

Rationierung im Gesundheitswesen

- zwischen Ökonomie und Ethik

VON

Prof. Dr. Jürg H. Sommer

**Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik (FGS)
Wirtschaftswissenschaftliches Zentrum (WWZ) der Universität Basel**

Mai 1995

1. Wachsender Kostendruck im Gesundheitswesen

Für den einzelnen hat eine gute Gesundheit eine doppelte Funktion. Einerseits stellt sie einen Wert an sich dar, ein Ziel, das man in möglichst hohem Masse erreichen möchte. 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.¹ Darüber hinaus würden viele Kranke in Todesängsten ihr ganzes Vermögen für medizinische Leistungen ausgeben.

Aus all diesen Gründen herrscht in Europa weitgehend ein Konsens darüber, dass allen Bürgern der Zugang zu medizinisch notwendigen Leistungen unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit garantiert werden sollte. Die Frage der *Gerechtigkeit* wurde in Europa bei der Organisation und der Finanzierung der medizinischen Versorgung weit stärker gewichtet als jene der *Effizienz*. Zu diesem Zweck wurden in Grossbritannien und in Skandinavien gar über Steuern finanzierte nationale Gesundheitsdienste geschaffen. In den anderen europäischen Ländern wurden grosszügige Sozialversicherungssysteme eingeführt, welche die Versicherten vor der Vornahme heikler Kosten-Nutzen-Abwägungen bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bewahren sollten. Gleichzeitig wurden für die Ärzte und Spitäler Entschädigungsverfahren entwickelt, die starke Anreize für eine stetige Ausweitung der pro Fall erbrachten Leistungen enthalten.

Derart ausgestaltete Gesundheitssysteme stellten solange kein Problem dar, als die Möglichkeiten der Medizin begrenzt waren und die Kapazitäten im Gesundheitswesen knapp gehalten wurden. In den letzten Jahrzehnten fand und findet jedoch ein stürmischer medizinisch-technischer Fortschritt statt,

¹Breyer, F., Zweifel, P. (1992): Gesundheitsökonomie, Berlin: Springer-Verlag: 5 ff.

der die Interventionsmöglichkeiten der Medizin laufend vergrößert.² Im Gegensatz zu anderen Sektoren der Volkswirtschaft wirkt sich dieser Fortschritt kaum kostensenkend aus, weil die neuen Geräte und Verfahren meist additiv zu den bereits vorhandenen eingesetzt werden und zusätzliches, speziell ausgebildetes Personal erfordern. Oft können die Patienten dank den Neuerungen unter hohen Kostenfolgen zwar am Leben erhalten, jedoch nicht geheilt werden. Parallel zur medizinisch-technischen Entwicklung wurden in Europa die stationären Kapazitäten im Gesundheitswesen ständig ausgebaut, und die Ärztedichte nahm laufend zu.³

Vor diesem Hintergrund ist nicht erstaunlich, dass in Westeuropa während den letzten Jahrzehnten ein ständig wachsender Anteil der gesamtwirtschaftlich verfügbaren, beschränkten Mittel für das Gesundheitswesen eingesetzt wurde. Wendeten die meisten Industriestaaten in den sechziger Jahren etwa 4 % ihres Bruttoinlandproduktes für das Gesundheitswesen auf, stieg dieser Anteil bis Mitte der neunziger Jahre auf 8 bis 11 %. Dass im Gesundheitswesen leicht noch mehr Mittel eingesetzt werden können, zeigt das Beispiel der USA, deren Gesundheitswesen im Jahr 1995 über 15 % des Bruttoinlandproduktes beanspruchen dürfte.⁴ Die Amerikaner gaben 1992 für ihre medizinische Versorgung pro Kopf der Bevölkerung nicht weniger als 2,7mal soviel wie die Briten aus.⁵ Weitere spektakuläre Verbindungen zwischen Medizin und Technik dürften dazu führen, dass in keinem wie auch immer organisierten und finanzierten Gesundheitswesen der Frage nach dem wirtschaftlich noch Tragbaren längerfristig ausgewichen werden kann.

²Schwartz, W. (1994): In the Pipeline: A Wave of Valuable Medical Technology, in: Health Affairs, 13(3): 70ff.

³Vgl. Schneider, M. et al. (1995): Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Augsburg: BASYS

⁴Burner, S.T. et al. (1992): National Health Expenditures Projections Through 2030, in: Health Care Financing Review, 14(1): 1-29

⁵In U.S. Dollars; Umrechnung mit Kaufkraftparitäten. Schieber, G.J. et al. (1994): Health System Performance in OECD Countries, 1980-1992, in: Health Affairs, 13(4): 102

Im folgenden sollen nach einer Klärung der Begriffe "Effizienz" und "Rationierung" (Abschnitt 2) die beiden Grundtypen von Gesundheitssystemen kurz dargestellt (Abschnitt 3) und darauf aufbauend die sich in ihnen stellenden Grundfragen der Rationierung diskutiert werden (Abschnitt 4). Danach werden die für Rationierungsentscheide notwendigen Datenerfordernisse (Abschnitt 5) und Oregons expliziter Rationierungsversuch (Abschnitt 6) erläutert und einige gesundheitspolitische Folgerungen abgeleitet (Abschnitt 7).

2. Effizienz versus Rationierung

In Europa begannen steigende Gesundheitsausgaben vor allem die Budgets der mit strukturellen Defiziten kämpfenden öffentlichen Haushalte zunehmend stärker zu belasten. 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.⁶

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 Spitä-

⁶Vgl. z. B. OECD (1994): *The Reform of Health Care Systems, A Review of Seventeen OECD Countries*, Paris: OECD

lern oder herzchirurgischen Eingriffen zwischen den USA und Grossbritannien nachgewiesen wurden.⁷ 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. Zweiter 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.

Dass Leistungen, deren Nutzen noch positiv ist, nicht erbracht werden können, ist für den Ökonomen an sich nicht überraschend. 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. Daraus wird abgeleitet, dass in keinem Bereich - das Gesundheitswesen eingeschlossen - Leistungen bis zur Sättigungsmenge (Grenznutzen = Null) beansprucht werden können, sondern immer nur bis zu jenem Punkt, bei dem die Grenzkosten dem Grenznutzen entsprechen. Gemäss diesem Kriterium muss also selbst auf die Bereitstellung zusätzlicher Kapazitäten im Gesundheitswesen oder auf die Erbringung solcher medizinischer Leistungen verzichtet werden, deren Nutzen noch positiv ist, wenn mit einem anderweitigen Einsatz der dafür eingesetzten

⁷ Aaron, H.J., and Schwartz, W.B. (1984): *The Painful Prescription: Rationing Hospital Care*, Washington, D.C.: The Brookings Institution.

(knappen) Mittel ein höherer Nutzenzuwachs für die Gesellschaft erzielt werden kann.

Damit steht die ökonomische Betrachtungsweise in klarem 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.

3. 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 demzufolge in einem ersten Schritt bestimmt werden, welcher Teil der verfügbaren öffentlichen Mittel im Vergleich zu anderen Verwendungszwecken wie Bildung, soziale Wohlfahrt, Landesverteidigung, Kultur etc. 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.

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 Bonussysteme an deren Ergebnis finanziell beteiligt werden. Die solchen Versicherungsmodellen angeschlossenen Ärzte verdienen somit im Gegensatz zu der in der traditionellen Krankenversicherung üblichen Einzelleistungshonorierung nicht mehr, wenn die von ihnen betreuten Versicherten krank werden, sondern wenn sie gesund bleiben bzw. möglichst wenig Ressourcen beanspruchen. 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. Sie setzen damit einen *Kostenmassstab* und bringen dadurch die anderen Versicherer unter Wettbewerbsdruck, der sich auch auf den medizinischen Bereich überträgt. Wenn sich die Prämien der traditionellen Versicherer zu weit von jenen der HMOs entfernen, müssen sie damit rechnen, dass vermehrt Mitglieder zu diesen abwandern werden. Dies wird sie zwingen, ebenfalls günstigere Prämien-Leistungspakete anzubieten, indem sie effizientere Kooperationsformen mit den medizinischen Leistungserbringern entwickeln und/oder diejenigen mit einem besseren Kosten-Nutzen-Verhältnis auswählen.

In Europa hat noch keine Nation ein solches *wettbewerblich* organisiertes Gesundheitswesen 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.⁸

4. Grundfragen der Rationierung

Für die Diskussion der sich in plan- oder marktwirtschaftlich organisierten Gesundheitssystemen stellenden Rationierungsprobleme wird im folgenden zwischen der Makro- und der Mikroebene unterschieden.

4.1 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 bei der Verteilung des Budgets in erster Linie darauf, wieviel in den vorangegangenen Jahren ausgegeben wurde. Weiter spielen die aktuelle Lage der Staatsfinanzen, das politische und das wirtschaftliche Umfeld sowie das Ausmass der Zufriedenheit bzw. Un-

⁸OECD (1992): *The Reform of Health Care, A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*, Paris: OECD: 87ff.

zufriedenheit aller Beteiligten mit ihrem nationalen Gesundheitsdienst eine Rolle.

Dabei sind selbst die in planwirtschaftlich organisierten Gesundheitswesen üblichen langen *Wartezeiten* für bestimmte Eingriffe noch keine klare 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.⁹ In Norwegen scheiterte in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre gar der Versuch kläglich, mit der Allokation beträchtlicher zusätzlicher Mittel die bestehenden Wartelisten in den Bereichen Herzchirurgie und Orthopädie zu reduzieren. Parallel mit dem Aufbau der zusätzlichen Kapazitäten weiteten die Ärzte die Indikationen für diese leichter zugänglich gewordenen Behandlungen aus. Es wurden zwar wesentlich mehr Patienten behandelt, jedoch wurden die Wartelisten trotzdem nicht kürzer.¹⁰

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 Lei-

⁹Frankel, S., and West, R. (eds.) (1993): *Rationing and Rationality in the National Health Service, The Persistence of Waiting Lists*, Houndmills: The MacMillan Press Ltd.

¹⁰ Zit. nach Government Committee on Choices in Health Care (1992): *Choices in Health Care*, Rijswijk, The Netherlands: Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs: 100

stungen Wartezeiten in Kauf genommen werden müssen.¹¹ 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. Viele Briten wären vermutlich bereit, mehr zu bezahlen, um dafür die teilweise extrem langen Wartezeiten für gewisse medizinische Interventionen umgehen zu können.

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.¹² 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 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

¹¹Sommer, J.H. (1992): Health Maintenance Organizations, Erwartungen und Erfahrungen in den USA, Chur/Zürich: Verlag Rüegger: 59ff.

¹²Enthoven, A.C. (1978): Consumer-Choice Health Plan: A National Health Insurance Proposal based on Regulated Competition in the Private Sector, in: The New England Journal of Medicine, 298: 709-720

Form hervorrufen) und wirtschaftlich (d. h. ein angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen, was nicht bedeutet, dass kostspielige Massnahmen von der Leistungspflicht ausgenommen sind)".¹³ Klare Handlungsanweisungen zu dieser Thematik fehlen völlig. So wird an keiner Stelle ausgeführt, was unter einem "angemessenen" Kosten-Nutzen-Verhältnis genau zu verstehen ist.

Nehmen wir beispielsweise an, die Wahrscheinlichkeit der Richtigkeit einer Diagnose liege bei 90 % und diese könnte mit der Durchführung eines Tests, der 1'000 Franken kostet, auf 95 % erhöht werden. Oder eine Karzinombehandlung, die 100'000 Franken kostet, könnte die fünfjährige Überlebenswahrscheinlichkeit von 10 auf 15 % steigern. Wer entscheidet nach welchen Regeln, ob ein derartiger Mitteleinsatz noch "angemessen" ist?

In der Schweiz wird diese heikle Aufgabe 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 un schwer vorauszusehen, dass die Direktinteressierten für eine äusserst grosszügige Regelung dieses "Mindest"-Leistungspaketes sorgen werden. Die Gemüter dürften sich höchstens daran erhitzen, ob und welche alternativen Heilverfahren oder welche Methoden der Psychotherapie¹⁴ zu den Pflichtleistungen gehören sollen oder nicht. Nur gerade die eigentlichen Luxus- und Komfortkomponenten der modernen Medizin (z. B. Privatabteilung in Krankenhäusern) werden von der Grundversorgung ausgenommen.

¹³Botschaft über die Revision der Krankenversicherung, Bern 1991: 67

¹⁴Vgl. dazu Condrea G., Hicklin, A. (1994): Analytische Psychotherapie als Pflichtleistungen der Krankenkassen, in: Schweizerische Ärztezeitung, 75(51/52): 2033-2035; Flück, R. (1995): Zur Wirtschaftlichkeit der Methoden der Psychotherapie, Offener Brief des Zürcher Krankenkassenverbandes, in: Schweizerische Ärztezeitung, 76(12): 493-494

4.2 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.¹⁵ 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.¹⁶ Da in Grossbritannien kaum ältere Patienten einer Nierendialyse unterzogen werden, spiele beim Behandlungs-

¹⁵Aaron and Schwartz, a.a.O.: 34ff.

¹⁶Ebenda: 100ff.

entscheid offensichtlich das *Alter* eine massgebende Rolle, obwohl dieses Merkmal nie offiziell als Entscheidungskriterium definiert worden sei.¹⁷

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. So schränken beispielsweise die amerikanischen HMOs die Behandlungsmöglichkeiten ihrer Ärzte entweder direkt mit konkreten Handlungsanweisungen ein, wie etwa dadurch, dass jede Überweisung von der HMO-Leitung genehmigt werden muss oder indirekt mit der Vorgabe fixer Budgets für bestimmte Leistungen. Weiter entwickeln sie finanzielle Anreizsysteme, welche die ihnen angeschlossenen Ärzte für kostengünstigere Verhaltensweisen belohnen.

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? Sollen sie ihnen sagen, dass beispielsweise eine extrem teure Behandlungsoption mit geringen Heilungschancen an sich noch bestehen würde, diese die HMO aber aus Kostengründen nicht erbringt? Besteht nicht die Gefahr, dass die am finanziellen Erfolg der HMO beteiligten Ärzte - ähnlich wie die Hausärzte in Grossbritannien, wenn auch aus anderen Gründen - bestimmte Behandlungsoptionen gar nicht erwähnen oder deren Risiken betonen und deren möglichen Nutzen minimieren?¹⁸ Die Vereinbarung der Rollen als Advokat des Patienten, als ge-

¹⁷Ebenda: 37

¹⁸Rodwin, M.A. (1995): Conflicts in Managed Care, In: The New England Journal of Medicine, 332(9): 604-607

genüber seiner HMO Verantwortlicher sowie als vom finanziellen Erfolg der HMO Abhängiger wird für den Arzt immer eine heikle Gratwanderung sein. Im politischen Prozess definierte und überwachte Informationspflichten und ethische Verhaltensregeln werden vor allem bei wachsender Wettbewerbsintensität unumgänglich werden.

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

5. 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.¹⁹ 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 % aller in der Medizin angewandten Verfahren auf ihre Sicherheit und Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Kriterien überprüft worden.²⁰ Erst in jüngster Zeit setzt sich die Erkenntnis durch, dass bestehende und neue Medizintechnologien und Verfahren darüber hinaus auch

¹⁹Newhouse, J.P. (1993): An Iconoclastic View of Health Cost Containment, In: Health Affairs, 12 Supplement: 152-170

²⁰U.S. Congress, Office of Technology Assessment (1994): Identifying Health Technologies that Work: Searching for Evidence, Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office: 21

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 nämlich beträchtlich.

In einem ersten Schritt gilt es abzuklären, ob eine bestimmte medizinische Intervention *wirksam* ist, d. h. der dabei erzeugte Nutzen die damit verbundenen Risiken übersteigt. Als geeignetstes Instrument dazu gilt die *randomisierte Doppelblindstudie*. Solche Experimente sind jedoch aufwendig und dementsprechend teuer. Oft werden die Versuchsgruppen aus Kostengründen so klein gehalten, dass nur grosse Unterschiede nachgewiesen werden können. Um sicherzustellen, dass die gemessenen Wirkungen auch wirklich der untersuchten Intervention zugeschrieben werden können, werden häufig so strikte Aufnahmebedingungen für die Experimentteilnehmer (z. B. keine Betagten, keine Frauen im gebärfähigen Alter) formuliert, dass die Resultate nicht verallgemeinert werden können. Die meisten randomisierten Versuche werden zudem in Universitätskliniken von Spezialisten an speziell ausgewählten Patienten durchgeführt. Erstere sind auf ihrem Spezialgebiet oft viel erfahrener als ihre Kollegen in kleineren Spitälern und Praxen, und die Experimentteilnehmer sind häufig motivierter oder weniger krank als solche, die sich nicht am Versuch beteiligen. Die Resultate derartiger Experimente können deshalb nicht einfach auf die Alltagspraxis übertragen werden.

Selbst wenn alle methodischen Probleme überwunden wären und zudem der in der Medizin so bedeutsame Placeboeffekt²¹ isoliert und quantifiziert werden könnte, genügt allein der Nachweis der Wirksamkeit neuer oder

²¹Turner, A. (1994): The Importance of Placebo Effects in Pain Treatment and Research, in: JAMA, 271(20): 1609-1614

bereits eingeführter Medizintechnologien und Verfahren in einer Welt knapper Mittel bei der Entscheidungsfindung für deren Anwendung und Ausbreitung nicht. Vielmehr muss in einem zweiten Schritt abgeklärt werden, mit welchem Aufwand dieser Mehrnutzen erzeugt wird und ob mit einem alternativen Einsatz dieser Ressourcen nicht ein höherer Nutzenzuwachs erzielt werden könnte.

Ein vermehrt zur Klärung dieser Fragen eingesetztes Instrument ist die *Kosten-Wirksamkeitsanalyse*. 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 etc.) gemessen werden. Eine Unterform der Kosten-Wirksamkeitsanalyse 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 (wie die explizite Beschreibung der in die Analyse einbezogenen Kosten und Nutzen, die Diskontierung von zu unterschiedlichen Zeitpunkten anfallenden Kosten und Nutzen, die Durchführung von Sensitivitätsanalysen etc.) befolgt hatten.²² Die Problematik der Vergleichbarkeit demonstriert eine weitere Untersuchung eindrücklich, in der 16 in sechs Ländern durchgeführte Studien zur Messung der Kostenwirksamkeit von Reihenuntersuchungen zur Früherkennung von Brustkrebs (Mammographie) gesichtet wurden.²³ Vier davon kamen zum Ergebnis, dass derartige Reihenuntersuchungen sogar zu Kosteneinsparungen führen würden. Die anderen wiesen Kosten von 3'400 \$ bis 20'000 \$ pro gerettetem Lebensjahr aus. Eine Bereinigung dieser Resultate für unterschiedliche Annahmen wie etwa über die Kosten einer Mammographie führte zu noch grösseren Unterschieden von 9'500 \$ bis 144'700 \$ pro gerettetem Lebensjahr. Schliesslich dokumentiert eine weitere Studie, wie irreführend die in Grossbritannien übliche Zusammenfassung der Resultate von Kosten-Wirksamkeits-Analysen verschiedener Medizintechnologien und Verfahren in einer Tabelle aufgrund unterschiedlichster Annahmen und methodischer Ansätze, die eine Vergleichbarkeit verunmöglichen, sein kann.²⁴

Selbst wenn eine Intervention allgemein oder unter bestimmten Umständen kostenwirksam ist, kann sie im *Einzelfall* doch falsch indiziert angewendet werden. Mittlerweile belegen eine Vielzahl von Studien, dass auch in

²²Udvarhelyi, I.S. et al. (1992): Cost-Effectiveness and Cost-Benefit Analyses in the Medical Literature, in: *Annals of Internal Medicine*, 116(3): 228-244

²³Brown, M.L., and Finter, L. (1993): Cost-Effectiveness of Breast Cancer Screening: Preliminary Results of a Systematic Review of the Literature, in: *Breast Cancer Research and Treatment*, 25(2): 113-118

²⁴Mason, J. et al. (1993): Some Guidelines on the Use of Cost Effectiveness League Tables, in: *British Medical Journal*, 306: 570-572

sozioökonomisch weitgehend homogenen Regionen die (alters- und geschlechtsbereinigten) Raten für häufig durchgeführte Verfahren und Eingriffe um mehrere hundert Prozent schwanken können.²⁵ Gleichzeitig zeigen amerikanische Untersuchungen, dass je nach untersuchtem Verfahren 15 bis 40 % der erbrachten Leistungen von medizinischen Experten als "unangemessen" eingestuft wurden.²⁶ Dabei konnte aber nur ein geringfügiger Zusammenhang zwischen hohen Raten der Inanspruchnahme und einem entsprechend höheren Anteil von als unangemessen beurteilten Leistungen nachgewiesen werden. Selbst in Grossbritannien, wo bestimmte Eingriffe viel weniger häufig als in den USA vorgenommen werden, wird ein beträchtlicher Teil davon von medizinischen Experten als falsch indiziert beurteilt. Es wäre also zu einfach, vergleichsweise hohe Raten generell als Überversorgung einzustufen.

Vor diesem Hintergrund werden die Schwierigkeiten ersichtlich, die sich bei der Zuteilung medizinischer Leistungen nach administrativen Regeln ergeben müssen. Bis anhin unternahm einzig der amerikanische Bundesstaat Oregon den Versuch, die üblichen Methoden der *impliziten* Rationierung durch *explizitere*, demokratisch legitimiertere Verfahren abzulösen.

6. 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 aufwie-

²⁵ Wennberg, J.E. (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, DHHS Pub. No. (PHS) 90-3454, Washington, D.C.: Department of Health and Human Services: 177-206

²⁶ Chassin, M.R. et al. (1987): Does Inappropriate Use Explain Geographic Variations in the Use of Health Care Services?, in: JAMA, 258(18): 2533-2537

sen. 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 stattfindet. Drittens sollen beim Setzen der Prioritäten sowohl die Werte der Gemeinschaft als auch das Know-How der Experten einfließen.²⁷

Mit dieser Aufgabe des Erstellens einer Liste, welche die medizinischen Behandlungen nach Prioritäten abstufen sollte, wurde vom Gouverneur eine sich aus Konsumenten und medizinischen Leistungserbringern zusammengesetzte Kommission betraut. Diese setzte 50 freiwillige Gruppen von Ärzten ein, die 709 Gruppen von Beschwerden bzw. Diagnosen mit den dazugehörigen Therapien, sog. "*condition-treatment pairs*" auflisteten. Die Kommission schuf dann ein System von 17 Leistungskategorien, um die 709 Paare logisch einordnen zu können. Die Einteilung der Kategorien von höchster bis niedrigster Priorität erfolgte anhand der auf einer Vielzahl öffentlicher Veranstaltungen und Hearings von den Teilnehmern geäußerten Präferenzen. Die Kommission ordnete die 709 Paare den 17 Kategorien zu, wobei die einzelnen Paare innerhalb der jeweiligen Kategorie nach dem erwarteten *Nettonutzen* positioniert wurden, der die bei gegebenen Krankheitssymptomen mit einer bestimmten Behandlung im Durchschnitt zu erreichende Verlängerung der Lebenserwartung und/oder Verbesserung der

²⁷ Garland, M.J. (1992): Rationing in Public: Oregon's Priority-Setting Methodology, in: Strosberg, M.A. et al. (eds.), Rationing America's Medical Care: The Oregon Plan and Beyond, Washington, D.C.: The Brookings Institution: 37-59

Lebensqualität wiedergeben soll.²⁸ Im Jahr 1991 verabschiedete das Parlament ein Budget für Medicaid, das zur Finanzierung der ersten 587 Paare ausreichen sollte.²⁹

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 medizinische 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 Rationierungs-Ansatz stellenden Datenprobleme sind immens. Die Resultate widersprachen oft dem gesunden Menschenverstand. So wurde die nach dem errechneten Nettonutzen erfolgte Einteilung der 709 Paare von der Kommission nachträglich "von Hand" noch beträchtlich korrigiert, nämlich über die Hälfte aller Paare (53 %) um mindestens 25 Positionen und rund ein Viertel (24 %) aller Paare gar um über 100 Positionen auf der Prioritätenliste hinauf oder hinunter

²⁸Kaplan, R.M. (1992): A Quality-of-Life Approach to Health Resource Allocation, in: Strosberg, M.A. et al. (eds.), Rationing America's Medical Care: The Oregon Plan and Beyond, Washington, D.C.: The Brooking Institution: 60-77

²⁹Garland, a.a.O.: 39

verschoben.³⁰ Dies brachte der Kommission den Vorwurf ein, dass sie ihre Rationierungsaufgabe zwar vordergründig nach einem objektiven, für jedermann nachvollziehbaren quantitativen Ansatz zu lösen vorgeben hätte, dass die endgültige Einteilung dann aber doch massgeblich von den subjektiven Werturteilen der Kommissionsmitglieder abhängen und entsprechend willkürlich sei.

- In Oregon wurden über 10'000 medizinische Diagnosen in diesen 709 "condition-treatment pairs" aggregiert. Viele Paare sind zwangsläufig heterogen; es werden verschiedene Krankheitssymptome und verschiedene Behandlungsmöglichkeiten zusammengefasst. Darüber hinaus wird der von den Ärzten geschätzte Nettonutzen für den sogenannten *Durchschnittspatienten* ermittelt. Der Nutzen einer medizinischen Intervention kann jedoch je nach Gesundheitszustand des Patienten in oft extremer Weise variieren.³¹ Darauf nimmt Oregons Prioritätenliste keine Rücksicht. Das heisst, dass Patienten mit einer an sich guten Prognose je nach Position der erforderlichen Behandlung auf der Prioritätenliste keine Medicaid-Leistungen erhalten, während andere, deren Heilungschancen aufgrund ihres allgemein schlechten Gesundheitszustandes minimal sind, behandelt werden.³² Dies wird im Einzelfall sowohl für den behandelnden Arzt als auch für den betroffenen Patienten nur schwer nachzuvollziehen und zu akzeptieren sein. Erschwerend kommt hinzu, dass vom Arzt ausdrücklich erwartet wird, eine *Zweiklassenmedizin* zu praktizieren. Für vergleichbare, jedoch privat versicherte

³⁰30 Paare rutschten als Konsequenz dieser Korrekturen über die noch finanzierte Linie 587, 30 darunter. U.S. Congress, Office of Technology Assessment, a.a.O.: 9

³¹Reiman, A.S. (1990): The Trouble With Rationing, in: The New England Journal of Medicine, 323(15): 911-913

³²Beispielsweise übernimmt Medicaid gemäss dieser Liste die Kosten für die Behandlung eines Herzstillstandes für alle Medicaid-Berechtigten, also auch eines todkranken Patienten. U.S. Congress, Office of Technology Assessment, a.a.O.: 21

Patienten kann er Leistungen, die Medicaid nicht mehr finanziert, auch weiterhin erbringen.

- 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?³³ 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. Kriminelle) 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.

5. Fazit

Am Beispiel Grossbritanniens lässt sich empirisch belegen, dass heute bestimmten Patienten sogar lebensnotwendige medizinische Leistungen aufgrund von Kapazitätsengpässen vorenthalten werden. Diese Rationie-

³³Veatch, R.M. (1992): The Oregon Experiment: Needless and Real Worries, in: Strosberg, M.A. et al. (eds.), Rationing America's Medical Care. The Oregon Plan and Beyond, Washington, D.C.: The Brookling Institution: 78-90

rung erfolgt jedoch *verdeckt* und nicht nach expliziten, im politischen Prozess formulierten Regeln. Die *Hauptlast* haben dabei die *Hausärzte* zu tragen, von denen erwartet wird, dass sie als sogenannte "gatekeeper" eine auf die Grösse der vorhandenen Kapazitäten angepasste Überweisungspraxis betreiben. Die politisch Verantwortlichen bevorzugen diese Strategie der *impliziten* Rationierung, weil sie dadurch dem Stimmvolk keine unangenehmen Wahrheiten mitteilen müssen. Sie vermeiden den Begriff "Rationierung" sorgfältig und sprechen - wenn überhaupt - vage von der "Notwendigkeit der bewussten Wahl", vom "Setzen von Prioritäten" oder von "Effizienzsteigerung".³⁴

Soll über die Allokation medizinischer Leistungen nicht einfach über deren Preis entschieden werden, kann auch in einem *wettbewerblich* organisierten Gesundheitswesen der Frage der Rationierung nicht ausgewichen werden. Der entscheidende Ansatzpunkt ist dabei die Definition des Mindestleistungspaketes, der *Grundversorgung*, die allen unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit garantiert werden soll. Sollte diese dereinst aus Gründen der Mittelknappheit restriktiver als bis anhin definiert werden, käme in der Schweiz der "Eidgenössischen Kommission für allgemeine Leistungen der Krankenversicherung" eine entscheidende Rolle zu, deren politische Legitimation fragwürdig und deren Entscheidungsfindung für eine breitere Öffentlichkeit intransparent ist. 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.

³⁴ Vgl. z. B. Government Committee on Choices in Health Care (1992): *Choices in Health Care*, Rijswijk, The Netherlands: Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs

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 engem 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 verbesserungsfähigen³⁵ - 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.

³⁵Sommer, J.H. (1964). Fällige Reform des Gesundheitswesens, Auf der Suche nach tauglichen Alternativen, in: NZZ, Nr. 271, 19.20. September