

Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatriischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatriischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (2002-2003)

Heft: 79

Artikel: Mittelverteilung im schweizerischen Gesundheitswesen : Befunde und Empfehlungen

Autor: Schopper, Doris / Baumann-Hölzle, Ruth / Tanner, Marcel

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-790034>

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: 15.04.2026

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

Mittelverteilung im schweizerischen Gesundheitswesen

Befunde und Empfehlungen

Von Doris Schopper, Ruth Baumann-Hölzle, Marcel Tanner (Hrsg.)

Die wichtigsten Punkte auf einen Blick

- *Es wird heute schon in der medizinischen Versorgung in der Schweiz rationiert, wenn auch in viel geringerem Mass als in anderen industrialisierten Ländern.*
- *Verdeckte Rationierung ist als Antwort auf selektiven Spardruck hauptsächlich im stationären Sektor entstanden. Gleichzeitig gibt es eine medizinisch-technische Überversorgung.*
- *Entscheide über die strukturelle Mittelverteilung werden von staatlichen Instanzen gefällt. Innerhalb der verschiedenen Berufsgruppen führt dies zu Frustration über die Willkür der Entscheide „von oben“ und zur Schwierigkeit, diese am Patienten verantwortlich und kohärent umzusetzen. Der Entscheidungsprozess selbst ist nicht transparent und nachvollziehbar.*
- *Die Verlagerung der Finanzierung der medizinischen Versorgung von Steuergeldern hin zu Kopfprämien deutet auf eine allgemeine gesellschaftliche Entsolidarisierung.*
- *Steigende „Kosten“ werden den Druck zur Ausgabenbegrenzung in Zukunft noch erhöhen und somit auch vermehrt zu Rationierungsmassnahmen in allen Bereichen führen.*
- *Es scheint somit unumgänglich, im Schweizer Gesundheitswesen Prioritäten im Sinne von Einschränkungen zu setzen. Wie Erfahrungen im Ausland zeigen, bedarf es hierfür eines strukturierten Meinungsbildungsprozesses, an dem alle Parteien teilnehmen können.*

Die Studie entstand in der Zusammenarbeit zwischen dem Institut Dialog Ethik, Zürich, und dem Schweizerischen Tropeninstitut (STI), Basel. Einerseits arbeitet Dialog Ethik an der Umsetzung des „Zürcher Manifestes“, das von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe entwickelt

wurde und für eine faire Leistungs- und Mittelverteilung im Gesundheitswesen plädiert. Andererseits verfügt das STI über vielfache Erfahrungen, wie in Gebieten mit enormer Mittelknappheit Gesundheitsleistungen effizient und gerecht verteilt werden können. Die Zusammenarbeit erlaubt es, methodisches und technisches Wissen und Erfahrungen mit der ethischen Reflexion zu verbinden. Beispielhaft wurde die Studie in den Kantonen Zürich und Basel-Stadt durchgeführt, da in diesen beiden Kantonen die öffentliche Diskussion auch Dank der zuständigen politischen Instanzen schon weiter fortgeschritten ist als in anderen Gegenden der Schweiz. Obwohl diese beiden Kantone betreffs Grösse, Bevölkerungsstruktur, Land-Stadt-Gefälle und Gesundheitsausgaben recht unterschiedlich sind, geht es primär nicht um einen differenzierenden Vergleich, sondern um die Analyse von Trends und Wahrnehmungen, die auch für andere Situationen im Schweizer Gesundheitswesen gültig und/oder wegweisend sein könnten.

Kernbefunde der empirischen Untersuchung

Methodik

Auf Grund existierender Daten aus den verschiedenen Stufen des Gesundheitssystems wurden die Ausgabentrends, die Finanzierungsmechanismen und ansatzweise das Leistungsangebot im ambulanten und stationären Bereich in den Kantonen Zürich und Basel-Stadt¹ von 1990-99 differenziert untersucht. Im stationären Bereich wurden zudem durch Gespräche mit ausgewählten Spitaldirektoren mögliche Gründe der aufgezeigten Trends eruiert.

¹ Um eine gewisse Vergleichbarkeit zwischen Zürich und Basel herzustellen, wurden alle Daten über Ausgaben, mit Ausnahme der einzelnen Spitäler, auch für den Kanton Basel-Land erhoben. So konnte der Ausgabenanstieg im Kanton Zürich mit dem in BS/BL verglichen werden.

Ergebnisse

In den letzten zehn Jahren stiegen die Ausgaben pro Einwohner für ambulante Behandlungen kontinuierlich weit mehr als die Inflationsrate: um 52,4% in ZH und 27,8% in BS/BL. Dabei stiegen die Ausgaben für Medikamente und für ambulante Behandlungen im Spital am stärksten.

Im stationären Sektor wurde von politischer Seite in den letzten Jahren ein starker Spardruck ausgeübt, der zu verschiedenen Massnahmen führte (z.B. Globalbudget, Bettenreduktion, Spitalschliessungen). Dies war teilweise erfolgreich, da die Ausgaben pro Einwohner für stationäre Behandlungen in beiden Kantonen bis 1999 leicht rückläufig waren (- 4,3% in ZH und - 1,8% in BS/BL). Um den Betriebsaufwand so niedrig wie möglich zu halten, kam es im stationären Sektor hauptsächlich zu Einsparungen im Personalbereich und nicht zu einer Reduktion des medizinisch-technischen Angebotes, das ausgebaut und weiterentwickelt wurde.

Zudem führte der Spardruck zu einem *Ausweichen auf ambulante Behandlungen*. Die höheren Ertragsmöglichkeiten bei ambulanten Behandlungen sind für die Spitäler ein grosser Anreiz, so die Betriebsergebnisse zu verbessern. Diese Verlagerung der Ausgaben kommt die Krankenkassen „teurer“ zu stehen, in folge dessen steigen die Krankenkassenprämien. Obwohl der Bürger dies als steigende „Kosten“ wahrnimmt, ist anzunehmen, dass die Verlagerung der medizinischen Versorgung vom stationären zum ambulanten Bereich in Wirklichkeit eine Kostensenkung bewirkte².

Seit Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) fand in der gesamten Schweiz, und deutlicher in den untersuchten Kantonen Zürich und den beiden Basel, eine ausgeprägte *Verlagerung der Finanzierung* über Steuergelder zur Finanzierung über Krankenkassenprämien statt. Das manifestiert sich in der enormen Zunahme der Krankenkassenprämien und führt zu einer höheren

² Das allgemeine Credo international und auch in der Schweiz ist, dass die selbe Behandlung ambulant vorgenommen, weniger kostet als stationär.

finanziellen Belastung; insbesondere für den Mittelstand und die unteren Einkommensschichten.

Die Reduktion der Ausgaben von Kanton und Gemeinden um 23% und Anstieg der Kosten der Krankenkassen führte zu einem Anstieg der Krankenkassenprämien um 72% von 1993-99.

Expertenbefragung zur Rationierung, Rationalisierung und Überversorgung

Fragestellung

- *Findet Rationierung von medizinischen und pflegerischen Leistungen schon statt, und wenn ja, in welchen Bereichen?*
- *Gibt es Überversorgung, und wenn ja, in welchen Bereichen?*
- *Wie wird über Leistungsbeschränkungen entschieden?*
- *Was könnte in Zukunft getan werden?*

Methodik

29 Experten aus 5 Bereichen (medizinische Versorgung stationär, Pflege stationär, Ärzte ambulant, Pflege ambulant, Patientenorganisationen und Vertrauensärzte der Krankenkassen) wurden zu folgenden Themen befragt: Definition von Rationierung, Rationalisierung und Überversorgung; konkrete Beispiele aus dem beruflichen Alltag zur Rationierung, Rationalisierung und Überversorgung; Kriterien und Prozesse der Entscheidungsfindung und die Rolle der verschiedenen Akteure; Wahrnehmung der Entwicklung in den letzten 5-10 Jahren und Zukunftsvisionen.

Ergebnisse

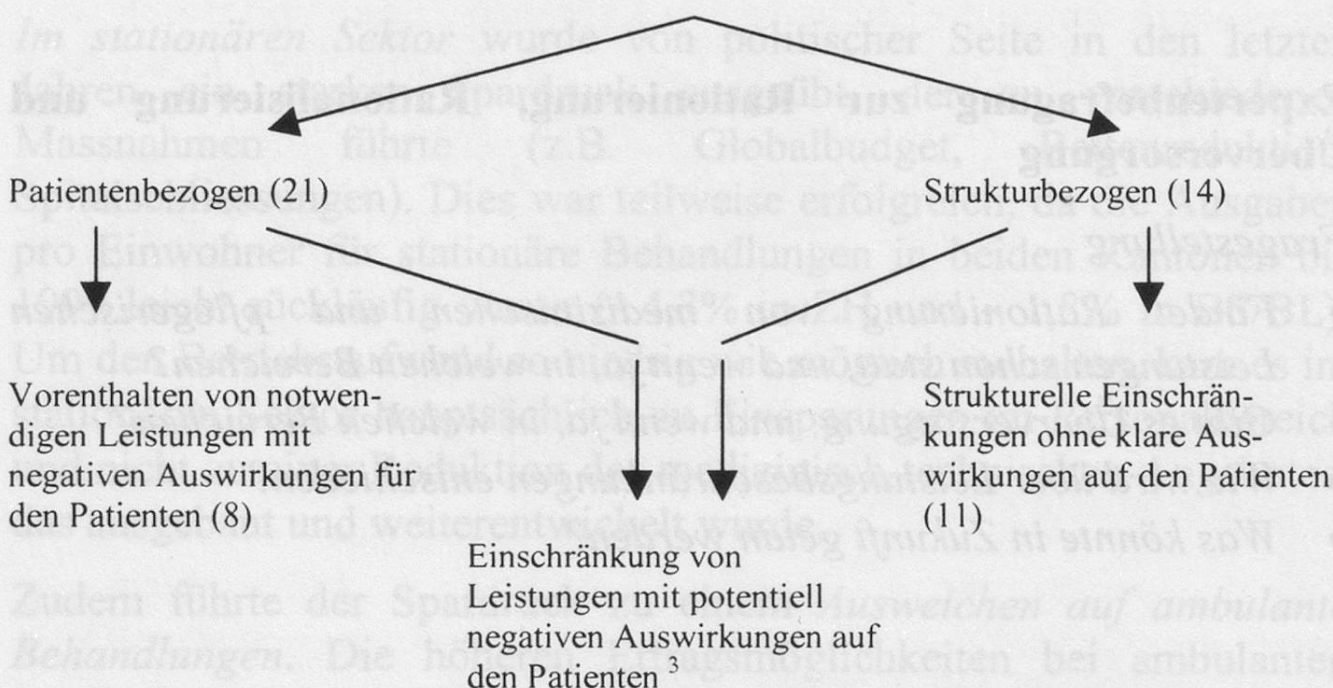
Sämtliche Expertengespräche zeigen, dass in der Schweiz heute schon rationiert wird, wenn auch in viel geringerem Mass als in anderen industrialisierten Ländern. „Harte“ Rationierungen, also jene

Einschränkungen von notwendigen Leistungen, die mit eindeutig negativen gesundheitlichen Konsequenzen für den Patienten verbunden sind, wurden relativ selten beschrieben (siehe Abb.).

Klassifizierung der Rationierungsbeispiele

(In Klammern: Anzahl der genannten Beispiele)

Rationierungsbeispiele (35)



Leistungseinschränkungen am Patienten waren abgelehnte Rehabilitations- und Spitalaufenthalte, die Notwendigkeit Medikamente im Spital privat zu bezahlen, vorzeitige Spitalentlassungen, Situationen, in denen terminalen Patienten palliative Massnahmen vorenthalten wurden, reduzierte Pflegeleistungen, keine Überweisungen an Spezialärzte und Verweigerung von Leistungen, die nicht durch die Grundversicherung gedeckt werden. Diese Formen der Rationierung fanden fast ausschliesslich im stationären Bereich statt. Hingegen bezogen sich die beiden Beispiele zu den verweigerten Überweisungen an Spezialärzte auf HMO-Versicherte, also auf eine ambulante Situation mit Globalbudget.

³ Neben der gefährdeten Gesundheit sind hier auch negative Folgen auf die Lebensqualität gemeint

Überversorgung wurde auch hauptsächlich im stationären Sektor beschrieben und betraf u.a. Aufenthaltsdauer in den Spitälern, Laboruntersuchungen, Diagnoseverfahren, die medikamentöse Versorgung, physiotherapeutische Leistungen, die Versorgung mit Herzschrittmachern und unnütze medizinische Behandlungen von terminalen Patienten. In allen diesen Beispielen wurden Ärzte als verantwortliche Akteure genannt.

Das Nebeneinander von Rationierung und Überversorgung im stationären Bereich führte in der Expertenbefragung zu einem bedeutenden *Widerspruch*: *Wenn man nur genügend von den unnötigen Leistungen abbaue, sei Rationierung nicht notwendig. Gleichzeitig wird aber angenommen, dass die Überkapazitäten bestehen bleiben oder sogar noch zunehmen würden. Dies erkläre sich dadurch, dass jegliche Reform der Mittelverteilung auf grosse Widerstände stösse, da Einzelinteressen im Vordergrund stünden, und niemand die Verantwortung für Entscheidungen tragen möchte.*

Entscheide über Mittelverteilung wurden auf der Makroebene von staatlichen Instanzen gefällt. Die Umsetzung dieser Entscheide trugen dann verschiedene Berufsgruppen im Gesundheitssektor. Im stationären Sektor wurde die Umsetzung auf der strukturellen Ebene oft in Führungsgremien gemeinsam diskutiert und beschlossen. Hingegen wurden, sowohl im stationären als im ambulanten Sektor, die Auswirkungen von Entscheiden auf der individuellen Ebene, d.h. den Patienten betreffend, dem behandelnden Arzt überlassen. Der Patient selbst wurde im besten Fall informiert. Hierbei war der Entscheidungsprozess nicht transparent und nachvollziehbar und vom Patienten kaum beeinflussbar. Innerhalb der verschiedenen Berufsgruppen ergab sich damit viel Frustration über die Willkür der Entscheide „von oben“ und die Schwierigkeit, diese am Patienten verantwortlich und kohärent umzusetzen.

Schlussfolgerungen

Verdeckte Rationierung ist als Antwort auf selektiven Spardruck im betroffenen stationären Sektor entstanden.

- In den letzten Jahren wurde im stationären Sektor durch staatliche Vorgaben ein starker Druck zur Stabilisierung oder Senkung der Ausgaben ausgeübt.
- In der Folge wurden in den Spitälern einerseits Betten und Pflegetage pro Patient reduziert und die Löhne tief gehalten, und andererseits vermehrt medizinisch-technische Leistungen in ambulanter Behandlung erbracht, um die Spitaleinnahmen zu erhöhen.
- Rationierung wird von allen betroffenen Berufsgruppen fast ausschliesslich im stationären Sektor wahrgenommen. Die einzigen Ausnahmen sind Beispiele aus der ambulanten Medizin im HMO-Bereich, einer Situation mit Globalbudget.
- Strukturelle Beschränkungen wie reduzierte Krankenhaus-Bettenzahl, kürzere Aufenthaltsdauer für stationäre Patienten und Abbau des stationären Pflegepersonals, werden zum Teil als Rationierung wahrgenommen. Eine stark gestiegene Rehospitalisierungsrate in dem einen Spital, das dies untersucht hat, und Fallbeispiele von negativen Auswirkungen auf den Gesundheitszustand des betroffenen Patienten, deuten darauf hin, dass strukturelle Beschränkungen sehr wohl zum Vorenthalten von medizinisch sinnvollen Massnahmen führen können.
- In den letzten 10 Jahren hat es im stationären Sektor implizit eine Verschiebung der Ressourcen von der Pflege hin zur medizinischen Technologie gegeben. Dies geschah unter anderem, um den steigenden Ansprüchen der Patienten an eine Spitzenmedizin gerecht zu werden, um den Betriebsertrag der Spitäler zu steigern, und weil Mediziner eine mächtigere Lobby sind als das Pflegepersonal. Die Ausgabenanalyse bestätigt so die Aussagen der Expertengespräche, wonach die Ressource „Menschlichkeit“ sowohl auf Kosten der Patienten als auch auf Kosten des Personals im Gesundheitswesen rationiert wird,

während gleichzeitig eine medizin-technische Überversorgung entsteht.

- Die Gründe für Beschränkungen der Mittelverteilung sind fast ausschliesslich ökonomischer Natur. Moralisch-ethische Überlegungen scheinen bis jetzt bei Entscheidungen in der medizinischen Versorgung kaum eine Rolle gespielt zu haben. Hingegen wird in der Medienberichterstattung die Notwendigkeit, auch Normen wie soziale Gerechtigkeit, Verantwortung und Solidarität zu berücksichtigen, betont.

Steigende „Kosten“ werden den Druck zur Ausgabenbegrenzung in Zukunft noch erhöhen und somit auch vermehrt zu Rationierungsmassnahmen in allen Bereichen führen.

- Allgemein steigen die Ausgaben im ambulanten Bereich weiterhin stärker als die Inflationsrate. Sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich ist ein überproportionaler Anstieg der Ausgaben für den medizinischen Bedarf inkl. Medikamente zu verzeichnen.
- Alle diese Faktoren bedingen einen Anstieg der finanziellen Forderungen an die Krankenkassen, die ausserdem seit Inkrafttreten des KVG zur Hälfte (de facto ca. 42%) die stationären Ausgaben decken müssen. Infolgedessen steigen die Krankenkassenprämien.
- Nach Aussage der betroffenen Berufsgruppen werden die Ausgaben sowohl im stationären als im ambulanten Sektor weiterhin stark ansteigen. Dies ist einerseits auf eine „Explosion“ der Lohnkosten im stationären Sektor zurückzuführen, die über mehrere Jahre tief gehalten wurden, und andererseits auf eine anscheinend nicht aufzuhaltende Spirale des Angebots und der Nachfrage nach teuren Medikamenten und medizinisch-technischen Behandlungen.
- Es wird angenommen, dass steigende „Kosten“ den Druck zur Ausgabenbegrenzung noch erhöhen und somit auch vermehrt zu Rationierungsmassnahmen in allen Bereichen führen werden.

Sowohl Ärzte wie Pflegepersonal plädieren für eine explizite, transparente Rationierung, wenn diese notwendig ist.

- Kaum jemand glaubt, dass die existierende Überversorgung im Rahmen der heutigen Situation abgebaut werden kann, da Patienten, Leistungserbringer und die Pharmaindustrie davon profitieren.

Es wird für das Schweizer Gesundheitswesen unumgänglich, Prioritäten im Sinne von Einschränkungen zu setzen

- Sowohl die befragten Experten als auch die Medien fordern dringend eine breitere gesellschaftliche und politische Diskussion zum Thema Mittelverteilung und Rationierung, deren Teilnehmer alle Betroffenen, d.h. Politiker, Leistungserbringer, Krankenkassen und Bürger sein sollten.
- Das Ziel dieser Diskussion sollte es sein, von den derzeit vorherrschenden willkürlichen Einzelentscheiden zu einer gemeinschaftlich getragenen Verantwortung bei der Mittelverteilung zu kommen.
- Wie Erfahrungen im Ausland zeigen, bedarf es hierfür eines strukturierten Meinungsbildungsprozesses, an dem alle Parteien teilnehmen.

Klare Kriterien

Damit Entscheide verständlich und nachvollziehbar sind, braucht es gültige, standardisierte und annehmbare Entscheidungskriterien, die sich in zwei Kategorien aufteilen lassen: quantitativ-technische Kriterien und ethische Kriterien. Der internationale Vergleich hat gezeigt, dass *technische*, „rationale“ Methoden, wie z.B. Kosten-Nutzen, Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit oder Notwendigkeit klare Grenzen haben. Einerseits machen es die medizinische Ungewissheit und die Verschiedenheit der Patienten sehr schwierig, allgemeingültige und annehmbare technische Lösungen zur Erstellung von Prioritäten zu finden, und andererseits fehlen meistens die Daten, um eine gut fundierte Analyse zu machen. So müssen die Resultate dieser

technischen Beurteilungen interpretiert und mit den *gesellschaftlichen Werten und Normen* in Einklang gebracht werden. Ethische Grundbegriffe wie „Solidarität“, „Gerechtigkeit“, „Fairness“ müssen geklärt und ihre Anwendbarkeit auf Beschränkung in der Mittelverteilung überprüft und der Stellenwert von Kriterien wie „Lebensalter“ und „Selbstverantwortlichkeit“ bestimmt werden. Es geht also darum, eine Kombination von Entscheidungskriterien zu erarbeiten, die im Alltag der medizinischen Versorgung anwendbar sind, eine echte Entscheidungshilfe bieten und es erlauben, zwischen den Bedürfnissen des einzelnen Patienten und dem Wohl der Gemeinschaft abzuwägen.

Vertrauenswürdige unabhängige Institutionen

Meist sind Entscheide über eine Beschränkung von medizinischen oder pflegerischen Leistungen schmerzhaft und schwierig. Es ist deshalb nützlich, sich auf die Beurteilung einer politisch neutralen, unabhängigen und anerkannten Organisation berufen zu können. Diese muss Entscheide klar begründen und darlegen und so beweisen, dass nach bestem Wissen und Gewissen entschieden wurde. In Grossbritannien wurde dies erkannt und u.a. das „National Institute for Clinical Excellence“ gegründet.

Akteure im Entscheidungsprozess

Die Politik trägt die Verantwortung dafür, den Entscheidungsprozess zu definieren und seine Umsetzung zu fördern. Hingegen ist es die gemeinsame Verantwortung aller Akteure, den Inhalt und die Ergebnisse dieses Prozesses mitzubestimmen. Dies betrifft hauptsächlich Politiker auf kantonaler und nationaler Ebene, verschiedene Berufsgruppen im Gesundheitswesen, die Krankenkassen und die (potentiellen) Benützer des Gesundheitssystems. Um den Entscheidungsprozess fair und transparent zu gestalten, muss definiert werden, wo, wie und wann die

verschiedenen betroffenen Parteien beteiligt sind. Dabei wäre auf Folgendes zu achten:

- Die Verantwortlichkeiten müssen klar definiert werden.
- Da nicht alle Beteiligten sich auf allen Ebenen einbringen können, müssen die Möglichkeiten der Teilnahme und die Art, in welcher Meinungen im Entscheid berücksichtigt werden, für jeden verständlich dargelegt werden.
- Die Beteiligten müssen alle notwendigen Informationen in verständlicher Form erhalten, so dass sie zur Entscheidung befähigt werden.
- Schon existierende und bewährte Entscheidungsgefässe und -wege der Konsensdemokratie sollten wenn möglich benutzt werden.

Literatur

1. Biersack O, Sommer JH, Martinovits AA, Spichiger-Carlsson P. Rationierung und Prioritätensetzung im Gesundheitswesen, Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung. UNIVOX Teil II E Sozialversicherung 2000. GfS-Research Institute, Dezember 2000.
2. Mehrthemenumfrage MET, 750 repräsentative Interviews in der deutschen Schweiz, Dezember 2000.
3. Holm S. Goodbye to the simple solutions: The second phase of priority setting in health care. BMJ 1998; 317:1000-1002.
4. Coulter A and Ham C, Eds. The global challenge of health care rationing. State of Health Series, Philadelphia, Open University press 2000.
5. Daniels N. Accountability for reasonableness. Editorial. BMJ 2000; 321: 1300-1301.
6. The Health of the Nation. A strategy for health in England. Presented to Parliament by the Secretary of State for Health by command of her Majesty, July 1992. London HSMO 1992.

7. La Santé en France. Rapport général. Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville. Haut Comité de la Santé Publique. Novembre 1994.
8. La politique de la santé et du bien-être. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux. 1992.
9. Better health outcomes for Australians. National goals, targets and strategies for better health outcomes into the next century. Commonwealth Department of Human Services and Health. Commonwealth of Australia 1994.
10. Ham C. Priority setting in health care: learning from international experience. Health Policy 1997; 42: 49-66.