

Zeitschrift:	Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich
Herausgeber:	Geriatrischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich
Band:	- (1999-2000)
Heft:	65
Artikel:	Manifest für eine gerechtere Mittelverteilung im Gesundheitswesen : unabhängige, interdisziplinäre Arbeitsgruppe "Gerechte Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen"
Autor:	[s.n.]
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-790263

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 24.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Manifest für eine gerechtere Mittelverteilung im Gesundheitswesen

Unabhängige, interdisziplinäre Arbeitsgruppe
„Gerechte Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen“*

Hauptaussagen der Gruppenarbeit:

- a) Eine Rationierung ad hoc im Einzelfall auf der Ebene der Leistungserbringer, wo sie derzeit schon stattfindet, ist abzulehnen.
- b) Rationierungsregeln sind auf der Grundsatzebene, d.h. der politischen Ebene, in einem demokratischen Entscheidungsprozess und transparent zu formulieren.
- c) Die Rationierung darf von den politischen Instanzen nicht verdeckt, als Rationalisierung getarnt, den im Gesundheitswesen tätigen Institutionen (Spitäler, Praxen, etc.) und deren Akteurinnen und Akteuren zugeschoben werden.
- d) Im Rahmen der heutigen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen des schweizerischen Gesundheitswesens und ohne eine generelle Rationierung ist die individuelle Rationierung unvermeidbar.
- e) Auf der Grundsatzebene werden folgende Rationierungsregeln vorgeschlagen:
 - Regeln für die *generelle* Rationierung:
Solidarität
Vorzug des aktuellen, angemessenen medizinischen Handlungsbedarfes
Neugewichtung der Geldverteilung in der medizinischen Forschung
Zurückhaltung bei der Einführung von Neuerungen zulasten der Solidargemeinschaft
Beschränkung der Leistungsanbieterinnen und –anbieter
Transparenz zwischen Leistungsanbieter und Industrie
Verbesserung des Zusammenspiels von Bund und Kantonen
Institutionenübergreifende Gestaltung der Handlungsabläufe bei einer Behandlung und/oder Betreuung eines Menschen
 - Regeln für die *individuelle* Rationierung im Einzelfall:
Die Gesellschaft kommt nicht darum herum, sich zu entscheiden, wieviel sie sich ein *statistisch* zu gewinnendes Lebensjahr mit guter Lebensqualität kosten lassen will sowie die Mittel zu bestimmen, welche sie zur Anwendung im Einzelfall zur Verfügung stellt. Diese Entscheidung hingegen ist vorgängig und unabhängig vom individuellen Einzelfall auf der Grundsatzebene zu entscheiden.
Eine individuelle Rationierung, bei welcher einem Patienten oder einer Patientin Mittel aufgrund ihrer persönlichen Lebens- und/oder Sterbesituation

*) Mitwirkende der Arbeitsgruppe siehe am Schluss des Artikels

vorenthalten werden, ist nur insofern vertretbar, als die zur Anwendung kommenden *Mittel* in dieser individuellen Situation auf ihre Möglichkeit hin geprüft werden, inwieweit sie bestimmte Lebensjahre mit guter Lebensqualität ermöglichen oder nicht.

Betreffend Grundsatzebene sind die medizinischen Behandlungs- und Betreuungsmassnahmen allgemein zu bewerten. Von der Gesellschaft ist deshalb zu entscheiden, welche konkreten medizinischen *Massnahmen* sie im Einzelfall zur Verfügung stellen will oder nicht. Medizinische Massnahmen sind auf ihr Verhältnis zwischen Kosten, gewonnenem Lebensjahr und gewonnener Lebensqualität hin mittels QUALYS zu prüfen. So ist die Anwendung von sehr teuren Behandlungs-und/oder Betreuungsmethoden im Einzelfall geboten, wenn mit ihnen mehrere Lebensjahre mit guter Lebensqualität gewonnen werden. Hingegen ist die Anwendung von teuren oder sehr teuren Behandlungs- und/oder Betreuungsmassnahmen im Einzelfall abzulehnen, wenn sie die Lebenszeit nur wenig verlängern und die Lebensqualität kaum verbessern.

- f) Auf der Leistungsebene gilt es vorrangig, die Rationalisierungsmöglichkeiten auszuschöpfen. Rationierung lässt sich nur dort verantworten, wo die Möglichkeiten der Rationalisierung vollumfänglich genutzt worden sind.
- g) Kontrolle durch Vertrauensfachleute.

I. EINLEITUNG

1. Prioritätensetzung und Rationalisierung*¹

Die Prioritätensetzung für eine faire Mittelverteilung* im Gesundheitswesen findet in einer liberalen, demokratischen Gesellschaft auf der Grundsatzebene von Bund und Kantonen statt. Die Grundsatzebene formuliert die Regeln für die Mittelzuteilung für die Leistungserbringer. Diese Regeln ihrerseits basieren auf elementaren Grundsätzen. Die Leistungsanbieter tragen die Verantwortung dafür, diese Mittel entsprechend den von der Grundsatzebene festgesetzten Prioritäten optimal einzusetzen, d.h. die Arbeitsabläufe soweit zu rationalisieren, dass sie ohne Qualitätseinbusse sowohl für die Patientinnen und Patienten, als auch für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer am kostengünstigsten sind. Bei einer *Rationalisierung** wird Unnötiges beseitigt, indem Handlungsabläufe effizienter gestaltet werden. Notwendiges und Sinnvolles bleibt bei der Rationalisierung erhalten, die Leistungsangebote für die Patientinnen und Patienten werden dabei manchmal sogar verbessert. Das Rationalisierungspotential von einer bestimmten Mittelmenge wird durch berechtigte Qualitätsansprüche begrenzt. Kommt es aufgrund der Rationalisierung zu Qualitätseinbussen, so wandelt sich die Rationalisierung zur Rationierung. Bei einer *Rationierung**

¹ Die mit *gekennzeichneten Wörter finden Sie im angefügten Glossar.

geht es um den Verzicht auf an sich Sinnvolles, Angemessenes, d.h. um Opfer. Je nach dem, wie viele Mittel die Gesellschaft dem Gesundheitswesen aus finanziellen Gründen zur Verfügung stellen kann und will, findet dieser Wandel früher oder später statt. Da die sich ständig vermehrenden Möglichkeiten der modernen Medizin zunehmend die Finanzierungsmöglichkeiten der Gesellschaft übersteigen, ist eine Prioritätensetzung zwingend. Eine solche Prioritätensetzung ist de facto bereits eine Rationierung von bestehenden und in Aussicht stehenden Handlungsmöglichkeiten der Medizin. Diese Situation ist gegenüber vergangenen Zeiten insofern neu, als früher die finanziellen Mittel zur Befriedigung der gestellten Bedürfnisse im Gesundheitswesen ausreichten, weil die medizinischen Handlungsmöglichkeiten derart beschränkt waren. Es gab in den meisten Fällen gar keine Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen medizinischen Handlungsoptionen. Es bestand sogar die Pflicht, alle zur Verfügung stehenden Mittel zur Überlebenshilfe einzusetzen. Heute nun übersteigen die Handlungsmöglichkeiten der modernen Medizin die Finanzierungsbereitschaft der Gesellschaft. Insofern stellt sich der modernen Gesellschaft nicht die Frage, ob überhaupt zu rationieren sei oder nicht, sondern wann, wie und wo. Dabei ist zwischen *generellen* und *individuellen* Rationierungsentscheiden zu unterscheiden.

2. Generelle und individuelle Rationierungsentscheide*

Bei *generellen* Rationierungsentscheiden wird die Zuteilung der Mittel für die Behandlung und/oder Betreuung unabhängig von der individuellen Lebens- und Sterbesituation einer Patientin oder eines Patienten gefällt. Demgegenüber wird bei *individuellen* Rationierungsentscheiden diese Zuteilung von der Lebens- und/oder Sterbesituation eines Menschen abhängig gemacht. Die Grundsatzebene ist sowohl für die Regelbildung der individuellen wie der generellen Rationierungsentscheide verantwortlich. Rationierungsregeln dürfen nicht individuell auf der Leistungsebene festgelegt werden, sondern bedürfen immer einer offenen, demokratischen Auseinandersetzung. Die Grundsatzebene muss also nicht nur das Mass und die Art und Weise der Mittel bestimmen, welche sie der Urteilsbildung im Einzelfall zur Verfügung stellen will, sondern sie muss auch Regeln für die individuelle Urteilsbildung zur Verfügung stellen, welche entscheiden helfen, wem und wem nicht bestimmte Mittel vorenthalten werden. Dabei darf es nicht zu Diskriminierungen kommen, sondern auch für diese Zuteilung ist der Anspruch der Fairness zu stellen. Auch diese Regeln haben allgemeinverbindlich zu sein.

Diese von individuellen Lebenssituationen abhängig gemachten Mittelzuteilungen sind das grösste Problem für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen. Der "Rationierungsdisput" dreht sich in den meisten Ländern denn auch um diesen Bereich der individuellen Rationierung im Einzelfall. In welchem Ausmass individuell zu rationieren ist, ist abhängig von der generellen Rationierung. So zwingt z.B. die Ent-

wicklung von teuren Behandlungs- und Betreuungsmethoden, welche nicht mehr für alle zahlbar sind, eine individuelle Rationierung im Einzelfall, indem die Zuteilungsentscheidung dabei von der individuellen Lebens- und /oder Sterbesituation abhängig gemacht werden muss. Die Gesellschaft kommt nicht darum herum, einen Kostendeckel für ein statistisch zu erwartendes Lebensjahr mit guter Lebenserwartung festzulegen und die Mittel entsprechend zu beurteilen. Wären diese Methoden nicht vorhanden, müsste auch keine Zuteilungswahl getroffen werden. Oder wenn es die Gesellschaft verpasst, Regeln zu formulieren, welche dem Wildwuchs gewisser Eigeninteressen entgegenzutreten helfen, so stehen weniger Mittel für sinnvolle angemessene Behandlungen und Betreuungen zur Verfügung, usw. Je weniger die Entscheidungsverantwortung der generellen Rationierung wahrgenommen wird, desto früher und in grösserem Ausmass drängt sich die individuelle Rationierung im Einzelfall auf.

Wird die Rationierungsfrage sogar tabuisiert und wird der Regelbildung für die generelle und individuelle Rationierung ausgewichen, kommt es zu einer stillen, *verdeckten* Rationierung unter dem Deckmantel der Rationalisierung. Eine solche verdeckte Rationierung geschieht ad hoc im Einzelfall ohne verbindliche Verteilungsregeln und ohne vorgängige öffentliche, transparente Auseinandersetzung. Die unbehaglichen Rationierungsentscheide werden so regellos auf die Ebene der Leistungserbringer abgeschoben, was zu unfairen Mittelzuteilungen im Gesundheitswesen führt. Dies aber kann in einer demokratischen Gesellschaft, welche sich an den Menschenrechten orientiert, nicht hingenommen werden.

3. Regelbildung bei Rationierungsentscheiden

Liessen sich "Gesundheit" und "Krankheit" klar von einander abgrenzen und bestimmen und wäre medizinische Überlebenshilfe in jeder Situation angemessen, so wäre es einfach, Rationierungsregeln zu formulieren. Genau dieses ist nicht der Fall: Weder lassen sich "Gesundheit" und "Krankheit" eindeutig definieren, noch ist Überlebenshilfe in jeder Lebens- und Sterbesituation sinnvoll. Der Zwang zur Wahl drängt sich also nicht nur aus finanziellen, sondern auch aus ethischen Gründen auf. Welche Behandlung und Betreuung einem Menschen angemessen ist, lässt sich nicht mit rein äusserlichen, objektiven Regeln bestimmen und bedarf einer sorgfältigen medizinethischen Urteilsbildung im Einzelfall. Solche Urteilsbildungen finden auf der Leistungsebene individualethisch unter den von einer Situation betroffenen Menschen statt.

Solche Urteilsbildungen führen je nach Situation zur beschränkten oder umfassenden Anwendung der zur Verfügung stehenden Mittel der modernen Medizin. Ethische Entscheidungsfindung kann so zwar zu einer Mittelreduktion beitragen, löst das Rationierungsproblem aber nicht. Der Spielraum für diese Urteilsbildungen muss von

der Grundsatzebene festgelegt werden. Auf der Leistungsebene besteht nur insofern Entscheidungskompetenz, die von der Grundsatzebene zur Verfügung gestellten Mittel anzuwenden oder nicht: Die Leistungsebene hat jedoch nicht die Kompetenz, den eigenen Entscheidungsspielraum für die individualethischen Urteilsbildungen selber festzulegen. Dieses gehört in die Kompetenz und Verantwortung der Gesellschaft. Dieser individuelle Entscheidungsspielraum ist in einer liberalen Gesellschaft möglichst gross zu halten. Für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen kommt die Gesellschaft aber nicht darum herum, selbst in diesem heiklen und höchst persönlichen Entscheidungsraum allgemeinverbindliche Handlungsregeln zu formulieren, welche konkret bestimmen, wer Anrecht auf eine bestimmte Behandlung und/oder Betreuung hat und wer nicht, welche die Finanzierungsbereitschaft der Gesellschaft übersteigt, wenn sie alle beanspruchten.

Es bleibt leider nichts anderes übrig, als sogenannte QUALYS* (quality adjusted life) anzuwenden. Dies ist ein Faktor, mit dem die Wirksamkeit einer therapeutischen Intervention angegeben werden kann. Neben dem quantitativen (Verlängerung des Lebens) wird bei der Berechnung der Wirksamkeit einer Therapie auch der qualitative Aspekt (Verbesserung der Lebensqualität) in die Berechnungen und Überlegungen einbezogen. Diese können dann mit Kostenüberlegungen verbunden werden, indem z.B. entschieden wird, wieviel sich eine Gesellschaft ein Lebensjahr mit guter Lebensqualität kosten lassen kann und will.

4. Rechtliche Rahmenbedingungen

Die rechtlichen Rahmenbedingungen einer fairen Mittelverteilung sind grundsätzlich zu bedenken. Die Mittelverteilung ist *justizierbar* zu gestalten und Haftungsfragen sind zu prüfen.

5. Situation in der Schweiz

Können heute noch mehr oder weniger die meisten Patientinnen und Patienten eine ihnen angemessene medizinische Betreuung bekommen, so wird dieses in Zukunft immer weniger möglich sein. Zunehmende Ungerechtigkeiten werden die Folge sein, indem sich v.a. Bemittelte bestimmte notwendige Behandlungen noch leisten können und Minderbemittelte sterben müssen oder insbesondere Familien mit behinderten oder (chronisch)kranken Angehörigen, welche sie selber betreuen, nicht ausreichend finanzielle Mittel erhalten. Soweit als möglich muss einer solchen Zweiklassenmedizin, wie sie heute schon in einigen Bereichen besteht, entgegengewirkt werden. Im Rahmen der heutigen gesellschaftlichen Realitäten einer sogenannt liberalen Gesellschaft wird sich eine Zweiklassenmedizin freilich nicht ganz vermeiden lassen. Die damit einhergehenden Ungerechtigkeiten sind aber auf ein für alle vertretbares Mindestmass zu reduzieren.

Fasst man diese Situation zusammen, so heisst das konkret:

Im Gesundheitswesen ist zulasten der Grundversicherung nicht mehr alles zahlbar, was machbar geworden ist, es sei denn, die Gesellschaft erklärte sich bereit, neue Prioritäten zu setzen und unter Umständen sogar einen zunehmenden Anteil des Bruttosozialproduktes für die Aufwendungen des Gesundheitswesens bereitzustellen. Die Rationalisierung kann den finanziellen Notstand vorübergehend mindern. Aber auch sie kann von den Institutionen des Gesundheitswesens ohne Qualitätseinbusse der Leistung nur bis an eine bestimmte Grenze durchgeführt werden. Die politischen Instanzen können Rationalisierungen lediglich fordern, durchzuführen sind sie von den Leistungserbringern.

Die Rationierung einzelner Leistungen – d.h. der konkrete Ausschluss einzelner wirksamer und sinnvoller Leistungen von der obligatorischen Grundversicherung – wird ohne neue Prioritätensetzung auf der Grundsatzebene zunehmend und in steigendem Masse unumgänglich sein, ja sie hat bereits begonnen.

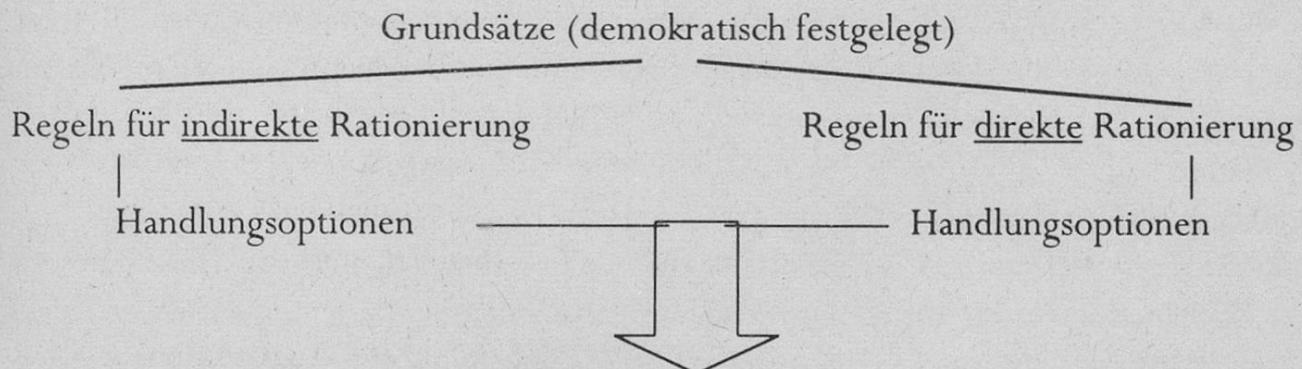
Prioritätenordnung und Rationierungsregeln bedürfen einer kollektiven, transparenten Entscheidungsfindung auf der Grundsatzebene. Die Politiker und Politikerinnen in der Schweiz sind bisher dieser schwierigen Aufgabe ausgewichen.

Die liberale Wirtschaftsordnung ermöglicht den Bemittelten durch Eigenfinanzierung ein Umgehen einer neuen Prioritätenordnung und allfälliger Rationierungsmaßnahmen. Die Vielklassenmedizin besteht heute schon, und sie wird durch eine Rationierung in Zukunft enorm akzentuiert werden. – Diese Situation ist unfair, weil Gesundheit ein existentielles Gut ist.

Im Folgenden werden die Hintergründe der derzeitigen Situation ausgeleuchtet, die für eine faire Mittelverteilung unverzichtbaren Grundsätze genannt, Regeln für die indirekte und direkte Rationierung mit den daraus resultierenden Handlungsoptionen vorgeschlagen und für die Leistungsebene Beispiele konkreter Massnahmen zur Eindämmung nicht angemessener Behandlung und Betreuung angeführt.

Die folgende Graphik verdeutlicht schemenhaft die Denkstruktur, welche hinter diesem Papier steht:

GRUNDSATZEBENE: BUND UND KANTONE



LEISTUNGSEBENE: ALLE LEISTUNGSERBRINGERINNEN UND –ERBRINGER

Ausführung entsprechend den Handlungsoptionen und QUALYS
&
Rationalisierung

II GRÜNDE DER KNAPPHEIT NOTWENDIGER MITTEL IM GE-SUNDHEITSWESEN

1. Eigeninteressen aller Akteure

Aufgrund von Eigeninteressen auf Seiten sämtlicher Akteure im Gesundheitswesen (Forschung und Produkteentwicklung, Gesunde, Industrie, Kranken- und Unfallversicherungen, Medien, sämtliche Berufe des Medizinalwesens, Patientinnen und Patienten, Politikerinnen und Politiker) kommt es teilweise zu unangemessenen Betreuungsentscheiden. Die derzeit bereitgestellten Gelder reichen für die angeordneten Behandlungen und Betreuungen nicht aus.

2. Mengenausweitung

Durch die Fortschritte in der modernen Medizintechnik und angewandten Medizin erweitert sich die Angebotspalette ständig. Eine zu hohe Ärztedichte trägt zusätzlich das ihre zu dieser Mengenausweitung bei.

3. Unverhältnismässige Produkteverteuerung

Durch die Fortschritte in der modernen Medizintechnik und angewandten Medizin gibt es immer neue Behandlungsmöglichkeiten, die zum Teil gegenüber herkömmlichen ohne wesentliche Leistungssteigerung sehr viel teurer sind.

4. Widersprüchlicher politischer Wille

Die Schere zwischen der gesellschaftlichen Finanzierungsbereitschaft und Finanzierungsfähigkeit für Gesundheitsleistungen einerseits und dem Leistungsangebot und der Nachfrage im Gesundheitswesen andererseits öffnet sich immer weiter. Es fehlt der politische Wille, diese Rationierungsproblematik überhaupt zur Kenntnis zu nehmen und ihr entgegenzuwirken.

5. Sicherheitsfanatismus

Es besteht ein verbreiteter Sicherheitsfanatismus in Bezug auf medizinische Angebote (z.B. Blutspendewesen, apparative Zusatzuntersuchungen, etc.), und es fehlen Festschreibungen von Minimal – oder Restrisiken. Dieses und eine unverhältnismässige Angst vor Haftpflicht bei fehlenden juristischen Rahmenbedingungen tragen das Ihre zur Kostenexplosion bei.

III) GRUNDSÄTZE FÜR EINE FAIRE* MITTELVERTEILUNG IM GESUNDHEITSWESEN

Die folgenden Grundsätze sind als Diskussionsgrundlage gedacht und können unter Umständen erweitert oder vereinfacht werden.

- 1) Der Staat setzt Rahmenbedingungen zum Schutze der Volksgesundheit.
- 2) Jeder Einzelne ist verantwortlich, seiner Gesundheit Sorge zu tragen und gesundheitsschädigendes Verhalten zu vermeiden.
- 3) Externe, als gesundheitsschädigend erwiesene Faktoren werden mit einer Steuer belegt, externe Risiken sind privat zu versichern.
- 4) Das Recht auf eine angemessene medizinische Betreuung ist ein Grundrecht, da es sich bei Gesundheit um ein existentielles Gut handelt. In Ergänzung zu privater Initiative und Verantwortung setzen sich Bund und Kantone im Rahmen ihrer verfassungsmässigen Zuständigkeiten und ihrer verfügbaren Mittel dafür ein, dass jede Person die für ihre Gesundheit notwendige und angemessene Behandlung und Betreuung erhält.
- 5) Ein Mensch darf nicht ungefragt und gegen seinen Willen zum Mittel irgendeines Zweckes, auch nicht von Gesundheitszwecken, gemacht werden. Er hat Autonomie. Damit kann *jede* medizinische Leistung vom Patienten abgelehnt werden. Jedoch kann von Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen nicht jede medizinische Leistung unbedingt eingefordert werden.
- 6) Im Zeitalter des Pluralismus hat niemand das Recht, einem andern Menschen dessen Lebensentwurf vorzuschreiben. Paternalismus der Betreuenden ist gleichermassen abzulehnen wie unbegrenzte Forderungen des autonomen Patienten oder der autonomen Patientin.

- 7) Eine Gesellschaft kann nur *menschlich* überleben, wenn sich ihre Mitglieder zu gegenseitiger Solidarität verpflichten, welche gegebene Ungleichheiten kompensieren hilft. Solche Solidarität ist für eine *faire* Güterverteilung im Gesundheitswesen von besonderer Bedeutung, da sich mit medizinischer Betreuung und Behandlung natürliche Ungleichheiten z.T. ausgleichen lassen.
- 8) Betreuungs- und Behandlungsentscheide lassen sich nicht allein auf naturwissenschaftliche, objektive Regeln reduzieren. Sie beinhalten immer Wertentscheidungen.
- 9) Autonomiekonflikte im Gesundheitswesen bedürfen verbindlicher Verfahrensregelungen. Mit solchen Urteilsbildungen soll die einem Menschen im Rahmen des Möglichen *angemessene* Betreuung erarbeitet werden. Diese Urteilsbildungen helfen zudem mit, willkürliche und unangemessene Eigeninteressen möglichst zu verhindern.
- 10) Die Mittelverteilung ist ein Interessenkonflikt zwischen Menschen, die gerechtfertigte Betreuungsansprüche geltend machen, welche aufgrund einer Mittelknappheit nicht mehr befriedigt werden können. Das Mittelproblem ist deshalb ein Problem der fairen Mittelverteilung.
- 11) Diese Interessenkonflikte können nicht willkürlich von Fall zu Fall entschieden werden, sondern bedürfen einer verbindlichen Regelung, welche den Rahmen für die Urteilsbildung im Einzelfall absteckt. Das Festlegen von Rationierungsregeln liegt *nicht* in der Kompetenz der Betreuenden. Die Betreuenden sind von dieser Aufgabe nach Möglichkeit zu entlasten.
- 12) Die Betreuenden sind primär den Patientinnen und Patienten gegenüber verantwortlich. Bei der Entscheidung im Einzelfall sind die angemessenen Behandlungen und Betreuungen mittels medizin-ethischer Urteilsbildung herauszuarbeiten. Der Rahmen des Möglichen für solche Urteilsbildungen wird ihnen von der Gesellschaft vorgegeben. Rationierungsentscheide dürfen nur in absoluten Notsituationen (z.B. in einem Krieg, oder auf einer Unfallstelle, etc.) aufgrund des Einzelfalles getroffen werden.
- 13) Rationierungsregeln sind nur auf der Grundsatzebene nach öffentlichem und transparentem Diskurs und demokratischer Entscheidfindung zu formulieren. Dadurch sind allgemein verbindliche Regeln zu gewinnen, die den Rahmen für die Urteilsbildungen im Einzelfall abstecken, und die damit bei Interessenkonflikten im Einzelfall willkürliche Entscheide verhindern. Eine verdeckte Rationierung auf der Ebene der Leistungserbringer ist ethisch nicht vertretbar. Diese Entscheide fallen in die Verantwortung der Gesamtgesellschaft und dürfen nicht auf die Leistungsebene abgeschoben werden. Dies lässt nicht annehmbare Ungerechtigkeiten entstehen.

- 14) Die Rationierungsentscheide dürfen nicht zu Diskriminierungen führen. Rationierungsentscheide sind, falls sie unausweichlich sind, nur aufgrund von QUALYS und nicht aufgrund von bezeichneten Krankheiten oder Altersgrenzen zu fällen.
- 15) Medizinisch nicht angemessene Massnahmen sollen nicht durch Rationierung, sondern nur auf andere Weise verhindert werden.
- 16) Auf der Leistungsebene (Spitäler, Fachgesellschaften, Praxen etc.) findet keine Regelbildung bezüglich Mittelverteilung statt, sondern hier kommen nur Rationalisierungsmassnahmen zur Anwendung, welche zu optimieren und auszuschöpfen sind.

VI. GRUNDSATZEBENE VON BUND UND KANTONEN:

REGELN FÜR INDIVIDUELLE UND GENERELLE RATIONIERUNG UND
DARAUS FOLGENDE HANDLUNGSOPTIONEN FÜR EINE FAIRE MITTEL-
VERTEILUNG IM GESUNDHEITSWESEN

1. Regeln für die generelle Rationierung

Regel 1: Solidarität. Opfer werden nur selten freiwillig erbracht und müssen von der Gesellschaft eingefordert werden.

Die Gesamtkosten des Gesundheitswesens sind so zu verteilen, dass viele ein ihren Möglichkeiten entsprechend kleines Opfer bringen und nicht wenigen ein für ihre finanziellen Verhältnisse grosses Opfer auferlegt wird.

Handlungsoptionen:

- a) Verzicht der Finanzierung von Angeboten zur Steigerung des körperlichen Wohlbefindens von Gesunden

Gesundheitserziehung und Anreize für gesundes Verhalten gehören zum staatlichen Bildungsauftrag. Angebote zur Steigerung des körperlichen Wohlbefindens von Gesunden gehören zum persönlichen Lebensstil und somit in den persönlichen Verantwortungsbereich.

- b) Erhöhung der Selbstbeteiligung

Die Selbstbeteiligung ist zu erhöhen (z.B. Verdoppelung der Selbstbehalte). Für Härtefälle soll die Möglichkeit von geeigneten Massnahmen geboten werden.

Bei Menschen mit einer chronischen Krankheit, einer Behinderung oder anderen schwerwiegenden körperlichen oder seelischen Störungen ihres Gesundheitszustandes, welche ständige medizinische Behandlung und/oder Betreuung für diese Störungen notwendig machen, gilt die erhöhte Selbstbeteiligung nur für andere Krankheiten und nicht für ihre Grunderkrankung, Behinderung oder schwerwiegende Störung.

Regel 2: Vorziehen des aktuellen, angemessenen medizinischen Handlungsbedarfes
Handlungsbedarf für einen Einzelnen hat Priorität vor den gemeinsamen Anstrengungen zur Abwendung potentieller, zukünftiger Bedrohungen, sofern die Behandlung angemessen ist.

Aktueller, angemessener medizinischer Handlungsbedarf hat Vorrang vor Präventivmassnahmen.*

Handlungsoptionen:

a) Einführung einer restriktiven Positivliste für Medikamente

Bundesebene: Streichung aller Produkte von der Liste, deren Wirksamkeit nicht nach anerkannt wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen werden können.

Ebene der subventionierten Spitäler und Pflegeheime: Einführung einer sowohl rationalen und rationellen als auch verbindlichen Medikamentenliste.

b) Limitierung von Präventionsprogrammen

Screening*- und Behandlungsprogramme dürfen nur nach sehr sorgfältiger, Industrie-unabhängiger Überprüfung übernommen werden. Dabei genügt ein reiner Wirksamkeitsnachweis nicht, sondern es ist zu debattieren, wieviel ein statistisch zu gewinnendes Lebensjahr kosten darf.

Screening- und Behandlungsprogramme, die nicht mit einer wirksamen Therapie gekoppelt sind, sind abzulehnen.

c) Limitierung der Prävention mittels teurer Apparatechnik und Medikamente

Präventivmassnahmen, welche mit Hilfe teurer Apparatechnik und Medikamente die Sterblichkeit zu verringern versuchen, sind zugunsten des aktuellen, angemessenen medizinischen Handlungsbedarfes einzuschränken. Präventionsmassnahmen wie beispielsweise die Impfung von Kleinkindern oder Aufrufe für mehr Bewegung, Konsum von Obst und Gemüse, wenig Alkohol und Nikotin sollen selbstverständlich vermehrt gefördert werden.

Regel 3: Neugewichtung der Geldverteilung in der medizinischen Forschung

Angesichts einer unproportionalen Preisentwicklung bei den neuen Produkten medizinischer Forschung sind Forschungsanreize zu schaffen, welche die Forschergemeinschaft anspornen, die bestehenden Handlungsmöglichkeiten auf ihre tatsächliche Wirksamkeit nach anerkannt wissenschaftlichen Methoden hin zu prüfen, statt unbezahlbare Produkte zu entwickeln.

Die Überprüfung der Wirksamkeit und der Zweckmäßigkeit der bestehenden Handlungsmöglichkeiten in der Medizin haben Vorrang vor der Entwicklung neuer Handlungsoptionen.

Handlungsoption:

- a) Überprüfung der Wirksamkeit und der Zweckmässigkeit bestehender Handlungsmöglichkeiten
- b) Mittel des Nationalfonds' sowie weitere staatliche Forschungsgelder, welche die Wirksamkeit medizinischer Leistungen nach anerkannt wissenschaftlichen Methoden und die Zweckmässigkeit untersuchen. Als Anreiz für Forscherinnen und Forscher soll ein Preis mit einer angemessenen Preissumme für solche Forschung ausgeschrieben werden.

Regel 4: Die laufende Neueinführung sehr aufwendiger und teurer Behandlungsmethoden hat bereits zu einer sehr weitgehenden stillen Rationierung in diesem Bereich geführt, was überaus unbefriedigend ist.

Bei der Einführung von sehr teuren Behandlungsmethoden, die nicht für alle angewendet und/oder finanziert werden können, denen sie nützen würden, soll Zurückhaltung geübt werden. (vgl. Faktor Novo Seven, neue Zytostatika, Wachstumsfaktoren, usw.)

Handlungsoption:

- a) Überprüfung neuer Behandlungsmethoden in Hinblick auf eine faire Anwendung und Finanzierung
- b) Es ist einfacher, sie erst gar nicht einzuführen oder zu entwickeln, als nachher über ihre gerechte Verteilung entscheiden zu müssen.

Regel 5: Beschränkung der Leistungsanbieter

Eine Möglichkeit, die Mengenausweitung zu begrenzen, besteht in einer Regulation der Dichte der Leistungsanbieter. Diese Dichte der Leistungsanbieter lässt sich nicht über Angebot und Nachfrage analog zu anderen Marktangeboten in einer liberalen Gesellschaft regulieren. Denn die Anbieter beherrschen, hier vor allem die Ärzteschaft, trotz aller Patientenautonomie zu einem grossen Teil die Definitionsmacht über "gesund" und "krank" und bestimmen das Vorgehen im Einzelfall weitgehend. So kommt es zu einer einseitigen Bedürfnissteuerung und dadurch unvermeidlich zu einer Mengenausweitung.

Die Zahl der Plätze für Medizinstudentinnen und -studenten einerseits und die Arbeitsbewilligungen für Ärztinnen und Ärzte andererseits sind zu beschränken.

Handlungsoption:

- a) Limitierung der Ausbildungs- und Arbeitsplätze

Zur Regulierung der Ärztedichte sollen Zulassungsbeschränkungen fürs Medizinstudium eingeführt werden, und andererseits darf ein Arzt oder eine Ärztin ab dem AHV-Alter nicht mehr zulasten der Grundversicherung praktizieren.

Regel 6: Transparenz zwischen Leistungsanbietern und Industrie

Die Interessenverflechtung zwischen Leistungsanbietern und v.a. Pharmazeutik- und Medizinaltechnik-Industrie beeinflusst Behandlungs- und Betreuungsentscheide. Diese Verflechtungen können in einer liberalen Gesellschaft nicht verboten werden. Ein solches Verbot würde sich auch negativ auf den Forschungsplatz Schweiz auswirken. Doch ist ihnen mit der Forderung nach Transparenz national und international zu begegnen.

Direkte und indirekte Interessenverflechtungen zwischen Leistungsanbietern und der Industrie sind zwingend offenzulegen.

Handlungsoptionen:

a) Offenlegen der Interessenverflechtungen

Von den Leistungsanbieterinnen und –anbietern ist ein Offenlegen der wirtschaftlichen Interessenverflechtungen zu verlangen. Die Resultate solcher Erhebungen sind zu veröffentlichen.

b) Entflechtung international

Die Schweiz setzt sich international dafür ein, dass die Beeinflussung von Forschungsresultaten durch die Industrie bekämpft wird.

Regel 7: Verbesserung des Zusammenspiels von Bund und Kantonen

Divergierende, föderalistische Tendenzen und Strukturen verunmöglichen eine optimale Mittleinsetzung.

Handlungsoptionen:

a) Koordination

Die Koordination im Gesundheitswesen ist gesamtschweizerisch (z.B. Sanitätsdirektorenkonferenz) zu harmonisieren.

b) Verschärfung der Leistungspflichten und –begrenzungen

Die Leistungspflichten und Leistungsbegrenzungen der national gültigen Grundversicherung (insbesondere die restriktive Positivliste für Medikamente und Apparate) sind neu und streng zu formulieren.

c) Verschärfung der Zulassungsbedingungen für Berufe im Gesundheitswesen

Die Berufsvorschriften für die Zulassung von Leistungserbringerinnen und –erbringern im Gesundheitswesen sind zu überarbeiten. Die Bedingungen zum Erwerb von Fähigkeitsausweisen sind zu verschärfen.

Regel 8: Institutionen übergreifende Gestaltung der Handlungsabläufe bei einer Behandlung und/oder Betreuung eines Menschen

Bei der heutigen Organisationsstruktur des Gesundheitswesens werden die Institutionen einzeln und nicht unter einem gesamtheitlichen Blickwinkel angesehen. Dadurch gehen Synergien verloren. Aufgrund unterschiedlicher Wertschätzung der Institutionen

nen, wonach der Akutbereich höher bewertet wird als derjenige zur Betreuung und Behandlung von chronischen Krankheiten und Behinderungen, kommt es zu nicht hinnehmbaren Ungerechtigkeiten und z.T. unhaltbaren Zuständen in einzelnen Institutionen.

Die Organisationsstrukturen des Gesundheitswesens sind unter gesamtheitlichen Gesichtspunkten anzusehen und abgestimmt mit der Verpflichtung der breiten Zusammenarbeit der Leistungserbringer zu organisieren.

Handlungsoptionen:

a) Integrales Case-management

Behandlung und Betreuung der Menschen ist von ganzheitlicher Warte von A - Z zu organisieren und zu strukturieren, d.h. die einzelnen Leistungen (vom Hausarzt bis zum Pflegeheim) sind im Gesamtkontext der Behandlung und Betreuung eines Menschen zu betrachten.

b) Zusammenfassung der Spitäler und Pflegeinstitutionen in übergreifenden Strukturen

Die Spitäler und Pflegeinstitutionen sind in übergreifenden Strukturen zu organisieren, damit Synergien genutzt werden können. So ergeben sich auch neue Möglichkeiten der Zusammenarbeit und eine Stärkung der Verhandlungspositionen mit der Industrie.

Regeln für die individuelle Rationierung im Einzelfall

Die Gesellschaft kommt nicht darum herum, sich zu entscheiden, wieviel sie sich ein statistisch zu gewinnerdes Lebensjahr mit guter Lebensqualität kosten lassen will und dann die Mittel zu bestimmen, welche sie zur Anwendung im Einzelfall zur Verfügung stellt. Diese Entscheidung hingegen ist vorgängig und unabhängig vom individuellen Einzelfall auf der Grundsatzebene zu entscheiden.

a) Für die individuelle Rationierung, bei welcher einem Patienten oder einer Patientin Mittel aufgrund ihrer persönlichen Lebens- und/oder Sterbesituation vorenthalten werden, ist nur insofern vertretbar, als die zur Anwendung kommenden *Mittel* in dieser individuellen Situation auf ihre Möglichkeit hin befragt werden, inwieweit sie statistisch gesehen bestimmte Lebensjahre mit guter Lebensqualität ermöglichen oder nicht. Die Gesellschaft kommt nicht darum herum, allgemein zu entscheiden, wieviel sie sich ein solches Lebensjahr kosten lassen will. Diese Entscheidung hingegen ist vorgängig und unabhängig vom individuellen Einzelfall auf der Grundsatzebene zu entscheiden.

b) Von der Grundsatzebene sind die medizinischen Behandlungs- und Betreuungsmassnahmen allgemein zu bewerten. Von der Gesellschaft ist deshalb zu entscheiden, welche konkreten medizinischen *Massnahmen* sie im Einzelfall zur Verfügung stellen will oder nicht. Medizinische Massnahmen sind auf ihr Verhältnis zwi-

schen Kosten, gewonnenem Lebensjahr und gewonnener Lebensqualität hin mittels QUALYS zu prüfen. So ist die Anwendung von sehr teuren Behandlungs- und/oder Betreuungsmethoden im Einzelfall geboten, wenn mit ihnen mehrere Lebensjahre mit guter Lebensqualität gewonnen werden. Hingegen ist die Anwendung von teuren oder sehr teuren Behandlungs- und/oder Betreuungsmassnahmen im Einzelfall abzulehnen, wenn sie die Lebenszeit nur wenig verlängern und die Lebensqualität kaum verbessern. Die Gesellschaft kommt nicht darum herum, sich zu entscheiden, die Mittel zu bestimmen, welche sie zur Anwendung im Einzelfall zur Verfügung stellt und welche nicht.

V) LEISTUNGSEBENE: BEISPIELE VON MASSNAHMEN ZUR RATIONALISIERUNG UND EINDÄMMUNG NICHT ANGEMESSENER BEHANDLUNG UND/ODER BETREUUNG

Anlass und Gegenstand dieses Manifestes ist der Zwang zur Rationierung angesichts knapper Mittel im Gesundheitswesen und nicht die Rationalisierung. Diese Thematik bedürfte wiederum eigener, ebenfalls intensiver Kommissionsarbeit. Die folgenden Ausführungen sind deshalb als Beispiele zu verstehen und erheben keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit. Es werden nur gerade solche Beispiele aufgegriffen, welche in engem Zusammenhang mit den vorhergehenden Ausführungen stehen. Auf die ganze Auseinandersetzung um neue Organisationsmodelle, wie z.B. HMO usw., wird nicht eingegangen. Es ist uns bewusst, dass der Rationalisierungsprozess an vielen Orten bereits im Gange ist und vorangetrieben wird. Mehr noch, im Rahmen dieses Prozesses findet, wie bereits erwähnt, eine verdeckte Rationierung statt. Dieser Teil V wird trotzdem angefügt, weil wir die Wichtigkeit solcher und ähnlicher Massnahmen unterstreichen wollen. Dies besonders deshalb, weil Rationierung ethisch erst vertretbar ist, wenn die Möglichkeiten der Rationierung ausgeschöpft worden sind. Dass dieses an vielen Orten der Fall ist und im Namen der Rationalisierung tatsächlich bereits Rationierung betrieben wird, ist ja mit ein Grund, warum diese Arbeitsgruppe gegründet worden ist. Die Verantwortlichen auf der Leistungsebene haben die Pflicht, sich gegen verdeckte Rationierung ohne verbindliche Regeln zu wehren, d.h. gegen Vorschriften oder Vorgaben der Grundsatzebene, die – vordergründig als Rationalisierung deklariert – zu einer Rationierung zwingen (z.B. Globalbudgets, Leistung der Arbeit durch übermüdete Assistenzärztinnen und –ärzte, Reduktion von Intensiv-Pflegestations-Betten, lange Wartezeiten für die allgemeinversicherten Patientinnen und Patienten).

Die Rationalisierungsmassnahmen sind durch die Leistungserbringer voranzutreiben und auszuweisen. Zur Rationalisierung tragen bei:

VI: TRANSPARENZ / QUALITÄT / WIRTSCHAFTLICHKEIT

Darüber, wie sich diese Forderungen optimal umsetzen lassen, ist schon viel geschrieben und auch unternommen worden. Es sei an dieser Stelle nochmals betont, dass im Folgenden einzelne Beispiele angeführt werden, die einzelnen Kommissionsmitgliedern erwähnenswert erschienen. Von der umfassenden Behandlung der Rationalisierungsthematik unter Ziff. V) kann jedoch nicht die Rede sein.

1. Transparenz

- a) Kostentransparenz: Die Spitalkosten sind mittels Gemeinkostenanalyse* und nicht mittels individuellen Kostenanalysen der einzelnen Handlungsabläufe transparent zu machen.
- b) Interessentransparenz: Den Interessenverflechtungen zwischen der Industrie und den Leistungserbringern ist mit geeigneten Massnahmen zu begegnen:
Die Bindungen der Leistungsanbieter an die Industrie sind offen zu deklarieren.
Die Spitäler publizieren jährlich diese Verbindungen ihrer Angestellten. Sponsoring muss benannt werden.
Die Selbstdispensation in den Arztpraxen ist auf ein Minimum zu beschränken.
Die Schweiz setzt sich international dafür ein, dass bei der Publikation von Studien die jeweiligen Forscherinnen und Forscher ihre Bindungen an die Industrie offenlegen müssen.
- c) Entscheidungstransparenz: Die Angemessenheit medizinischer Betreuung und Behandlung im Einzelfall soll Gegenstand bewusster medizin-ethischer Urteilsbildungen sein.

Die Institutionen stellen die notwendigen Rahmenbedingungen (Raum und Zeit) verantwortlicher medizin-ethischer Urteilsbildung zur Verfügung.

Die Angemessenheit von Behandlungs- und Betreuungsentscheiden ist von den Betreuenden interdisziplinär und zusammen mit den Patientinnen und Patienten und deren Lebenskontext mittels bewusster medizin-ethischer Urteilsbildung herauszuарbeiten.

Die Tarifordnung ist so zu gestalten, dass Gespräche mit und über die Patientinnen und Patienten gegenüber anderen medizinischen Leistungen angemessen vergütet werden (Unterstützung des GRAT*).

2. Qualität

- a) Arbeitsqualität: Die Leistungserbringerinnen und –erbringer arbeiten nach klar definierten Qualitätsstandards:
Leistungsanbietern, deren Arbeit nicht den vorgeschriebenen Qualitätsstandards entspricht, wird die Arbeitsbewilligung entzogen.

Die Ausbildung und Schulung der Leistungserbringer ist so zu gestalten, dass die Leistungserbringer die notwendigen Arbeitsqualifikationen bekommen, die sie für eine angemessene Behandlung und Betreuung brauchen (medizinisches und pharmakologisches Fachwissen und Können, Kommunikationsschulung, Schulung in medizin-ethischer Urteilsbildung, Auseinandersetzung mit der Sterblichkeit und der menschlichen Handlungsmacht, Förderung des Kostenbewusstseins).

- b) Angebotsqualität: Die Angebote der Leistungserbringer haben im Sinne eines definierten "State of the Art" verbindlichen Qualitätsstandards zu genügen:

Für die Anwendung von Medizinaltechnik werden Fähigkeitsausweise verlangt.

Die Wirksamkeit ist auszuweisen: Ein objektiver Beleg für die Wirksamkeit einer medizinischen Massnahme muss erbracht werden, und zwar durch wissenschaftliche Methoden: z.B. muss ein diagnostisches oder therapeutisches Procedere durch mehrere voneinander unabhängige und nachvollziehbare sowie mittels korrekter und nachvollziehbarer Methodik erarbeitete Studien belegt sein; EBM.

Die Zweckmässigkeit ist auszuweisen: Die Zweckmässigkeit von Massnahmen muss auf Rückfrage begründet werden. Dabei werden sich bald Standardverfahren herauskristallisieren, die nicht mehr hinterfragt werden müssen (und damit auf einer Liste von zweckmässigen Massnahmen aufgeführt sein können).

Bei schwierigen Entscheidungen ist eine Zweitmeinung einzuholen.

3. Wirtschaftlichkeit

- a) Die Spitäler haben ihre Arbeitsabläufe soweit als möglich zu rationalisieren: Konsistente Zuordnung von Aufgaben, Verantwortung, Kompetenz und Verwaltungsstruktur:

Spitalverwaltungen sind neu zu organisieren.

Die Spitalleitung als Gremium mit den jeweiligen Interessenbindungen ist durch einen unabhängigen Geschäftsführer oder unabhängige Geschäftsführerin (Tabubrecher) mit den notwendigen Kompetenzen und entsprechenden Entflechtungen zu ersetzen. Dieses führt zu Ausgliederungen und Verselbständigung (Profit- und Kostencenter).

- b) Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der durchgeführten Massnahmen: Betreuungs- und Behandlungsmassnahmen sind auch auf ihre Wirtschaftlichkeit hin zu hinterfragen.

Die Notwendigkeit von Untersuchungen ist zu begründen und nicht einfach selbstverständlich durchzuführen.

Medikamente sind auf ihre Wirtschaftlichkeit hin zu prüfen, zu vergleichen und zu verschreiben.

4. Kontrolle

Die Leistungsebene ist durch Vetrauensfachleute auf allen Gebieten zu kontrollieren, ob die von der Grundsatzebene beschlossenen Grundsätze, Regeln und Handlungsoptionen auch tatsächlich angewendet werden.

VII) SCHLUSSBEMERKUNGEN

Das vorliegende Manifest ist als Denk- und Handlungsanstoss gedacht und versteht sich nicht als der Weisheit letzter Schluss. Für die Fragen einer fairen Mittelverteilung im Gesundheitswesen besteht ein grosser Reflexions- und Handlungsbedarf, der wohl kaum je ganz abgedeckt werden kann. Währenddessen erweitern sich die medizinischen Handlungsmöglichkeiten ständig und vergrössern die Verteilungsproblematik. Eine fatalistische Haltung dieser Entwicklung gegenüber wäre genauso verfehlt wie einseitiger Optimismus. Es muss etwas geschehen. Dass es nicht einfach ist, diesbezüglich Konsens innerhalb der Gesellschaft zu finden, haben wir auch als Arbeitsgruppe erfahren. Um jeden Satz, um jedes Wort dieses Manifestes wurde gerungen und doch bleibt es ein Stückwerk und anfechtbar. Trotzdem haben wir als Mitglieder die Zusammenarbeit in dieser so heterogenen Gruppe positiv erlebt. Nur schon die Tatsache, dass wir uns zum Schluss auf einen gemeinsamen Text einigen konnten, ist bei der Komplexität und Schwierigkeit der Thematik, die alle Menschen betrifft, sehr erfreulich. Sie, liebe Leserin und lieber Leser, hoffen wir mit diesem Manifest zum Weiterdenken und Weiterhandeln ermutigt zu haben!

Mitglieder der unabhängigen, interdisziplinären Arbeitsgruppe "Gerechte Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen":

PD Dr. Max Baumann, Rechtsanwalt, Küsnacht; Dr. Ruth Baumann-Hölzle, Wolfhausen; Barbara Brühwiler, Oberschwester Gynäkologie USZ, Dr. Annemarie Bucher, Ärztin, Zürich; Ulrike Büchs, Spitalpfarrerin, Winterthur; Christina Durgiai, Krankenschwester Radio-Onkologie, USZ; Dr. Gustav Egli, Verwaltungsdirektor Diakoniewerk Neumünster, Zollikerberg; Dr. Max Giger, Arzt FMH Innere Medizin, Winterthur; Dr. Francesca Giuliani, Pharmazeutin, Zürich; Irene Hasler, Oberschwester Intensivpflegestation, USZ; PD Dr. Christian Kind, Leitender Arzt, Kantonsspital St. Gallen; Prof. Dr. Oswald Oelz, Chefarzt Triemli, Zürich; Dr. Christoph Pachlatko, Verwaltungsdirektor Epilepsieklinik, Zürich; Dr. Werner Pletscher, Kantonsapotheke, Zürich; Dr. Judith Puk, Oberärztin Gynäkologie, USZ; Prof. Dr. Reinhard Saller, Leiter Abt. Naturheilkunder, USZ; PD Dr. Peter Schaber, Ethiker, Zürich; lic.iur. H.P. Sinniger, Jurist, USZ; Dr. Peter Spinnler, ehem. Chefarzt Spital Müstair, Baden; Jacques Steiner, Spitaldirektor, Kantonsspital Winterthur; PD Dr. Johann Steurer, Oberarzt Dept. Innere Medizin, USZ; Dr. Urs Streb, Chefarzt Spital Männedorf; Dr. Werner Widmer, Verwaltungsdirektor USZ; lic.oec. Rolf Zehnder, Direktionsassistent, USZ.

GLOSSAR

Autonomie:

bedeutet ursprünglich "Selbstgesetzgebung". Damit verbunden ist der Würdeanspruch jedes Menschen, nicht ungefragt zum Mittel von irgendwelchen Zwecken gemacht zu werden. In der Medizinethik wird mit dem Begriff der Patientenautonomie der Anspruch der Patientinnen und Patienten auf informierte Zustimmung bei einer Behandlung und/oder Betreuung deutlich gemacht.

EBM:

ist die Abkürzung für "Evidence based medicine". Die EBM ist die genaue und gewissenhafte Anwendung medizinischen Wissens für medizinische Entscheidungen. Die EBM liefert ein Instrumentarium, um wissenschaftliche Informationen auf ihre Aussagekraft und klinische Relevanz hin zu prüfen.

Gemeinkostenanalyse:

Gemeinkosten sind die Kosten, die allgemein im Betrieb anfallen und sich nicht eindeutig einem Patienten oder einer Patientin zuordnen lassen. Diese müssen mittels Zuteilungskriterium auf die einzelnen Fälle zugeteilt werden, um eine Kostenträgerrechnung (=idR. Kosten der einzelnen Patienten) zu erteilen.

Faire Mittelverteilung:

in Anlehnung an die Theorie von John Rawls wird bewusst der Begriff "faire" und nicht "gerechte" Mittelverteilung verwendet. Damit soll unterstrichen werden, dass das Manifest von einem nicht utilitaristischen Gerechtigkeitsbegriff ausgeht. Zudem impliziert diese Begrifflichkeit nach Rawls, "dass zu gegebenen Zielen die wirksamsten Mittel eingesetzt werden sollen. (vgl. John Rawls, Eine Theorie der Gerechtigkeit, suhrkamp, Frankfurt am Main 1979, S. 31)

GRAT:

bezeichnet die Gesamtrevision der Arzttarife. Entsprechend dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) wird eine einheitliche gesamtschweizerische Tarifstruktur für die ärztlichen Leistungen definiert. Dieser basiert einerseits auf den betriebswirtschaftlich definierten/berechneten Infrastrukturstarkosten (techni-

scher Teil) und andererseits auf der eigentlichen ärztlich-intellektuellen/praktischen Leistung, entsprechend der aufgewendeten Zeit (ärztlicher Teil).

Paternalismus:

bedeutet ursprünglich "Väterlichkeit". Eine auf Paternalismus basierende Entscheidungsfindung heißt, dass der Arzt oder die Ärztin stellvertretend für die Patientin oder den Patienten den Betreuungs- und/oder Behandlungsentscheid fällt.

QUALYS:

bedeutet übersetzt: quality adjusted life year: Dies ist ein Faktor mit dem die Wirksamkeit einer therapeutischen Intervention angegeben werden kann. Neben dem quantitativen (Verlängerung des Lebens) wird bei der Berechnung der Wirksamkeit einer Therapie auch der qualitative Aspekt (Verbesserung der Lebensqualität) in die Berechnungen und Überlegungen einbezogen. So kann z.B. bei Krebspatientinnen und -patienten durch eine Chemotherapie das Leben im Durchschnitt um 1 Jahr verlängert werden. Neben der Lebensverlängerung spielt für die Patientin und den Patienten aber auch die Lebensqualität während der gewonnenen Zeit eine wichtige Rolle. Wird die Lebensqualität während des gewonnenen Lebensjahres berücksichtigt, so spricht man von einem QUALY. Die Lebensqualität wird mit einer Zahl zwischen 1 (gesund) und 0 (verstorben) angegeben. Bei Kostenanalysen (Kosten – Nützlichkeitsberechnung, cost-utility-analysis) können die Kosten pro QUALY berechnet werden. Ohne Rationierungzwang sind QUALYS ein Hilfsmittel im individuellen Urteilsbildungsprozess. Bei einem Rationierungzwang wird mittels QUALYS ein Kostenfaktor bestimmt, der über das Vorenthalten von gewissen Mitteln entscheidet. QUALYS sind in diesem Fall keine Hilfsmittel der individuellen Güterabwägung mehr, sondern das Hauptmittel einer objektiven Kriterienbildung.

Rationalisierung:

Das Ziel der Rationalisierung ist es, Unnötiges zu beseitigen. Unter Rationalisierung versteht man das effizientere Gestalten von Handlungsabläufen, um Kosten zu sparen. Überschreitet die Rationalisierung ein bestimmtes Mass und kommt es dadurch zu Qualitätseinbussen, so wandelt sich die Rationalisierung zur Rationierung.

Rationierung:

Bei einer Rationierung muss im Rahmen einer Zwangssituation auf Sinnvolles und an sich Angemessenes verzichtet werden.

Direkte Rationierung im Gesundheitswesen:
Das Vorenthalten von bestimmten Mitteln des Gesundheitswesens bei Behandlungs- und / oder Betreuungsentscheiden wird von der individu-

ellen Lebenssituation eines Patienten oder einer Patientin abhängig gemacht. Die direkte Rationierung ist Gegenstand der gegenwärtigen "Rationierungsdiskussion" im In- und Ausland.

Indirekte Rationierung im Gesundheitswesen:

Bestimmte Mittel des Gesundheitswesens werden allen Patientinnen und Patienten in gleicher Art und Weise verweigert.

Screeningprogramme:

sind Reihenuntersuchungen innerhalb der Bevölkerung. Sie geben Auskunft über gewisse Risiken und Chancen, an einer bestimmten Krankheit zu leiden, selbst zu erkranken oder Träger oder Trägerin einer bestimmten Krankheit zu sein.

Krankenheim Seeblick

Das Krankenheim Seeblick der Stadt Zürich, Heim für Entlastungs- und Ferienaufenthalte mit einer kleinen Langzeitabteilung, im Kessibühl, 8712 Stäfa, liegt hoch über dem Zürichsee an wunderbarer Aussichtslage.

Für Besucher des Seeblicks gibt es ein

Neues Angebot!

Kommen Sie mit den öffentlichen Verkehrsmitteln? Haben Sie auch schon gestöhnt, weil unsere traumhafte Aussicht so mühsam zu erreichen ist? 1999 wird alles anders! Wir haben direkten Anschluss an die S7 in Stäfa. Ab sofort können Sie das

Taxi

beim Bahnhof Stäfa besteigen, Seeblick wünschen, und sich gemütlich den Berg hinauf chauffieren lassen. Dieses Angebot ist erst noch

gratis

Sie können im Heim das Taxi für die Rückfahrt unter Tel. Nr 079 420 25 20, Taxi Pronto, bestellen. Das Heim übernimmt die Taxikosten. Möchten Sie etwas an die Unkosten beitragen, nimmt es die Heimleitung gerne entgegen.