

# Rationierung im Gesundheitswesen : zwischen Ökonomie und Ethik

Autor(en): **Sommer, Jürg H.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Monatshefte : Zeitschrift für Politik, Wirtschaft, Kultur**

Band (Jahr): **76 (1996)**

Heft 2

PDF erstellt am: **25.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-165558>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Jürg H. Sommer,

Professor Dr. oec.,

Forschungsstelle für  
Gesundheitsökonomie  
und Sozialpolitik (FGS)  
am Wirtschaftswissen-  
schaftlichen Zentrum  
(WWZ) der Universität  
Basel. Deutschspra-  
chige gekürzte Fassung  
eines im Mai 1995 vor  
der «Progress Foun-  
dation» und dem «Libe-  
ralen Institut» in Zürich  
gehaltenen Referats.

## RATIONIERUNG IM GESUNDHEITSWESEN – ZWISCHEN ÖKONOMIE UND ETHIK

*Einerseits stellt Gesundheit einen Wert an sich dar, andererseits ist die Gesundheit eine notwendige Bedingung für die Erzielung von Einkommen auf dem Arbeitsmarkt, und mit einem schlechten Gesundheitszustand können die schönen Dinge des Lebens kaum genossen werden. Darüber hinaus würden viele Kranke in Todesängsten ihr ganzes Vermögen für medizinische Leistungen ausgeben.*

In Europa belasten steigende Gesundheitsausgaben vor allem die Budgets der mit strukturellen Defiziten kämpfenden öffentlichen Haushalte zunehmend stärker. Seit Jahren wird deshalb in allen westeuropäischen Staaten mit einer Fülle verschiedener Massnahmen versucht, die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu bremsen. Dabei stand hinter dem Schlagwort der *Kostendämpfung* die Einschränkung überflüssiger, schädlicher, riskanter, unzumutbarer oder inhumaner Leistungen und der Ersatz bestimmter Leistungen durch andere, die den gleichen Nutzen mit weniger Aufwand erzielen können. Diese Massnahmen sind aus ökonomischer Sicht effizient. Alle bisherigen Strategien der Kostendämpfung versuchten sich stets damit zu legitimieren, dass die Versorgung mit medizinisch notwendigen Leistungen dadurch nicht gefährdet werde.

Grosses Aufsehen erregte deshalb die 1984 von den beiden Amerikanern Aaron und Schwartz publizierte Studie, in der krasse Unterschiede in den Raten der Inanspruchnahme selbst lebenserhaltender medizinischer Leistungen wie beispielsweise Nierendialysen, Intensivbehandlungen in Spitälern oder herzchirurgischen Eingriffen zwischen den USA und Grossbritannien nachgewiesen wurden (H. J. Aaron and W. B. Schwartz: «The Painful Prescription: Rationing Hospital Care», Washington, D. C., The Brookings Insti-

tution, 1984). Die Autoren kamen zum Schluss, dass in Grossbritannien medizinische Leistungen «rationiert» würden, d. h., dass auch solche Leistungen, von denen angenommen wird, dass sie für einen bestimmten Patienten einen Nutzen erzeugen, aus Kostengründen bewusst nicht erbracht werden. Allein schon der verwendete Begriff der «Rationierung» erschreckte. Er weckt Erinnerungen an Notzeiten (z. B. an den Zweiten Weltkrieg), in denen bestimmte Güter (z. B. Nahrungsmittel, Benzin) plötzlich knapp wurden und gemäss im politischen Prozess definierten, als «gerecht» erachteten Regeln unter der Bevölkerung verteilt wurden. Dabei wird angenommen, dass der Marktmechanismus nicht funktionieren kann oder bewusst ausgeschaltet werden muss.

Die Ökonomie geht als Lehre der Knappheit von der lapidaren, aber oft verkannten Tatsache aus, dass die zur Bedürfnisbefriedigung zur Verfügung stehenden Güter beschränkt sind. Zur Erreichung einer maximalen Wohlfahrt der Gesellschaft müssen die knappen Mittel demzufolge dort eingesetzt werden, wo sie im Vergleich zu anderen Verwendungsmöglichkeiten das beste Kosten-Nutzen-Verhältnis erzielen.

Damit steht die ökonomische Betrachtungsweise im klaren *Widerspruch zur ärztlichen Ethik*. Nach wie vor lernt jeder Arzt während seiner Ausbildung, alles medizinisch Mögliche zu tun, um seinen

Patienten zu helfen. Das heisst, er wird so viele Leistungen erbringen oder veranlassen, bis gemäss seiner Einschätzung kein zusätzlicher Nutzen mehr erzielt werden kann, der Grenznutzen also Null wird. Mit dieser realitätsfremden Haltung sind für die Ärzte in einer Welt knapper Mittel und zunehmender Interventionsmöglichkeiten der Medizin schwere Konflikte vorprogrammiert.

Grundsätzlich bestehen zwei Möglichkeiten, um auch im Gesundheitswesen eine echte Abwägung von Leistung und Gegenleistung sicherzustellen: Entweder betrachtet man die Bestimmung der wirtschaftlich noch tragbaren medizinischen Bedürfnisse als öffentliche Aufgabe und stattet den Staat mit den notwendigen Kompetenzen aus, oder man legt die wirtschaftliche Abwägung in die Hände des einzelnen Konsumenten, der die finanziellen Konsequenzen seiner Entscheide selbst zu tragen hat. Im folgenden werden diese beiden Typen von Gesundheitssystemen kurz dargestellt.

### **Zwei idealtypische Gesundheitssysteme**

Wird die medizinische Versorgung der Bevölkerung als *öffentliche Aufgabe* betrachtet, muss im politischen Prozess darüber entschieden werden, wieviel die Gesellschaft insgesamt für das Gesundheitswesen ausgeben will. Auf der *Makroebene* muss in einem ersten Schritt bestimmt werden, welcher Teil der verfügbaren öffentlichen Mittel im Vergleich zu anderen Verwendungszwecken wie Bildung, soziale Wohlfahrt, Landesverteidigung, Kultur usw. für das Gesundheitswesen aufgewendet werden soll. Dieses Budget wird in einem zweiten Schritt auf die einzelnen Regionen des Landes verteilt, wobei dessen Einhaltung eine sorgfältige Planung der Angebotskapazitäten (Ärzte, Krankenhäuser, Medizintechnik) erfordert. Auf der *Mikroebene* wird von den primär mittels Kopfpauschalen finanzierten freipraktizierenden Allgemeinpraktikern implizit erwartet, dass sie die Art und Grösse der vorhandenen Kapazitäten bei ihrer Überweisungspraxis berücksichtigen. Beispiele für derartige planwirtschaftlich organisierte Gesundheitswesen sind in Europa in Grossbritannien und in Skandinavien zu finden.

.....

*Dem mündigen Bürger sollte in gesunden Zeiten zugemutet werden können, zwischen konkurrierenden Krankenversicherungsmodellen mit verschiedenen Leistungspaketen auszuwählen.*

.....

Wenn nicht der Staat die medizinische Versorgung plant, muss der Konsument die notwendigen Kosten-Nutzen-Abwägungen vornehmen und die Kostenfolgen seiner Entscheide tragen. *Wettbewerbliche Kontrollprozesse* setzen voraus, dass der Konsument medizinische Leistungen gegen ihren Preis abwägt. Die meisten Patienten wären zweifellos überfordert, im Krankheitsfall Angebote bei verschiedenen Ärzten einzuholen und zu beurteilen, ob jede einzelne medizinische Leistung ihren Preis auch wert sei. Hingegen sollte dem mündigen Bürger in gesunden Zeiten zugemutet werden können, zwischen konkurrierenden Krankenversicherungsmodellen mit verschiedenen Leistungspaketen auszuwählen.

Der Erfolg eines derartigen Systems ist davon abhängig, ob die Konsumenten Ärzte und Krankenhäuser, die eine qualitativ gute Medizin weniger behandlungsintensiv und damit kostengünstiger erbringen, überhaupt identifizieren können und für deren Wahl mit entsprechend niedrigeren Prämien und/oder Selbstbehalten belohnt werden. Dieser Ansatz erfordert, dass die Krankenversicherer im Gegensatz zur heute üblichen Regelung nicht mehr alle, sondern nur noch eine ausgewählte Gruppe von Ärzten und Krankenhäusern einer bestimmten Region unter Vertrag nehmen. Die Auswahl der zu berücksichtigenden medizinischen Anbieter erzeugt Wettbewerbsdruck, und die Einschränkung ermöglicht es, die Kostenerfahrungen von Teilgruppen von Leistungserbringern zu isolieren und über die Beitragshöhe (Prämien, Selbstbehalte) an die Mitglieder weiterzugeben.

Damit die beteiligten Ärzte ein Interesse an einer erfolgreichen Existenz ihrer Versicherung haben, müssen sie über Bonusysteme an deren Ergebnis finanziell beteiligt werden. Derartige Versicherungsmodelle werden deshalb in den USA «*Health Maintenance Organizations*» (HMOs) genannt.

Besteht ein Angebot an HMOs, werden einige Versicherte bereit sein, gegen einen Prämienvorteil einen Teil der bestehenden Arztwahlfreiheit aufzugeben und sich einer HMO anzuschliessen. Für HMOs wird demzufolge die Suche nach den kostengünstigsten Lösungen zur Existenzfrage.

In Europa hat noch keine Nation ein solches wettbewerblich organisiertes Ge-

sundheitswesen geschaffen. Mit dem Ende 1994 in einer Volksabstimmung knapp gutgeheissenen neuen Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) will jedoch die Schweiz diesen Weg einschlagen. Das schweizerische Gesundheitswesen eignet sich für eine marktwirtschaftliche Reformstrategie auf Versicherungsebene, weil in der Schweiz im Gegensatz zu anderen Industriestaaten ein beträchtlicher Teil der Gesundheitsausgaben über Kopfprämien finanziert wird. Ähnliche Absichten bestehen in den Niederlanden<sup>1</sup>.

### Rationierung auf der Makroebene

Aufgrund des heutigen Standes der Medizin als Wissenschaft und der prekären Datenlage ist es gegenwärtig in keinem Land der Welt möglich, auf der Makroebene exakt die «richtige» Summe zu definieren, die im Gesundheitswesen im Vergleich zu anderen Verwendungszwecken aus den verfügbaren knappen Mitteln eingesetzt werden sollte, um den gesamtgesellschaftlichen Nutzen zu maximieren. In allen planwirtschaftlich organisierten Gesundheitswesen stützt man sich auf die Zahlen der vorangegangenen Jahre. Weiter spielen die aktuelle Lage der Staatsfinanzen, das politische und das wirtschaftliche Umfeld sowie das Ausmass der Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit aller Beteiligten mit ihrem nationalen Gesundheitsdienst eine Rolle.

Dabei sind selbst die in planwirtschaftlich organisierten Gesundheitswesen üblichen langen Wartezeiten für bestimmte Eingriffe noch keine klaren Indizien für eine zu geringe Mittelzuteilung. Die für gewisse Institutionen und Ärzte oft auch als Statussymbole geltenden Wartelisten können teilweise auf ineffiziente Betriebsabläufe zurückgeführt werden. Patienten können sich gleichzeitig bei mehreren Institutionen auf die Liste setzen lassen, oder die Wartelisten können künstlich aufgebläht werden, um dadurch den Druck für die Zusprache von mehr Mitteln zu erhöhen<sup>2</sup>.

Ähnlich wie in einem planwirtschaftlich organisierten Gesundheitswesen auf nationaler Ebene müssen auch die HMOs in marktwirtschaftlich organisierten Gesundheitswesen ihre Mitglieder im Rahmen vorgegebener Budgets medizinisch versorgen. Über die Höhe dieses Budgets wird

jedoch nicht politisch entschieden, sondern dieses ergibt sich aus der Zahl der Versicherten und der von den Marktverhältnissen abhängigen Höhe der Prämien. Empirische Untersuchungen zeigen, dass in amerikanischen HMOs ähnlich wie in nationalen Gesundheitsdiensten für bestimmte Leistungen Wartezeiten in Kauf genommen werden müssen<sup>3</sup>. Im Gegensatz zu einem nationalen Gesundheitsdienst müssen diese HMOs jedoch sehr genau zwischen niedrigeren Prämien und dem Grad der Unzufriedenheit ihrer Mitglieder abwägen, um nicht zu viele Versicherte an ihre Konkurrenten zu verlieren. Zumindest ein Teil der Bevölkerung wird gewisse, nicht lebensbedrohende Wartezeiten in Kauf nehmen, wenn sie dafür mit tieferen Prämien belohnt werden. Im Gegensatz zu steuerfinanzierten, planwirtschaftlich organisierten Gesundheitswesen existiert in einem wettbewerblichen System dank der Wahl zwischen verschiedenen Versicherungsmodellen die Möglichkeit der Berücksichtigung differenzierter Konsumentenwünsche.

Auch in marktwirtschaftlich organisierten Gesundheitswesen soll mittels staatlicher Prämienzuschüsse für die wirtschaftlich Schwachen sichergestellt werden, dass die ganze Bevölkerung zu einem gesetzlich vorgeschriebenen *Mindestleistungspaket* Zugang hat<sup>4</sup>. Ob und in welchem Ausmass in einem wettbewerblichen System rationiert wird, hängt demzufolge entscheidend von der Definition dieser Grundversorgung ab. In der Schweiz wird das *Mindestleistungspaket* sehr breit definiert. Gemäss Artikel 25, Absatz 1, des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) übernimmt die obligatorische Krankenversicherung «die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen». Nach Artikel 32 KVG und laut den Ausführungen zum KVG müssen diese Leistungen nicht nur «wirksam sein (d. h. im allgemeinen die angestrebte Wirkung erzielen), sondern auch zweckmässig (d. h. im Einzelfall die angestrebte Wirkung in angemessener Form hervorrufen) und wirtschaftlich (d. h. ein angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen, was nicht bedeutet, dass kostspielige Massnahmen von der Leistungspflicht ausgenommen sind)». Klare Handlungsanweisungen zu dieser Thematik fehlen völlig.

1 OECD (1992): *The Reform of Health Care, A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*, Paris, OECD, 87 ff.

2 S. Frankel and R. West (eds.) (1993): *Rationing and Rationality in the National Health Service, The Persistence of Waiting Lists*, Houndmills, The MacMillan Press Ltd.

3 J. H. Sommer (1992): *Health Maintenance Organizations, Erwartungen und Erfahrungen in den USA*, Chur/Zürich, Verlag Rüegger, 59 ff.

4 A. C. Enthoven (1978): *Consumer-Choice Health Plan: A National Insurance Proposal Based on Regulated Competition in the Private Sector*, in: *The New England Journal of Medicine*, 298: 709-720.

Die heikle Aufgabe der Definition des «jeweils Angemessenen» wird in der Schweiz gemäss Gesetz einer «Eidgenössischen Kommission für allgemeine Leistungen der Krankenversicherung» übertragen. Bereits ist ein heftiger Kampf unter den Interessengruppen darüber entbrannt, wer in diese Kommission Einsitz nehmen darf. Es ist unschwer vorauszusehen, dass die Direktinteressierten für eine äusserst grosszügige Regelung dieses «Mindest»-Leistungspaketes sorgen werden.

### **Rationierung auf der Mikroebene**

Wenn die in planwirtschaftlich organisierten Gesundheitswesen auf der Makroebene zugeteilten Ressourcen die Nachfrage nach medizinischen Leistungen nicht decken sollten, müssen auf der Mikroebene die behandelnden Ärzte die Entscheide fällen, welche Patienten wie behandelt werden. Auf dieser Ebene stellt sich demzufolge die Frage der Rationierung mit aller Schärfe.

Als eigentlicher Katalysator der europäischen Diskussion zu dieser Thematik erwies sich die bereits erwähnte Studie von Aaron und Schwartz, in der die Unterversorgung der britischen Bevölkerung mit bestimmten medizinischen Leistungen empirisch belegt wurde. Die Autoren bemängeln, dass diese Rationierung nicht nach explizit definierten Regeln erfolge, sondern dass die zuweisenden Allgemeinpraktiker nach ihrem Ermessen von Fall zu Fall entschieden. Für den Verzicht auf eine Überweisung in ein Dialysezentrum waren die ausschlaggebenden Faktoren jedoch nicht medizinische Gründe, sondern das Wissen der Allgemeinpraktiker, dass nur wenige Geräte vorhanden sind. Aaron und Schwartz sehen ihre These, dass weniger medizinische als vielmehr Kapazitätsengpässe beim Behandlungsentscheid ausschlaggebend sind, durch die Tatsache bestätigt, dass selbst die im internationalen Vergleich extrem niedrigen Dialyseraten in Grossbritannien regional je nach vorhandenen Kapazitäten stark schwanken. Einen Behandlungsverzicht würden die Ärzte vor allem mit medizinischen Argumenten begründen, um sich, ihren Patienten und den Nephrologen, die ja sonst die überzähligen Patienten zurückweisen müssten, den Entscheid erträglicher zu machen. Da

.....

*Auch in einem wettbewerblich organisierten Gesundheitswesen kann der Frage nicht ausgewichen werden, wieviel medizinischer Aufwand im Einzelfall den zu erwartenden Nutzen noch rechtfertigt.*

.....

5 Vgl. dazu: M. A. Rodwin (1995): *Conflicts in Managed Care*, in: *The New England Journal of Medicine*, 332(9): 604-607.

in Grossbritannien kaum ältere Patienten einer Nierendialyse unterzogen werden, spiele beim Behandlungsentscheid offensichtlich das Alter eine massgebende Rolle, obwohl dieses Merkmal nie offiziell als Entscheidungskriterium definiert worden sei.

Auch in einem wettbewerblich organisierten Gesundheitswesen kann der Frage nicht ausgewichen werden, wieviel medizinischer Aufwand im Einzelfall den zu erwartenden Nutzen noch rechtfertigt. Dazu wird jeder Krankenversicherer eigene detaillierte interne Vorschriften erlassen.

Aus ethischer Sicht stellt sich dabei die Frage, ob und inwieweit die Beitrittswilligen über derartige Praktiken informiert werden müssen. Falls die HMO dieser Aufgabe nicht oder nur in einem ungenügenden Ausmass nachkommt, haben dann die behandelnden Ärzte die Pflicht, ihre Patienten selbst darüber aufzuklären?<sup>5</sup>

Wenn im Gesundheitswesen nicht mehr verdeckt, sondern offen rationiert werden soll, welche Informationen sollten dann den Entscheidungsträgern zur Verfügung stehen?

### **Datenerfordernisse bei expliziter Rationierung**

Das Ziel der Maximierung der Gesundheit der Bevölkerung kann desto besser erreicht werden, je mehr über Kosten, Nutzen und Risiken aller medizinischer Interventionsmöglichkeiten bekannt ist. In diesem Bereich bestehen allerdings nach wie vor grosse Lücken. So gilt zwar der medizinisch-technische Fortschritt, d. h. Neuerungen bei Medikamenten, Geräten und Verfahren (z. B. Operationstechniken), als der gewichtigste Erklärungsfaktor für die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen. Das heisst allerdings nicht, dass alle derartigen Innovationen vor ihrem Alltagsgebrauch im Gesundheitswesen einer rigorosen *Erfolgskontrolle* unterworfen würden. Die meisten Nationen verlangen den Nachweis der Wirksamkeit nur für Medikamente. Nach amerikanischen Schätzungen sind lediglich etwa 10 bis 20 Prozent aller in der Medizin angewandten Verfahren auf ihre Sicherheit und Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Kriterien überprüft worden (U. S. Congress, Office of Technology Assessment, 1994: «Identifying Health Technologies that Work, Searching



for Evidence», Washington, D. C., U. S. Government Printing Office, p. 21). Erst in jüngster Zeit setzt sich die Erkenntnis durch, dass bestehende und neue Medizintechnologien und Verfahren darüber hinaus auch bezüglich Kosteneffektivität sowie ethischen und sozialen Implikationen umfassend evaluiert werden müssten. Trotzdem wird nur in wenigen Staaten der Versuch unternommen, derartige Evaluationen auch durchzuführen. Die dabei zu bewältigenden *methodischen Schwierigkeiten* sind beträchtlich.

Ein vermehrt zur Klärung dieser Fragen eingesetztes Instrument ist die *Kosten-Wirksamkeits-Analyse*. Bei dieser werden die Kosten von alternativen Handlungsoptionen mit deren Ergebnissen verglichen, die in nichtmonetären Einheiten (z. B. Kosten pro gerettetem Leben, pro vermiedenem Erkrankungsfall usw.) gemessen werden. Eine Unterform der Kosten-Wirksamkeits-Analyse ist die *«cost-utility analysis»*, bei der die Ergebnisse verschiedener Interventionen in Form einer einzigen Nutzen-Einheit ausgedrückt werden. Häufig wird dabei das Mass der qualitätsangepassten Lebensjahre (*«quality-adjusted life year»*, *QALY*) verwendet. Die Idee, die gelebte Zeit mit einem Qualitätsmass zu gewichten, ist unmittelbar einleuchtend: Nur ein vollkommen gesund verbrachtes Jahr ist wirklich 365 Tage wert. Von Schmerzen, Beschwerden und Behinderungen überschattete Jahre müssen dagegen mehr oder weniger «abgeschrieben» werden, so dass sie nur noch ein effektives Gewicht von 300, 200 oder noch weniger Tagen haben. Bei der Ausgestaltung eines solchen Index stellt sich vor allem das Problem der Bewertung verschiedener Gesundheitszustände und der Aggregation verschiedener Indikatoren zu einem Gesamtindex. Dabei führen unterschiedliche, auf verschiedene Arten angewendete Methoden (z. B. arbiträre Einteilung durch Experten, Befragungen von Gesunden oder Kranken) auch zu unterschiedlichen Resultaten.

Bei der Interpretation und der Vergleichbarkeit derartiger Analysen ist Vorsicht geboten. So ergab eine Durchsicht von 77 Kosten-Wirksamkeits-Analysen, dass weniger als ein Viertel aller Studien wenigstens fünf von sechs bei der Durchführung solcher Studien zu beachtenden Grundprinzipien befolgt hatten.

6 J. E. Wennberg (1990): *Small Area Analysis and the Medical Care Outcome Problem*, in: *Agency for Health Care Policy and Research Conference Proceedings, Research Methodology: Strengthening Causal Interpretations of Nonexperimental Data*, DHAS Pub. No. (PHS) 90-3454, Washington, D. C., Department of Health and Human Services, p. 177-206.

7 M. R. Chassin, et al. (1987): *Does Inappropriate Use Explain Geographic Variations in the Use of Health Care Services?*, in *JAMA*, 258(18), p. 2533-2537.

8 M. J. Garland (1992): *Rationing in Public: Oregon's Priority-Setting Methodology*, in: M. A. Strosberg, et al. (eds.), *Rationing America's Medical Care, The Oregon Plan and Beyond*, Washington, D. C., The Brookings Institution, p. 37-59.

Selbst wenn eine Intervention allgemein oder unter bestimmten Umständen kostenwirksam ist, kann sie im Einzelfall doch falsch indiziert angewandt werden. Mittlerweile belegen eine Vielzahl von Studien, dass auch in sozioökonomisch weitgehend homogenen Regionen die (alters- und geschlechtsbereinigten) Raten für häufig durchgeführte Verfahren und Eingriffe um mehrere hundert Prozent schwanken können<sup>6</sup>. Gleichzeitig zeigen amerikanische Untersuchungen, dass je nach untersuchtem Verfahren 15–40 Prozent der erbrachten Leistungen von medizinischen Experten als «unangemessen» eingestuft wurden<sup>7</sup>.

Bis anhin unternahm einzig der amerikanische Bundesstaat Oregon den Versuch, die üblichen Methoden der impliziten Rationierung durch explizitere, demokratisch legitimiertere Verfahren abzulösen.

### **Oregons expliziter Rationierungsversuch**

Ausgangspunkt für Oregons expliziten Rationierungsversuch war die Beobachtung, dass Organtransplantationen im staatlich finanzierten Programm «Medicaid» für die medizinische Versorgung der wirtschaftlich Schwachen hohe Kosten verursachten und eine geringe Erfolgsrate aufwiesen. Gleichzeitig mussten im Medicaid-Programm aus finanziellen Gründen die Zulassungskriterien so restriktiv definiert werden, dass immer noch rund ein Sechstel der Bevölkerung Oregons ohne jeden Versicherungsschutz war. Nach langen Debatten kristallisierte sich in Oregon ein Konsens darüber heraus, dass es erstens gerechter sei, allen den Zugang zu einer Grundversorgung zu garantieren, als einigen auf Kosten anderer auch Leistungen mit einem schlechten Kosten-Nutzen-Verhältnis mittels Steuergeldern zu finanzieren. Zweitens sei die explizite, politisch legitimierte Wahl besser als die implizite Rationierung, die in Oregon bereits stattfinde. Drittens sollen beim Setzen der Prioritäten sowohl die Werte der Gemeinschaft als auch das Know-How der Experten einfließen<sup>8</sup>.

Dieser explizite Rationierungsansatz wurde sowohl aus ethischen wie aus methodischen Gründen heftig kritisiert:

– Aus ethischer Sicht stellt sich vor allem die Frage, ob es gerecht ist, die me-

dizinische Versorgung für die wirtschaftlich Schwachen zu rationieren, ohne die Bessersituierten zu entsprechenden Opfern zu veranlassen. In Europa, wo das Ziel der Sicherung des Zugangs zu medizinisch notwendigen Leistungen für alle Bevölkerungskreise höchste Priorität genießt, wäre es politisch wohl aussichtslos, explizite Rationierungsmassnahmen nur für die Ärmsten einführen zu wollen. Wenn hingegen die Gesellschaft wie in Oregon lediglich bereit ist, einen bestimmten Betrag für die medizinische Versorgung ihrer wirtschaftlich Schwachen einzusetzen, muss zwangsläufig nach Wegen gesucht werden, um den Nutzen aus dieser Summe zu maximieren.

– Die sich bei diesem Rationierungsansatz stellenden Datenprobleme sind immens. Die Resultate widersprachen oft dem gesunden Menschenverstand. Dies brachte der Kommission den Vorwurf ein, dass sie ihre Rationierungsaufgabe zwar vordergründig nach einem objektiven, für jedermann nachvollziehbaren quantitativen Ansatz zu lösen vorgegeben hätte, dass die endgültige Einteilung dann aber doch massgeblich von den subjektiven Werturteilen der Kommissionsmitglieder abhängt.

Der von den Ärzten geschätzte Nettotonnen wird für den sogenannten Durchschnittspatienten ermittelt. Der Nutzen einer medizinischen Intervention kann jedoch je nach Gesundheitszustand des Patienten in oft extremer Weise variieren. Darauf nimmt Oregons Prioritätenliste keine Rücksicht.

– Beim Finanzierungsentscheid von Medicaid spielen in Oregon weder das Alter des Patienten noch die Frage eine Rolle, ob die betreffende Erkrankung mit einer gesunden Lebensweise hätte vermieden werden können. Wenn schon Leistungen mit einem eindeutig positiven Nutzen nicht mehr finanziert werden, sollten dann nicht jene bevorzugt werden, die ihr Leben noch vor sich haben oder die sich nicht gesundheitsschädigend verhalten? Ebenso müsste zumindest diskutiert werden, ob beim Rationierungsentscheid nicht auch die Rolle des betreffenden Patienten in der Familie (z. B. Mutter oder Vater unmündiger Kinder) und in der Gesellschaft (z. B. Krimi-

.....  
*In Europa,  
 wäre es politisch  
 wohl aussichts-  
 los, explizite  
 Rationierungs-  
 massnahmen nur  
 für die Ärmsten  
 einführen zu  
 wollen.*  
 .....

.....  
*Welche Leistun-  
 gen zur Grund-  
 versorgung  
 gehören sollen,  
 darf nicht hinter  
 verschlossenen  
 Türen von den  
 direkt interes-  
 sierten Ärzten  
 und Kranken-  
 kassen bestimmt  
 werden.*  
 .....

nelle) berücksichtigt werden sollten. Oder sollte gar das Los entscheiden?

Trotz aller Kritik vermitteln Oregons Bemühungen, den Nutzen aus der für die medizinische Versorgung der wirtschaftlich Schwachen zur Verfügung gestellten Summe zu maximieren, wichtige Denkanstösse. Erstmals wurde die Problematik der sich immer weiter öffnenden Schere zwischen dem medizinisch Machbaren und dem wirtschaftlich Tragbaren öffentlich angegangen und der Versuch unternommen, den Begriff der «Grundversorgung» explizit zu definieren. Welche Leistungen zur Grundversorgung gehören sollen, darf nicht hinter verschlossenen Türen von den direkt interessierten Ärzten und Krankenkassen bestimmt werden, sondern muss im politischen Prozess aufgrund der neuesten Erkenntnisse der Forschung über Nutzen, Kosten und Risiken medizinischer Interventionen und aufgrund bewusster Werturteile der Gesellschaft entschieden werden.

Die in der reichen Schweiz vorherrschende Haltung, dass im Gesundheitswesen auf absehbare Zeit keine Rationierung notwendig sein werde, ist an sich nicht überraschend. Solange wir uns den Luxus extrem teurer Überkapazitäten im stationären Sektor, einer Vielzahl von Arztpraxen auf engstem Raum mit oft nur zu einem Bruchteil ausgelasteten Geräten, überflüssiger Medizinstudenten usw. leisten, solange ist die Frage der *Rationalisierung* tatsächlich die vordringlichere. Medizinisch wirksame Verfahren sollten erst dann rationiert werden, wenn alle Möglichkeiten der Effizienzsteigerung ausgereizt worden sind. Es ist deshalb zu begrüssen, dass in der Schweiz dieses Rationalisierungspotential in Milliardenhöhe mit einer – wenn auch noch stark verbesserungsfähigen – marktwirtschaftlich ausgerichteten Reformstrategie ausgeschöpft werden soll. Dies setzt jedoch voraus, dass einerseits jeder einzelne auch im Gesundheitswesen wieder vermehrt *Selbstverantwortung* übernimmt und andererseits die Ärzte im Rahmen neuer ethischer Richtlinien bereit sind und entsprechend ausgebildet werden, um neben ihrer medizinischen auch ökonomische Verantwortung zu tragen. ♦