturübersicht und der Meinung einer multidisziplinären medizinischen Expertengruppe. Es geht jedoch nicht eindeutig hervor, dass alle Ärzte, die Patienten betreuen, auch alle die auf diese Weise definierten Indikationen akzeptiert und befolgt hätten. Zudem wird der Prozentsatz der Patienten nicht angegeben, die es akzeptierten, sich dem Verfahren zu unterziehen; es erscheint aber wenig wahrscheinlich, dass dieser 100% entspricht.

Wie bei anderen Verfahren dieser Art ist die Übernutzung unter den Spezialisten verbreiteter als im stationären Bereich.

Berücksichtigt man diese letzten Bemerkungen, sind die 39% „Übernutzung“ möglicherweise überbewertet.

Die UGE-Unternutzung wird bei den Patienten, die eine Grundversorgungspraxis konsultieren, auf 6% geschätzt.

In dieser Studie wurden die Folgekosten nicht berücksichtigt.

Folglich lassen die Ergebnisse dieser Analyse vermuten, dass die Unternutzung dieses Diagnosemittels (invasiv und teuer) viel seltener ist als eine Übernutzung oder, mit anderen Worten, dass es in diesem Bereich kein Anzeichen von Rationierung und von Möglichkeiten der Mittelrationalisierung gibt.

Die Hauptschwächen der Arbeit sind:

- die relativ tiefe Anwendung von Kriterien der EBM-Stufe (*evidence-based medicine*) aus Mangel an entsprechenden Daten in der Literatur;
- der fehlende Einbezug von *outcome data* für die Patienten in die Studie.

Vader JP. et al.: Overuse and underuse of colonoscopy in a European primary care setting. Gastrointest Endosc 2000; 52: 593-9

Kommentar

Diese retrospektive Analyse dokumentiert eine Übernutzung der Koloskopie (KS) in 14% (unangemessene KS) und eine Unternutzung in 11 bis 18% der Fälle, je nach den angewandten Kriterien.

Wie die andere Arbeit über die UGE (Seematter-Bagnoud L., et al.) basieren die Angaben auf einer Literaturübersicht und den Expertenmeinungen.

Die Zahlen der Unter- und Übernutzung erscheinen akzeptabel, aber die Bandbreite für die Unternutzung (11 – 28%), je nach den angewandten Kriterien, lässt annehmen, dass randomisierte und kontrollierte Studien zur Verfeinerung der Angaben unerlässlich sind. Das Fehlen *prospektiver outcome*-Daten kann nicht durch Expertenmeinungen kompensiert werden. Wie bei der anderen Studie sind die Hauptschwächen der vorliegenden Arbeit:

- die relativ tiefe Anwendung von Kriterien der EBM-Stufe (*evidence-based medicine*) aus Mangel an entsprechenden Daten in der Literatur;
- der fehlende Einbezug von *outcome data* für die Patienten in die Studie.

Das Wesentliche in Kürze

- In der Schweiz besteht kein Konsens in der Rationierungsfrage im Gesundheitswesen: Die Meinungen von Experten und Bevölkerung gehen in zentralen Fragen weit auseinander.
- Wichtigste Divergenzen betreffen die grundsätzliche Limitierung der Ausgaben im Gesundheitswesen (Bevölkerung: tendenziell „nein“; Experten: tendenziell „ja“) und die Entscheidungsträger allfälliger Rationierungsmassnahme (Bevölkerung: Fachleute wie die Ärzteschaft, aber auch Bürgerinnen und Bürger sollen entscheiden; Experten wollen eher politische Instanzen als Entscheidungsträger).
- Übereinstimmung zwischen den befragten Gruppen herrscht bezüglich der Bereitschaft, eine individuelle Mitverantwortung an der Krankheit als Rationierungskriterium zu akzeptieren. Aus Sicht der Studienautoren ist dieser Befund beunruhigend.
- Schlussfolgerung I: Wenn man davon ausgeht, dass die für das Gesundheitswesen zur Verfügung stehenden Mittel limitiert sind, können die Ergebnisse der Studie dahingehend interpretiert werden, dass die Bevölkerung in diesem Bereich noch nicht ausreichend über die Schnittmenge von Wünschbarem und Machbarem informiert ist.
- Schlussfolgerung II: Ein gesamtgesellschaftlich getragenes Rationierungskonzept muss diejenigen Gruppierungen in die Entscheidungsprozesse einbeziehen, die das Vertrauen der Bevölkerung geniessen (Ärzterschaft, Patientenorganisationen).

Zusammenfassung

Ziel dieser 1998 und 1999 durchgeführten Arbeit war es, die Haltung der «Durchschnittsbevölkerung» zum Thema «Rationierung» mit jener von Spitaldirektoren und von kantonalen Gesundheitsdirektoren zu vergleichen. Einleitend halten die AutorInnen fest, dass

- a) in jedem Gesundheitssystem, welches einen unbegrenzten Zugang zu medizinischen Leistungen garantiert, (implizite) Rationierung existiert und diese angesichts der wachsenden Bedürfnisse der Bevölkerung und der technologischen Entwicklung weiter zunehmen wird;
- b) bei der Frage der Prioritätensetzung meist die «ökonomische Vernunft» (Stichwort Effizienz) der «medizinischen Vernunft» (Stichwort evidence based medicine) gegenübersteht, dass aber auch die Verteilungsgerechtigkeit und der individuelle Nutzen zu berücksichtigen wären;
- c) die Bevölkerung übersteigerte («mythische») Erwartungen der Medizin gegenüber hat und es wichtig wäre, gewisse Tatsachen auszusprechen (z.B. der Tod ist unvermeidlich; Spitäler sind gefährliche Orte; jedes Medikament hat Nebenwirkungen); damit diese Botschaften glaubhaft wären, müsste allerdings die «medizinische Vernunft» (und nicht die ökonomische) Absender sein.

In die repräsentative Fragebogenerhebung wurden 1000 «BürgerInnen» einbezogen (die Antwortrate betrug 87%) sowie 250 SpitaldirektorInnen (Antwortrate 61%) und alle 26 GesundheitsdirektorInnen (Antwortrate 85%). Gefragt wurde namentlich nach finanziellen Grenzen des Gesundheitswesens, nach den Instanzen, welche allenfalls über Prioritäten entscheiden sollten, nach der Bevorzugung von impliziter oder expliziter Rationierung, nach einer Priorisierung einiger medizinischer Leistungen, und nach der Bedeutung möglicher Rationierungskriterien wie Alter, individuelle Mitverantwortung an der Krankheit, Verteilungsgerechtigkeit, persönlicher Nutzen, sozialer Nutzen, Effizienz und klinische Wirksamkeit.

Die Resultate haben gezeigt, dass sich die Meinungen der drei befragten Gruppen häufig unterscheiden. Am auffälligsten war dies bei den finanziellen Grenzen des Gesundheitswesens, bei der Rolle der Politik in der Prioritätensetzung, bei der Priorisierung gewisser medizinischer Leistungen, beim Alter als Rationierungskriterium und bei der Bedeutung des individuellen Nutzens im Vergleich zum sozialen Nutzen. Eine aus Sicht der AutorInnen beunruhigende Übereinstimmung zeigte sich hingegen bei der Bereitschaft, eine individuelle Mitverantwortung an der Krankheit als Rationierungskriterium zu akzeptieren.

Eine ähnliche Studie in Grossbritannien (auf welche sich die vorliegende Studie abstützt) kam zu vergleichbaren Ergebnissen. Die AutorInnen schliessen daraus, dass die Wahrnehmung von Rationierung bestimmt wird von der Rolle der antwortenden Person in der Gesellschaft. Spitaldirektoren und Gesundheitsdirektoren haben eher einen rationalen Zugang und stützen sich auf Prinzipien wie Effizienz, klinische Wirksamkeit und sozialen Nutzen; der Zugang der Bevölkerung zu dieser Thematik dagegen ist eher emotionaler Natur, und der individuelle Nutzen ist wichtiger als der soziale. Immerhin zeigt sie sich aber stärker aufgeschlossen gegenüber der Frage der Verteilungsgerechtigkeit.

Kommentar

Die Studie zeigt bezüglich der Rationierungsfrage im Gesundheitswesen in zentralen Bereichen ein eindrückliches Auseinanderklaffen der Einschätzungen von Experten im Vergleich zur «Bevölkerung» (zu den einzelnen Punkten siehe Zusammenfassung der Studie durch H. Amstad). Im Hinblick auf die anschliessenden Schlussfolgerungen seien zwei wesentliche Punkte hervorgehoben:

- Grundsätzliche Limitierung der Ausgaben für den Gesundheitssektor: Die Bevölkerung sagt tendenziell «nein», die Experten «ja»
- Entscheidungsträger von Rationierungsmassnahmen: Experten bevorzugen politische Instanzen, die Bevölkerung misstraut diesen und möchte die Entscheidung tendenziell Experten (Ärztenschaft, Patientenorganisationen), aber auch den Bürgerinnen und Bürgern (Citoyens) übertragen.

Es kann postuliert werden dass in einer demokratischen Gesellschaft – insbesondere in einer direkten Demokratie wie der Schweiz – in der Rationierungsdebatte ein minimaler gesellschaftlicher Konsens für einen zielgerichteten politischen Entscheidungsprozess unabdingbar ist. Dieser Gesamtkonsens ist in der Schweiz aufgrund der Resultate der Domenighetti-Studie noch keineswegs gegeben. Ein möglicher Grund dafür – der in der Studie angedeutet wird – könnte darin liegen, dass die Rationierungsfrage bzw. deren Dringlichkeit in der Bevölkerung als Thema noch zuwenig wahrgenommen wird, während Experten diesbezüglich einen Informationsvorsprung haben. Wo die Fragen in der Studie entsprechend formuliert sind, zeigen die Ergebnisse, dass die Bevölkerung Einschränkungen der gesundheitlichen Versorgung sehr skeptisch gegenübersteht. Nur eine knappe Mehrheit von 51% der Befragten spricht sich für eine generelle Limitierung der finanziellen Ressourcen aus, die dem Ge-

sundheitssektor zur Verfügung gestellt werden. 41% lehnen dagegen eine solche Limitierung grundsätzlich ab.

Aus obigen Feststellungen könnte folgende Schlussfolgerung gezogen werden: Es besteht nach wie vor Bedarf, die Bevölkerung – beispielsweise via «Opinion leaders» und Medien für die Rationierungsproblematik und allenfalls für deren ökonomische Hintergründe zu sensibilisieren. Bezüglich der genannten Beispiele wäre etwa die Frage zu beantworten und gegen aussen zu kommunizieren, ob bezüglich (Nicht-)Limitierung finanzieller Ressourcen überhaupt eine Wahlmöglichkeit besteht (Geht es noch um die Frage «Soll rationiert werden?» oder nur noch um die Frage «Wie soll rationiert werden?») Allenfalls wäre vermehrtes Gewicht auf die Thematisierung der Allokationsproblematik zu legen. Dieselben Prinzipien vertiefter Information gelten für die konkreten Prioritätensetzungen, wenn ein fundierter Konsens erreicht werden soll.

Bei der Frage, wer über Rationierungsmassnahmen entscheiden soll, scheint es dagegen fraglich, ob durch vertiefte Information die Kluft zwischen der Haltung der Bevölkerung und der Meinung der Experten verringert werden kann. Domenighetti spricht von einem Misstrauen der Bevölkerung gegenüber den Politikern, hinter deren Entscheidungen politische oder finanzielle Motive vermutet würden. Im Hinblick auf das Erreichen eines gesamtgesellschaftlichen Konsenses könnte es somit wichtig sein, diejenigen Gruppierungen in den Entscheidungsprozess einzubeziehen, die in Rationierungsfragen das Vertrauen der Bevölkerung geniessen (insbesondere Ärzteschaft und Patientenorganisationen).

Das Wesentliche in Kürze

- Es wird heute in der medizinischen Versorgung in der Schweiz rationiert, wenn auch in viel geringerem Ausmass als in anderen industrialisierten Ländern. Rationierung findet verdeckt und vor allem im stationären Sektor statt.
- Selektiver Spardruck ist vor allem in der Pflege spürbar, während sich der Trend zur Ausgabensteigerung im medizinisch-technischen Bereich ungebremst fortsetzt. Im stationären Sektor gibt es damit ein Nebeneinander von verdeckter Rationierung und Überversorgung.
- Entscheide über die strukturelle Mittelverteilung werden von staatlichen Instanzen gefällt. Innerhalb der verschiedenen Berufsgruppen führt dies zu Frustration über die Willkür der Entscheide „von oben“ und zur Schwierigkeit, diese am Patienten verantwortlich und kohärent umzusetzen. Der Entscheidungsprozess selbst ist intransparent und nicht nachvollziehbar.
- Wünschbar ist eine stärkere Orientierung an Erfahrungen, die im Ausland mit Entscheidungsprozessen über die Mittelverteilung in der Gesundheitsversorgung gemacht worden sind. Zur Beurteilung von Investitionen und Ausgaben sollte eine vertrauenswürdige, unabhängige Institution heran gezogen werden.
- Die Verlagerung der Finanzierung der medizinischen Versorgung von Steuergeldern hin zu Kopfprämien deutet auf eine allgemeine gesellschaftliche Entsolidarisierung.

Zusammenfassung

Die vorliegende Studie entstand in Zusammenarbeit zwischen dem Zürcher Institut «Dialog Ethik» und dem Schweizerischen Tropeninstitut (STI) in Basel. Dialog Ethik war mitbeteiligt an der Erarbeitung des 1999 veröffentlichten «Manifestes für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen»; das STI verfügt über vielfache Erfahrungen, wie in Gebieten mit enormer Mittelknappheit Gesundheitsleistungen effizient und gerecht verteilt werden können.

Die Studie umfasst vier Teile: (1) eine Analyse der Ausgabentrends und Finanzierungsmechanismen im ambulanten und stationären Bereich in den Kantonen Zürich und Basel-Stadt im letzten Jahrzehnt, (2) eine Expertenbefragung zu Ausmass und Art der Rationierung, Rationalisierung und Überversorgung, (3) eine Analyse der Medienberichterstattung zum Thema Mittelknappheit, und (4) eine Zusammenfassung der Erfahrung anderer Länder, Entscheide über Prioritätensetzung im Gesundheitswesen zu fällen.

Die Studie kommt zu folgenden Ergebnissen:

- Es wird heute schon in der medizinischen Versorgung in der Schweiz rationiert, wenn auch in viel geringerem Mass als in anderen industrialisierten Ländern.
- Verdeckte Rationierung ist als Antwort auf selektiven Spardruck hauptsächlich im stationären Sektor entstanden. Gleichzeitig gibt es eine medizinisch-technische Überversorgung.

- Entscheide über die strukturelle Mittelverteilung werden von staatlichen Instanzen gefällt. Innerhalb der verschiedenen Berufsgruppen führt dies zu Frustration über die Willkür der Entscheide «von oben» und zur Schwierigkeit, diese am Patienten verantwortlich und kohärent umzusetzen. Der Entscheidungsprozess selbst ist nicht transparent und nachvollziehbar.
- Die Verlagerung der Finanzierung der medizinischen Versorgung von Steuergeldern hin zu Kopfprämien deutet auf eine allgemeine gesellschaftliche Entsolidarisierung.
- Steigende «Kosten» werden den Druck zur Ausgabenbegrenzung in Zukunft noch erhöhen und somit auch vermehrt zu Rationierungsmassnahmen in allen Bereichen führen.

Die Studie zieht folgende Schlussfolgerungen:

Es scheint unumgänglich, im Schweizer Gesundheitswesen Prioritäten im Sinne von Einschränkungen zu setzen. Wie Erfahrungen im Ausland zeigen, bedarf es hierfür eines strukturierten Meinungsbildungsprozesses, an dem alle Parteien teilnehmen können.

Meist sind Entscheide über eine Beschränkung von medizinischen oder pflegerischen Leistungen schmerzhaft und schwierig. Es ist deshalb nützlich, sich auf die Beurteilung einer politisch neutralen, unabhängigen und anerkannten Organisation berufen zu können. Diese muss Entscheide klar begründen und darlegen und so beweisen, dass nach bestem Wissen und Gewissen entschieden wurde (vgl. «National Institute for Clinical Excellence» in Grossbritannien).

Kommentar

Die Studie kreist die Thematik der Rationierung und Priorisierung mit verschiedenen Methoden ein und versucht so, trotz desolater Datenlage, einige griffige Aussagen heraus zu filtern.

- Es wird – v.a. im stationären Bereich – ein Nebeneinander von Rationierung und Überversorgung konstatiert. Die nahe liegende Schlussfolgerung, dass durch einen Abbau von Überkapazitäten Rationierung vermieden werden könne, kann aber nicht gezogen werden, weil die jeweiligen Verantwortlichkeiten bei verschiedenen Stellen liegen: Der Druck zur Leistungsbeschränkung kommt von staatlichen Stellen, während die Überversorgung überwiegend von den Ärztinnen und Ärzten ausgeht. Überversorgung wird vor allem im medizin-technischen Bereich vermutet, während Rationierung hauptsächlich in der Pflege wahrgenommen wird.
- Im stationären Sektor scheint eine Verschiebung der Ressourcen von der Pflege hin zu medizinischen Technologien statt zu finden. Die Ansprüche an die Spitzenmedizin sind ungebrochen hoch, der Trend zur Ausgabensteigerung wird sich hier gemäss Aussagen in der Studie fortsetzen. Die Finanzierung der Langzeitpflege, die keineswegs gesichert und zurzeit hart umstritten ist, könnte dadurch zusätzlich unter Druck geraten.
- Die Wahrnehmung der verschiedenen Berufsgruppen, dass Rationierungsentscheide willkürlich und „von oben“ gefällt würden, führt zu Frustrationen bei den Gesundheitsprofis. Von allen Seiten wird gefordert, dass ein transparenter, breit abgestützter gesellschaftlicher Diskurs über die Mittelverteilung im Gesundheitswesen geführt werden müsse. Das Fehlen einer nationalen Gesundheitspolitik und die sich widersprechenden Ansprüche der verschiedenen Akteure erschweren aber einen solchen Diskurs.

- Die AutorInnen der Studie empfehlen eine stärkere Orientierung an Erfahrungen, die im Ausland mit Entscheidungsprozessen über die Mittelverteilung gemacht worden sind. Danach sollte eine „vertrauenswürdige, unabhängige Institution“ (als Beispiel wird das National Institute for Clinical Excellence in Grossbritannien genannt) zur Beurteilung von Investitionen und Ausgaben heran gezogen werden. Sie verweisen auf die schweizerische Konsensdemokratie als Chance, gehen aber nicht darauf ein, wie weit bestehende demokratische Instrumente besser genutzt werden könnten (z.B. Leistungskommission, Arzneimittelkommission).
- Obwohl die in der Studie erhobenen Zahlen über die Ausgabentrends in den Kantonen Zürich und Basel-Stadt die 90er Jahre betreffen und somit bereits veraltet sind, dürften die wichtigsten qualitativen Schlussfolgerungen der Studie nach wie vor zutreffen.
- Die methodische Vielfalt (Finanzanalyse, Umfrage, Medienanalyse, Literaturstudie) ermöglicht zwar eine Annäherung an die Problematik von verschiedene Seiten, stiftet aber zugleich Verwirrung in Bezug auf die eigentliche Fragestellung und führt teilweise zu sehr allgemeinen Aussagen, die kaum eindeutige Schlussfolgerungen zulassen.

Das Wesentliche in Kürze

- Als "implizite Rationierungseffekte von Pflege" werden "die von Pflegefachpersonen rapportierte Anzahl *nicht* durchgeführter *notwendiger* pflegerischer Massnahmen bei PatientInnen aufgrund eines Mangels an zeitlichen, fachlichen oder personellen Ressourcen in Pflgeteams" verstanden.
Diese Begrifflichkeit beruht auf der (nicht weiter begründeten) Annahme, dass Kosteneinsparungsstrategien in Spitälern v.a. darauf abzielen würden, die Ausgaben für die stationäre Pflege und Betreuung, die den grössten Kostenanteil ausmachen, zu kontrollieren.
- Die Rich-Studie ist eine Multicenter-Querschnittstudie in 8 von ursprünglich 19 angefragten Akutspitälern, zu denen sich am leichtesten ein Zugang fand. Befragt wurden PatientInnen und Pflegefachpersonen.
- Die Studie zeigt einen Zusammenhang zwischen der Arbeitsumgebungsqualität (Angemessenheit der Stellenbesetzung und Fachkompetenz in Pflgeteams, Zusammenarbeit Pflegende und Ärzte, Unterstützung der Pflegenden durch Pflegemanagement) mit der Anzahl nicht durchgeführter, notwendiger pflegerischer Leistungen (benannt als sog. "implizite Rationierungseffekte").
- Ein Zusammenhang zwischen der (subjektiv erlebten) Arbeitsumgebungsqualität der Pflegenden zeigte sich mit dem Vorkommen von Burnoutsyndromen und Arbeitsunzufriedenheit beim Pflegepersonal sowie dem Vorkommen von nosokomialen Infekten und Dekubiti. Kein Zusammenhang fand sich zwischen der erhobenen Arbeitsumgebungsqualität und weiteren patientenbezogenen Outcomes (Medikamentenfehler, Stürze, nosokomiale Infekte, Patientenzufriedenheit).
- Die Studie zeigt einen Zusammenhang zwischen den "impliziten Rationierungseffekten" und 5 von 6 untersuchten Patientenergebnissen (Medikamentenfehler, Stürze, nosokomiale Infekte, kritische Zwischenfälle, Dekubiti), nicht aber in Bezug auf die Patientenzufriedenheit. Das Auftreten dieser Patienten-Outcomevariablen wurde nicht prospektiv standardisiert erfasst, sondern entspricht retrospektiven Erinnerungs-Leistungen des Pflegepersonals.

Zusammenfassung

Fragestellung

Es wurden drei Hypothesen geprüft:

1. Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Arbeitsumgebungsqualität (Angemessenheit der Stellenbesetzung und Fachkompetenz in Pflgeteams; Zusammenarbeit Pflegende und ÄrztInnen; Unterstützung der Pflege durch das Pflegemanagement) und den impliziten Rationierungseffekten.

¹ Originaltitel auf Englisch: RICH-Nursing-Study: Rationing of Nursing Care in Switzerland:

Effects of Rationing of Nursing Care in Switzerland on Patients and Nurses Outcome.

Institut of Nursing Science, University Basle and Penn Nursing – University of Pennsylvania. Schlussbericht – Bundesamt für Gesundheit 31. Januar 2005

2. Es besteht ein Zusammenhang zwischen den impliziten Rationierungseffekten und den Ergebnissen von Patienten und Pflegefachpersonen.
3. Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Arbeitsumgebungsqualität und den Ergebnissen von Patienten und Pflegefachpersonen

Implizite Rationierungseffekte

Zugrundegelegt wurden 5 Funktionen professioneller Pflege: Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens ATL's (6 Items); Gespräch-Begleitung-Zuwendung (2 Items); Förderung-Anleitung-Schulung (4 Items); Überwachung-Sicherheit (5 Items); Dokumentation (3 Items).

Die Befragten hatten anhand einer 4-Punkte-Skala einzuschätzen, wie oft in den letzten 7 Arbeitstagen die aufgeführten notwendigen pflegerischen Massnahmen oder Therapien nicht oder nur ungenügend durchgeführt werden konnten.

Zur Berechnung der impliziten Rationierungseffekte wurde für die 20 Items der Gesamtskala sowie für die 2-6 Items der über Faktorenanalyse ermittelten fünf Subskalen, die Summe und anschliessend die Mittelwerte berechnet.

Hintergrund

Es wird postuliert, dass Kosteneinsparungsstrategien vor allem darauf abzielen, die den grössten Kostenanteil ausmachenden Ausgaben für die stationäre Pflege und Betreuung zu kontrollieren. Zudem habe die Verkürzung der Spitalaufenthaltsdauer zu einem Anstieg der Pflegeintensität und -Komplexität geführt.

Es entstehe ein Ungleichgewicht zwischen Angebot und Bedarf an Pflege (überproportionaler Abbau von Pflegefachpersonalstellen, Ersatz durch Hilfspersonal bei steigender Pflegeintensität und -Komplexität).

Studiendesign

Multicenter-Querschnittsstudie.

Gelegenheitsstichprobe: Es wurden 19 Spitäler zur Mitarbeit angefragt, 8 lehnten aus versch. Gründen ab; aus den übrigen 11 wurden 8 ausgewählt.

Auswahl der Pflegefachpersonen: Schweizer Diplom (Niveau I oder II), seit mind 3 Monaten angestellt und seit mind 1 Monat auf der jeweiligen Station tätig.

Auswahl der Patienten: Seit mind. 2 Tagen hospitalisiert auf der jeweiligen chirurgischen, gynäkologischen oder internistischen Abteilung, sprachkundig (dt. resp. frz) und Befragungskompetent (ausgeschlossen wurden demente, desorientierte, somnolente PatientInnen).

Befragung der Pflegenden, Befragung der PatientInnen (Patientenzufriedenheit)

Resultate

Es wurde ein Mittelwert der impliziten Rationierungseffekte von 0.83 (0.70-1.17) errechnet. (Je höher Mittelwert, desto höher «Rationierungseffekte»)

Subskalen:

Caring und Support 0.90 (0.70 – 1.18); ATL's 0.54(0.36-0.69); Dokumentation 0.99 (0.84-1.34), Überwachung 0.89 (0.67 – 1.41), Zeiteinschränkungen 0.84 (0.66-1.21).

Abgegebene Interpretation

Es wird festgehalten dass die impliziten Rationierungseffekte der einzige unabhängige Faktor ist, der mit 5 von 6 untersuchten Patientenergebnissen (Medikamentenfehler, Stürze, nosokomiale Infekte, Dekubiti, kritische Zwischenfälle, Reklamationen und Patientenzufriedenheit) und zwei bei Pflegefachpersonen untersuchten Ergebnissen (*Burnout*, *Arbeitszufriedenheit*, Fluktuation, arbeitsbedingte Verletzungen) signifikant zusammenhing.

Die Studie wurde kommentiert in der Schweiz. Ärztezeitung [1]. Auszug:
«Die RICH-Studie geht der Frage nach, ob notwendige pflegerische Massnahmen aufgrund fehlender Ressourcen im Pflorgeteam unterlassen wurden und ob sich ein Zusammenhang mit Qualitätsindikatoren der medizinischen und pflegerischen Leistung zeigt. ... Die Resultate zeigen deutlich, dass die Qualität medizinischer und pflegerischer Leistungen in den Spitälern mit den vorhandenen pflegerischen Ressourcen und zum Teil auch mit den selbsteingeschätzten Arbeitsbedingungen korrelieren. Zwischen den einzelnen Spitälern finden sich beträchtliche Unterschiede nicht nur in der Zufriedenheit des Pflegepersonals, sondern auch in der Häufigkeit der verhinderbaren erfassten Fehler....»

Kommentar

1. Dem o.e. Kommentar der EGK ist wenig beizufügen. Die hier erwähnten Resultate, nämlich ein Zusammenhang zwischen Outcome-Parametern und personellen Ressourcen wie auch Arbeitsbedingungen, sind aus einer Praxis-Sicht nachvollziehbar.

2. Problematisch an der Studie ist der Begriff der «impliziten Rationierungseffekte»:

- a) Personelle Ressourcen im Gesundheitswesen sind nie unbeschränkt.
- b) Jeder Dienst im modernen Spital beklagt den Mangel an Ressourcen und den im subjektiven Urteil der Mitarbeitenden empfundenen Mangel an Personal, um die aus einer standespolitischen Sicht definierte Notwendigkeit von Massnahmen auszuführen.
- c) Der Begriff «implizite Rationierung» ist ein wertender Begriff: Er unterstellt einer (immer notwendigen) Personalplafonierung eine Rationierungsintention. So wird als Grundlage der Studie festgehalten, dass es aus Kostengründen zu einem «überproportionalen Abbau» von Pflegefachpersonalstellen, nicht Anpassen der Stellen an den gestiegenen Pflegebedarf oder Ersatz durch Hilfspersonal gekommen sei. Diese Hypothese wird nicht belegt durch Daten. Auch wenn eine Korrelation besteht zwischen dem Konstrukt der "impliziten Rationierungseffekte" und diversen Outcomeparametern heisst dies nicht, dass auch Kausalität vorliegt.

3. Die Auswahl der Spitäler ist eine Zufallsstichprobe ohne Möglichkeiten der Verallgemeinerung.

4. Fazit:

Eine interessante Studie, welche einen Zusammenhang aufzeigt zwischen pflegerischen Leistungen und Ressourcen und Patientenoutcomes wie auch Pflegeoutcomes.

Dieser Zusammenhang wäre in Zukunft durch gute prospektive Studien zu klären, welche objektive Parameter benutzen.

Der Begriff «implizite Rationierung» in diesem Kontext ist abzulehnen, da er einerseits postuliert, eine im subjektiven Urteil der Mitarbeitenden festgestellte ungenügende Stellenbesetzung habe Rationierungsmotive und andererseits jede Diskussion um Stellenschlüssel in der Pflege mit dem politischen Argumentarium der «Rationierung» zum noli me tangere erklärt und unterbindet. Die Grundfrage bleibt damit auch in Zukunft bestehen: wie viel Pflegestellen mit welcher Qualifikation sind notwendig, um eine definierte Dienstleistung wahrzunehmen bei möglichst geringen negativen Outcomes.

Literaturangaben

- 1 Eidg. Kommission für Grundsatzfragen der Krankenversicherung. Die EGK äussert sich zur Frage der "Rationierung" im Gesundheitswesen in der Schweiz. SAeZ 2006; 87: 39: 1697-99).

Das Wesentliche in Kürze

- Die folgenden Bereiche der Gesundheitsversorgung werden von mehreren Kategorien von Akteuren (Grundversorgern, Spitalfachärzten und -verwaltern, Patienten) als innerhalb nützlicher Frist manchmal oder oft schwer zugänglich identifiziert: Psychiatrieversorgung, Rehabilitationsversorgung, Langzeitversorgung und -betreuung Chronischkranker. Im Unterschied dazu scheint die Akutversorgung der vorwiegend somatischen Krankheiten wenig Probleme beim Zugang zum schweizerischen Gesundheitssystem zu haben.
- Wenn die Personen mit chronischen Erkrankungen auf Zugangsschwierigkeiten zu den verschiedensten Formen der Gesundheitsversorgung, die ihnen aufgrund ihrer Krankheit notwendig erscheinen, hinweisen, werden diese Schwierigkeiten oftmals nicht als die Folge einer Rationierung der Gesundheitsversorgung wahrgenommen.
- Etwas mehr als die Hälfte der Grundversorger ist der Meinung, dass die Zugangsprobleme zur Gesundheitsversorgung, auf die ihre Patienten stossen, manchmal negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Unter den Chefärzten der öffentlichen Spitäler teilen die Hälfte der Verantwortlichen der medizinischen Abteilungen, ein Drittel der Chirurgie/Orthopädie-Verantwortlichen und mehr als 80% der Psychiatrie/Psychogeriatric-Verantwortlichen diese Meinung.
- Drei von vier Grundversorgern schätzen, dass zurzeit mit den Zugangsschwierigkeiten ohne Bezug auf explizite Kriterien umgegangen wird. Die Meinungen sind jedoch zu gleichen Teilen geteilt zwischen Personen, die wünschen und solchen, die nicht wünschen, dass ab jetzt mehr explizite Kriterien definiert werden, um den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu regeln, wenn die Ressourcen nicht ausreichen.
- Nur einer von sieben Grundversorgern ist der Meinung, dass alle seine Patienten das gleiche Risiko haben, mit einem Problem beim Zugang zur Gesundheitsversorgung konfrontiert zu werden. Die Merkmale der mit Zugangsschwierigkeiten identifizierten Patienten sind das hohe Alter, die soziale Verletzlichkeit, das Fehlen einer sicheren Versicherungsdeckung und das Vorhandensein von psychischen Störungen. Die Personen mit diesen gleichen Merkmalen werden auch als diejenigen genannt, die ein grösseres Risiko haben, im schweizerischen Gesundheitssystem durch die Chefärzte der medizinischen, chirurgischen und psychiatrischen Spitalabteilungen diskriminiert zu werden.

Zusammenfassung

Die Frage der Existenz einer impliziten Rationierung in der Schweiz wurde indirekt in einer Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit angeschnitten.

Der in dieser Studie gewählte Ansatz ging vom Prinzip aus, dass die implizite Rationierung auf allen Entscheidungsebenen, politisch, institutionell oder klinisch, vorkommen kann. Indem sie ausserdem einräumt, dass ein Phänomen wie die implizite Rationierung per definitionem undurchsichtig, ja sogar versteckt und als solche nicht erkennbar ist, versuchte die Studie nicht, sie systematisch aufzuzeigen oder ihre Häufigkeit direkt zu messen, sondern allfällige Zugangsprobleme zur Gesundheitsversorgung in einem gewollten egalitären Ge-

² Originaltitel in Englisch: Santos-Eggimann B. Is there evidence of implicit rationing in the Swiss health care system? Lausanne: Institut für Sozial- und Präventivmedizin, 2005

sundheitssystem zu identifizieren, indem sie vier unterschiedliche Informationsquellen einander gegenüberstellte.

Zwei beim Bundesamt für Statistik verfügbare Datenbanken waren zunächst Gegenstand einer Sekundäranalyse zur Nutzung der Gesundheitsdienste in der Schweiz, die als direkte Messung des Ist-Zugangs gilt. Die für die Wohnbevölkerung repräsentativen Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1997/98 und 2002 wurden auf die erhaltene Gesundheitsversorgung, insbesondere im ambulanten und somatischen Bereich (Behandlungen, Screenings und Präventionsmassnahmen), hin untersucht. Die von den antwortenden Personen gemeldete Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung wurde aufgrund einer Reihe von Kriterien analysiert, welche den sozioökonomischen Stand, den Wohnort und das Vorhandensein gewisser der Gesundheit abträglicher Verhaltensweisen widerspiegeln. Die in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser 2000-2002 erhobenen chirurgischen Eingriffe waren die zweite untersuchte Quelle, insbesondere für die Inanspruchnahme des vollständigen Knie- und Hüftersatzes. Untersucht wurden die unterschiedlichen Eingriffsraten je nach Alter, Geschlecht, Wohnkanton und Nationalität. Die schweizerischen Inanspruchnahmeraten wurden danach mit denjenigen anderer Länder, darunter gewissen, die eine explizite Rationierungspolitik der Gesundheitsversorgung betreiben, verglichen.

Im Rahmen dieses Forschungsauftrags wurden ebenfalls zwei spezifische Untersuchungen zum Zugang zur Gesundheitsversorgung geleitet. Die erste, qualitative, wurde durch Interviews mit einer repräsentativen Auswahl von 72 Mitgliedern von Patientenvereinigungen zu sechs chronischen körperlichen oder physischen Erkrankungen durchgeführt, die zu ihren Zugangserfahrungen zur Gesundheitsversorgung seit der Einschätzung und Diagnose der Krankheit bis zu ihrer heutigen Situation, welche oft vom Bedarf an Langzeitgesundheitsversorgung gezeichnet ist, befragt wurden. Die zweite, ebenfalls auf nationaler Ebene durchgeführte Untersuchung trug die Meinung einer repräsentativen Stichprobe von mehr als 1'700 frei praktizierender Ärzte des Primärbereichs zusammen, sowie diejenige der Verwalter und Chefärzte der ärztlichen Dienste, Chirurgie/Orthopädie und Psychiatrie, welche in den öffentlichen Allgemeinspitälern oder in Psychiatriekliniken tätig sind. Die auf dem Postweg verschickten Fragebogen betrafen die möglichen Zugangsschwierigkeiten zur Gesundheitsversorgung im Spital- und Ambulanzbereich, ihre Auswirkungen auf die Gesundheit und die Merkmale der ihr ganz besonders ausgesetzten Personen.

Die Auslegung der Resultate dieser vier Teilstudien, von denen jede einen fragmentarischen – und, was die spezifischen Untersuchungsdaten betrifft, einen subjektiven – Blickwinkel boten, erfolgte durch die Schwerpunktsetzung auf die Konvergenzen. Sie zeigen einen leichten Zugang zur ambulanten medizinischen Gesundheitsversorgung für die somatischen Erkrankungen und den mangelnden Einfluss individueller Besonderheiten auf die Inanspruchnahme dieser Gesundheitsversorgung auf. Die Indikatoren des nachteiligen sozioökonomischen Stands dagegen sind mit einer geringeren Inanspruchnahme von Präventivmedizin assoziiert und die Personen mit ausländischer Nationalität weisen eine wesentlich tiefere Rate bei der prothetischen Chirurgie auf; andere Faktoren als eine implizite Rationierung, insbesondere kultureller Art, könnten jedoch diese Resultate, die ergänzender Erhebungen bedürften, erklären. Die Übereinstimmung der Antwortenden bezüglich der Zugangsschwierigkeit zur Rehabilitations-, Psychiatrie oder Langzeitgesundheitsversorgung für Chronisch-krankte sowie ein verbreitetes Gefühl von Diskriminierung älterer oder verletzlicher Personen (ausgegrenzte Menschen, mit einer geistigen Behinderung, psychiatrischen Erkrankungen, deren Versicherungsstatus unsicher ist) weisen auf die Existenz einer impliziten Rationierung hin, die zuerst bei den politischen und institutionellen Entscheidungen der Ressourcenzuteilung im Gesundheitsbereich vorkommt und deren Auswirkung durch die Interventionen der Krankenversicherer verstärkt werden könnte.

Kommentar

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie gewähren wichtige, jedoch lediglich indirekte Einblicke in die Realität von impliziter Rationierung in der Schweiz. Insbesondere die Aussagen von Vertreterinnen und Vertretern der Patientenorganisationen, der Ärzte und Spitaldirektoren über deren Erfahrungen in Bezug auf den Zugang zu gesundheitlichen Leistungen machen deutlich, dass hinsichtlich der Versorgung erstens *grosse regionale Unterschiede* bestehen, dass sich zweitens mit der Psychiatrie und Rehabilitation *klare Problemzonen* benennen lassen und dass drittens klare *Risikogruppen* auszumachen sind, namentlich ältere Menschen, geistig Behinderte, psychisch und chronisch Kranke und sozial Benachteiligte.

Gemäss der Studie von Brigitte Santos-Eggimann (S. 7) liegt *implizite Rationierung* bei Vorgehensweisen auf der Makro-, Meso- oder Mikroentscheidungsebene vor, bei welchen

- zuwenig Mittel zur Verfügung gestellt werden, um alle vorhandenen Bedürfnisse zu decken,
- welche ein höheres Gesundheitsrisiko für Einzelne oder bestimmte Bevölkerungsgruppen mit sich bringen,
- und bei welchen eines der folgenden Elemente fehlt: (a) Festgelegte Kriterien zur Verteilung der Ressourcen an Einzelne gemäss spezifischen gesundheitlichen oder sozialen Zielen, (b) klare Zuständigkeiten für die Entscheidungsfindung, (c) detaillierte und öffentlich zugängliche Information über das Vorgehen und die Gründe von Verteilungsentscheidungen am Krankenbett, die in Verbindung mit Entscheidungen auf der Makro- und Mesoebene stehen.

Diese komplexe Definition zeigt bereits an, dass der Studie eine *sorgfältige theoretische Vorarbeit* zugrunde liegt. Die internationale Rationierungsdebatte wird zunächst rekonstruiert, unterschiedliche Rationierungsdefinitionen miteinander verglichen, die oben angeführte Definition gewählt und hervorgehoben, dass sich die Praxis der impliziten Rationierung aufgrund des schwierigen Zugangs zu den anvisierten Vorgehensweisen *nicht direkt beobachten und erkunden lässt*. Der indirekte Ansatz der Studie ist daher einerseits überzeugend, relativiert andererseits aber notgedrungen auch die Aussagekraft einiger Ergebnisse. Die Studie zeigt auf überzeugende Weise, wie schwierig es ist, zuverlässige Angaben zur Praxis der impliziten Rationierung zu ermitteln.

Wie gross die Bandbreite möglicher Interpretationen der Studienergebnisse ist, zeigt die *Stellungnahme der Grundsatzkommission zur Frage der Rationierung in der Schweiz von Juni 2006*: Hier werden die Ergebnisse der Studie von B. Santos-Eggimann stark relativiert und als angemessene Strategie die *Rationalisierung*, der effektivere Einsatz der vorhandenen Mittel, vorgeschlagen. Deutlich wird zudem, wie wesentlich sich die *Definition* von impliziter Rationierung auswirkt, insofern die Grundsatzkommission ihrer Stellungnahme eine eigene, von der Studie abweichende und auf die Mikroebene fixierte Definition zugrunde legt und wichtige Studienergebnisse damit gleichsam wegdefiniert (denn: Einzelbehandlungen sind derart individuell, dass jede Abweichung von einem Mittelwert völlig normal ist). Entlarvend ist ein Satz von Abschnitt 10 der Stellungnahme der Grundsatzkommission: „*Effektiv verfügt man gerade in einem Land wie der Schweiz, das insbesondere durch das KVG einen äusserst gerechten Zugang zur medizinischen Versorgung der gesamten Bevölkerung sicher stellt, über keine verlässlichen Informationen darüber, ob man (...) mit impliziter Rationierung zu rechnen hat.*“ Hier werden gesetzliche Normen mit empirischen Fakten vermischt und die gemäss der Studie aus Lausanne offensichtlich bestehenden Anzeichen für Ungleichbehandlungen in der Schweiz stark heruntergespielt. Viel wesentlicher wäre es gewesen – und

hier liegt auch ein Wert der Studie – die vorliegenden Ergebnisse zur Ungleichbehandlung von Menschen mit psychischen oder chronischen Erkrankungen gegenüber Menschen mit somatischen und akuten Erkrankungen, von alten gegenüber jungen Menschen und von sozial Randständigen gegenüber sozial Integrierten, mit Ergebnissen anderer soziologischer Studien zu vergleichen, die sich ebenfalls mit Ungleichbehandlungen in der schweizerischen Gesellschaft befassen. Die Vermutung liegt nahe, dass sich ähnliche Bewertungsmuster *auch in anderen gesellschaftlichen Bereichen* aufzeigen lassen, wodurch die Wahrscheinlichkeit einer tatsächlich bestehenden impliziten Rationierung bei den angegebenen Gruppen und Bereichen zunehmen würde.

Die in Kap. 7 der wichtigen und in ihrer Konzeption überzeugenden Studie von B. Santos-Eggimann zusammengefassten Ergebnisse zeigen, dass in der Schweiz trotz einer guten Gesetzgebung offensichtlich Problemzonen bestehen, welche vor allem die psychiatrische Versorgung, die Rehabilitation und die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen betreffen. Zudem werden alte, sozial nur bedingt integrierte Menschen, psychisch und chronisch Kranke von vielen Ärztinnen und Ärzten auf verblüffend deutliche Weise als Opfer der bestehenden Praxis gesehen. Wenn sie sich auch nur indirekten Beobachtungen verdanken, sind diese Ergebnisse relevant für unsere Arbeit, insbesondere auch deshalb, weil bislang quasi keine empirischen Daten zur impliziten Rationierung im schweizerischen Gesundheitswesen vorliegen. Die Ergebnisse machen deutlich, in welchen Bereichen des Gesundheitssystems und bei welchen Bevölkerungsgruppen Gerechtigkeitsprobleme zu vermuten sind und mit welchen Themen eine intensivere Auseinandersetzung noch aussteht.

Das Wesentliche in Kürze

- Die klinische Rationierung oder der persönliche Entscheid, auf einen Eingriff zu verzichten, der im besten Interesse eines Patienten gewesen wäre, aber wegen der entstehenden Kosten für das Gesundheitssystem nicht durchgeführt wurde, wird von 67.7% der Schweizer Internisten und Allgemeinmedizinern gemeldet.
- Die Schweizer Ärzte melden trotz eines ausgebauteren Gesundheitssystems mehr klinische Rationierung als ihre italienischen, norwegischen und britischen Kollegen.
- Dies scheint aber nicht von einer grösseren Sensibilisierung für die Problematik zu zeugen, sondern könnte darauf zurückzuführen sein, dass unser Land den Praktikern mehr Handlungsspielraum lässt; diese stehen aber im Gegensatz dazu unter einem grösseren Druck als anderswo, die Gesundheitskosten zu begrenzen.
- In den vier Ländern meldeten die Ärzte einen mittleren Grad moralischer Akzeptanz der klinischen Rationierung (Medianwert von 10 auf einer Skala von 3=überhaupt nicht vertretbar, bis 15=absolut vertretbar).
- Die von den Ärzten am häufigsten als rationiert gemeldeten Eingriffe sind Magnetresonanztomographie, Screeningtests, diagnostische Labortests und rezeptpflichtige Medikamente.

Zusammenfassung

Die Studie von Hurst et al. (2006), welche von einem internationalen Team unter Einbezug der Schweiz durchgeführt wurde, ging in explorativer Weise gleichzeitig die von den Ärzten als Marker der systemischen Rationierung wahrgenommenen Ressourcenbeschränkungen und die klinische Rationierung an. Die Forscher verschickten einen Fragebogen an eine randomisierte Stichprobe norwegischer, italienischer, schweizerischer und britischer Grundversorger. Um die Modifikation der Antworten durch die negative normative Belastung, die dem Begriff „Rationierung“ anhaftet, zu verhindern, basierten die Fragen, welche die Häufigkeit der gemeldeten klinischen Rationierung ermittelten, auf einer deskriptiven Definition und die Ärzte wurden gefragt, wie häufig sie, in den letzten sechs Monaten und aufgrund der Kosten für das Gesundheitssystem, darauf verzichtet hatten, einen Eingriff zu nutzen, der für ihren Patienten der Beste gewesen wäre. Eine Liste mit Eingriffen wurde bereitgestellt und Antworten zu jedem einzelnen wurden erbeten. Etwas mehr als die Hälfte (56.3%) meldete, in den letzten sechs Monaten und aufgrund der Kosten, persönlich den Entscheid getroffen zu haben, mindestens einen Eingriff nicht zu nutzen, der im besten Interesse des Patienten gewesen wäre. Dies wird von den vier untersuchten Ländern gemeldet, mit Raten, die von 43.3% (Grossbritannien) bis 64.7% (Schweiz) der Ärzte reichen. Bei den fraglichen Eingriffen geht es meistens um jene, für die es eine Alternative (Magnetresonanztomographie, Medikamente) gibt oder um jene, bei denen sich für den Augenblick nicht eine Frage über Leben oder Tod stellt (Screening). Die gemeldeten Strategien zur Vermeidung eines teuren Eingriffs beziehen das Ersetzen durch einen weniger kostspieligen Eingriff ein, indem der teurere als zweite Wahl aufgespart wird, die Information über die Auswirkungen an den Patienten oder das Warten für den Fall, dass sich der teure Eingriff am Ende als überflüssig erweist. Zu den Kriterien befragt, die sie am ehesten zum Verzicht auf einen teuren Eingriff bewegen würden, äusserte sich die Mehrheit der Ärzte dahin gehend, dass es wenig wahrscheinlich wäre, einen solchen Eingriff zu nutzen, wenn die Chancen auf einen Nutzen (79.8%) oder der Nut-

zen selbst (82.3%) gering wären, oder der Patient älter als 85 Jahre (70%) wäre. Zudem gab die Mehrheit (83%-92.1%) an, mitunter nicht in der Lage zu sein, eine Dienstleistung zu nutzen, die sie für einen Patienten jedoch als nötig erachteten.

Zu ihrem Akzeptanzgrad der klinischen Rationierung befragt, gab die Mehrheit eine intermediäre Antwort: weder völlig einverstanden noch gänzlich nicht einverstanden (Medianwert von 10 auf einer Skala von 3-15).

Warum melden die Schweizer, die mit dem ausgebautesten der vier Gesundheitssysteme ausgestattet sind, mehr Rationierung? Gemäss der Akzeptanzrate, die derjenigen in den anderen Ländern ähnlich ist, scheint es nicht, als seien sie auf diese Praxis sensibilisierter. Hingegen lässt unser Land den Praktikern einen grösseren Handlungsspielraum; diese stehen aber im Gegensatz dazu unter steigendem Druck, die Gesundheitskosten zu begrenzen. In dieser Studie schätzten 74.1% der Schweizer Ärzte, dass ihre Arbeit oder ihre finanzielle Sicherheit durch den Druck auf die Gesundheitskosten bedroht sind; viel mehr als in Norwegen (17.6%), Grossbritannien (17.1%) oder gar in Italien (68.4%). Hingegen fühlten sich die Schweizer Ärzte freier als ihre Berufskollegen der anderen untersuchten Länder, die Ressourcen des Gesundheitssystems im besten Interesse ihrer Patienten zu nutzen. Es macht Sinn, dass, da wo die medizinische Praxis sehr restriktiv geregelt ist, die Ärzte ganz einfach weniger oft persönlich diese Art von Entscheidung treffen. Eine grössere klinische Autonomie hingegen wird diese Entscheidung in den Händen der Praktiker einschränken, wenn sie von einem Druck zur Kostenkontrolle begleitet ist.

Kommentar

Die Studie liest sich mit Vergnügen und Interesse und nennt auf intelligente Art Dinge, die man gerne liest, weil sie unsere Ahnungen bestätigen: Gemäss Aussagen der Ärzte ist die klinische Rationierung, am Bett des Patienten, genauso eine Realität wie die durch globale Ressourcenbegrenzungen ausgelöste Rationierung. Über dieses Resultat hinaus, und wie so oft, liegt der Wert der Studie mehr in den Fragen, die sie aufwirft, als in den Antworten, die sie liefert. Ich werde hier nur eine allgemeine Reaktion auf die Studie anführen, in Kurzform, und ohne auf Diskussionen betreffend bestimmte Punkte einzugehen.

Wie die Verfasser es vorsichtig festhalten, ist es schwierig, gesicherte Schlussfolgerungen bezüglich der von einem Land zum anderen gefundenen Unterschiede zu ziehen. Man kann in der Tat meinen, dass das jedem Land eigene soziopolitische Klima, die Haltungen der Ärzteschaft in ihren Antworten auf so heikle Fragen, wie sie ihnen gestellt wurden, erheblich beeinflusst. Die ständigen Debatten in der Schweiz über die Reformen des KVG, die Aufhebung des Kontrahierungszwangs, die fragwürdigen Praktiken der Krankenkassen etc. finden sich in den anderen Ländern zweifellos nicht, oder nicht gleich lautend. In dieser Hinsicht spricht die Tatsache, dass sich dreiviertel der Schweizer Ärzte durch den Druck auf die Gesundheitskosten als bedroht einschätzt, eine recht deutliche Sprache. Ebenso beeinflusst wahrscheinlich auch der juristische Kontext (Organisation und Art der Finanzierung des Gesundheitsversorgungssystems, Leistungskatalog der Sozialversicherung etc.) die von der Ärzteschaft gegebenen Antworten. Ausserdem wird der Begriff der Rationierung selbst nicht unbedingt in jedem Land gleich verstanden, da er an kulturelle und berufliche Anschauungen geknüpft ist. Zudem gibt es diesbezüglich in der Studie eine gewisse Ambiguität, wenn sie die von den Ärzten am häufigsten gemeldeten Kriterien zur Rechtfertigung von Rationierungsentscheidungen aufzeigt (S. 3): Die zwei am häufigsten gegebenen Erklärungen, den Rationierungsentscheidungen zu rechtfertigen, das heisst, gemäss dem in der Studie verwendeten Begriff, aus Kostenfragen Nutzen bringende Leistungen abzulehnen, sind einerseits der minimale erwartete Nutzen und andererseits die kleinen Erfolgchancen für den Patienten. Wo hört die angemessene klinische Beurteilung auf und wo beginnt die Rationierung?

H. Einige Überlegungen zur zukünftigen Entwicklung des schweizerischen Gesundheitssystems

Um die künftige Entwicklung des Gesundheitswesens abschätzen zu können, müssen die entwicklungsbestimmenden Faktoren bekannt sein. Diese können in drei Gruppen gegliedert werden: das Gesundheitsbedürfnis, die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen sowie die organisatorische und technische Entwicklung.

Das *Gesundheitsbedürfnis* der Bevölkerung entspricht hauptsächlich der Epidemiologie der Krankheiten und ihrer Risikofaktoren, die ihrerseits wiederum eng mit dem demografischen und sozioökonomischen Wandel verknüpft ist. So steigt zum Beispiel mit der Alterung der Bevölkerung die Häufigkeit chronischer und degenerativer Erkrankungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Erkrankungen des Bewegungsapparates und neuropsychiatrische Erkrankungen). Weiter wird die Mehrheit der übertragbaren Krankheiten direkt von der Kontakthäufigkeit zwischen Personen beeinflusst, sodass die Urbanisierung der Welt und die erhöhte Mobilität Risikofaktoren für folgenschwere Pandemien bilden (AIDS ist eines der Beispiele für diese Globalisierung der Gesundheitsprobleme).

Die *Nachfrage nach Gesundheitsleistungen* entspricht der Möglichkeit, ein Gesundheitsbedürfnis in einen Gesundheitsdienst umzuwandeln; sie besteht entsprechend dem sozial, wirtschaftlich und kulturell bedingten Zugang zur Gesundheitsversorgung. Die Nachfrage ist abhängig vom gesellschaftlichen Stellenwert von Krankheit und Gesundheit sowie von der Glaubwürdigkeit, die die professionelle Gesundheitsversorgung von der Prävention bis zur Palliative Care bei der Bevölkerung genießt.

Die *technischen und organisatorischen Merkmale* des Systems umfassen das Wissen und Know-how der Fachleute. Logik und Tempo der technologischen Innovation in der Medizin werden nicht nur von Bedürfnis und Nachfrage bestimmt, sondern sie folgen auch der Eigendynamik von Wissen und Technologie.

Geht man bei der Prognose zum Gesundheitssystem von einer gewissen Stabilität der bestimmenden Faktoren aus, ist es möglich, die zukünftige Entwicklung zu skizzieren. Auch wenn diese Stabilität nicht als gesichert gilt, lassen sich drei plausible Zukunftsszenarien formulieren [1].

Die Entwicklung der Gesundheitsbedürfnisse und die Alterung der Bevölkerung

Im Jahr 2030 wird der Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen in der Schweiz mehr als 20% betragen. Die Zahl der über 80-Jährigen wird sich innerhalb der gleichen Zeit verdoppeln.

In den 1960er-Jahren beschleunigte sich die Alterung der Schweizer Bevölkerung, gleichzeitig fand der epidemiologische Wandel hin zu degenerativen Krankheiten statt, die erst spät auftreten und langfristige präventive und therapeutische Massnahmen erfordern.

Diese Entwicklung verursacht eine Anpassungskrise, die die gesundheitswissenschaftliche und gesundheitspolitische Agenda des 21. Jahrhunderts in der Schweiz und in Europa bestimmen wird, zumindest in der ersten Jahrhunderthälfte, bis die Langlebigkeit nicht mehr weiter zunimmt.

Die steigende Zahl älterer Menschen bringt eine Diversifizierung der Gesundheitsbedürfnisse mit sich. Es können zwei Hauptgruppen unterschieden werden:

(1) gesunde, sozial aktive und wirtschaftlich unabhängige ältere Menschen, die Präventivleistungen konsumieren und (2) kranke ältere Menschen, die in grossem Mass Akut-, Langzeit- und Rehabilitationsmassnahmen sowie Rezidivüberwachung beanspruchen.

Eine zusammenfassende epidemiologische Hochrechnung der wichtigsten degenerativen Erkrankungen im Kanton Waadt zeigt einen beträchtlichen Anstieg der Zahl der Kranken aufgrund der demografischen Alterung (siehe Tabelle 1). Jede dieser Krankheiten birgt für ältere Menschen das Risiko einer Pflegebedürftigkeit [2].

Sollte eine Rationierung stattfinden, würde sie die typischen Begleiterkrankungen einer alternden Bevölkerung treffen, nämlich die Leistungen im Bereich der chronischen und degenerativen Erkrankungen und der Pflegebedürftigkeit.

Die Entwicklung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen

Mit der Zahl der Kranken steigt auch die Beanspruchung des Gesundheitssystems. Vermehrt beansprucht werden die Dienste im Bereich der Alterserkrankungen wie die Geriatrie und die Psychogeriatric.

Aber auch die akutmedizinischen Dienste, besonders im Bereich der degenerativen Krankheiten, werden stärker in Anspruch genommen, denn alle chronischen Krankheiten weisen eine oder mehrere akute Phasen oder betreuungsintensivere Episoden auf.

Teilweise werden neue Technologien zur Verfügung stehen, namentlich in Form von mechanischen Prothesen (Arthrose im Bereich der unteren Extremitäten, Herzinsuffizienz) und im Bereich der Stoffwechselkrankheiten (Diabetes, Parkinson). Auch Fortschritte in der Arzneimittelentwicklung und die Reorganisation des Gesundheitssystems sind möglich.

Diese Entwicklung kann zu einer Fülle von Technologien und Organisationsformen führen, wenn die sich abzeichnenden Innovationen (Miniaturisierung, Genomik, Telekommunikation etc.) den Erwartungen gerecht werden und die Prognose gewisser chronischer Krankheiten verbessern.

Der Anstieg der altersbedingten Krankheiten kann nur durch die Schaffung oder den Ausbau möglicher primärpräventiver Massnahmen vermindert, stabilisiert oder gemässigt werden. Es kann mit einem explosionsartigen Anstieg der Angebote im Bereich der Primärprävention gerechnet werden, u.a. in Form von Chemoprophylaxe und Verbesserung des Lebensstils.

Die Prognose der altersbedingten Krankheiten kann nur durch eine bessere Versorgung mit möglichen frühzeitigen Diagnose- und Behandlungsformen verbessert werden. Da degenerative Krankheiten ein ideales Feld für die Früherkennung sind, ist auch ein starker Anstieg der Angebote im Bereich der frühzeitigen Diagnose zu erwarten.

In jedem Fall wird der Bedarf an Gesundheitsfachleuten stark steigen, besonders im Bereich der bei degenerativen Krankheiten erforderlichen Langzeitpflege.

Diesem erhöhten Bedarf steht die Knappheit an Pflegefachpersonen, aber auch an medizinischen und paramedizinischen Fachpersonen gegenüber. Die Alterung der Erwerbsbevölkerung wird zu einer angespannten Arbeitsmarktsituation führen, die sich durch eine starke Konkurrenz bei der Rekrutierung von jungen Arbeitskräften auszeichnet. Die Gesundheitsberufe könnten unter der Konkurrenz mit anderen, weniger einschränkenden (z.B. im Bezug auf die Arbeitszeit) und besser bezahlten Tätigkeiten leiden. Dieses Problem steht in Zusammenhang mit der allgemeinen demografischen Entwicklung (Rückgang der jungen einheimischen Erwerbsbevölkerung) und der erschwerten Personalgewinnung durch Immigration.

Es ist nicht undenkbar, dass das Gesundheitssystem einschneidende Veränderungen erfahren wird. Von diesen Veränderungen kann z.B. die Steuerung des Gesundheitssystems betroffen sein, die sich entweder in Richtung private oder staatliche Kontrolle weiterentwickeln kann. Auch die Haltung gegenüber medizinischen Technologien kann sich verändern und sich entweder in Richtung Akzeptanz oder Ablehnung weiterentwickeln. Unter Einbezug früherer Publikationen [1] werden diese zwei Perspektiven im Folgenden kurz erläutert.

Staatliche oder private Steuerung des Gesundheitssystems?

Eine mögliche Entwicklungsperspektive beruht auf der Tendenz zu einer allgemein stärkeren staatlichen Kontrolle der Wirtschaft und damit auch der Gesundheitsdienste. Diese Entwicklung unterstützt die Rationalisierung oder gar Rationierung der Gesundheitsdienste, mit dem Ziel, die traditionellen Werte des Staates wie Solidarität und Gerechtigkeit zu garantieren oder zu erhalten; diese Perspektive beruht auf der staatlichen Steuerung der Gesundheitsdienste.

Diese Möglichkeit entspricht dem klassischen Ansatz einer modernen staatlichen Gesundheitsversorgung, deren Ziel es ist, die Befriedigung der Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung rationell zu organisieren. Dies bedingt ein Sozialsystem, das der gesellschaftlichen Solidarität einen hohen Wert zumisst. Dieser Trend führt die bekannten Formen der europäischen Sozial- und Gesundheitspolitik fort, wobei die öffentliche Kontrolle der Gesundheitsdienste dabei noch verstärkt wird; bei dieser Politik wird insbesondere die Tatsache hingenommen, dass Einzelindividuen im Rahmen einer Rationierung auf gewisse Leistungen verzichten müssen. Das britische Gesundheitswesen weist konkrete Elemente dieses Trends auf.

Es gibt unterschiedliche Formen der staatlichen Steuerung: Der Staat kann entweder als exklusiver Anbieter von Gesundheitsdiensten direkt steuern (wie in Grossbritannien) oder indirekt durch eine enge Kontrolle parastaatlicher (oder sogar privater) Organisationen, denen er die Verwaltung der Gesundheitsdienste überträgt (wie in Italien). Ein speziell für die Arbeit im Gesundheitsbereich geschultes Verwaltungspersonal ist mit der Verwaltung, Finanzierung und Planung der Gesundheitsdienste betraut. Die unmittelbare Nähe dieser Kontrollorgane zu den politischen Instanzen unterwirft das System strengen Vorgaben, die sich oft unvermittelt ändern können.

Das Angebot der Gesundheitsdienste ist eher knapp und frustriert durch seine relative Schwäche und Langsamkeit bei der Umsetzung neuer Technologien. Das fixe Budget, das hauptsächlich aus Steuereinnahmen des Staates besteht, kann dank des staatlichen Monopols tief gehalten werden. Aufgrund des beschränkten Budgets werden die Ressourcen für die Grundbedürfnisse der Bevölkerung verwendet. Das quantitative Defizit wird teilweise kompensiert durch die Koordinationsleistung der Gesundheitsfachleute, die auf die vertikale Integration und die Kontinuität der Gesundheitsdienste abzielt. Diese integrierten Dienstleistungen erlauben die Organisation eines „Versorgungskreislaufs“ für die Patienten. Die strukturelle Basis der Integration liegt auf regionaler Ebene, welche gegenüber einer zentralen Stelle über eine gewisse Autonomie verfügt.

Die Voraussetzung für die Umsetzung dieses Wandels ist politischer Natur: Der Staat (oder wichtige öffentliche Institutionen) muss dafür weiterhin die zentrale Führungsrolle übernehmen, nicht nur im Gesundheitssektor, sondern auch in den anderen grossen Sektoren wie Bildung und Verkehr. In der Schweiz stellt sich die Frage, ob eine allfällige weiter ausgebauten staatliche Zuständigkeit auf Kantons- oder Bundesebene angesiedelt werden soll.

Doch die Entwicklung könnte auch in die entgegen gesetzte Richtung verlaufen. Die gegenwärtige Tendenz zur Liberalisierung der Märkte könnte andauern und auch die Gesundheitsdienste betreffen und sie einer massiven Deregulierung unterwerfen: in der Folge würden die Gesundheitsdienste ohne Steuerung durch öffentliche Instanzen betrieben.

Diese Entwicklung entspricht der Vorstellung, dass der freie Markt der beste Regulator für die Nachfrage nach Gesundheitsdiensten und folglich der beste Garant für optimierte Gesundheitsausgaben ist.

Der Staat nimmt in diesem System definitionsgemäss eine zurückhaltende Rolle ein. Wenn überhaupt, besteht seine Aufgabe noch darin, nicht markttaugliche Dienste anzubieten, seien es Randtechnologien, die nur von wenigen Personen beansprucht werden oder die Unterstützung nicht solventer Personen. Grundsätzlich geht es darum, benachteiligten Bevölkerungsgruppen den Zugang zur medizinischen Grundversorgung zu garantieren.

Die Dynamik des freien Markts führt zu einer uneinheitlichen Entwicklung: Jeder Akteur versucht sich einen profitablen Markt zu erschliessen und die Rentabilität mit Nischenstrategien zu verbessern. Die Organisation des Gesundheitswesens könnte sich auch hier hin zu Vernetzung und Zusammenschluss entwickeln, was sowohl die gemeinsame Nutzung kostspieliger technischer Einrichtungen als auch die Befriedigung der unterschiedlichen Kundenbedürfnisse ermöglicht (z.B. Schul- und Alternativmedizin).

Das Gesundheitssystem ist bereits heute weitgehend offen für den europäischen (EU) und den weltweiten (Tarifabkommen der WTO) Markt. Dieser Markt ist stets bestrebt nach Expansion, sei es im Kunden-, Produkte- oder Dienstleistungsbereich. Da ältere Menschen das grösste Konsumpotenzial für Gesundheitsleistungen haben, sind sie bezüglich des Angebots bevorzugt, sofern sie über genügend Kaufkraft verfügen.

Die Wahrscheinlichkeit, ob dieser Trend verwirklicht wird, hängt vom politischen Hintergrund ab: Der Staat ist nicht mehr länger der zentrale Führungspartner. Die Vorteile der Liberalisierung von Kontrollmechanismen im Gesundheitssektor müssen grösser sein als die Nachteile, die durch die Reduktion der gewohnten Aufgaben des Staates, wie z.B. die gerechte Leistungsverteilung, entstehen.

Ein Hauptmerkmal dieser Entwicklung ist die Akzeptanz einer bedeutenden sozialen Ungleichheit im Gesundheitsbereich. Diese Ungleichheit beeinflusst die Art der Rationierung.

Technologie: Euphorie oder Skepsis?

Es ist möglich, dass sich das Gesundheitssystem hin zu einer Fülle an Technologien und einer optimistischen Haltung der Bevölkerung entwickelt: die Medizintechnik, welche die Geschichte der Gesundheitsversorgung bereits stark geprägt hat, kann ihren Einfluss noch verstärken, falls die verschiedenen Innovationen (Miniaturisierung, Genomik, Telekommunikation etc.) ihre Versprechen erfüllen und die Prognose einiger wichtiger Krankheiten, insbesondere der chronischen Krankheiten, deutlich verbessern. In diesem Fall wird der technologische Fortschritt von der Bevölkerung aktiv unterstützt werden.

Diese Entwicklung setzt voraus, dass sich die diagnostische, kurative und präventive Medizintechnik rasch und stetig weiterentwickelt. Die technische Innovation bringt reale Lösungen für reale Probleme. Insbesondere die Krankheitsprävention nimmt zu, vor allem im Bereich der frühzeitigen Diagnose (einschliesslich der genetischen Untersuchung und der Früherkennung neuropsychiatrischer Erkrankungen) oder der Chemoprophylaxe von gewissen Krankheiten (z.B. Dickdarmkrebs).

Dies induziert und verstärkt das wachsende Vertrauen der Bevölkerung in die biomedizinische Technik: Innovationen werden nicht nur akzeptiert, sondern mehr davon verlangt. Optimismus herrscht vor: der technologische Fortschritt bringt nicht nur die Lösung für zahlreiche Probleme, er wird auch als treibende Kraft für wirtschaftlichen und sozialen Fortschritt wahrgenommen. Die Telekommunikation wird ein wesentlicher Bestandteil des Gesundheitssystems und dient der Qualitätssicherung, der Überwachung der Patienten-Compliance usw. Sie schiebt sich zwischen die Kommunikation von Patient und Gesundheitsfachleuten und ersetzt sie teilweise bei der Ferndiagnose und bei der medizinischen Beratung zuhause.

Die Biomedizinischen Wissenschaften sind integriert im übergeordneten Bereich «Lebentechnologie» und das Gesundheitssystem ist entsprechend den Werten und Modalitäten einer technischen Disziplin organisiert mit Ingenieuren (die Ärzte) und Technikern (die Gesundheitsfachleute). Die Gesundheitsfachleute sind spezialisiert auf technische, meist kurative Massnahmen. Gleichzeitig wird die Betreuung der Patienten wenig unterstützt oder gar vernachlässigt. Die berufliche Ausbildung konzentriert sich hauptsächlich auf aktuelle und zukünftige technische Innovationen. Die Selektion von Gesundheitsfachleuten basiert vor allem auf Kriterien der technischen Kompetenz.

Die Bevölkerung, besonders die Patienten, ist gut informiert über die technologischen Möglichkeiten. Die Selbstmedikation wird durch die Telekommunikation erleichtert und ist ein wichtiger Bestandteil des Gesundheitswesens. Die beträchtlichen Entwicklungs- und Anwendungskosten der biomedizinischen Technik werden auf unterschiedliche Weise von der Bevölkerung getragen.

Die Voraussetzung für die Umsetzung dieses Wandels ist hauptsächlich technologischer Natur: Die Biomedizinischen Wissenschaften müssen einige spektakuläre Fortschritte machen und sichtbaren Nutzen für das reale Leben des einzelnen Menschen bringen (insbesondere im Bereich der chronischen Krankheiten).

Doch die Entwicklung könnte auch in die entgegengesetzte Richtung verlaufen. Heute existiert die Tendenz zur Opposition gegen biomedizinische Innovationen, gepaart mit dem Misstrauen gegenüber biomedizinischer Technik, das die Anziehungskraft der natürlichen Heilmethoden widerspiegelt. Dieser Zustand könnte sich zu einem fortschreitenden Rückzug der Bevölkerung zu vortechnologischen oder sogar vorwissenschaftlichen Werten entwickeln, einhergehend mit der systematischen Vermeidung von neuen Technologien. Bei dieser Entwicklung wird "Fortschritt" grundsätzlich negativ wahrgenommen und es besteht die Sehnsucht nach einer Welt ohne Ozonloch, sauren Regen und Klimaerwärmung. In der Medizin zeigt sich diese allgemeine Entwicklung durch die Ablehnung technischer Innovationen. Das Misstrauen wird verstärkt durch die objektiven Grenzen der medizinischen Versorgung, deren Leistungsfähigkeit bei vielen Leiden zu wenig wirksam ist. Auch die Problematik der schädlichen Nebenwirkungen bei medikamentösen Behandlungen wird in diesem misstrauischen Umfeld verstärkt wahrgenommen.

Vor diesem Hintergrund entwickeln sich zahlreiche Naturheilverfahren auf Kosten einer Medizin, die sich technisch hoch stehender Massnahmen bedient. Die Gesundheitsberufe werden immer vielfältiger.

Die Voraussetzung für die Umsetzung dieses Wandels ist sowohl ideologischer (wachsende Ablehnung der Technokultur, Übernahme der politischen Nachfolge von einflussreichen Gesellschaftsgruppen) als auch technischer Natur (anhaltender Misserfolg der Schulmedizin im Bereich der chronischen Krankheiten).

Literaturverzeichnis

- 1 Paccaud F. Evolution future des services de santé: analyse de quelques tendances plausibles. *Med Hyg* 2000; 2117-30.
- 2 Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Bula CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Soc Sci Med* 1999; 48(4):445-469.
- 3 Vieillissement : éléments pour une politique de santé publique. Rapport préparé pour le Service de la santé publique du canton de Vaud. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2006.

Tabelle 1. Entwicklung der wichtigsten altersbedingten chronischen Krankheiten Kt. Waadt, 2005-2030 [3]

	Stand 2005 in absoluten Zahlen*	Zunahme 2005-2030	
		...in absoluten Zahlen**	...in %***
Bevölkerung Kt. Waadt	650'800	146'600	23
davon > 65 Jahre	98'350	72'210	73
davon > 80 Jahre	28'710	26'840	93
Herzinfarkt (Inzidenz)	1'400-1'800	980-1130	60-70
Herzinsuffizienz (Prävalenz)	5'700-13'500	4000-7900	60-70
Schlaganfall (Inzidenz)	690-880	460-580	70
Diabetes (Prävalenz)	46'500	21'750	50
Lungenkrebs (Inzidenz)	360	190	50
Kolorektales Karzinom (Inzidenz)	380	180	50
Mammakarzinom (Inzidenz)	570	200	35
Depression (Prävalenz)	8'000	5'600	70
Demenz, Typ Alzheimer (Prävalenz)	9'800	7'400	75
Arthrose (Prävalenz)	50'600-100'300	35-66'500	65-70
Funktionale Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit (Prävalenz)	11'300-14'200	20'400-25'900	80

* Der Ausgangswert für die Bevölkerungszahl beruht auf den Erhebungen aus dem Jahr 2005 des Kant. Amtes für Statistik (Service cantonal de recherche et d'information statistiques, SCRIS). Der Ausgangswert zur Prävalenz entspricht der geschätzten Anzahl Fälle in der waadtländischen Bevölkerung im Jahr 2005. Die Zahl resultiert aus den jeweiligen Prävalenzraten nach Alter und Geschlecht angewendet auf die waadtländische Bevölkerungszahl im Jahr 2005. Der Ausgangswert zur Inzidenz entspricht der geschätzten Anzahl neu auftretender Fälle in der waadtländischen Bevölkerung im Jahr 2005. Die Zahl resultiert aus den jeweiligen Inzidenzraten nach Alter und Geschlecht angewendet auf die waadtländische Bevölkerungszahl im Jahr 2005.

**Die Zunahme 2005-2030 in absoluten Zahlen entspricht dem Anstieg der Prävalenzen bzw. Inzidenzen zwischen 2005 und 2030.

***Die Zunahme 2005-2030 in % entspricht dem Verhältnis der Zunahme 2005-2030 zum Ausgangswert.

I. Ethische Überlegungen: Gerechtigkeit beim Zugang zur Gesundheitsversorgung

Gerechtigkeitsprobleme und der Rationierungsbegriff

Der Rationierungsbegriff wird auf zweierlei Weise verstanden, und je nachdem, welcher der beiden «typischen» Verstehensweisen wir folgen, fällt die Formulierung der Gerechtigkeitsprobleme – sprachlich, nicht sachlich – anders aus (vgl. Erläuterungen von Samia Hurst). Die erste Bedeutung ist das alltagsprachliche Verständnis, nach dem Rationierung gleichgesetzt wird mit offenkundig ungerechten Entscheidungen oder Situationen (vgl. «définitions polémiques»). Die zweite Bedeutung ist die ökonomisch-technische, welche unter Rationierung die Allokation von Ressourcen versteht, welche in einem System sozialer Gesundheitsversorgung nötig wird, weil die Marktmechanismen ausser Kraft gesetzt werden und tendenziell eine Übernachfrage besteht (vgl. «définitions descriptives»). Stellen wir also fest, dass die implizite oder unregelte bzw. die explizite oder geregelte Rationierung gängige Praxen in der Schweiz sind, dann heisst das im Sinne der alltagsprachlichen Verwendung des Rationierungsbegriffs, dass in der Tat Gerechtigkeitsprobleme bestehen (denn: Rationierung = ungerechte Praxis), während die gleiche Feststellung im Sinne der ökonomisch-technischen Verwendung des Begriffs offen lässt, ob die bestehende Rationierung (Allokation) gerecht oder ungerecht geschieht. Um im Weiteren eindeutig zu bleiben, schreiben wir anstelle von Rationierung im ökonomisch-technischen Sinne von *Allokation oder Zuteilung*, und anstelle von Rationierung im alltagsprachlichen Sinne von *ungerechter Rationierung*.

Unterschiedliche Gerechtigkeitsvorstellungen und -theorien

Wie sich Gerechtigkeit bestimmen oder konkretisieren lässt, ist auch auf theoretischer Ebene umstritten [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Gerechtigkeit ist zunächst ein oberster ethischer Grundsatz (ein Prinzip), der sowohl normative als auch deskriptive Komponenten enthält [7]. Sagt man von einer Handlung, Person, Situation, Institution oder einem System, sie bzw. es sei gerecht, dann wird sowohl eine Tatsache beschrieben als auch ein Werturteil abgegeben (welches in diesem Fall positiv ausfällt).

Dass auch die Gerechtigkeit im Hinblick auf die Gesundheit, insbesondere den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung, unterschiedlich verstanden und definiert werden kann, zeigen bereits folgende, sehr unterschiedliche Beispiele, wie Gerechtigkeit definiert werden kann:

- Alle haben gleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung.
- Alle erreichen das gleiche Resultat bezüglich Gesundheit.
- Gesundheitlich benachteiligte Personen haben bei der Gesundheitsversorgung Vorrang.
- Alle haben insoweit Zugang zur Gesundheitsversorgung, als ihnen aufgrund ihrer persönlichen Bedürfnisse zusteht.
- Bestimmte Aspekte wie Geschlecht, Alter oder Nationalität spielen bei der Ressourcenallokation keine Rolle.

Norman Daniels z.B. geht in seiner Gerechtigkeitstheorie davon aus, dass alle Menschen die möglichst gleiche Chance haben sollten, ihre je eigenen Lebensentwürfe zu verwirklichen [8]. Darum betont er die *Chancengleichheit*: Für alle Menschen, unabhängig von ihrer gesundheitlichen Disposition oder ihrer Position in der Gesellschaft, sollte der Ausgangspunkt möglichst gleich sein, ohne Rücksicht darauf, was die Einzelnen dann in ihrem Leben daraus machen. Er geht davon aus, dass in einem gerechten System für alle eine gesundheitliche Basisversorgung zur Verfügung gestellt werden sollte, welche

schicksalsbedingte Ungleichheiten auszugleichen imstande ist. Im Unterschied dazu zielt das Gerechtigkeitsverständnis von Amartya Sen auf das *Ergebnis* (den Output, equality of what?) staatlicher Massnahmen: Gerecht ist, wenn alle Menschen – auch über eine angemessene Gesundheitsversorgung – dazu *befähigt* werden (Empowerment), ihre je eigenen Lebensentwürfe ausführen zu können. Dieses Gerechtigkeitsverständnis orientiert sich an der *Befähigung* der Menschen (Capabilities Approach), und nicht an der Herstellung eines möglichst gleichen Zugangs zu den Ressourcen. Beispielsweise benötigt der eine Mensch mehr Bildung, ein anderer Nahrung, ein dritter eine medizinische Therapie, um ein gutes Leben führen zu können (an diesem Beispiel wird deutlich, dass der Ökonom und Nobelpreisträger A. Sen sich auch intensiv mit Situationen in Entwicklungsländern beschäftigt, der Philosoph N. Daniels sich dagegen in erster Linie auf den US-amerikanischen Hintergrund bezieht).

Norman Daniels: Chancengleichheit ist ressourcenorientiert (gleicher Zugang zu den Ressourcen für alle als Gerechtigkeitskriterium)

Amartya Sen: Befähigungsansatz ist output-orientiert (gleiche Befähigung aller als Gerechtigkeitskriterium, Orientierung an der Gesamtbefindlichkeit eines Menschen und dessen Fähigkeiten, ein gutes Leben zu führen)

Beide Ansätze gehen davon aus, dass *Gleichheit* ein anzustrebender Gerechtigkeitsaspekt sei (Egalitarismus). Liberale bzw. libertäre Gerechtigkeitstheorien bestreiten dagegen, dass Gleichheit aus dem Gerechtigkeitsprinzip folge (Non-Egalitarismus). Ein typisches Gerechtigkeitsverständnis in dieser Auslegung besteht darin, Hilfsbedürftige im Sinne der Fürsorge zu unterstützen (Existenzsicherung). Im Bereich der Gesundheitsversorgung heisst das z.B., dass lediglich eine minimale gesundheitliche Versorgung solidarisch zugesichert wird, darüber hinaus aber jeder und jede für sich selbst verantwortlich ist, beispielsweise durch Abschluss privater Zusatzversicherungen (Autonomie, Selbstverantwortung, Freiheit).

Die Verständigung über gerechte und ungerechte Situationen bzw. Entscheidungen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung setzt die Klärung des Gerechtigkeitsbegriffs und der primären Implikationen desselben voraus. Welches wäre(n) der (die) beste(n) Begriff(e) von Gerechtigkeit, welche(r) auf die Allokation von Ressourcen in der klinischen Praxis oder sogar auf die Rationierung zur Anwendung kommen könnte(n)? Auch wenn die Frage sehr kontrovers beantwortet wird, stehen konkrete Antworten in einem gewissen Zusammenhang zum jeweiligen gesellschaftlichen Kontext (Kommunitarismus). Den mitteleuropäischen Sozialstaatssystemen beispielsweise liegt traditionellerweise ein egalitäres Gerechtigkeitsverständnis mit einem breiten Solidaritätsverständnis zugrunde (mit einer sozial, d.h. über ein System von Zwangsabgaben finanzierten, breiten Grundversorgung für alle), von dem wir im Folgenden auch ausgehen. Was daraus im Einzelnen und hinsichtlich der Beurteilung von Entscheidungen auf den unterschiedlichen Ebenen folgt (klinische Praxis, Mittelverteilung auf Betriebsebene und politischer Entscheidungsebene), bleibt aus dieser Sicht zunächst unterbestimmt und in Hinblick auf konkrete Beispiele auszulegen.

Welche Probleme bestehen heute in der Schweiz?

Allgemeine Beobachtungen

Wir gehen davon aus, dass in der Schweiz gegenwärtig Gerechtigkeitsprobleme bzw. ungerechte Rationierungspraxen bestehen, wenn diese auch aufgrund des Wohlstands, des solidarischen Versicherungssystems und der föderativen Struktur erstens selten gravierend und zweitens meist verdeckt bzw. wenig offenkundig sind. Zugunsten dieser Ausgangsthese sprechen die Ergebnisse der Studie von Brigitte Santos-Eggimann aber auch die in den letzten Jahren deutlich hörbaren Klagen aus dem Bereich der Pflege (vgl. Anlage und Grundthese der RICH-Studie). Darüber hinaus lassen die intensiver werdenden

Rationierungsdebatten der letzten Jahre vermuten, dass der Druck, die Grenzen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung enger zu ziehen als bisher, grösser wird; Beispiele bieten das Zürcher Manifest, eine Studie zur Realität der Altersrationierung in der Kardiologie am Universitätsspital Basel [9], die Stellungnahme «Gesundheit ist keine Ware» der ÄrztInnen für Solidarität im Schweizerischen Gesundheitswesen ASSG [10] und eine Reihe weiterer Hinweise und Signale. Der finanzielle Druck macht sich insbesondere in drei Bereichen bemerkbar: In den Privathaushalten, die zunehmend Mühe haben, die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung zu finanzieren (2003 erhielten 41% Prämientlastungen), bei den Kantonen, die Mühe mit den steigenden Krankenhauskosten bekunden und den Behandlungsteams, die zunehmend unter Druck stehen, aufgrund von Budgetierungen im Einzelfall am Krankenbett nicht mehr alle sinnvollen bzw. hilfreichen Leistungen zu erbringen. Diese Hinweise sind zwar noch keine Indizien für eine ungerechte Rationierung, machen aber deutlich, dass der Druck in Richtung einer restriktiveren Allokation mittel- und langfristig zunehmen dürfte und sich Entscheidungen aufdrängen werden.

Die Studie von B. Santos-Eggimann zeigt, dass in der Schweiz *grosse regionale Versorgungsungleichheiten* bestehen, die auch im OECD-Bericht über das Gesundheitssystem Schweiz hervorgehoben werden. Da ungleiche Versorgungssituationen nicht an sich, sondern in Abhängigkeit zu den Kontexten als gerecht oder ungerecht erlebt werden (eine Bergbäuerin aus dem Binntal wird z.B. eher akzeptieren, dass die nächste Intensivstation weit entfernt ist als eine Angestellte aus der Stadt St. Gallen), scheint uns hier die Unterscheidung zwischen *akzeptierter* und *nicht akzeptierter Ungleichheit* wichtig. Beispielsweise werden in der Schweiz aufgrund der föderalen Struktur teilweise massive Unterschiede zwischen den Regionen hinsichtlich der Einkommen, Mietzinsen, Steuern, Krankenkassenprämien als Normalität akzeptiert, obgleich sie aus Gerechtigkeitsgründen fraglich sind (wohnt beispielsweise jemand in Basel-Stadt nur wenige Meter von der Grenze zum Kanton Basel-Land entfernt, zahlt er die doppelte Krankenkassenprämie, erhält aber den gleichen Service wie der Nachbar von Basel Landschaft; obendrein bezahlt er höhere Mieten und Steuern). Offensichtlich ist zwischen akzeptierten und nicht akzeptierten Ungleichheiten zu unterscheiden, obgleich beide das Gerechtigkeitsprinzip, Gleiches sei gleich, Ungleiches sei ungleich zu behandeln verletzen können. Die breite Akzeptanz des Kopfprämien-systems und der im weltweiten Vergleich mit anderen wirtschaftlich entwickelten Ländern höchsten Rate von out of pocket-Zahlungen sind Signale dafür, dass die Schweiz in der Systematik Gøsta Esping-Andersens zu den liberalen Sozialstaaten, nicht zu den konservativen oder sozialdemokratischen zu zählen ist, und dass die Bevölkerung traditioneller Weise nicht mit denselben Erwartungen an den Sozialstaat herantritt wie in anderen Systemen. Das erklärt, warum Situationen, die in anderen Gesellschaften als ungerecht empfunden, in der Schweiz als Normalität erlebt werden (z.B. die Tatsache, dass Reproduktionsmedizin, Zahnbehandlungen und nicht-delegierte Psychotherapie privat bezahlt werden müssen und daher aufgrund der sozialen Unterschiede nicht für alle in gleichem Umfang zugänglich sind, oder die Tatsache, dass die Krankenkassenprämien weder gemäss Einkommen gestaffelt sind noch ein Arbeitgeberanteil besteht).

Konkrete Problemzonen

Auch wenn die Gesundheitsversorgung für alle in der Schweiz im internationalen Vergleich auf sehr hohem Niveau gewährleistet ist und praktisch kaum Wartelisten bestehen, sind ungerechte Ungleichbehandlungen als solche kenntlich zu machen und aus sozialetischer Perspektive abzulehnen. Einige dieser Problemzonen lassen sich aufgrund der zitierten Studien benennen. Dabei ist davon auszugehen, dass sich diese Zonen insbesondere hinsichtlich einer *impliziten*, möglicherweise auch ungerechten, Rationierung nur erahnen

lassen, da es nahezu unmöglich ist, die Realität von impliziter Rationierung empirisch zu erkunden. Zu betonen ist, dass implizite Rationierung nicht tel quel auch ungerecht sein muss, aber durchaus sein kann.

Ob im Bereich der *expliziten* Rationierung in der Schweiz mit Formen ungerechter Rationierung zu rechnen ist, ist aufgrund der Datenlage ebenfalls schwierig zu beurteilen. Die Untersuchung der Grundsatzkommissions-Entscheide über Behandlungsausschlüsse und auch der kantonalen bzw. institutionellen Budgetentscheide könnte hier weiterhelfen. Dabei wäre nachzuprüfen, ob bestimmte Patientengruppen oder einzelne Patienten aufgrund von Entscheidungen besonders benachteiligt werden. Hinsichtlich der bekannten Beispiele wie Ausschluss der Zahnmedizin, der nicht delegierten Psychotherapie oder der Reproduktionsmedizin sind nur vage Aussagen möglich.

Im Bereich der *impliziten* Rationierung ist mit grosser Sicherheit mit der Praxis ungerechter Rationierung zu rechnen. Problemzonen bestehen offenkundig hinsichtlich des Zugangs zur Psychiatrie und Rehabilitation, benachteiligte Gruppen sind ältere Patienten, Menschen mit Behinderungen, chronisch Kranke und sozial randständige Menschen mit gesundheitlichen Problemen. In Hinblick auf Einzelentscheide am geriatrischen Krankenbett ist daran zu erinnern, dass ökonomisch motivierte Einzelentscheide durch Ärzte am Krankenbett «einer Wanderung im Nebel entsprechen und kaum je evidenz-basiert sind» (D. Grob). Diese kann zu massiven Ungleichbehandlungen am Krankenbett führen und ist deshalb aus Gerechtigkeitsgründen abzulehnen.

Schliesslich bleibt aus *Public Health-Perspektive* zu ergänzen, dass zur Förderung der Gesundheit bzw. zur Verhinderung von Krankheit und frühzeitigem Tod sozial-, bildungs- und arbeitspolitische Massnahmen in die Diskussion einzuschliessen sind, die weit über die Gesundheitsversorgung hinausgehen, aber grosse Bedeutung für die Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung haben [11].

Schlussbemerkung

Die Überlegungen zur Gerechtigkeit im Gesundheitswesen wären unvollständig, wenn nicht wenigstens am Schluss an die Grundausrichtung des Gesundheitswesens insgesamt erinnert würde. Erst die Formulierung der *Ziele der Medizin bzw. der gesundheitlichen Versorgung* machen nämlich auf bestehende Lücken aufmerksam, die als solche vielleicht gar nicht oder nur von sehr wenigen empfunden und gesehen werden. Angesichts der immer zahlreicher zur Verfügung stehenden diagnostischen und therapeutischen Mittel ist hier insbesondere an die bestehenden Lücken im Bereich der palliativen Betreuung von Menschen zu erinnern. Erst die Verständigung über die Ziele macht es möglich, Lücken wie diese zu identifizieren und beispielsweise zu entscheiden, in einem Kanton den Bereich der Palliative Care zuungunsten einer anderen Spezialität auszubauen, ohne dass dies gleichzeitig als eine ungerechte Rationierung bezeichnet werden kann (sondern eben als eine *gerechte* oder besser: *sinnvolle* Form von Rationierung). Bislang wurde es in der Politik versäumt, grundsätzliche Ziele der Medizin bzw. der gesundheitlichen Versorgung festzulegen und damit einen wichtigen Orientierungspunkt zu schaffen. Eine Formulierung dieser Ziele wäre ein wichtiger Teil eines eidgenössischen Gesundheitsgesetzes, dessen Fehlen auch im bereits erwähnten OECD-Bericht unterstrichen wird. Schliesslich ist daran zu erinnern, dass Erwartungen, die an das System der Gesundheitsversorgung gerichtet werden, teilweise auch weit über die Ziele einer menschlich wie sachlich angemessenen, kurz: einer menschen- wie sachgerechten Versorgung vorbeigehen.

Literatur

- 1 Daniels, N. "Equity of access to health care: some conceptual and ethical issues." *Milbank Mem Fund Q Health Soc* 1982;60(1): 51-81.
- 2 Culyer, A. J. and A. Wagstaff. "Equity and equality in health and health care." *J Health Econ* 1993;12(4): 431-57.
- 3 Pereira, J. 1993. "What does equity in health mean?" *J Soc Policy* 22(1): 19-48.
- 4 Anand, S. 2002. "The concern for equity in health." *J Epidemiol Community Health* 56(7): 485-7.
- 5 Chang, W. C. 2002. "The meaning and goals of equity in health." *J Epidemiol Community Health* 56(7): 488-91.
- 6 Braveman, P. and S. Gruskin. "Defining equity in health." *J Epidemiol Community Health* 2003;57(4): 254-8.
- 7 Williams, B. *Ethics and the Limits of Philosophy*, Harvard University Press Cambridge, Massachusetts 1985.
- 8 Daniels, N. *Just Health Care*, Cambridge University Press 1985.
- 9 Daniel Jenny et al., Evidence for age-based rationing in a Swiss university hospital, in: *SMW* 2001; 131, 630–634
- 10 ÄrztInnen für Solidarität im Schweizerischen Gesundheitswesen ASSG: «Gesundheit ist keine Ware», *SÄZ* Nr. 83/2002, 2236
- 11 Sen, A. "Why Health Equity?", in: Anand, S., Peter, F. and Sen, A (Eds.) "Public Health, Ethics, and Equity". New York 2006.

Empfehlungen

Anstatt das Thema Rationierung zu verdrängen oder für den politischen Schlagabtausch zu verwenden, sollten sich die Verantwortungsträger des Gesundheitssystems offen damit auseinandersetzen – und so dafür sorgen, dass das Vertrauen der Bevölkerung in unsere qualitativ hoch stehende, allen zugängliche Gesundheitsversorgung weiterhin gerechtfertigt ist.

In der Auseinandersetzung mit der Rationierung sind vier Stossrichtungen zentral: Grenzen anerkennen, Ziele setzen und Ergebnisse kontrollieren, Zugang sichern und Kriterien festlegen sowie sorgfältig handeln.

Grenzen anerkennen

- Angesichts der Tatsache, dass Ressourcen immer endlich sind, kommt die Gesellschaft nicht um die Aufgabe herum, auch im Gesundheitswesen Grenzen anzuerkennen. Die grosse Herausforderung für die Verantwortungsträger auf allen Ebenen des Gesundheitswesens besteht darin, die Grenzen gerecht zu setzen.
- Politik, Gesellschaft und Gesundheitsfachleute haben anzuerkennen, dass Beschränkungen im Gesundheitswesen existieren bzw. unvermeidlich sind. Die ständige Erhöhung der finanziellen Mittel, die Steigerung der Effizienz (Rationalisierung) oder die Verstärkung von Marktelementen können diese Tatsache nicht eliminieren.
- Es gibt in der Schweiz etliche Beispiele für gesellschaftlich akzeptierte Formen von Leistungsbeschränkung wie z.B. der Ausschluss der Zahnbehandlung oder der In-vitro-Fertilisation aus der Grundversicherung, oder die Tatsache, dass je nach Region unterschiedliche Angebote an Lebensrettungsdiensten oder an aufwendigen diagnostischen Apparaturen bestehen. Auch die Festlegung von Globalbudgets in Spitälern ist eine Massnahme, die sich heute als eine Begrenzung und damit als implizite oder unregelmässige Rationierung auswirken kann, wenn Behandlungsteams im Einzelfall nicht alle nützlichen Leistungen anbieten können oder wollen. Zu den Problemzonen gehören die Psychiatrie und Rehabilitation. Generell benachteiligt sind alte Menschen, gesellschaftlich marginalisierte Personen, Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen.

Ziele setzen und Ergebnisse kontrollieren

- Die Schweiz benötigt gut definierte und verbindliche Gesundheitsziele, die im Rahmen einer nationalen Gesundheitspolitik stehen müssen, damit sie umgesetzt werden können. Nur wenn die angestrebten Ergebnisse bekannt sind, ist es überhaupt möglich, verbindliche Prioritäten zu setzen und demokratisch wie ethisch legitimierte Entscheidungen über die Verteilung der Ressourcen in der Gesundheitsversorgung zu treffen.

Zugang sichern und Kriterien festlegen

- Es ist sicherzustellen, dass alle Patientinnen und Patienten (auch solche aus sozialen Randgruppen) prinzipiell einen guten Zugang zur Gesundheitsversorgung haben.
- Bei allen Entscheiden über den Zugang zu Ressourcen sind die zu Grunde gelegten Kriterien transparent zu machen, und die Verantwortlichkeiten sind zu benennen. Eher wenig umstritten ist die Anwendung *prozeduraler* (z. B. die demokratische Entscheidungsfindung) oder *medizinischer* Kriterien (z. B. die Berücksichtigung der

Polymorbidität eines Patienten, die zu erwartende Wirksamkeit einer Therapie), kontroverser hingegen wird die Anwendung *rein ökonomischer* Kriterien (z. B. der Kosteneffektivität) beurteilt; zu Recht sehr umstritten und auch verfassungsrechtlich verboten ist die alleinige Berücksichtigung sozialer Kriterien oder des Alters. Über die Entscheide selbst ist offen zu informieren.

- Die Kriterien sind in Abhängigkeit zur jeweiligen Anwendungsebene zu beurteilen: Bei Budgetentscheidungen auf der Makroebene (z.B. bei der Gestaltung des Staatshaushalts), institutionellen Entscheidungen auf der Mesoebene (z.B. bei der Erstellung eines Jahresbudgets für ein Spital oder Heim oder der Gewichtung einzelner Versorgungsbereiche) oder bei Therapieentscheidungen am Krankenbett (z.B. bei Zuweisungen auf die Intensivstation). Bleiben diese unterschiedlichen Anwendungsebenen bei der Debatte um geeignete Kriterien unberücksichtigt, kann es leicht zu Missverständnissen und falschen Kurzschlüssen kommen.

Sorgfältig handeln

Die Politik hat die Bevölkerung darüber zu informieren,

- welche öffentlichen Mittel für das Gesundheitssystem aufgewendet werden;
 - dass es darum geht, in der Medizin wirklich nützliche von nicht wirksamen sowie den nur für den Komfort relevanten Mitteln zu unterscheiden;
 - dass auch Bereiche ausserhalb des Gesundheitssystems von Bedeutung sind für die Gesundheit der Bevölkerung (z.B. Bildung, Arbeit, Umweltschutz) und entsprechend zu unterstützen und zu kontrollieren sind.
- Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) formulieren auf der Basis der von der WHO Europe definierten (und von der Schweizerischen Gesellschaft für Public Health für die Schweiz adaptierten) Strategie «Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert» innerhalb von zwei Jahren verbindliche Gesundheitsziele und richten die Gesundheitspolitik danach aus.
 - Das BAG, die GDK sowie die Krankenversicherer unterstützen die Outcome-Forschung; diese ermöglicht einerseits die stärkere Berücksichtigung von Wirksamkeit in der Praxis, Verteilungsgerechtigkeit und Kosteneffektivität, insbesondere bei neu einzuführenden Massnahmen, und andererseits die Etablierung von Guidelines bzw. Standards durch eine neutrale Institution. Die Unterstützung entsprechender Forschungsprojekte ist anzustreben.
 - Auf der Stufe der Institutionen (Spitäler, Ärztenetzwerke, Spitex, Pflegeheimen, Rehabilitationszentren u.a.) besteht unter dem Druck der Kosten- und Ertragsoptimierung die Gefahr, dass ertragsfreundliche (z.B. technische) Angebote forciert werden auf Kosten von ertragsschwachen (z.B. pflegeintensiven) Angeboten und dabei «unattraktive Gruppen» wie alte, psychisch kranke oder sterbende Patientinnen und Patienten benachteiligt werden. Dieser Gefahr ist entgegenzuwirken bei der Formulierung der Leistungsaufträge an die verschiedenen Anbieter und in der Ausgestaltung der Tarifstruktur. Adäquate Standards und Leitlinien (durch die Fachgesellschaften, ev. in Zusammenarbeit mit der SAMW formuliert) und Qualitätskontrolle in diesen sensiblen Bereichen können ungerechter Rationierung entgegenwirken.
 - Die Institutionen sorgen dafür, dass den Behandlungsteams neben den Daten der Evidence Based Practice Kriterien und Hilfestellungen zur ethischen Entscheidungsfindung zur Verfügung stehen und dass sie eine entsprechende Schulung erhalten.

- Die Gesundheitsfachleute übernehmen im Rahmen von gesetzlichen bzw. gesellschaftlichen Vorgaben auf ihrer Ebene die Verantwortung einerseits für den bestmöglichen und andererseits für einen gerechten Einsatz der vorhandenen Mittel; die dafür notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten eignen sie sich an. Standards und explizite Ausschlüsse müssen stets auf den Einzelfall hin interpretiert werden; ein Vorgang, der in der Verantwortung der Behandlungsteams bleiben soll. Ein Entscheidungsspielraum im Einzelfall muss stets gewährleistet bleiben.