Zeitschrift: Fachzeitschrift Heim
Herausgeber: Heimverband Schweiz
Band: 70 (1999)
Heft: 11

Artikel: Grenzen in der Medizin? : Die Debatte zur Rationierung im Gesundheitswesen

Autor: Schnetzler, Rita

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-812995

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: 15.07.2025

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

GRENZEN IN DER MEDIZIN?

Die Debatte zur Rationierung im Gesundheitswesen

Von Rita Schnetzler

«Im Gesundheitswesen ist zu Lasten der Grundversicherung nicht mehr alles zahlbar, was machbar geworden ist», schrieb die Arbeitsgruppe «Faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen» in ihrem «Manifest für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen», das sie an einer Tagung Ende März 1999 einer breiten Öffentlichkeit vorstellte. Weil die Handlungsmöglichkeiten der modernen Medizin die Finanzierungsmöglichkeiten der Gesellschaft überstiegen, stelle sich der modernen Gesellschaft nicht die Frage, ob überhaupt zu rationieren sei, sondern lediglich, wann, wie und wo das geschehen soll.

Im Januar 1999 hatte das Nachrichtenmagazin «10 vor 10» des Fernsehens DRS über eine vermeintliche Rationierungsentscheidung im Kantonsspital Basel im Zusammenhang mit dem sehr teuren Medikament Novo Seven berichtet. Damit hatte das Fernsehmagazin eine breite Diskussion des Themas «Rationierung im Gesundheitswesen» in den Schweizer Medien eröffnet. Der «10 vor 10»-Bericht hatte eine Welle der Empörung ausgelöst. Unterdessen ist die Diskussion sachlicher geworden. Für zahlreiche Exponenten aus Gesundheitswesen und -politik steht fest: Wenn die Medizin laufend neue, teure Behandlungsmöglichkeiten entwickelt, kann es sich die Gesellschaft früher oder später nicht mehr leisten, diese Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen der solidarisch finanzierten Grundversicherung allen zur Verfügung zu stellen. Doch wo soll gespart, wem sollen welche Leistungen vorenthalten werden?

Rationierungsentscheidungen im Alltag

Bereits heute findet eine «verdeckte Rationierung» statt, sagen manche. In den Spitälern würden aus Personal- und Zeitmangel tagtäglich willkürliche Rationierungsentscheidungen getroffen. An der Tagung «Rationierung im Gesundheitswesen» vom 25. März in Zürich berichteten *Judit Pók*, Oberärztin Gynäkologie am Universitätsspital Zürich (USZ), und *Barbara Brühwiler*, Oberschwester Gynäkologie am USZ, über Rationierungsentscheidungen in ihrem Arbeitsalltag: Weil die Operationskapazität in der Frauenklinik begrenzt sei, komme es vor, dass man einen Operationstermin wegen Notfällen mehrmals verschieben müsse, sagte Judit Pók. Auch im Pflegealltag werden, so Barbara Brühwiler, bereits heute Prioritäten gesetzt: Durch die Reduktion der Spitalaufenthaltsdauern seien die Frauen heute nur noch in der arbeitsintensiven Akutphase im Spital. Weil die einzelne Pflegende mindestens gleich viele Patientinnen zu betreuen hat wie früher, sei es im Alltag nicht mehr möglich, allen Anforderungen – von der Patienteninformation über Körperpflege, Wundpflege und so weiter bis hin zur Trauerbegleitung – gerecht zu werden.

Was die beiden Spitalmitarbeiterinnen schilderten, wird im «Manifest für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen» als «verdeckte Rationierung über Budgetbeschränkungen» bezeichnet. Um eine Rationierung handelt es sich insofern, als es nicht um unnötige Leistungen, sondern um anerkannte, medizinische Bedürfnisse geht, die nicht mehr immer abgedeckt werden können. Dennoch darf man in diesem Zusammenhang eigentlich nicht von einer Rationierung sprechen, wie Peter Spinnler, ehemaliger Chefarzt am Spital Santa Maria in Münstertal, erläuterte. Die Rationierung setze nämlich eine ethische (Werthaltung der Bevölkerung), juristische (Volksentscheid) und ökonomische (Einsparpotential) Legitimation voraus.

Öffentliche Entscheidungsfindung

Die Arbeitsgruppe «Faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen» – eine unabhängige, interdisziplinäre Arbeitsgruppe, bestehend aus Fachleuten aus den Bereichen Jurisprudenz, Medizin, Ökonomie, Pflege, Pharmazie, Philosophie und Theologie – geht davon aus, dass Rationalisierungsmassnahmen (siehe Glossar) langfristig nicht ausreichen, um eine Rationierung zu verhindern. Rationalisierungsmassnahmen seien nach Kräften zu fördern. Parallel dazu müsse aber eine öffentliche Entscheidungsfindung über die Prioritätensetzung im Gesundheitswesen stattfinden, denn nur so könne verhindert werden, dass weiterhin «verdeckt» rationiert werde. Die

Glossar

Rationalisierung: Unnötiges und Wirkungsloses wird ohne Qualitätsverlust beseitigt und Handlungsabläufe werden effizienter gestaltet.

Rationierung: Im Rahmen einer Zwangssituation wird auf sinnvolle und angemessene Leistungen und Mittel verzichtet.

Strukturelle Rationierung: Einschränkungen durch Veränderung der Strukturen (Zahl der Leistungsanbieter, Forschungsprioritäten usw.)

Individuelle Leistungs- und Mittelrationierung: Beschränkung bestimmter Leistungen und Mittel.

Strukturelle und individuelle Rationierungsentscheidungen sollten nach Meinung der Arbeitsgruppe «Faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen» immer auf der *Grundsatzebene* (politische Ebene von Bund und Kantonen) stattfinden und «auf öffentlichem und transparentem Diskurs und demokratischer Entscheidungsfindung basieren». Die Ergebnisse des Entscheidungsprozesses, die sich zum Beispiel in Gesetzen und Richtlinien, Pflichtleistungskatalogen, Leistungsaufträgen und Berufsreglementen niederschlagen, sollen den Rahmen für die Urteilsbildung im Einzelfall abstecken und willkürliche Rationierungsentscheidungen auf der *Leistungsebene* (bei der Behandlung eines Patienten, z.B. in der Arztpraxis oder im Spital) verhindern.

Quelle: «Manifest für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen[1]»

Die Sozialethikerin Ruth Baumann-Hölzle (links), Leiterin der Arbeitsgruppe «Faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen» und des neu gegründeten «Instituts für Ethik im Gesundheitswesen», engagiert sich für eine bewusste, interdisziplinäre, ethische Urteilsbildung bei Fragen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen.

Arbeitsgruppe wollte mit ihrem «Manifest für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen»[1], das sie an der Tagung vom 25. März vorstellte, einen Anstoss zur öffentlichen Diskussion geben und die Politikerinnen und Politiker zum Handeln auffordern.

Regeln für die strukturelle Rationierung

Im «Manifest» schlägt die Gruppe unter anderem acht Regeln für die strukturelle Rationierung (siehe Glossar) vor:

1. *Solidarität:* Um zu verhindern, dass die Solidarität überstrapaziert und dadurch das Solidaritätsprinzip grundsätzlich in Frage gestellt wird, sollen den Gesunden die Kosten für Angebote zur Steigerung des körperlichen Wohlbefindens und den Kranken (ausser bei chronischen Krankheiten) erhöhte Selbstbehalte zugemutet werden.
2. *Vorrang des aktuellen, angemessenen medizinischen Handlungsbedarfes vor Präventivmassnahmen:* Präventionsmassnahmen, vor allem präventive Reihenuntersuchungsprogramme (sog. Screenings), sollen nur nach sorgfältiger Abklärung durchgeführt werden. Es ist statistisch zu prüfen, wie viele Menschen solchen Massnahmen unterzogen werden müssen, um einen einzigen Krankheitsfall zu verhindern oder das Leben eines Menschen um ein Jahr zu verlängern. (siehe Kasten «Evidence based Medicine») Aufklärungskampagnen sollen nicht aus der Grundversicherung bezahlt werden. Bei Medikamenten zur Krankheitsvorbeugung sollen nur die günstigsten Varianten vergütet werden.
3. *Neugewichtung der Geldverteilung in der medizinischen Forschung:* Mit neuen Produkten geht oft eine enorme Kostensteigerung einher. Das Überprüfen der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit bestehender (Be-) Handlungsmöglichkeiten soll deshalb Vorrang vor der Entwicklung neuer Handlungsmöglichkeiten haben.
4. *Zurückhaltung bei der Einführung von Neuerungen zu Lasten der Solidargemeinschaft:* Es ist einfacher, neue Leistungen und Mittel gar nicht einzuführen, als später über deren gerechte Verteilung entscheiden zu müssen.
5. *Beschränkung der Dichte der Leistungsanbieter:* Im Gesundheitswesen steigen die Nachfrage und damit die Kosten mit dem Angebot. In Kantonen mit hoher Ärztedichte finden wesentlich mehr Arztkonsultationen statt als in Kantonen mit geringerer Ärztedichte. Eine Beschränkung der Anzahl Leistungserbringer hilft deshalb, die Mengenausweitung zu begrenzen.
6. *Transparenz zwischen Leistungsanbietern und Industrie:* Die Interessenverflechtung zwischen Leistungsanbietern und vor allem der Pharmazeutik- und Medizinaltechnik-Industrie beeinflusst Behandlungs- und Betreuungsentscheide. Wirtschaftliche Interessenverflechtungen können und sollen nicht verboten, aber sie sollen offengelegt und allgemein zugänglich veröffentlicht werden müssen. Die Schweiz soll sich international für Massnahmen gegen die Beeinflussung von Forschungsresultaten durch die Industrie einsetzen.
7. *Verbesserung des Zusammenspiels von Bund und Kantonen:* Zulassungsbewilligungen für Berufe im Gesundheitswesen sowie die Regelung von Leistungspflichten und -begrenzungen sollen verschärft werden.
8. *Institutionenübergreifende Gestaltung der Handlungsabläufe:* Die einzelnen Leistungen sollen im Gesamtkontext der Behandlung und Betreuung eines Menschen – unter Berücksichtigung aller Folgekosten – betrachtet werden.

Entscheidungskriterien für eine individuelle Leistungs- und Mittelrationierung

Die Arbeitsgruppe «Faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen» schlägt vor, primär bei der strukturellen Rationierung (siehe oben) anzusetzen. Langfristig wird die Gesellschaft nach Meinung der Arbeitsgruppe jedoch nicht um eine

Evidence based Medicine

Ist ein neues teures Medikament tatsächlich wirksamer als sein Vorgänger? Lohnt es sich, bei allen Frauen im Alter zwischen 40 und 50 Jahren eine Mammografie durchzuführen? Zu solchen Fragen gibt es unzählige Studien, die sich zum Teil grundlegend widersprechen. Wer hat nun recht? Die klinische Epidemiologie, besser bekannt unter der Bezeichnung «Evidence based Medicine» (EBM), stellt Methoden bereit, um diese Frage zu beantworten. *Johann Steurer,* der die Möglichkeiten der EBM an der Tagung darstellte, ist unterdessen Leiter des neu gegründeten «Horten-Zentrums für praxisorientierte Forschung und Wissenstransfer», das als unabhängiges Institut an der Universität Zürich klinisch epidemiologische Untersuchungen durchführen und den Praktikern die Ergebnisse zur Verfügung stellen wird.* Langfristig will das Institut die «Schulung eines kritischen Methodenbewusstseins» auch im Studiengang der Mediziner verankern, damit alle Mediziner lernen, Studien auf ihre Glaubwürdigkeit und auf ihre Praxisrelevanz (Bedeutung für die Praxis) zu prüfen.

* Die Ergebnisse werden im Internet unter www.evimed.ch veröffentlicht.

[1] «Manifest für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen», 14. Januar 1999. Bezugsadresse: Sekretariat Unabhängige Arbeitsgruppe «Faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen», Universitätsspital Zürich, Schmelzbergstrasse 26, 8091 Zürich. Tel. 01 255 38 05.

Dialog Ethik

Im Sommer dieses Jahres haben Mitglieder der Arbeitsgruppe «Faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen» zusammen mit zahlreichen weiteren Personen und Einrichtungen aus Gesundheits- und Sozialwesen den gemeinnützigen Verein für interdisziplinäre Ethik («Dialog Ethik»)* gegründet. Initiatorin war die Leiterin der Arbeitsgruppe, die Sozialethikerin *Ruth Baumann-Hölzle*. Der Verein «Dialog Ethik» betreibt ein «Interdisziplinäres Institut für Ethik im Gesundheitswesen», das Ethik-Foren an Spitälern und in Heimen begleitet, Weiterbildungen und Beratung anbietet und öffentliche Veranstaltungen organisiert.

* Kontaktadresse: Dialog Ethik, Gloriastrasse 18, 8028 Zürich. Tel. 01 252 42 01. Fax 01 252 42 13. Internet: www.dialog-ethik.ch. E-mail: info@dialog-ethik.ch

individuelle Rationierung herumkommen: um die Entscheidung, «wie viel sie sich ein statistisch zu gewinnendes Lebensjahr mit guter Lebensqualität in Franken kosten lassen will». Vereinfacht würde dies heissen, dass teure oder sehr teure Behandlungsmethoden zwar eingesetzt werden sollen, wenn ein Patient dadurch viele Lebensjahre mit guter Lebensqualität (QUALYs [quality adjusted life years]) gewinnt. Dagegen soll auf solche Massnahmen verzichtet werden, wenn der Patient dadurch nur wenige Tage, Wochen oder Monate länger lebt und sich auch die Lebensqualität durch die Behandlung nur geringfügig verbessert. Die Arbeitsgruppe möchte also nicht Altersgrenzen für bestimmte Behandlungen (z.B. Transplantationen, teure Medikamente) festlegen, wie dies in anderen Ländern geschieht. Stattdessen schlägt sie vor, Leistungen nicht zur Verfügung zu stellen, wenn sie nur einen sehr geringen Nutzen («Grenznutzen») haben. Beispiele dafür sind bestimmte teure Krebsmedikamente, die das Leben nur um wenige Wochen verlängern und die Lebensqualität durch zum Teil schwerwiegende Nebenwirkungen beeinträchtigen.

Zweiklassenmedizin

Ist eine Rationierung tatsächlich das richtige Mittel, um die Kostensteigerung im Gesundheitswesen zu bremsen? Und: Wären von einer Rationierung alle Gesellschaftsschichten gleichermassen betroffen? – Nein, lautet die Antwort auf beide Fragen aus Sicht der «Aktion gsundi Gsundheitspolitik» (AGGP), die sich an der Tagung als «Kontrahentin» der Veranstalter bezeichnete.

In einem Heft mit dem Titel «Die Ra-

Rationierung im Gesundheitswesen

Von Margrit Kessler

In den Medien wird nur mit den Leistungserbringern, Versicherern und Politikern, aber nicht mit den Betroffenen – den Patientinnen und ihren Vertretern – über die Rationierung im Gesundheitswesen diskutiert. Fragen wie: bekomme ich die Leistung, die mir zusteht, oder bin ich zu alt dafür, stehen im Raum. In unseren Beratungsstellen werden aber auch täglich Patientenverfügungen verlangt, welche die Betroffenen an ihrem Lebensende vor unnötigen Therapien und Untersuchungen bewahren sollen.

Die Diskussion «Rationierung im Gesundheitswesen» ist kontrovers. Das zeigt das Beispiel der Basler Regierungsrätin, die das teure Medikament Novo Seven für einen über 80-jährigen Patienten nicht bezahlen wollte, gleichzeitig aber das fünfte Herztransplantationszentrum der Schweiz einrichtete.

Wie die vorhandenen Ressourcen verteilt werden sollen, muss von der ganzen Bevölkerung diskutiert werden, da diese die Konsequenzen auch tragen muss. Leider kamen die Patientenvertreterinnen bis heute nicht zum Wort und die Diskussion findet einmal mehr nur zwischen den Leistungserbringern, den Politikern und den Versicherern statt.

Aus dem Standpunkt der Patientenvertretung werden zur Zeit immer noch zu viele unnötige medizinische Leistungen erbracht. Solange dies der Fall ist, muss nicht rationiert, sondern sinnvoll umverteilt werden. Die Leistungserbringer lassen sich nicht in die Karten blicken und die Politiker wissen nicht, was hinter den Kulissen gespielt wird.

Aus meiner Sicht als Patienten-Beraterin mit 25-jähriger Berufserfahrung als Krankenschwester für Intensivpflege gibt es auch heute noch viele überflüssige Untersuchungen und Behandlungen. Der Wille zum Sparen steht in grossen Spitäler nicht im Vordergrund, sondern das Interesse zur Amortisation der teuren Apparaturen. So werden bei Patienten, die vom Hausarzt vollständig mit EKG-, Röntgen- und Laboruntersuchungen abgeklärt wurden, im Spital alle Analysen wiederholt. Auch intervenieren nützt kaum etwas, weil das Personal die strikten Klinikweisungen einhalten muss. Ohne diese Doppelspurigkeit könnte viel Geld gespart werden!

In der Schweiz werden vier Leber- und fünf Herztransplantationszentren betrieben. Ein Zentrum für jedes dieser Organe wäre genug. Zurzeit hat kein Team genügend Fälle und kann nicht die optimale Leistung erbringen, weil die Erfahrung und Übung fehlen. Ein Zentrum muss mindestens 10 Lebertransplantationen pro Jahr durchführen, sonst bezahlen die Krankenkassen die Operationen nicht. Das hat zur Folge, dass zu grosszügige Indikationen gestellt werden, wenn eine Leber zur Transplantation zur Verfügung steht. So steht oft das Interesse der Chirurgen, das Handgelenk zu üben, im Vordergrund und nicht das Wohl des Patienten. Patienten mit ausgedehntem Krebsleiden haben keine Chance, eine Transplantation langfristig zu überleben, weil die Immunsuppression das Krebsleiden zum Explodieren bringt.

Uns ist bekannt, dass einem Patienten mit fortgeschrittenem Krebsleiden eine Leber transplantiert wurde. Bei einem anderen, bereits 70-jährigen Patienten funktionierten schon längere Zeit beide Nieren nicht mehr. Auch diesem Patienten wurde eine Leber transplantiert. Beide Patienten verstarben auf der Intensivstation. Eine Lebertransplantation kostet die Krankenkassen – oder die Steuerzahler! – Fr. 250 000.–. Sollte dieses Geld nicht besser in der Spitex investiert werden, um den Patientinnen und Patienten die Gelegenheit zu geben, im Kreise ihrer Angehörigen die letzten Lebenswochen zu verbringen? Leider versuchen immer mehr Krankenkassen die sogenannt «nicht wirtschaftlichen» Pflegeleistungen der Spitex zu kürzen.

Es wäre Aufgabe unserer Regierung, die Transplantationszentren zu reduzieren. Ein Machtkampf unter den Universitäten ist voraussehbar. Es scheint, dass unsere Politiker diese Auseinandersetzungen fürchten. Für gute Resultate in der Transplantationschirurgie und zur Verhinderung unnützer Transplantationen brauchen wir mutige Politiker. Als ehemalige Intensivschwester bin ich nicht gegen High-Technologie, aber diese muss richtig angewendet werden, so dass sie für den Patienten zum Segen und nicht zur Sterbeverlängerung wird. Eine Rationierung der medizinischen Leistungen brauchen wir heute noch nicht! Zuerst müssen wir vielmehr die Ressourcen richtig verteilen!

Stiftung Schweiz. Patienten-Organisation
Margrit Kessler, Präsidentin
Aus: Schweiz. Gesellschaft für Gesundheitspolitik
Gesundheitspolitische Informationen GPI 3/99

tionierung im Gesundheitswesen: teuer, ungerecht, ethisch unvertretbar»[2] setzen sich drei Mitglieder der Gruppe in sechs Beiträgen mit verschiedenen Aspekten des «bislang praktisch ausschliesslich von den Befürwortenden debattierten» Themas auseinander. Ein zentrales Argument der Autorin und der Autoren gegen die Rationierung ist die Feststellung, dass davon nicht alle Menschen betroffen wären. Die Rationierung führe zu einer Zweiklassenmedizin, denn «tatsächlich rationiert, das heisst: effektiv nicht erbracht, werden die Leistungen für Personen, die sich eine ausgedehnte Zusatzversicherung nicht leisten können.» Die Rationierung ist gemäss einer «quantitativen Einschätzung» der Autoren keine geeignete Massnahme, um die Kostenexplosion im Gesundheitswesen zu bremsen. Dagegen komme die Rationierung den Versicherungen und dem Staat zugute: «Den Versicherungen ermöglicht sie es, den profitablen Bereich des Zusatzversicherungssektors auszubauen, und dem Staat, sein finanzielles Engagement im Gesundheitsbereich weiter zu reduzieren.»

Die Arbeitsgruppe «Faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen» bestreitet nicht, dass die Rationierung zu einer Vielklassenmedizin führe. Ein reicher Krebspatient wird sich das teure Krebsmedikament mit geringem Grenznutzen selber kaufen können. Ob er dadurch Lebensqualität gewinnt, bleibe dahingestellt. Jedenfalls muss einer Vielklassenmedizin nach Meinung der Arbeitsgruppe «soweit als möglich entgegengewirkt werden». Die dritte Regel für die strukturelle Rationierung (siehe oben) ist deshalb von besonderer Bedeutung: Wenn neue Medikamente und Behandlungen gar nicht entwickelt werden, haben weder Reiche noch Arme Zugang dazu.

Die Grenzen der Machbarkeit

«Meist gehen wir davon aus, dass unsere Medizin derjenigen in der ehemaligen Sowjetunion überlegen ist», schreiben *Theodor Abelin* und *Walter Schäppi* in einem Bericht über eine «Begegnung zum Thema Palliativmedizin» in Weissrussland[3]. Anlässlich eines Besuches im Belarus Children's Hospice, einem «Spitex-Hospiz» für unheilbar krebskranke Kinder in der Stadt Minsk, haben die Autoren festgestellt, dass das nur begrenzt stimmt. Zwar können die Fachleute in Weissrussland von den Kollegen aus dem Westen lernen, wenn es um die Schmerztherapie für die unheilbar krebskranken Kinder geht. Doch das Leiden hat viele Gesichter: Die Psychologin *Anna Gorchakova,* Leiterin des Belarus Children's Hospice, «sieht in der Akzeptanz des nahenden Todes den Schlüssel zu einer fruchtbar verbrachten letzten Lebensphase». Dabei spielen nach Meinung der Psychologin die behandelnden Ärzte eine zentrale Rolle.

Gorchakova hat festgestellt, dass es Ärzten sehr schwer fällt, einzugestehen, dass die Mittel der modernen Medizin versagt haben. Vor allem in der gewohnten Klinikumgebung sei der Arzt «völlig von der Idee gefangen, auch in den hoffnungslosesten Situationen sei mit der Medizin noch immer etwas zu erreichen». Wenn der Arzt dem betroffenen Kind und seinen Eltern immer wieder Hoffnung mache, führe dies zu einem «endlosen Leiden» und «endlosen Sterben». Mit der Errichtung des Hospiz-Zentrums in einem älteren Haus wollte Gorchakova eine Umgebung schaffen, in denen es den Ärzten leichter fällt, die Eltern über die Nutzlosigkeit weiterer Behandlungsversuche zu informieren und zusammen mit ihnen den Schritt vom Kampf gegen den Tod zur Akzeptanz des Todes vorzubereiten.

Sich eingestehen, dass die medizinische Machbarkeit Grenzen hat: Ein Schlüssel vielleicht nicht «nur» für die Palliativmedizin, sondern auch für ein bezahlbares Gesundheitswesen? ■

Literatur zum Thema: Herausgegeben von der Aktion gsundi Gsundheitspolitik

Heinrich Tobiska, Pierre Gobet, Susi Wiederkehr
mit einem Beitrag von Monika Faller-Möller

Die Rationierung im Gesundheitswesen:

Teuer, ungerecht, ethisch unvertretbar

Ein unsoziales Konzept soll salonfähig gemacht werden

In der gesundheitspolitischen Debatte um Kostensteigerung und Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens, die in der dramatischen Bezeichnung «Kostenexplosion» gipfelt, wird immer häufiger und lautstärker das Konzept der Rationierung von Gesundheitsleistungen als Lösungsweg propagiert.

Das Konzept der Rationierung wird zunehmend als einzige Möglichkeit bezeichnet, dem angeblich drohenden finanziellen Kollaps des Gesundheitswesens zu entgehen. So FMH-Präsident Dr. H.H. Brunner im Tagesanzeiger vom 27. März 1995: «... man kann nur noch diskutieren, wie stark und wann rationiert wird». In Zeiten wirtschaftlicher Schwierigkeiten, materieller Existenzängste und sich verschärfender Verteilungskämpfe um gesellschaftlichen Reichtum üben solche Konzepte einen fast unwiderstehlichen Reiz aus. Vor allem wenn sie als notwendig, unabänderlich und aus der Misere führend propagiert werden.

Als erstes fällt es schwer, den Begriff Rationierung in der Schweiz, einem der reichsten Länder der Erde, in einem so sensiblen Bereich wie dem Gesundheitswesen anzusiedeln. Ausgehend von individuellen Präferenzen kann man wohl feststellen, dass – nicht nur bei Neujahrsumfragen – die Gesundheit auf der persönlichen Wunschliste der meisten Menschen ganz oben zu finden ist als hohes Gut, sozusagen als Voraussetzung für ein erfülltes Leben. Demnach ist auch die Wiedererlangung oder Erhaltung gesundheitlichen Wohlbefindens ein prioritäres Bedürfnis. Diese individuelle Wichtigkeit des Gutes Gesundheit findet ihren Ausdruck in dem gesellschaftlichen Konsens, eine medizinische Versorgung für alle sicher zu stellen. Die Bewertung der Gesundheitsversorgung als öffentliches Gut ist eine soziale Errungenschaft und Ausdruck einer zivilen Gesellschaft. Das Gesundheitswesen hat die Aufgabe und den gesellschaftlichen Auftrag, das individuelle Streben nach gesundheitlichem Wohlbefinden zu unterstützen und Einrichtungen und Hilfen für die Wiedererlangung von Gesundheit bereit zu stellen oder Unterstützung für das Leben bei bleibenden Einschränkungen zu bieten.

In dieser Situation, in der zum einen ein legitimer Anspruch und ein prioritäres Streben nach bestmöglicher gesundheitlicher Versorgung besteht und zum anderen ein gut ausgebautes Gesundheitswesen diesen Bedürfnissen gerecht werden kann, wird nun auf der Ebene der Gesundheitskosten postuliert, dass auf diesem Standard die Angebote von Gesundheitsleistungen nicht mehr für alle bezahlbar sind.

AKTION GSUNDI GSUNDHEITSPOLITIK

Adresse:
Aktion Gsundi
Gsundheitspolitik,
Postfach 862, 8024 Zürich

---

[2] Heinrich Tobiska, Pierre Gobet, Susi Wiederkehr: Die Rationierung im Gesundheitswesen: teuer, ungerecht, ethisch unvertretbar. Hrsg.: Aktion gsunde Gsundheitspolitik. Zürich, 1999. Bezugsadresse: P. Gobet, Forchstrasse 19, 8610 Uster. E-Mail: p.gobet@bluewin.ch

[3] T. Abelin, W. Schäppi: Können wir von Weissrussland lernen? – Eine Begegnung zum Thema Palliativmedizin. Schweizerische Ärztezeitung: 1999; 80: Nr. 14: 853–854.