

Nutzen und Kosten medizinischer Behandlungen zwischen individuellen und kollektiven Interessen

Ein *publifocus* von TA-SWISS zur Ratlosigkeit im Umgang
mit einem heiklen Gegenstand

TA-SWISS
Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung
Brunngasse 36
CH-3011 Bern
info@ta-swiss.ch
www.ta-swiss.ch

Nutzen und Kosten medizinischer Behandlungen zwischen individuellen und kollektiven Interessen

Ein *publifocus* von TA-SWISS zur Ratlosigkeit im Umgang
mit einem heiklen Gegenstand

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung der Ergebnisse	7
1 <i>publifocus</i> «Nutzen und Kosten medizinischer Behandlungen»: Hintergrund und Motivation	8
1.1 Das Verhältnis von Nutzen und Kosten im Blickpunkt	8
1.2 Der <i>publifocus</i> als partizipativer Ansatz	9
1.3 Qualitative Vielfalt ohne quantitative Repräsentativität	9
2 Erste Eindrücke und Gesamtschau	10
2.1 Wieso das Thema unter den Nägeln brennt	10
2.2 Ein Thema, das schwer zu fassen ist	10
3 Die Verantwortung der Einzelnen, die Solidarität der Gemeinschaft	12
3.1 Gewährspersonen im Medizinaldschungel	12
3.2 Den Durchblick gewinnen	12
3.3 Das eigene Tun fällt ins Gewicht	13
3.4 Uneinheitliche Ansichten zur Mehrklassengesellschaft	13
4 Ökonomische Indikatoren und andere quantitative Schwellenwerte	15
4.1 Kosten steuern	15
4.2 Hohe Ausgaben – und wie sie zu senken wären	16
5 Abwägen, auswerten und Grenzen setzen: Kriterien zur Leistungsbemessung	18
5.1 Argumente für und gegen QALY	18
5.2 Kriterien für QALY	19
5.3 Wer soll entscheiden?	20
5.4 Solidarität, Eigenverantwortung und Achtsamkeit gegenüber dem Einzelfall	21
6 Anhänge	24

Zusammenfassung der Ergebnisse

Auch wenn die steigenden Kosten im Gesundheitswesen allenthalben Sorgen bereiten, genießt es im Grossen und Ganzen einen guten Ruf. Entsprechend werden Vorschläge für Änderungen – etwa für systematische Kosten-Nutzen-Analysen von Behandlungsmethoden – von vielen mit einer gewissen Zurückhaltung aufgenommen.

Typischerweise richtet sich der Blick entweder aus einer individuell-persönlichen Perspektive oder vom systemisch-standardisierten Standpunkt aus auf das Medizinalwesen. Die polare Betrachtungsweise stimmt allerdings nicht mit einer simplen Positiv-Negativ-Wertung überein: Zwar wünschen die Teilnehmenden generell, im Krankheitsfall als Person ernstgenommen und individuell behandelt zu werden. Zugleich erkennen sie aber in systemisch-statistischen Analysen und in standardisierten Verfahrensweisen ein wichtiges Korrektiv gegen die Gefahr, dass knappe medizinische Ressourcen und teure Leistungen ungerecht verteilt werden könnten. In diesem Sinn gab es in jeder Diskussionsgruppe, die im Rahmen des *publifocus* von TA-SWISS zu Wort kam, Befürworter von systematischen Kosten-Nutzen-Analysen im Gesundheitswesen. Eine unabhängige Institution wäre tendenziell am besten in der Lage, solche Beurteilungen vorzunehmen, wobei die am *publifocus* Teilnehmenden dazu neigen, sich gegen starre Schwellenwerte zu wehren und im Einzelfall der Beurteilung des behandelnden Arztes viel Gewicht einräumen möchten.

Die Debatten machten indes auch deutlich, dass der klaren Kommunikation solcher Ansätze grosse Bedeutung zukommt. Zudem sollte auch bei der Bestimmung von Kriterien zur Begrenzung medizinischer Leistungen oder zur Definition der Lebensqualität der frühzeitige Austausch mit der Bevölkerung gesucht werden, damit die neuen Ansätze nicht von vornherein am Widerstand der Öffentlichkeit scheitern.

Alles in allem bekräftigt der von TA-SWISS durchgeführte *publifocus* den Ausgang der letzten Abstimmungen zum Gesundheitswesen: Im vielschichtigen Medizinalsystem mit seinen zahlreichen Anspruchsgruppen sind Reformen nur sehr schwer durchzusetzen.

1 *publifocus* «Nutzen und Kosten medizinischer Behandlungen»: Hintergrund und Motivation

Das Gesundheitssystem gibt in der Schweiz zu reden: Jährlich schaffen es hierzulande die steigenden Krankenkassenprämien in die Schlagzeilen, und das Schweizer Sorgenbarometer 2011 führt das «zu komplizierte/zu teure Gesundheitswesen» zuoberst auf der Liste der Schwächen unseres Landes an. Auch in der politischen Arena ist das Thema allgegenwärtig: Beim Parlament hängig ist die Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin», während der Bundesrat über jene «Für eine öffentliche Krankenkasse» zu befinden hat. Die Stimmbürgerinnen und -bürger schliesslich verwarfen vor Kurzem (am 17. Juni 2012) die Vorlage zur integrierten medizinischen Versorgung (Managed Care).

Die medizinische Fachwelt wiederum befasst sich schon seit längerem systematisch mit den Entwicklungen im Gesundheitswesen. So veröffentlichte die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) gemeinsam mit der Ärztevereinigung FMH und den fünf medizinischen Fakultäten der Schweiz im Jahr 2004 den Bericht «Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts». Diese Publikation, die unter anderem die gerechte Verteilung medizinischer Ressourcen zur Sprache brachte, entstand im Rahmen des langfristig angelegten Projekts «Zukunft Medizin Schweiz», das die SAMW im Jahr 2002 lancierte.

1.1 Das Verhältnis von Nutzen und Kosten im Blickpunkt

Auch Richter hatten bereits über die Finanzierung medizinischer Leistungen zu urteilen. In einem Grundsatzentscheid aus dem Jahr 2010 hielt das Bundesgericht fest, die Krankenkassen seien nicht verpflichtet, einer an der seltenen Erbkrankheit Morbus Pompe leidenden Patientin eine Therapie von jährlich 600 000 Franken zu bezahlen. Begründet wurde das Urteil mit dem Argument, Kosten und Nutzen stünden in keinem Verhältnis zu einander.

An diesem Verdikt entzündete sich in der Folge die politische Diskussion, indem Nationalrat und Arzt Ignazio Cassis im März 2011 ein Postulat einreichte, das die Frage aufwarf, wie viel die Gesellschaft für ein Lebensjahr zahlen solle. Das Postulat forderte den Bundesrat unter anderem auf, Überlegungen darüber anzustellen, anhand welcher Kriterien und mit welchen Instrumenten die Grenzen der Finanzierung solcher Kosten durch die Gesellschaft abgesteckt werden könnten und welche Rolle dabei allenfalls einer nationalen Health-Technology-Assessment-Agentur zuzuweisen sei.

Die Frage, wie kostspielige Therapien und knapper werdende medizinische Ressourcen – etwa Transplantationsorgane – in der Gesellschaft gerecht verteilt werden sollen, kann indes nicht allein von Fachleuten und politischen Entscheidungsträgern entschieden werden. Auch die Öffentlichkeit muss zu Wort kommen; denn letztlich sind es die Bürgerinnen und Bürger, die medizinische Behandlungen nachfragen und von ihnen profitieren – und die dafür zur Kasse gebeten werden. Das Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung TA-SWISS wurde daher in seiner Eigenschaft als Spezialist für Verfahren der Mitwirkung von den Schweizerischen Akademien für Medizinische Wissenschaften (SAMW) und für Geistes- und Sozialwissenschaften (SAGW) im Rahmen eines Projektes der Akademien der Wissenschaften Schweiz A+ aufgefordert, ein *publifocus* zum Thema «Nachhaltiges Gesundheitssystem» durchzuführen. Ein Schwerpunkt sollte dabei auf der Frage liegen, wie die Nutzen und Kosten von Therapien gegen einander abgewogen werden könnten.

1.2 Der *publifocus* als partizipativer Ansatz

Als *publifocus* bezeichnet TA-SWISS ein genau definiertes Mitwirkungsverfahren. Methodisch beruht es darauf, mit bestimmten Zielgruppen strukturierte und professionell moderierte Diskussionsrunden durchzuführen. Die Debatten werden dabei von TA-SWISS schriftlich und in Form von Audioaufnahmen aufgezeichnet, ausgewertet und schliesslich zu einem Bericht verdichtet.

Um Teilnehmerinnen und Teilnehmer für ein *publifocus* zu rekrutieren, schreibt TA-SWISS in einem ersten Schritt mehrere Tausend Personen an, deren elektronische oder postalische Adressen von einem Unternehmen im Bereich Direktmarketing erworben werden. Wer schliesslich zu einer Diskussionsrunde eingeladen wird, entscheidet sich anhand verschiedener Kriterien: Von all jenen, die ihre grundsätzliche Bereitschaft anmelden, stellt TA-SWISS heterogene Gruppen zusammen, die die Vielfalt in der Bevölkerung widerspiegeln. Nach Möglichkeit sind alle Altersklassen (ab 18 Jahren), Frauen und Männer sowie Angehörige unterschiedlicher Berufsarten vertreten.

Die Teilnehmenden erhalten einige Wochen vor der Diskussion eine Informationsbrochüre; im Fall des aktuellen *publifocus* trug sie den Titel «Was ist uns Gesundheit wert?». Die Expertinnen und Experten, die dieses *publifocus*-Projekt begleiteten, stellten dabei die inhaltliche Ausgewogenheit und Korrektheit dieser Publikation sicher. An den Diskussionsabenden selber waren Fachleute zugegen, die mit kurzen Referaten noch einmal in die Thematik einführten und die auch für Fragen zur Verfügung standen.

Im Rahmen des *publifocus* «Nutzen und Kosten medizinischer Behandlungen» fanden insgesamt drei Gesprächsrunden statt, nämlich je eine in der italienischen, der französischen und der deutschen Schweiz. Der Anhang am Schluss dieses Berichtes gibt Aufschluss über die Zusammensetzung der Diskussionsgruppen wie auch über die Mitwirkenden und das Programm der Diskussionsabende.

1.3 Qualitative Vielfalt ohne quantitative Repräsentativität

Die Gesprächsrunden eines *publifocus* pflegen in der Regel die Vielfalt der Argumentationsketten, die in der Öffentlichkeit erörtert werden, gut wiederzugeben. Ein direkter Vergleich der verschiedenen Diskussionsrunden untereinander oder gar quantitative Aussagen wären indes methodisch fragwürdig. Denn meistens werden die Gesprächsrunden von verschiedenen Moderatoren geleitet, die sich dabei bemühen, dem Gesprächsfluss zu folgen, ohne ihn in ein starres Schema zu pressen. Dies hat zur Folge, dass die zu behandelnden Fragen oft in unterschiedlicher Abfolge besprochen werden, mithin auch der jeweilige Kontext sich unterscheidet.

Die individuelle Dynamik der verschiedenen Diskussionen führt zwangsläufig dazu, dass gelegentlich von einander abweichende Schwerpunkte gesetzt werden: Während eine Frage von der einen Diskussionsgruppe relativ rasch abgehandelt wird, ruft sie bei einer anderen ausgiebige Wortwechsel hervor. TA-SWISS legt denn auch grossen Wert auf die Feststellung, dass die qualitativen Ergebnisse aus den partizipativen Verfahren nicht für quantitative Gewichtungen herangezogen werden dürfen.

2 Erste Eindrücke und Gesamtschau

Drei Eckpunkte stecken das Diskussionsfeld ab: Wenn das Gesundheitssystem zum Thema wird, kommt unweigerlich das Spannungsverhältnis zwischen wirtschaftlichen Zwängen, gesellschaftlicher Solidarität und individuellem Verhalten zur Sprache.

In allen drei Gesprächsgruppen sind identische Extrempositionen vertreten: von der Individualistin, die sich für strikte Eigenverantwortung ausspricht und es ablehnt, dass einer für alle einzustehen habe, über die Person, die sich prinzipiell weigert, den Wert der Gesundheit mit monetären oder anderen quantitativen Masszahlen in Beziehung zu setzen, bis zum Teilnehmer, der für eine staatlich gelenkte Einheitskasse mit einkommensabhängigen Prämien eintritt.

Deckungsgleichheit zwischen den Diskussionsrunden besteht schliesslich auch darin, dass es sich bei den Teilnehmenden überwiegend um Personen handelt, die persönliche Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen geltend machen.

2.1 Wieso das Thema unter den Nägeln brennt

In ihrer Motivation, die sie zur Teilnahme am *publifocus* bewogen hat, unterscheiden sich die Teilnehmenden aus den drei grossen Schweizer Sprachräumen also kaum von einander. An allen Diskussionsrunden beteiligten sich mehrere Personen, die im Gesundheitswesen arbeiten und daher ein besonderes Interesse an der Thematik anmelden. Teilnehmende, die selber eindrückliche Krankheitsbiographien aufweisen oder Familienangehörige auf dem Parcours durch verschiedene Instanzen des Gesundheitswesens begleitet haben, waren ebenfalls an allen Gesprächsrunden vertreten. In sämtlichen Diskussionen wurden ausserdem Stimmen laut, wonach es sich beim Gesundheitswesen um ein gesellschaftlich wichtiges Thema handle, das alle betreffe. Die finanziellen Aspekte und allfällige Sparmöglichkeiten regten mehrere Personen aus Bern und aus Lausanne zur Teilnahme an.

Einzelvoten verwiesen auf ein grundsätzliches Interesse am Diskussionsprozess und am Kontakt mit Menschen, und eine Person berief sich aus philosophischer Sicht auf die eigene Lebenserfahrung mit der Bedeutung von Krankheit im Zyklus des Werden und Vergehen.

1. «Noi ci ancoriamo nel nostro piccolo e non vediamo tutto il resto più ampio.»

2. «Ce qui m'a frappé là-dedans, c'est en fait d'apprendre tout ce qu'on ne sait pas. De me rendre compte qu'il y a énormément de choses qu'on ne sait pas, comme citoyen informé.»

3. «Io la riflessione che ho avuto... è che... l'oggettività spesso prevale sulle decisioni. Vuol dire che le cifre nude e crude spesso ci portano a decidere più facilmente. E molto più difficile da propagandare – tra parentesi – perché non hanno fatti da dimostrare, siamo sempre nella zona soft, e dobbiamo inventare formule matematiche per darle un valore... è proprio vero che chi deve difendere l'eticità di tutto questo aspetto, ha il compito molto più difficile. Perché noi siamo stati educati a rispondere ai fatti.»

2.2 Ein Thema, das schwer zu fassen ist

Wer sich in konzentrierter Form mit den Strukturen des Gesundheitswesens und den damit zusammenhängenden ökonomischen Zwängen konfrontiert sieht, fühlt sich rasch überfordert. So jedenfalls lautete in allen Diskussionsrunden der Grundtenor, als die Moderatoren die spontanen Reaktionen auf die Informationsbroschüre abfragten. «Wir sind im Kleinen verhaftet und sehen das Ganze nicht»¹, schildert jemand aus Lugano, während eine Person aus Lausanne meint: «Es war frappierend zu lernen, dass es ganz viel gibt, was man als aufgeklärter Bürger nicht weiss.»²

Sehr bald wurde zudem deutlich, dass das Gesundheitswesen aus Sicht vieler Laien von Gegensätzen geprägt wird. Einerseits wurde die Polarität zwischen Ökonomie und Ethik zum Diskussionsthema, andererseits kamen auch Überlegungen zum Spannungsfeld zwischen Individuum und Gemeinschaft zur Sprache.

Vordergründig genauen Kostenaufstellungen und Messwerten vermögen bei weitem nicht alle zu vertrauen, und als alleinige Entscheidungskriterien stossen sie auf Skepsis: «Die Objektivität der nackten Zahlen erleichtern uns die Entscheidungen. Die Ethik abzuwägen ist dagegen viel schwieriger, denn sie kann sich nicht auf anschauliche Fakten berufen. Wer die Ethik verteidigen will, steht vor einer schwierigeren Aufgabe, denn wir sind dazu erzogen, auf Fakten zu reagieren»³, erläutert eine Person aus Lugano. Jemand aus Bern formuliert es knapper: «Der Wert der Gesundheit bemisst sich nicht nur am Geld», während aus Lausanne die Forderung laut wird: «Man muss an die Menschen und nicht nur an den Geldbeutel denken.»⁴

Vielschichtiger ist das Verhältnis der Einzelnen zur Gesellschaft. Es sei der Einzelne und nicht der Staat, der über den Wert der Gesundheit zu entscheiden habe, befanden Personen im Tessin und in Bern, und verschiedene Teilnehmende in allen Gesprächsrunden berufen sich auf die Eigenverantwortung, die viel zu einem gesunden Lebensstil beitragen könne und müsse. Eine Person aus dem Tessin ist gar der Ansicht, die Gesundheitskosten könnten gedämpft werden, wenn die Einzelnen wieder mehr Vertrauen in die Selbstheilungskräfte setzten und Krankheiten als Teil der Existenz zu akzeptieren lernten: «Die Menschen gehen zum Arzt, weil sie Absicherung wollen. Dabei funktionieren die Dinge, wenn man den Selbstheilungskräften vertraut. (...) Ich bin heute 60 Jahre alt, da ist es normal, ein wenig Schmerzen und Falten zu haben. Damit muss man sich abfinden, wenn das jemand nicht annimmt, läuft etwas falsch. Darüber sollten wir sprechen, und wenn wir solche Dinge analysieren würden, wären die Gesundheitskosten viel tiefer.»⁵

Dass die gesellschaftliche Perspektive oft im Widerspruch steht zur Wahrnehmung des Individuums, wurde in allen Gesprächsrunden angesprochen: «So lange die Leute nicht betroffen sind, wollen sie sparen – und wenn sie selber betroffen sind, denken sie, für sie sollte man zahlen»⁶, hat eine Person aus Lausanne erfahren, während jemand aus Bern zu bedenken gibt: «Es gibt zwei verschiedene Sichtweisen. Der Staat schaut fürs Geld, der Patient schaut für sich. Immer heisst es sparen – aber wenn jemand betroffen ist, interessieren ihn die Kosten nicht.»

4. «Il faut penser aux personnes et pas seulement au porte-monnaie.»

5. «Non mi piace come funzionano i medici, non mi fido. La gente fa riferimento al medico perchè ha bisogno di sicurizzazione. Invece io sono dell'opinione che in parte le cose si gestiscono da sole. Sono sicuro che funzionano. E chiaro che ci vuole il tempo per guarire qualcosa. (...) A sessant'anni mi alzo la mattina, cavolo, fa male... fai fatica... Ora, queste cose... A sessant'anni, va bene... se uno non accetta il diventare anziano – perdere di bellezza, entrare in un atto di omissione, vuol dire - se uno non accetta, c'è qualche cosa di sbagliato di fondo. Trovo che sono queste le cose che dobbiamo discutere. Se facessimo l'analisi di questo, i costi sarebbero molto più bassi.»

6. «La société, elle va dire il faut économiser, jusqu'à ce qu'ils soient touchés. Là on dira: il faut dépenser avec moi.»



3 Die Verantwortung der Einzelnen, die Solidarität der Gemeinschaft

Die Diskussion rund um die Evaluation von Nutzen und Kosten therapeutischer Leistungen lässt sich nur vor dem Hintergrund der allgemeinen Einstellungen zum medizinischen System einordnen und interpretieren.

Krankheit lässt uns die eigene Verwundbarkeit erleiden – eine zutiefst persönliche Erfahrung. In allen drei Gesprächsrunden beriefen sich denn auch etliche Personen auf individuelle Erlebnisse. Zugleich empfinden offenbar viele Menschen das Gesundheitswesen als unpersönliches System, das auf anonymen Durchschnittswerten aufbaut und auf Grund abstrakter Regeln funktioniert. Allerdings entwerfen die am *publifocus* Teilnehmenden ein differenziertes Bild ohne in polarisierende Schwarz-Weiss-Malerei zu verfallen: Zwar weckt das unpersönliche System die Befürchtung, dass es dem individuellen Fall nicht gerecht zu werden vermöge – zugleich aber gilt es etlichen auch als Korrektiv gegen mangelnde Fairness und die Vorzugsbehandlung einzelner Patienten.

3.1 Gewährspersonen im Medizinaldschungel

Prägend für die persönliche Krankheitsgeschichte ist die Beziehung zum behandelnden Arzt. Hier bekräftigen sämtliche Diskussionsrunden, dass die Zeiten der «Halbgötter in Weiss» vorbei sind. Sofern sie als Vertreter eines (als unpersönlich empfundenen) Systems wahrgenommen werden, schlägt den Ärzten jedenfalls Skepsis entgegen; etliche Teilnehmende zweifeln ausdrücklich an der Unabhängigkeit der Therapeuten. So findet eine Person aus Bern: «Es gibt zahlreiche Lobbyisten der Pharmaindustrie im Parlament. Und die Ärzte wurden von der Pharmalobby quasi versklavt, ihre Medikamente zu verschreiben.» Auch in Lausanne wird angezweifelt, dass sich Mediziner aus Anteilnahme und aus Menschenfreundlichkeit ihrer Tätigkeit verschreiben: «Es gibt viele Medizinstudenten, die eher an das Salär denken als an die Menschen, die sie heilen werden.»⁷ Jemand aus dem Tessin bringt seinen Zwiespalt wie folgt auf den Punkt: «Es gibt viele ehrliche Ärzte. Aber sie sind im System eingespannt, wie wir Bürger, und werden unterdrückt.»⁸ Für einen anderen Teilnehmer aus der gleichen Diskussionsrunde widerspiegelt sich die Entpersonalisierung des Gesundheitswesens in der zunehmenden Verrechtlichung der Beziehung zwischen Arzt und Patient: «Im Jahr 1962 wurde mein Blinddarm entfernt. Damals sprach niemand von den Zahlen. Es wurde alles sofort gemacht, und es wurde nicht diskutiert. Und damals musste ich nichts unterschreiben – während sie dich heute alles unterschreiben lassen. Weil sie keine Verantwortung tragen wollen.»⁹

Als Gegenmodell zum gefühlsarmen Spezialisten, der sich allseitig juristisch absichert und seine Therapieempfehlung nur noch auf Messwerten aus dem Labor oder aufwendigen Visualisierungen aus dem MRI abstellt, gilt vielen der Hausarzt. «Die Praxen mit gutem Vertrauensverhältnis nehmen ab – sie haben ja keine Zeit mehr. Dort müsste man Geld investieren. Es kann doch nicht sein, dass grad die Hausärzte schlecht bezahlt werden und so viel Administration am Hals haben. Das Verrückte ist, dass ich das Gefühl habe, es wird nur noch schlimmer», beklagt eine Person aus der Berner Diskussionsrunde.

3.2 Den Durchblick gewinnen

Die Komplexität des schwer durchschaubaren Gesundheitswesens wirft die Frage auf, wer als vertrauenswürdige Auskunftsperson gilt. Wenn es darum geht, Informationen über eine medizinische Behandlung einzuholen, vertrauen die wenigsten allein auf ihren Arzt. Jemand in Lausanne moniert, dass sich die Mediziner oft nicht auf Augenhöhe mit ihren Patienten unterhielten. «Es gibt das enorme Problem, dass die Ärzte die Patienten oft nicht respektieren und die Informationen daher lächerlich sind. Sie denken nicht, dass die

7. «Je pense qu'il y a sûrement beaucoup d'étudiants qui pensent plus au salaire qu'ils vont gagner qu'au personnes qu'ils vont soigner.»

8. «Ci sono tanti medici onesti. Anche loro sono nel sistema, come noi cittadini, sono oppressi.»

9. «L'ho fatto nel 1962. Si parlava poco di cifre. Oggi si parla di cifre. Ma nel '62 o '64 non si parlava di cifre. Si parlava solamente: C'hai un problema? Vai dal dottore. E il dottore cosa fa: Ah, non si preoccupi, e La mandiamo all'ospedale. Ti controllano, subito ti fanno l'operazione. Non c'era niente da discutere. E posso dire che quella volta, per l'appendicite, non ho firmato niente. Quanto oggi, per un piccolo taglio, ti fanno firmare. Per quale motivo? Perché non vogliono avere nessuna responsabilità, questi che fanno l'intervento.»

10. «Moi je trouve qu'il y a un énorme problème, en Suisse, en France, partout. C'est que les médecins ne respectent pas leurs clients et ne pensent pas qu'il peuvent comprendre la maladie. Parce que les informations données aux clients sont souvent ridicules.»

Patienten die Information verstehen können.»¹⁰ Eine Person aus Bern sekundiert: «Man sollte mehr Ärzte haben, die mit dem Patienten sprechen, damit die Problematik richtig verstanden wird.» In Lugano gibt man zu bedenken, dass im ärztlichen Gespräch die Asymmetrie zwar unvermeidlich ist; die zunehmende Erosion des Vertrauensverhältnisses wird aber auch hier beklagt: «Wenn einer Person eine Diagnose gestellt wird, dann kann sie nicht mehr gleich überlegen, als wäre sie im Besitz all ihrer Kräfte. Hier müssten die Ärzte Verantwortung übernehmen und richtige Richtungen vorgeben. Denn dann sind wir Patienten, in einer asymmetrischen Beziehung. Eine Veränderung, die ich beobachte, ist die, dass kein Arzt mehr die Verantwortung übernimmt und sagt: Ich an Ihrer Stelle würde das machen.»¹¹

So liegt es denn für mehrere Teilnehmende nahe, alternative Informationsquellen hinzu zu ziehen. Das Internet wird in allen Gesprächsrunden als interessante, wenn auch nicht unproblematische Auskunftsmöglichkeit gesehen, und jemand aus der Romandie führt aus: «Internet – das ist das erste, was man schaut. Und wenn mir der Arzt etwas Schlimmes diagnostiziert, hole ich eine Zweitmeinung ein.»¹² Eine andere Person in der gleichen Diskussionsgruppe konsultiert in erster Linie den Beipackzettel und fragt daneben ihre Bekannten nach deren Erfahrungen mit einem Medikament.

3.3 Das eigene Tun fällt ins Gewicht

In sämtlichen Gesprächsrunden gibt es mehrere Personen, die die Kostenexplosion im Gesundheitswesen nicht allein einem unpersönlichen System anlasten wollen. Vielmehr trage das Verhalten jedes Einzelnen dazu bei, die medizinischen Ausgaben stetig anschwellen zu lassen. In Bern beruft sich eine Person auf einen Fall im Bekanntenkreis, um dafür zu werben, dass Beiträge an Therapiekosten davon abhängen sollten, ob ein Patient zu seiner Gesundheit Sorge trägt: «Einer Frau, die viel raucht, hat man die Zehen weggenommen. Sie raucht weiter und muss sicher wieder mal ins Spital. Da muss man sich schon fragen – dieser Patient raucht trotz drohender Folgekosten weiter. Ich würde dann lieber einem anderen die Massage geben.»

Mehr Eigenverantwortung, insbesondere bei der Prävention, ist für verschiedene Teilnehmende in Lausanne ein dringendes Gebot. Auch im Tessin bemängeln mehrere Personen die individuelle Konsummentalität und Anspruchshaltung: «Es gibt einen Unterschied zwischen Gesundheit und Wohlbefinden. Es gibt viele Leute, die zum Arzt gehen für Dinge, die von selber vorbeigehen oder die mit Gesundheit im engen Sinn nichts zu tun haben.»¹³ Eine andere Person aus der gleichen Gruppe doppelt nach: «Für jede Kleinigkeit gehen wir zum Arzt, dabei könnten wir viele Dinge selber behandeln, wie es unsere Eltern gemacht haben. Das wäre ein kleiner persönlicher Beitrag.»¹⁴ In der deutschen Schweiz stösst man ins gleiche Horn: «Sparpotential gäbe es, indem man erfolgreich versucht zu kommunizieren, dass man nicht wegen jedem Blödsinn zum Notfall geht.»

3.4 Uneinheitliche Ansichten zur Mehrklassengesellschaft

In allen drei Gesprächsrunden manifestiert sich das Spannungsverhältnis zwischen einer Haltung, die auf Eigenverantwortung setzt und Skepsis gegen eine überbordende Konsummentalität äussert, und einer Einstellung, die gerade beim unbezahlbaren Gut der Gesundheit die gesellschaftliche Solidarität hochhält.

In sämtlichen Gesprächsgruppen gibt es Teilnehmende, die sich für das Solidaritätsprinzip stark machen, wie diese Person aus dem Tessin: «Ein Staat erwirbt moralischen Wert,

11. «La relazione medico-paziente è una relazione molto particolare quando siamo ammalati. Io sono perfettamente d'accordo col principio che ognuno si deve (...) Però quando a uno viene fatto una diagnosi, quando una persona viene riscontrato con un problema magari serio, non possiamo più ragionare in termini che abbiamo tutte le nostre facoltà. In quel momento lì c'è qualche cosa che cambia. E credo che questa è la grande responsabilità che i medici dovrebbero assumersi loro. In quel momento, nel indirizzarci delle diritte. Il paziente non è in una relazione simmetrica, sullo stesso piano del medico. Ed io ciò che ho visto che ha cambiato quest'ultimi anni, è che nessun medico si prende più la responsabilità di dirti: io farei questo.»

12. «Internet. La première chose qu'on fait. Moi j'ai comme principe, si un médecin me trouve une grave maladie, je lui dis merci et je vais voir un autre médecin. Pour voir s'ils découvrent les deux la même maladie. Ce n'est pas bon pour les caisses, mais c'est bon pour moi.»

13. «Forse ci vuole una distinzione tra salute e benessere. Oggi uno va dal medico anche per questioni che non hanno veramente a che fare colla salute. C'è un sacco di gente che vanno dal medico per delle cose che se ne vanno da sole, o peggio ancora, per delle cose che colla salute nel senso stretto del termine non hanno nulla da fare.»

14. «Oggi siamo portati ad avere il massimo della scienza, e per la piccola cosa andiamo dal dottore, anche per una cosa che passa, che possiamo fare noi, come facevano i nostri anziani. Potrebbe essere un piccolo contributo personale.»

15. «Io rimango un po' perplessa. Penso sempre che un paese acquista valore – valore non finanziario, valore etico, morale – quando è in grado di occuparsi dei suoi vecchi. Allora lì la perplessità. Perché la vita è una ruota. Una volta sei su, una volta sei giù. Allora faccio fatica entrare in questa logica molto individualistica. Mi piace molto l'idea dove il concetto di libertà implica anche regole.»

16. «Le souhait, c'est de trouver un équilibre entre la solidarité et la responsabilité. On doit éviter d'avoir une solidarité où chacun attend tout de la société et ne fait plus rien, ne se prend plus en main lui-même. Et de l'autre côté on doit aussi éviter l'autre extrême, de livrer les gens à eux-mêmes et les laisser démunis dans des situations qu'ils ne peuvent pas assumer. On doit trouver un équilibre qui doit évoluer avec la société».

17. «E come uno che se la prende perché non ha potuto studiare chi sa che cosa, invece ha dovuto andare a fare l'operaio. E la stessa cosa. Non poi prendertela con queste cose, se arrivano arrivano. C'è uno che non ha fumato tutta la vita è si becca il cancro al polmone. Appunto, per questo, non è una scelta mia, ma se io ho già una cosa genetica, mi impegno. Da parte mia non faccio pesare tutto sulla collettività. Perché deve pesare tutto sulla collettività? Perché se no è fortunato anche quello che ha studiato avvocato e prende 15 000 franchi la settimana.»

18. «Je pense que c'est intéressant de sortir un peu du politiquement correcte, parce qu'il y a beaucoup de choses politiquement correctes qui se disent. Et un tabou par exemple c'est la médecine à deux vitesses. Mais pourquoi pas, finalement? Il y a des habitats à deux vitesses, alors là, non, la médecine pas. Pourquoi on ne dit pas: on assure une santé minimale, mais pas forcément tout ce qui est possible. Mais on n'empêche pas non plus ceux qui ont les moyens d'avoir plus de choses. Ce qui est le cas en éducation aussi.»

19. La dipendenza di come uno le sue risorse le impara a utilizzare, ma da piccolo, e essere consapevole che ha delle risorse, non è più dipendente. Ho le risorse per andare io stesso a confrontarmi, anche per accettare che le cose possono essere così. Perché quando tu vai in montagna, cadi in un precipizio e muori, non metti in discussione il fatto che sei andato in montagna. Semplicemente è un caso che è capitato. Se mi capita il cancro, occorre avere il coraggio di acquisire queste esperienze. Per arrivare a farlo ci vuole un corso evolutivo, ed è in questa dimensione che è importante andare.»

wenn er sich um seine Bürger kümmert. Das Leben ist ein Rad, mal sind wir oben, mal unten. Ich habe mit der individualistischen Logik Mühe. Mir gefällt das Konzept, dass es Freiheit gibt – und auch Pflichten.»¹⁵ In der grossen Mehrheit wird allerdings einer bedingungslosen Solidarität eine Absage erteilt. Eine Person aus Lausanne formuliert ihren Zwiespalt folgendermassen: «Man muss vermeiden, eine Solidarität zu haben, die dazu führt, dass alles von der Gesellschaft verlangt wird. Man darf aber auch nicht den Einzelnen im Stich lassen. Es gilt, ein Gleichgewicht zu finden, das sich mit der Gesellschaft weiter entwickelt.»¹⁶

Ein Gegenargument zur Solidarität findet sich im Fatalismus. «Es ist, als ob einer es den anderen übel nimmt, dass er nicht studieren konnte und nun Arbeiter ist. Solche Dinge darf man nicht verübeln, wenn sie geschehen, geschehen sie. Und wenn ich genetisch für eine bestimmte Krankheit veranlagt bin, setze ich mich ein und gebe mir Mühe. Damit ich nicht die Gemeinschaft belaste. Wieso soll alles auf der Gemeinschaft lasten?»¹⁷ fragt jemand aus der italienischsprachigen Runde. In Lausanne werden ähnliche Argumente laut. «Es wird viel politisch Korrektes gesagt – und ein Tabu ist die Mehrklassengesundheit. Wieso nicht, schliesslich? Es gibt auch das Mehrklassenwohnen. Wieso sagen wir nicht: Wir sichern für alle eine minimale Gesundheit – aber nicht alles, was möglich ist. Aber wir hindern die Menschen nicht, etwas mehr zu beziehen. Bei der Bildung gibt es ja auch Gleichere als andere.»¹⁸

Das andere mehrfach geäusserte Argument beruft sich auf die Selbstverantwortung jedes Einzelnen. Hierbei geht es auch um einen gesunden Lebensstil und einen sorgsamen Umgang mit den eigenen Ressourcen. So stellt eine Person in Bern fest: «Man kann durch die Lebensweise beeinflussen, wie viel die Gesundheit für einen Wert ist. Jeder entscheidet für sich.» Etwas später folgert die gleiche Person: «Ich habe meine Gesundheitskosten bei der Kasse auf das Minimum geschraubt. Mir stinkt es, andere mitzufinanzieren. Ich verstehe, dass es eine gewisse Solidarität braucht. Aber ich bin im Grund gegen die obligatorische Krankenversicherung.» Allerdings sind es gerade die hohen Kosten im Gesundheitswesen, die aus Sicht anderer Teilnehmer ein stichhaltiges Argument gegen den Verzicht auf Gemeinsinn und solidarische Absicherung liefern: «Man kann die Gesundheit nicht auswählen. Keine Kasse zu wollen, ist heute fast zynisch. Man kann den Menschen ja nicht sagen, sie sollten halt sparen. 30 Tage Intensivstation – dann sind sie ruiniert.»

Das Alter der Teilnehmenden scheint dabei den Blickwinkel nicht wesentlich beeinflussen: Jene Personen, die sich für eine hohe Eigenverantwortung aussprechen und hinsichtlich der solidarischen Finanzierung des Gesundheitswesens grössere Zurückhaltung an den Tag legen, sind zwischen 35 und 54 Jahre alt. Der Umkehrschluss, dass sich ältere Jahrgänge zwangsläufig dafür aussprechen, mehr Mittel in das Gesundheitssystem fliessen zu lassen, ist ebenfalls unstatthaft: So macht sich im Tessin eine über 60-jährige Person, die von selber erlittenen schmerzhaften Unfällen erzählt, dafür stark, gegebenenfalls auch die eigene Krankheit zu akzeptieren: «Jeder muss von früh auf wissen, wie er seine Ressourcen nutzen soll. Je nachdem habe ich auch selber die Ressourcen, um nach den Antworten zu suchen. Wenn Du in die Berge gehst und abstürzt, stellst Du nicht in Frage, dass Du in die Berge gegangen bist. Je nachdem muss man auch seinen Krebs akzeptieren. In diese Dimension müssten wir vorstossen.»¹⁹

Die Kluft zwischen dem immateriellen Gut der Gesundheit, das mit Geld nicht aufzuwiegen ist, und hartem ökonomischem Kalkül äussert sich somit in allen drei Gesprächsrunden. Entsprechend lebhaft ist die Debatte rund um Methoden, die den Anspruch erheben, diese Kluft zu überwinden.

4 Ökonomische Indikatoren und quantitative Schwellenwerte

Der stete Kostenanstieg im Gesundheitswesen gibt zwar viel zu reden – seine Bewertung fällt allerdings uneinheitlich aus. Befürworter von radikalen Sparmassnahmen sind ebenso zu finden wie Personen, die denken, steigende Ausgaben für die Gesundheit könnten je nach Blickwinkel auch als Gewinn betrachtet werden.

Die Gesundheit ist uns zwar teuer – aber die Kosten für medizinische Behandlungen kennen die wenigsten. Diese Folgerung drängt sich jedenfalls auf Grund der Voten auf, die im Lauf des *publifocus* geäussert wurden. Höchst uneinheitlich fallen dagegen die Antworten auf die Frage aus, ob es gut wäre, wenn die Patienten vorgängig über Behandlungskosten ins Bild gesetzt würden.

4.1 Kosten steuern

In allen Gesprächsrunden sind verschiedene Personen der Ansicht, dass finanzielle Überlegungen das Verhalten der Patienten stark beeinflussen. «Wenn die Behandlung 7000 Franken kostet und der Selbstbehalt bei 2000 liegt, lässt man sich behandeln. Wenn die Kosten unter 2000 Franken liegen, verzichtet man wegen dem Selbstbehalt», stellt ein Mitglied der Berner Gesprächsrunde klar, während jemand aus Lugano meint: «Dass wir die Kosten nicht kennen, ist ein Problem. Denn man kann dann nicht verlangen, dass jemand die Verantwortung übernimmt. Wenn der Arzt uns sagt, es gibt diese Behandlung und die kostet so viel, und eine andere so viel, kann man entscheiden. Man muss auf Grund der Kosten entscheiden; dann kann der Einzelne die Verantwortung übernehmen»²⁰, und eine weitere Person sekundiert: «Beim Auto weiss ich vor dem Kauf, dass mich der Service meines VW Polo 600 Franken kosten wird. Und es gibt hier zwei Aspekte: Die Transparenz des Sektors, dem ich was abkaufe. Und dann weiss ich, dass der Mechaniker 150 Franken pro Stunde verdient. Davon können Physiotherapeuten nur träumen, und ich muss hier mit einer Gesundheitsbranche diskutieren, die ihre Fachleute mit durchschnittlich 42 Franken in der Stunde entlohnt. Wo wollen wir mehr investieren? In materielle Objekte oder in unser Leben?»²¹

In Lausanne werden allerdings auch Stimmen laut, die sich dagegen aussprechen, die Patienten allzu detailliert mit den Kosten ihrer Behandlung zu konfrontieren. «Wenn die Behandlungskosten nicht rückerstattet werden, handelt man nicht gleich. Mit den Kosten

20. «Il fatto di non conoscere i costi è proprio forse uno dei grossi problemi. Perché non possiamo pretendere che anche il paziente/cliente venga responsabilizzato. Perché siamo noi i primi a dovere autoregolarci. Se il medico ci dice: c'è questo trattamento che costa tot, e quest'altro che costa questi altri soldi, penso che uno deve avere anche... insomma ...il giusto... si deve decidere anche in base dei costi. La responsabilità è del singolo.»

21. «Io, il paragone che vorrei fare, è col settore automobilistico. Il servizio della mia macchina Volkswagen Polo mi costa 600 franchi. Io questa informazione la ricevo già prima di acquistare la vettura. E posso prendere le decisioni se l'investimento primario con successivi costi di manutenzione fanno il mio caso. Però ci sono due aspetti. Da una parte la trasparenza del settore che mi vende qualcosa. Dall'altra parte vorrei anche far notare che un' officina Volkswagen mette fuori 150 franchi al ora per lavori manuali. Sono più o meno i costi di queste officine. Che, non so... penso che un fisioterapista, questi indennizzi all'ora se li può sognare. Perciò dico: anche il peso che viene dato alla cura medica... rispetto alla mia macchina dove devo spendere 150 franchi all'ora, e devo discutere con il settore sanitario se è corretto che i fisioterapisti abbiano una media di 35 franchi all'ora. Anche noi, come società, in che direzione stiamo andando? Diamo più peso ai costi materiali, o siamo disposti a investire maggiormente in quello che alla fine è la base della vita?»



22. «Si on savait que le traitement n'est pas remboursé, on ne réagit pas de la même manière (...) Pour les traitements lourds, on est déjà dans une période difficile, parce qu'on apprend qu'on a une grosse maladie, si en plus on vient nous dire que ça va coûter 50 000 Francs tous les six mois, ben j'ai l'impression que je vais culpabiliser. Puis ce n'est pas bon pour ma guérison.»

23. «C'est vrai, je pense que c'est intéressant lorsqu'on peut responsabiliser les gens, ou lorsqu'on leur donne l'info. Mais pas lorsque c'est eux qui devraient en faire un critère pour décider s'ils ont envie de continuer de vivre. Là il y a des risques de dérapage.»

24. «Moi je vais me dire que j'amortis mon assurance maladie avec tout ce que j'ai payé jusqu'à présent. Et ils n'ont jamais payé quelque chose.»

25. «Quand les gens se plaignent de ça je leur demande toujours combien ils dépensent pour le service de leur voiture, les pneus neige et tout ça. Les coûts sont corrects.»

26. «Je regrette la disparité dans les cantons. Il y a des grosses différences entre les cantons. Donc... en général c'est correct, et on s'en rend compte quand on est malade. Quand on est en bonne santé, on pense toujours que c'est trop cher.»

27. «Dei medici rigorosi ce ne sono che dicono: c'è questo generico che costa la metà di quell'altro, ti prescrivo questo. L'input deve partire evidentemente dal medico.»

28. «Si dovrebbe introdurre la medicina alternativa già nella formazione del medico normale. Perché io penso che tante malattie croniche così si possono magari anche curare in un modo che i sintomi proprio spariscono, che dopo non devono andare più dal medico. Invece vengono magari dato pastiglie e pastiglie per anni, che costano.»

29. «Je sais que les procédures de la santé ne sont pas parfaites. Je sais par expérience qu'il y a beaucoup de déchets, il y a beaucoup de dépenses inutiles, il y a beaucoup de mauvais diagnostics dus à ces mauvais procédures.»

bürdet man dem Schwerkranken, der ohnehin strapaziert ist, noch ein schlechtes Gewissen auf, und das ist nicht gut für die Genesung»²², ist jemand überzeugt, und eine andere Person nuanciert: «Kostenwissen ist interessant, wenn es Menschen zu verantwortlichem Handeln anhalten kann. Aber sie sollten nicht damit gezwungen werden, auf dieser Basis selber zu entscheiden, ob sie noch länger leben wollen. Hier wäre das Risiko von Missbräuchen gross.»²³

Ob Kostenwahrheit moralisch-emotionale oder ökonomisch-rationale Reaktionen auslösen, hängt freilich von der individuellen Einstellung ab. Ein schlechtes Gewissen angesichts hoher Kosten ist kein Thema für die Person, die befindet: «Ich sage mir dann, dass ich die Versicherung amortisiert habe – zumal sie bis jetzt nie etwas zahlen musste.»²⁴

4.2 Hohe Ausgaben – und wie sie zu senken wären

Eng mit der persönlichen Abwägung von Nutzen und Kosten hängt die Frage zusammen, ob die Teilnehmenden gesamthaft mit dem Schweizer Gesundheitssystem zufrieden sind oder ob sie denken, dass seine Leistungen zu teuer eingekauft werden. Im Grossen und Ganzen überwiegt die Ansicht, das Schweizer Gesundheitswesen sei gut, und die Patienten bekämen einen Gegenwert für ihre hohen Ausgaben. «Die Leute, die immer ausrufen, sollen nach England fahren. Dort warten sie ein Jahr auf eine Operation», stellt jemand aus Bern fest. Auch in der Romandie ist man überwiegend der Ansicht, den hohen Kosten stünden gute Leistungen gegenüber. «Wenn sich die Leute beklagen, zeige ich ihnen immer, wie viel sie bereit sind, ins Auto zu investieren. Die Kosten sind korrekt»²⁵, befindet jemand, und eine andere Person stellt fest, dass die Wahrnehmung auch vom Standpunkt abhängt: «Die Ungleichheiten zwischen den Kantonen sind störend. Im Allgemeinen ist es korrekt, und wenn man krank wird, merkt man das. Als Gesunder denkt man immer, es sei zu teuer.»²⁶

Trotz der grundsätzlichen Zufriedenheit mit dem Schweizer Gesundheitssystem kommen in sämtlichen Gesprächsrunden Vorschläge zur Sprache, wie die Ausgaben zu reduzieren wären. Dass die Eigenverantwortung kostendämpfend wirken könnte, klingt bereits in Kapitel 3.3 an. Andere Sparmöglichkeiten lokalisieren verschiedene Teilnehmende in der Verschreibung von Generika und in einer stärkeren Gewichtung alternativmedizinischer Therapien. «Es gibt Ärzte, die streng kostengünstig beraten und ein Generikum empfehlen»²⁷, hat jemand im Tessin erfahren, während eine andere Person aus der gleichen Gruppe fordert: «Die Alternativmedizin müsste in die Ausbildung der normalen Ärzte einfließen. Die kann Symptome zum Verschwinden bringen, während sonst viele Leute lange Zeit vergeblich Pillen schlucken, und das kostet auch.»²⁸ In Bern stösst sich zudem jemand daran, dass die Diagnosen nicht gewissenhaft genug vorgenommen und mit Tests untermauert werden; aus Sicht dieser Person könnten sorgfältigere Abklärungen verhindern, dass viel Geld in überflüssige Behandlungen fließen, die an der eigentlichen Krankheit vorbei zielen. Mangelhafte Prozesse kreierte schliesslich auch eine Person aus der Romandie den medizinischen Institutionen an: «Ich weiss aus Erfahrung, dass es im Gesundheitswesen viel Leerlauf gibt, schlechte Prozesse, damit verbunden schlechte Diagnosen, und unnötige Kosten.»²⁹ Das findet auch eine weitere Person im Tessin: «Viele Ärzte geben nicht die richtige Pflege, und das ist

auch ein Geldverschleiss. Der Toaster von 50 Franken ist nicht unbedingt schlechter als der für 70 Franken.»³⁰

Die pharmazeutischen Firmen und die Ärzte stehen ebenfalls im Verdacht, die Kosten in die Höhe zu treiben. «Die Ärzte haben studiert, haben alles – und dann beziehen sie so viel Geld. Auch die Pharmafirmen geben extrem viel aus für Marketing. Hier müsste man ansetzen. Bei den Grossen», findet jemand in Bern. In Lausanne werden vergleichbare Argumente vorgebracht: «Viele Erfindungen kosten nichts mehr, wenn die Patente ausgelaufen sind. Wie viel Gewinn erzielen die Pharmaunternehmen damit?»³¹ In diesem Zusammenhang wird auch darauf verwiesen, dass Staaten mit Pharmaunternehmen verhandeln können, um die Preise zu senken.

Vereinzelt werden allerdings auch Stimmen laut, die vor einer einseitig auf Kostendämpfung ausgerichteten Betrachtung warnen. In Lausanne äussert sich jemand wie folgt: «Wenn die Menschen älter werden, stört es mich nicht, dass die Gesundheitskosten steigen. Man müsste schauen, wie sich die Mieten entwickeln – die gehen eventuell auch hoch. Wer Kosten sagt, sagt vielleicht auch Gewinne – und hier wäre es interessant zu sehen, wohin diese fliessen. Vielleicht finden Reichtumstransfers statt, und hier müsste man fragen, wer einen Gewinn aus der Krankheit und der Gesundheit zieht. Wenn man alles nur unter Kostengesichtspunkten ansieht, zielt man instinktiv immer auf Kostenreduktion ab.»³²

Schliesslich erkennt eine Person aus der Deutschschweiz in einer Einheitskasse eine Möglichkeit, Kosten einzusparen: «Den Markt spielen lassen, da lange ich mir an den Kopf. Wenn ich sehe, wie viele Leute Kasse wechseln – das kostet ja unglaublich viel.» Wie im folgenden Kapitel zu sehen ist, sind die Meinungen zu grundsätzlichen Systemwechseln bei den Krankenkassen allerdings geteilt.

30. «Secondo me, tanti dottori non danno le cure giuste. Anche il sono sprechi di soldi. Secondo me, diciamo... compri un toaster per 50 franchi o 70 franchi, non è detto che quello per 70 franchi è meglio.»

31. «Ce qui coûte des fois, c'est les brevets. Justement, il faudrait peut-être s'arrêter sur les coûts. Des découvertes qui ont été faites dans notre domaine à un moment donné elles ne coûtent plus rien. Donc ce n'est plus un problème de les mettre à disposition des gens. Quels sont les bénéfices des grandes sociétés pharmaceutiques?»

32. «Quand je vois „augmentation des coûts“, je me dis ben, si les gens deviennent plus âgés ou s'il y a des facteurs démographiques, ça ne me dérange pas forcément que la partie que la société met pour la santé augmente. Je me dis, bon, quel est le pourcentage alloué à l'immobilier, peut-être cela a augmenté aussi. Il faut remettre cela dans un cadre global. Après, qui dit coût dit peut-être aussi bénéfice. Des dépenses qui vont à certains endroits. Et là ça m'intéresserait d'avoir plus de transparence et là la société pourrait se poser des questions, et pourrait dire, il y a des transferts de richesse colossaux. De toujours regarder sous l'optique des coûts, on a déjà un biais de réduction de dépenses qui est instinctif.»



5 Abwägen, auswerten und Grenzen setzen: Kriterien zur Leistungsbemessung

Um zu ermitteln, ob sich eine Behandlung wirtschaftlich lohnt, braucht es geeignete Massstäbe. Im internationalen Diskurs über gesundheitsökonomische Evaluationen spielt das qualitätsbereinigte Lebensjahr – abgekürzt QALY für *quality adjusted life year* – als Kennzahl eine wichtige Rolle. Im Rahmen des *publifocus* wurden indes auch Grenzwerte und andere Kriterien diskutiert, die hinzugezogen werden könnten, um die Ressourcen im Gesundheitswesen zu verteilen.

Bei der Information der teilnehmenden Bürgerinnen und Bürger wurde dem Konzept der QALY breiten Raum zugestanden. QALY dienen dazu, den Nutzen einer Therapie zu objektivieren, indem sie die durch die Heilmethode erzielte Lebensverlängerung und die Lebensqualität der Behandelten mit einander verrechnen. So wird es möglich, den durch eine Behandlung erzielten Gewinn ihren Kosten gegenüber stellen. Überspitzt ausgedrückt, lässt sich damit aussagen, wie viel für ein Lebensjahr in einer gegebenen Qualität bezahlt werden muss. Dabei entspricht ein QALY von 1 einem Jahr bei voller Lebensqualität; im Todesfall beträgt das QALY 0.

Die Kennziffern, die für gesundheitsökonomische Evaluationen hinzugezogen werden, sind das Eine. Aus Sicht der Teilnehmenden kaum weniger bedeutsam ist die Frage, welche Institutionen die Evaluationen vornehmen – und welche Konsequenzen daraus gezogen werden.

5.1 Argumente für und gegen QALY

Der Ansatz von QALY findet in allen Gesprächsrunden Befürworter. So denkt jemand in der Südschweiz, für den einzelnen Arzt sei es unmöglich, die Übersicht über alle Therapien zu behalten, und folgert daraus: «Ich sehe als einzige Möglichkeit eine Institution, eine autonome Organisation, die eine solche Kosten-Nutzen-Analyse durchführt.»³³ Auch in der deutschen Schweiz sprechen sich mehrere Personen dafür aus, die positiven Effekte einer Therapie den damit einhergehenden finanziellen Aufwendungen gegenüber zu stellen: «Das geht, und das muss man tun. Wir sind viel mehr als nur gerade eine Familie, und man muss schauen, dass man das auf die Gesellschaft gerecht aufteilt.» Jemand anderes aus der gleichen Gruppe umreißt die Bedingungen, die aus seiner Sicht erfüllt sein sollten, damit die nüchterne Kosten-Nutzen-Analyse vertretbar ist: «Ab einer gewissen Stufe sollte man es schon objektivieren können. Und nach Wirtschaftlichkeit gehen. Aber nur bei den Fällen, wo man weiss, dass die Therapien nie mehr die Lebensqualität bringen wie vorher. Dort, wo es nur noch um Lebensverlängerung geht, sollte man es objektivieren. Weil das am meisten Kosten bringt.» Für eine weitere Person müsste eine klare und verbindliche Information der Betroffenen an den Ansatz von QALY geknüpft werden. «QALY ist gut, sollte man machen – aber man sollte es klar kommunizieren.» In Lausanne vermögen ebenfalls verschiedene Teilnehmende den QALY positive Seiten abzugewinnen. «Es ist positiv, dass man vergleichen kann, zwischen dem Existierenden und dem Neuen»³⁴, meint jemand, und eine andere Person findet: «Es legt eine Basis, einen Rahmen, für erste Überlegungen. Es zeigt, was gar nicht diskutiert werden muss. Was jenseits der Grenzen liegt, muss man noch auf andere Weise evaluieren.»³⁵ Im Tessin gibt schliesslich jemand zu bedenken, transparente Evaluationen seien für Patienten wie auch für Ärzte hilfreich: Die einen wüssten, wie viel sie zugute hätten, die anderen, wie viel sie verschreiben könnten.

33. «Vedo inevitabile l'istituzione di un'ente autonomo che si occupi proprio di questo tipo di aspetti, che faccia questi analisi costi-benefici, come primo indicati.»

34. «Le positif est qu'on tient compte (...) de cette comparaison entre ce qui existe et ce qui est nouveau.»

35. «Cela donne un cadre, une base, une première réflexion qui nous dit: bien en-dessous, il n'y a pas de discussion, bien au-dessus peut-être non plus, et à partir de là il y a une marge qui doit alors être évaluée encore autrement.»

Allerdings werden auch in allen Diskussionsgruppen Vorbehalte laut. Als Gegenargument wird die Individualität jedes Einzelnen ins Feld geführt, die sich schlecht mit einer Kennzahl verträgt, die auf statistischen Durchschnittswerten beruht. So meint jemand aus dem Tessin: «Man will mich in ein System quetschen, das vielleicht nicht für meinen Körper gemacht ist. Ich hätte diese Sorge im Hinterkopf. (...) Ich fürchte, dass mit diesen neuen Methoden der Patient in eine einzige Richtung gepresst würde. Die Freiheit für den Einzelnen geht verloren.»³⁶ Auch in der deutschen Schweiz gibt eine Person zu bedenken: «Wir sind alles Individuen, die Fälle sind alle komplex. Jede Krankengeschichte ist wieder anders.»

Für verschiedene Teilnehmende ist eine auf Wirtschaftlichkeit fokussierende Betrachtung nicht in Einklang zu bringen mit dem Prinzip der Solidarität innerhalb der Gesellschaft. Eine Person aus der deutschen Schweiz formuliert es wie folgt: «Ein Konkurs ist immer noch besser als unzählige Tote. Und dann Schuldenschnitt. Also: Keine Limite, auch nicht bei der Grundversicherung. Keine Beschränkungen.» Für jemanden aus Lausanne läuft die ökonomische Betrachtung darauf hinaus, bestimmte Menschen auszugrenzen: «Mich skandalisiert, dass man die Fragen in Salamitaktik reduziert, und am Schluss steht etwas im Bericht, das den Politikern die Rechtfertigung gibt, um bei den Alten die Leistungen zu kürzen. Es ist störend, dass die Alten und Inaktiven entwertet werden – sie werden zum Gewicht für die Gesellschaft. Man sagt der Oma im Altersheim, du bist krank und kostest uns viel.»³⁷ Ökonomisch argumentiert auch eine Person aus Lugano, die befürchtet, eine Evaluationsagentur koste ihrerseits mehr, als ihre Vorteile wert seien: «Die Gelder, die in die Agentur fließen, muss man anderswo weg nehmen. Da ist es schwer zu sagen, was die beste Lösung ist. Ob etwas überhaupt das Beste ist. Alles hat seinen Preis.»³⁸

Einzelne Stimmen weisen schliesslich auf die Gefahr hin, dass eine Bewertung von Leben und Lebensqualität in fatale Nähe zu eugenischen Betrachtungen rücken könnte. So befürchtet eine Person aus Lausanne: «Wenn man gelähmt und blind ist – welche Qualität hat das Leben dann? Das sind ein wenig Hitler-Theorien, man will gesunde blonde Menschen mit blauen Augen von 1,90 m Grösse... man endet da. Es ist gefährlich, unverständlich, die Qualität des Lebens zu messen. Sie kann spirituell sein und nicht unbedingt sehr physisch.»³⁹

5.2 Kriterien für QALY

Tatsächlich geben die Kriterien, die für eine Bemessung der Lebensqualität hinzugezogen werden, Anlass zu Diskussionen. Sogar das Alter eines Patienten wird nicht vorbehaltlos als Schwellenwert akzeptiert – wie ein Votum aus der deutschen Schweiz zeigt: «Man kann in keinem Lebensabschnitt sagen, wie alt man noch wird.» Auch in Lausanne denkt jemand: «Ich will einer alten Person nicht grundsätzlich weniger Wert geben.»⁴⁰ In der gleichen Gruppe weist ausserdem jemand auf die Wandelbarkeit von Kriterien hin: «Wenn visionäre Politiker im Jahr 1960 beschlossen hätten, mit siebzig sei man alt, so würde man heute erkennen, dass man erst mit achtzig alt ist. Man wird älter, die Therapien werden wirkungsvoller. Wenn man dem Alter eine Grenze setzt, überholt einen die Evolution.»⁴¹

In der Berner Diskussionsrunde entwickelte sich rund um die Merkmale von Lebensqualität eine besonders lebhafte Diskussion. In dieser Gruppe gibt eine Person sogar

36. «La medicina è fata di ricerca. Ed è giusto che non tutto funzioni. Ogni corpo reagisce differentemente. Si rischia (...) di volermi schiacciare in un sistema che non è fatto per il mio corpo. Sarebbe troppo dettato. Io avrei questo pensiero nel mio retro (...) lo temo che ci sia, adesso anche con questi nuovi metodi, che si va a aderizzare... a schiacciare il paziente in una direzione unica. Vuol dire che non c'è neanche più la libertà del singolo che venga adattata la cura sul suo individuo.»

37. «Je trouve qu'à partir qu'on ne prend pas l'ensemble des données du problème et qu'on nous demande de répondre à une question réduite, on fausse les réponses qu'on donne. Si on prend toutes ces réponses qui ont été données à vos questions et que ça va dans un rapport pour des personnes politiques, quelque part, ça leur donne un blanc-sein pour dire: ben pour les personnes âgées on peut couper. Alors moi, ça me scandalise qu'on réduise toujours les questions par tranche de salami et on oriente les réponses qui sont données. Et je trouve qu'il y a une dévalorisation des personnes âgées (...) je ne suis pas d'accord. Je trouve qu'il y a déjà souvent un discours sur les personnes âgées ou inactives selon lequel finalement c'est des poids pour la société. On dit, oui, voilà, ma grand-mère qui est à l'EMS, ça coûte cher, et on lui dit, oui, effectivement, tu coûtes cher (...) arrêtons-là!»

38. «Io mi chiedo sempre (...) costi-benefici (...) metteranno i soldi per quest'agenzia, e questo va bene. Però forse questi soldi vengono tolti da un'altra parte. Allora, e qui trovo che c'è un (unverständlich) enorme per potere esprimere che cos'è la migliore soluzione, se c'è una migliore soluzione. Perché tutto ha un costo.»

39. «Si on est paralysé et aveugle, est-ce qu'on a une mauvaise qualité de vie? C'est un peu des théories hitlériennes. On veut des personnes blondes avec des yeux bleus, en bonne santé, d'un mètre nonante. C'est dangereux, incompréhensible, de mesurer la qualité de vie. Parce qu'il peut avoir une vie spirituelle, par exemple, et pas très physique.»

40. «Je ne veux pas donner moins de valeur aux personnes âgées par principe.»

41. «Admettons que nos politiciens sont des visionnaires – ce serait nouveau – et qu'en 1960 ils aient pris cette décision en disant qu'à 70 ans on est vieux. Maintenant on est presque à la limite de 80, 85 ans. Parce que la santé, les médicaments, tout ça améliore la longévité de la vie. Si on met un plafond à l'âge, on arrive un jour, avec l'évolution.»

42. «Je pense qu'a priori les critères de qualités etc sont bon, si on en connaît les limites. Puisque effectivement (...) l'évaluation d'un médicament contre le cancer ne sera pas la même si on l'applique à un sourd que à quelqu'un qui n'est pas sourd. Mais si on a intégré les limites, ça nous donne une première réflexion au niveau de l'évaluation collective.»

43. «Per me l'importante è che la persona possa decidere. Vorrei essere in posizione di poter scegliere. Di fare o non fare una cura tumorale, scegliere qualcosa, anche se c'è poca speranza, perché la speranza è l'ultima a morire. Se un medico qui in Svizzera mi dicesse che non vale investire in questa cura, perché la statistica dice che – direi però, per mia figlia, prenderei mia figlia a spese mie, pur di vendere l'ultima mia camicia, e andrei da qualche parte dove mi venisse fuori questa cura.»

44. «Secondo me, a informare, sicuramente, è il medico. E a decidere, alla fine siamo noi. Nel senso se troviamo che vale la pena, se ci sono troppi rischi, o se dopo lo stesso non aiuta tanto (...) Io penso che ogni uno ha la sua responsabilità, anche. Di non dire subito sì, e di consultare caso mai un altro medico e vedere se è veramente la migliore soluzione, invece di decidere troppo veloce.»

45. «Per le malattie gravi, cioè proprio quelle che uccidono, a livello di costi, personalmente, avrei parecchia paura di lasciare la decisione a un'ente neutrale che probabilmente – io rimarrei col dubbio – ha unicamente l'economicità della situazione sotto controllo. Perché alla fine quell'ente lì la creiamo perché dobbiamo risparmiare costi e non perché non ci fidiamo dei medici. La creiamo semplicemente perché non ci fidiamo del settore medico o di un malato che tende a sprecare. Ma se ho una malattia grave, io non mi fiderei di una struttura del genere. Cercherei piuttosto la seconda opinione.»

zu bedenken, dass das Alter eines Patienten in der Bilanzierung auch positiv zu Buche schlagen könnte: «Ein älterer Mensch im Betrieb hat viel mehr Erfahrung, beispielsweise. Unter Aspekten der Wirtschaftlichkeit könnte das Alter sogar vorteilhaft sein.» Die Produktivität und die bisherige Krankengeschichte eines Menschen wird in dieser Runde als weiteres mögliches Kriterium genannt: «Wenn jemand schon krank gewesen ist, gibt es Minus-, wenn er fit ist, gibt es Pluspunkte.» Doch nicht allein die Leistungsfähigkeit wird ins Feld geführt: «Den IQ und die Sozialkompetenz müsste man auch rein nehmen. Man müsste das definieren.»

Auch der Massstab von QALY selber ist nicht unumstritten: «Heisst dann hundert Prozent, dass man sieben Nächte in der Disco durchmachen kann?», erkundigt sich jemand aus der Deutschschweizer Runde, während andere festhalten, dass Behinderungen nicht automatisch als Reduktion von QALY zu werten seien: «Der Blinde sieht seine Behinderung möglicherweise ganz anders als der Aussenstehende», befindet eine Person aus der gleichen Gruppe. In Lausanne weisen verschiedene Voten ebenfalls auf die Grenzen objektiver Kriterien hin: «Die Qualitätskriterien sind gut – aber man muss die Grenzen der Methode integrieren. Etwa die ungleiche Ausgangslage von Behinderten.»⁴²

5.3 Wer soll entscheiden?

Das individuell-persönliche und das systemisch-politische Modell beeinflussen auch die Antworten auf die Frage, wer letztlich über die Angemessenheit von Behandlungsmethoden entscheiden sollte.

Der individuell-persönlichen Ansatz räumt ungeachtet der Skepsis, die ihnen entgegengebracht wird, den Ärzten in der Entscheidung um die angemessene Therapie viel Gewicht ein – sofern auch der Standpunkt des Patienten gebührend berücksichtigt wird. So denkt jemand in der italienischen Schweiz: «Für mich ist wichtig, dass die Betroffene entscheiden kann, auswählen kann. Ob sie eine Therapie durchführen will oder nicht. Wenn mein Arzt aus statistischen Gründen für meine Tochter von einer Therapie abraten würde, würde ich dennoch mein letztes Hemd dafür hergeben.»⁴³ Eine andere Person aus der gleichen Gruppe hält fest: «Informieren soll der Arzt sicher. Aber entscheiden – ob es Risiken gibt, ob es nicht viel hilft – da hat jeder auch eine eigene Verantwortung. Man sollte nicht immer gleich Ja sagen, allenfalls auch einen anderen Arzt aufsuchen und nicht zu rasch entscheiden.»⁴⁴ Besonders in Härtefällen ist die individuelle Betrachtung aus Sicht der Teilnehmenden unerlässlich, wie eine weitere Wortmeldung aus dem Tessin klarstellt: «Für schlimme Dinge hätte ich Bedenken, die Entscheidungen einer Organisation zu überlassen, die nur nach ökonomischen Kriterien beurteilt. Es ist weniger das Misstrauen gegenüber den Ärzten als vielmehr gegenüber dem Medizinsystem. Ich hätte kein Vertrauen in eine solche Struktur, ich würde eher eine Zweitmeinung anfordern.»⁴⁵ Auch in Lausanne wird die gemeinsame Entscheidung zwischen Arzt und Patient hochgehalten: «Man kann Informationen und Einschätzungen von Ärzten verlangen – aber die ethische und finanzielle Entscheidung kann der Arzt nicht allein treffen. Bei der Chemotherapie muss schliesslich der Patient entscheiden, angesichts der Nebenwirkungen. Was die Kosten betrifft, ist es vielleicht nicht nur der Arzt und nicht nur der Patient. Man muss überlegen, wer den Rahmen setzt. Aber der darf nicht zu starr sein.»⁴⁶ In der deutschen Schweiz denkt eine Person: «Der Mediziner sollte entscheiden. Er kennt seine Patienten und weiss, was sie möchten», wobei aus der gleichen Gruppe jemand eine Alternative vorschlägt: «Wieso kann nicht ein Gremium von zwei bis fünf Leuten entscheiden, was man mit

einem (sterbenskranken, Erg. TA-SWISS) Menschen machen soll? Das könnten doch die entscheiden, die ihn betreut haben?» Vereinzelt werden allerdings auch Stimmen laut, die zu bedenken geben, dass der individuell-persönliche Blick keine Gewähr für unbefangene Empfehlungen darstellt. So meint jemand aus Lausanne: «In der Evaluation würde ich auch dazu neigen, meinem Arzt zu vertrauen. Aber man hört Dinge, weiss nicht immer, ob sie stimmen – wieso verschreibt mir der Arzt dieses und nicht das andere? Vielleicht waren es die Pharmavertreter, die Einfluss genommen haben. Man muss sich fragen, ob der Prozess des Marktes richtig ist, der den Arzt dazu führt, etwas zu verschreiben. Vielleicht bräuchte es Verfahren, um so etwas kollektiv zu entscheiden.»⁴⁷

So gesehen, erkennen verschiedene Teilnehmende in allen Gesprächsrunden in Agenturen und standardisierten Vorgehensweisen eine Möglichkeit, bei der Verteilung medizinischer Ressourcen der Willkür vorzubeugen. «Wir brauchen eine Agentur, die Nutzen und Kosten abschätzt. Eine solche Agentur wäre objektiver als die Ärzte. Denn die Gemeinschaft kann nicht grenzenlos bezahlen»⁴⁸, ist jemand aus Lugano überzeugt. Medizinischem Fachwissen müsste dabei in jedem Fall mehr Gewicht eingeräumt werden als juristischen Abwägungen: «Die Alternative wäre, dass das Gericht entscheidet. Da ist es doch besser, dass eine Agentur entscheidet, die sind kompetent.»⁴⁹ Auch in der Romandie findet eine Agentur einen gewissen Zuspruch: «Es braucht ein unabhängiges Institut für die globale Betrachtung»⁵⁰ lautet ein Votum, während eine andere Person fordert, dass eine Gemeinschaft von Fachleuten die Evaluationen vornehmen solle – allerdings unter Ausschluss von finanziell Interessierten und Politikern. Ausdrücklich verwahren sich in Lausanne mehrere Personen davor, dass die Krankenkassen als Evaluatorinnen auftreten. Schliesslich sprechen sich auch in der Berner Diskussionsgruppe einzelne Teilnehmer für ein unabhängiges Evaluationsgremium von Fachleuten und für standardisierte Vorgehensweisen aus: «Die Vorgaben sollen von Technokraten kommen, das geht dann durch die politische Mühle und zum Schluss wird abgestimmt.»

5.4 Solidarität, Eigenverantwortung und Achtsamkeit gegenüber dem Einzelfall

Mag das Gesundheitswesen in der Schweiz auch viel Anlass zur Sorge geben, so möchten die meisten doch am Vertrauten festhalten. Zumindest kann sich kaum jemand eine von Grund auf andere Struktur, Funktionsweise oder Finanzierungsart vorstellen. Dieser Schluss drängt sich jedenfalls angesichts der Wortmeldungen auf, die die Frage beantworten, wie denn die Visionen für das Medizinalsystem der Zukunft aussehen könnten.

Eine einzige Person (aus der deutschen Schweiz) fordert eine radikale Abkehr vom Bisherigen, bleibt aber mit ihren Vorschlägen von Alternativen im Ungefähren: «Man sollte alles auf Null stellen und neu aufbauen. Es gibt da so viele Anspruchsgruppen – und plötzlich gibt der Staat vor, was das Leben wert sein soll. Das finde ich verrückt. Wenn man auf einem bestehenden System zu diskutieren beginnt, dann sind alle diese Anspruchsgruppen voreingenommen und versuchen, ihre Position zu verteidigen. Daher wäre ein Nullenner wichtig.» Einzelne Votanten in der deutschen und der französischen Schweiz sind der Ansicht, der Staat verschulde sich für weniger dringliche Anliegen als die Gesundheit und sehen den steigenden Kosten relativ unbefangen entgegen: «Wir verschulden uns in der Schweiz mit Milliardenbeträgen – da machen doch ein paar Millionen für wenige Fälle nichts aus»⁵¹, meint jemand aus dem Tessin im Hinblick auf seltene, aber teure Krankheiten, und auch aus der Romandie tönt es:

46. «On peut demander au médecin une appréciation médicale, lui demander un second avis – mais la décision éthique ou financière ne peut pas être forcément la sienne seule. On voit le cas de la chimiothérapie. Si vous la faites, ça vous ralonge la vie de tant, mais avec ces effets secondaires. C'est finalement le patient qui dit, non, moi je ne la fais pas, ce n'est pas le médecin qui prend cette décision-là. Sur le côté financier, ce n'est peut-être pas que le patient, ce n'est peut-être pas que le médecin, et c'est bien la question qui fixe un cadre. Je pense qu'un certain cadre doit être fixé, mais ce cadre ne peut pas être rigide.»

47. «Dans l'évaluation des traitements à priori j'aurais plutôt tendance à faire confiance au médecin. Mais je me dis après (...) on entend des choses et on ne sait pas toujours (...) pourquoi est-ce qu'un médecin va me prescrire tel médicament et pas un tel autre? Je crois qu'il y a des représentants médicaux qui vont faire un peu l'article, c'est des commerciaux, spécialistes dans le domaine, et ils ont peut-être fait de la bonne pub. Je me dis qu'il y a peut-être un processus qui vaut ce qu'il vaut. A quel point ça va peut-être influencer le médecin? Et est-ce que c'est le bon processus qui va amener le médecin à prescrire le médicament? Il faudrait peut-être un processus un peu collectif.»

48. «In ogni modo un motivo di più per il quale si deve avere un istituto di questo tipo. Per poter quantificare questo rapporto tra costi e benefici. E più oggettivo il dato stabilito da un istituzione di questo tipo che stabilito dal medico. Non è giusto che paghi la comunità per... superare i limiti.»

49. «L'alternativa che sarà che è il tribunale che decide. Ora è meglio che decida un'ente competente, con gente competente che un tribunale decida ad hoc per ogni situazione. E mi domando quale sarà la competenza specifica di un tribunale federale in una materia complessa come questa. Mi fiderei di più di un organismo...»

50. «Moi je dirais, dans un premier temps, un institut indépendant respectivement dépendant du gouvernement, de l'OFAS, pour ce qui est de la prise en compte globale.»

51. «Pero spendiamo 102 miliardi di franchi in Svizzera – che cosa è un mezzo milione per salvare una persona? Ci saranno pochi casi in Svizzera per poche malattie.»

52. «Je pense qu'un pays qui peut se payer des Gripes a les moyens pour se payer quelques cas de maladies rares et de soigner ses malades. On investit dans l'UBS – donc on a de l'argent.»

53. «La nostra società dice: noi paghiamo, allora abbiamo il diritto. Abbiamo il diritto alla salute. Viene il giorno (...) paghiamo le tasse, abbiamo il diritto del bel tempo (...) toccherrebbe anche a noi di chiedere ai medici i costi dei trattamenti. E troppo facile a sbolognar via qualcosa agli altri.»

54. «Non si potrebbe esigere che un paziente non deve spendere più di X per la sua malattia? Questa deve essere una base matematica e statistica. E il paziente poi può continuare a farsi curare senza di spendere di tasca sua. E la socialità che sopporta il costo.»

55. «Sur le principe, je pense que le modèle n'est pas si faux que ça. Avec une assurance de base qui donne une couverture suffisante et avec des systèmes d'assurances complémentaires pour ceux qui en veulent ou qui peuvent. Et une part de l'Etat, ce qui est déjà le cas. Le tabac est déjà taxé, l'alcool aussi – il n'y a finalement pas grand chose à changer.»

«Ein Land, das sich ein paar Gripes leisten kann und ordentlich in die UBS investiert, sollte genügend Mittel haben, um 40 an einer seltenen Krankheit Leidende pflegen zu können.»⁵²

In allen Gruppen kommen dagegen Vorschläge auf, die bereits mehrfach in der öffentlichen Diskussion standen und Gegenstand von Abstimmungen waren: Die Einheitskasse und lohnabhängige Finanzierungsmodelle finden in sämtlichen Diskussionsrunden Befürworter – allerdings auch entschiedene Gegner, die befürchten, mit einer Einheitskasse einer Institution das Entscheidungsmonopol einzuräumen; eine Finanzierung wiederum, die von bezogenen Leistungen abstrahiert, weckt bei einigen die Sorge, die Verbrauchsmentalität werde gefördert: «Unsere Gesellschaft funktioniert so: Wir bezahlen, also haben wir das Recht auf Gesundheit. Irgendwann wird es so sein, dass wir sagen, wir bezahlen Steuern, also wollen wir schönes Wetter. Es ist auch unsere Aufgabe, die Ärzte zu fragen, wie viel etwas kostet. Hier gibt es auch Selbstverantwortung, es ist allzu einfach, wenn man es einfach an die anderen abschiebt»⁵³, gibt jemand aus dem Tessin zu bedenken. Vereinzelt wird ausserdem die Forderung laut, auch bei der Finanzierung des Gesundheitswesens das Verbraucherprinzip zu befolgen; demnach sollten Zigarettenhersteller und Nahrungsmittelfirmen, die mit fettigen und zuckerhaltigen Speisen das Übergewicht in der Bevölkerung förderten, entsprechend zur Kasse gebeten werden. In der italienischen Schweiz wird ausserdem ein über Steuern finanzierter Fonds in Erwägung gezogen, der insbesondere Therapien für seltene Krankheiten finanzieren solle.

Gesamthaft am meisten Sympathien vereint allerdings ein Modell, das eine therapeutische Basissicherung sicherstellt, die für alle Menschen in der Schweiz gleichermaßen zugänglich ist, dabei aber den Einzelnen auch die Möglichkeit offen lässt, zusätzliche Leistungen einzukaufen. Die Meinungen darüber sind geteilt, ob die Basispflege solidarisch finanziert werden soll oder der Zusatz. So denkt jemand aus dem Tessin: «Man sollte es so drehen, dass ein Patient nicht mehr als ein bestimmte Summe für die Pflege ausgeben muss. Was darüber geht, übernimmt die Gemeinschaft.»⁵⁴ In der deutschen Schweiz dagegen meint eine Person: «Die Grundversicherung sollte für alle gleich sein, aber die, die ein Supplement wollen, müssen eine Zusatzversicherung abschliessen und selber zahlen», und auch eine weitere Wortmeldung aus der gleichen Gruppe bestätigt: «Ich finde, das System, wie es jetzt ist, ist eigentlich gut. Mit Grundversicherung und Zusatz, das ist gut.» Dieser Ansatz findet auch in der Gruppe von Lausanne Befürworter: «Das Modell ist nicht so verkehrt. Die Versicherung ist in Ordnung, mit einer Basis, die das Nötige deckt, und mit Zusatzversicherungen für jene, die mehr wollen. Ein Teil soll weiterhin staatlich laufen, etwa das Abschöpfen von Tabaksteuern.»⁵⁵

So gesehen, bestätigt der *publifocus* die Ergebnisse aus Volksabstimmungen zur medizinischen Versorgung in der Schweiz: Im komplexen Gesundheitswesen sind Neuerungen nur sehr schwer durchzusetzen – von grundlegenden Veränderungen ganz zu schweigen. Denn auch wenn es gegen den Status quo und die absehbaren Entwicklungen in der Öffentlichkeit Vorbehalte gibt, so befürchten doch alle, Veränderungen im System könnten Nachteile nach sich ziehen, die sich zum vornherein nicht absehen lassen und die nicht zuletzt auch auf die persönliche Situation negativ zurückwirken könnten.

6 Anhänge

Die drei Diskussionsrunden im Überblick

Diskussionsgruppe	(Eingeladen) Teilnahme	Alter	Geschlecht (m/w)	Ausbildung/Beruf	Mitgliedschaften	In ärztlicher Behandlung
Lugano	(15)/13	20-29: 2 30-39: 1 40-49: 4 50-59: 4 60-69: 2	4 w 9 m	Treuhänder, Lagerhalter, Pensionär, kaufmännische Angestellte (4x), Politizist, Studenten (2x), Psychologe, Servicemanager, Gouvernante	sozialistische Partei, atletica Lugano.	ja: 3 nein: 10
Bern	(14)/9	20-29: 0 30-39: 1 40-49: 3 50-59: 2 60-69: 3	4 w 5 m	Berufsbildner, Ingenieur (x2) Lehrer, Doktorand, Coach, Projekt- leiter, kaufmännische Angestellte, Hausfrau	LVL Langenthal, TCS, Schweizerischer KMU- Verband, freiwillige Feuerwehr, CVP	ja: 1 nein: 8
Lausanne	(13)/6	20-29: 1 30-39: 1 40-49: 1 50-59: 2 60-69: 1	3 w 3 m	Pfarrer, Manager, Jursit, Student, Bibliothekar, Wissenschaftler	Aide suisse à l'action communautaire en Haïti	ja: 3 nein: 3

Auswertung der Rückmeldungen (Fragebogen)

Fragen	Antwort		
	Lugano 5*/6	Lausanne 13*/15	Bern 9*/9
1. Wie beurteilen Sie die Qualität der Informationsbroschüre «Was ist uns Gesundheit wert»?	3 2 - -	9 4 - -	4 4 - -
2. Beurteilen Sie den Inhalt der Informationsbroschüre als ausgewogen?	5 -	12 1	8 -
3. Wie beurteilen Sie den ersten Einstiegsvortrag (ökonomische Aspekte)? War er:	2 2 1 -	2 2 1 -	5 4 - -
4. Wie beurteilen Sie den zweiten Einstiegsvortrag (ethische Aspekte)? War er:	3 1 1 -	11 2 - -	7 2 - -
5. Wie beurteilen Sie die Qualität der Moderation. War sie insgesamt und während der Diskussionen:	4 5 - -	8 4 1 -	8 1 - -
6. Konnten Sie während dem <i>publifocus</i> Ihre Meinung sagen?	3 1 1 -	9 4 - -	8 1 - -
7. Hat sich Ihre Meinung gegenüber den Nutzen und Kosten medizinischer Behandlungen verändert, seit Sie am <i>publifocus</i> teilgenommen haben?	- 5	6 7	- 9

* Anzahl der ausgefüllten Fragebogen

Auswertung des *publifocus* «Nutzen und Kosten medizinischer Behandlungen»

Zusammenfassung der Kommentare der Teilnehmer

Wie beurteilen Sie die Qualität der Informationsbroschüre «Was ist uns Gesundheit wert», die Ihnen per Post zugestellt wurde? (Sehr gut; ziemlich gut; ziemlich schlecht; sehr schlecht).

Mehrere Kommentare heben die hohe Qualität der Broschüre sowie deren gute Verständlichkeit für ein breites Publikum hervor. Bis auf zwei Ausnahmen bewerten alle Personen, welche den Fragebogen ausgefüllt haben, den Aufbau der Broschüre positiv; eine Person findet, dass sich der Text an Spezialisten richtet und eine andere ist der Ansicht, dass der Aufbau nicht klar ist. Eine Person findet, dass der Inhalt der Broschüre nicht in die Diskussionen eingeflossen ist.

War die Broschüre Ihrer Ansicht nach inhaltlich ausgewogen? (Ja; nein).

Nur zwei Personen haben diese Frage negativ beantwortet und bemängeln den fehlenden philosophischen Ansatz. Alle Personen, welche diese Frage positiv beantwortet haben, haben keine Kommentare angebracht.

Das erste Referat (wirtschaftliche Aspekte) war: sehr gut verständlich; recht gut verständlich; nicht sehr gut verständlich; überhaupt nicht verständlich.

Die Präsentation zu den wirtschaftlichen Aspekten wurde sehr geschätzt. Die beteiligten Experten wurden als sehr kompetent und gut verständlich erachtet. Generell wurde die Präsentation als gute Einführung zur Erklärung einiger unklarer Punkte angesehen. Eine Person hebt insbesondere die gute Erklärung des QALY hervor. Drei Personen bemängeln hingegen, dass die Präsentation die Inhalte der Infobroschüre wiederholt. Eine weitere Person fand, dass das Referat sehr kurz war und schnell abgehandelt wurde und dass es keinen Mehrwert für den *publifocus* bot.

Das zweite Referat (ethische Aspekte) war: sehr gut verständlich; recht gut verständlich; nicht sehr gut verständlich; überhaupt nicht verständlich.

Auch die Präsentation zu den ethischen Aspekten wurde sehr geschätzt und die Experten wurden ebenfalls als kompetent und verständlich erachtet. Aus den Kommentaren geht jedoch hervor, dass die Teilnehmer die ethische Debatte für abstrakt hielten und dass die Präsentation nicht präzise genug war. Zwei Personen empfanden das Referat als zu komplex.

Wie beurteilen Sie die Qualität der Moderation während der Diskussion? (Sehr gut; ziemlich gut; ziemlich schlecht; sehr schlecht).

Fast alle Kommentare betonen die hohe Qualität der Moderation, insbesondere das gute Management der Sprechzeit und die gute Struktur der Diskussionen. Auch hervorgehoben wurden die Neutralität der Moderation sowie das objektive Zuhören bei Fragen und Bemerkungen der Teilnehmenden. Zwei Personen fanden die Diskussion zu verzerrt und bemängelten den fehlenden roten Faden sowie die ungenügende Ausrichtung an persönlichen Erfahrungen.

Konnten Sie während des *publifocus* Ihre Meinung äussern? (Ja, immer wenn ich es wünschte; ja, teilweise; nein, nicht wirklich; nein, überhaupt nicht).

Alle Antworten waren positiv. Es wurde nur ein Kommentar notiert. Eine Person war der

Ansicht, dass für die Diskussion nicht genügend Zeit zur Verfügung stand und dass dafür ein ganzer Tag statt nur eines Abends hätte eingeplant werden müssen.

Hat sich Ihre Meinung über die Bewertung von medizinischen Behandlungen seit Ihrer Teilnahme am *publifocus* geändert?

Infolge der *publifocus*-Veranstaltungen haben sechs Personen ihre Meinung in dieser Angelegenheit revidiert. Jene Personen, deren Ansicht sich nicht geändert hat, konnten nichtsdestotrotz ihre Meinung zum Thema breiter abstützen und besitzen jetzt eine bessere Sicht über die Problematik. Die Meinungsänderung zum Thema «Nutzen und Kosten medizinischer Behandlungen» liegt entweder in einer Verstärkung der – positiven oder negativen – Anfangsmeinung oder aber in der Entwicklung zu einer positiven Sicht. Mehrere Personen halten sich für besser informiert und sind froh darüber, die Meinungen und Fragen der anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer gehört zu haben.

Haben Sie weitere Bemerkungen zum *publifocus*?

Zahlreiche Kommentare begrüßen die Initiative des *publifocus* und schätzen die gute Organisation. Einige betrachten den *publifocus* als Gelegenheit, um sich ohne politische oder andere Zwänge mit Anderen auszutauschen. Eine Person wünscht, dass der nächste *publifocus* nicht nur einen Abend, sondern einen ganzen Tag dauert.



Beteiligte Personen und Institutionen

Trägerschaft

Zentrum für Technologienfolgen-Abschätzung TA-SWISS

(vertreten durch **Dr. Sergio Bellucci**), www.ta-swiss.ch

Akademien der Wissenschaften Schweiz SAMW

(vertreten durch **Dr. Hermann Amstad**), www.samw.ch

Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften SAGW

(vertreten durch **Dr. Markus Zürcher**), www.sagw.ch

Begleitgruppe

- **Prof. Peter Suter**, Vizepräsident der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW, Basel (Präsident der Begleitgruppe).
- **Prof. Nikola Biller-Andorno**, Direktorin des Instituts für Biomedizinische Ethik, Universität Zürich.
- **Dr. Ignazio Cassis**, Nationalrat, Montagnola.
- **Prof. Luca Crivelli**, Gesundheitsökonom, Universität der italienischen Schweiz, Lugano.
- **Barbara Gassmann**, Vizepräsidentin des Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI, Bern.
- **Martina Hersperger**, Leiterin der Abteilung Daten, Demographie und Qualität der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), Bern.
- **Prof. Valérie Junod**, assoziierte Professorin an den Fakultäten für Recht und Wirtschaftswissenschaften, Universität Lausanne.
- **Margrit Kessler**, Präsidentin der Schweizerischen Stiftung SPO Patientenschutz, Zürich.
- **Isabelle Moncada**, Journalistin und Produzentin des Gesundheitsmagazins «36,9», RTS, Genf.
- **Prof. Fred Paccaud**, Direktor des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Lausanne.
- **Prof. Julie Page**, Leiterin Forschung und Entwicklung des Instituts für Ergotherapie an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Winterthur.
- **Dr. Heiner Sandmeier**, Stellvertretender Generalsekretär von Interpharma, Basel.
- **Prof. Daniel Scheidegger**, Präsident der Steuerungsgruppe des Projektes «Nachhaltiges Gesundheitssystem», Universitätsspital Basel.
- **Sandra Schneider**, Leiterin Abteilung Leistungen, Bundesamt für Gesundheit BAG, Bern.
- **Prof. Giatgen A. Spinas**, Direktor der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung, Universitätsspital Zürich, Mitglied des TA-SWISS Leitungsausschusses.

Projektverantwortung

Dr. Sergio Bellucci, TA-SWISS, Bern

Nadia Ben Zbir, TA-SWISS, Bern

Dilini-Sylvie Jeanneret, TA-SWISS, Bern

Experten

Prof. Dr. Alberto Bondolfi, Assoziierter Professor, Universität Lausanne.

Prof. Luca Crivelli, Gesundheitsökonom, Universität der italienischen Schweiz, Lugano.

Dr. Karine Moschetti, Forschungsleiterin Institute of Health Economics and Management (IEMS), Universität Lausanne.

Dr. Bertrand Kiefer, Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin NEK.

Dr. Markus Breuer, Institut Dialog Ethik, Zurich.

Prof. Simon Wieser, Senior health economist, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Winterthur.

Moderierende

Giovanni Pellegri, Lugano

Isabelle Moncada, Genf

Robert Ruoff, Le Prédame

Sekretariat

Séverine Jaussi, TA-SWISS, Bern

Sabrina Terranova, TA-SWISS, Bern

Autorin Schlussbericht

Lucienne Rey, texterey, Bern

Übersetzung

Aurelia von Zeerleder, Bern

Redaktion und Layout

Christine D'Anna-Huber, TA-SWISS, Bern

TA-SWISS – Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung

Neue Technologien bieten oftmals entscheidende Verbesserungen für die Lebensqualität. Zugleich bergen sie mitunter aber auch neuartige Risiken, deren Folgen sich nicht immer von vornherein absehen lassen. Das Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung TA-SWISS untersucht die Chancen und Risiken neuer technologischer Entwicklungen in den Bereichen «Biotechnologie und Medizin», «Informationsgesellschaft», «Nanotechnologien» und «Mobilität/Energie/Klima». Seine Studien richten sich sowohl an die Entscheidungstragenden in Politik und Wirtschaft als auch an die breite Öffentlichkeit. Die Studien von TA-SWISS sollen möglichst sachliche, unabhängige und breit abgestützte Informationen zu den Chancen und Risiken neuer Technologien vermitteln. Deshalb werden sie in Absprache mit themenspezifisch zusammengesetzten Expertengruppen erarbeitet. Durch die Fachkompetenz ihrer Mitglieder decken diese so genannten Begleitgruppen eine breite Palette von Aspekten der untersuchten Thematik ab.

TA-SWISS fördert zudem den Informations- und Meinungsaustausch zwischen Fachleuten aus Wissenschaft, Wirtschaft, Politik und der breiten Bevölkerung. Dazu hat TA-SWISS Dialog- und Mitwirkungsverfahren wie «PubliForum», «*publifocus*» und «PubliTalk» entwickelt, die seit 1998 mit interessierten Laien durchgeführt werden. Diese Verfahren beteiligen Bürgerinnen und Bürger an der gesellschaftlichen Diskussion über die möglichen Folgen des technologischen Fortschritts. Die Ereignisse erscheinen in der Publikationsreihe TA-Partizipation (TA-P).

TA-SWISS ist ein Kompetenzzentrum der Akademien der Wissenschaften Schweiz.

Impressum

TA-SWISS (Hrsg) **Nutzen und Kosten medizinischer Behandlungen zwischen individuellen und kollektiven Interessen**

publifocus-Bericht von TA-SWISS, Bern 2012
TA-P17/2012d

Autorin: Lucienne Rey, Bern

Fotos: Christoph Hoigné für TA-SWISS (Mitwirkungsverfahren 2009)

Druck: Jordi AG – Das Medienhaus, CH-3123 Belp

Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften
Académie suisse des sciences humaines et sociales
Accademia Svizzera di scienze morali e sociali
Accademia svizra da sciences morales e sociales
Swiss Academy of Humanities and Social Sciences



SAMW
Schweizerische Akademie
der Medizinischen
Wissenschaften

ASSM
Académie Suisse
des Sciences Médicales

ASSM
Accademia Svizzera delle
Scienze Mediche

SAMS
Swiss Academy
of Medical Sciences

TA-SWISS
Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung
Brunngasse 36
CH-3011 Bern
info@ta-swiss.ch
www.ta-swiss.ch

a⁺ Ein Kompetenzzentrum der
Akademien der Wissenschaften Schweiz

publifocus-Bericht
TA-P17/2012d