

# Elegantes Durchwursteln

E. Taverna

Marketinginstitute und Trendforscher belegen es immer wieder: Gesundheit gilt als Inbegriff von Wohlbefinden und Sinnlichkeit. Für die 60- bis 74jährigen hat sie den absolut höchsten Stellenwert. Bis im Jahr 2010 dürften die Schweizer Haushalte 16% ihres Geldes für Gesundheit ausgeben, deutlich mehr als für Nahrungsmittel. Doch wo soll gespart werden, wenn Patientenlobbies «informed choice» erwarten, wenn die Patientenbindung zum Qualitätsmassstab für Ärzte wird und Apotheken sich in Erlebnisshops verwandeln? Auch ohne politische und ökonomische Hintergedanken weichen die Ansichten über eine notwendige medizinische Versorgung in einer pluralistischen Gesellschaft extrem voneinander ab. Der individuelle Ansatz definiert Gesundheit als Gleichgewicht zwischen Wollen und Können, der medizinisch-professionelle als Abwesenheit von Krankheit, der gesellschaftsorientierte als Fähigkeit, an der Gemeinschaft teilzunehmen. Es ist fast unmöglich, aus diesen verschiedenen Betrachtungsweisen ein allseits akzeptiertes Paket von Mindestleistungen zu definieren.

## Rationierung im Ausland ...

Prof. Jürg H. Sommer kommt das Verdienst zu, die emotional geführten Diskussionen auf eine sachliche Ebene zu bringen. Als erster Band in einer neuen Buchreihe zur Gesundheitsökonomie überzeugt die Arbeit durch einen gut lesbaren und anschaulichen Stil, der die scheinbar trockene Materie in eine spannende Geschichte verwandelt. Jürg Sommer klärt erst einmal die Grundbegriffe, fragt dann, welche Instanzen nach welchen Kriterien rationieren können, und geht dann ausführlich auf einige Länder ein, die dank ihrer beispielhaften Bemühungen bei uns immer wieder zitiert werden. Erörtert werden die Expertenberichte und Absichtserklärungen der Schweiz, der Niederlande, Schwedens und Deutschlands. Explizite Rationierungsversuche im Sinne öffentlich diskutierter und transparenter, nach verbindlichen Kriterien vollzogener Einschränkungen gibt es bisher nur in Oregon (USA), Neuseeland und England. Vor allem Oregon gilt als Musterbeispiel einer demokratisch geführten Debatte, die ab 1994 mit dem in Kraft gesetzten «Oregon Health Plan» neue Wege der medizinischen Versorgung beschritt. Dabei wird hierzulande oft vergessen, dass es in den USA keine obligatorische Krankenversicherung gibt und zu Beginn der 90er Jahre nur 42% der unter der vom Bund definierten Armutsgrenze lebenden Bevölkerung von Medicaid-Leistungen profitierten. Resultat eines langen Ringens um Prioritätenlisten, komplizierte Berechnungsformeln für den Nettonutzen und Behandlungskategorien: es wurden neue Geldquellen via Zigarettensteuer erschlossen und dank gesteigerter

Effizienz wurde die Zahl der Medicaid-Bezüger ohne Leistungsabbau merklich erhöht. Gespart wurden in fünf Jahren bestenfalls 2% der Gesamtkosten.

Neuseeland begann 1992 nach einem verbindlichen Mindestleistungspaket zu suchen. Das dafür erarbeitete Punktesystem erwies sich, trotz grosser öffentlicher Akzeptanz, als dermassen aufwendig und zeitraubend, dass es nur für Bypass-, Katarakt-, Hüft- und Kniegelenkersatzoperationen und für Mittelohrentzündungen angewendet wurde. Im Endeffekt kam es wie in England zu Budgetverschiebungen zulasten weniger spektakulärer und medienpräsender Bereiche wie die Geriatrie und die Psychiatrie.

## ... und bei uns?

Die Motion Rychen veranlasste 1997 den Bundesrat, durch eine Änderung der Verordnung zur Krankenversicherung eine Eidgenössische Kommission für allgemeine Grundsätze in Leistungsfragen einzurichten. 1998 konstituierte sich aus eigener Initiative eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe «Gerechte Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen», mehrheitlich aus dem Grossraum Zürich. Das 1999 veröffentlichte «Manifest für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen» provozierte die Bundeskommission zu einer Stellungnahme gegen eine Rationierung. Sie zog finanzielle Auffangnetze für besonders teure Leistungen vor und setzte auf Rationalisierung durch den auf das «Notwendige und Sinnvolle» beschränkten Einsatz der Mittel. Verbunden mit der Stellungnahme war ein Appell an die Bevölkerung, die Erwartungen zu mässigen und weniger zu konsumieren. Trotzdem forderte sie ein breit abgestütztes Expertengremium zur Festlegung von Rationierungskriterien. Wer 2001 wie der Luzerner Gesundheitsdirektor erklärt, dass die Rationierung schon Alltag sei und die Zweiklassenmedizin in seinem Kanton bereits existiere, muss mit massiver Medienschelte und mit einer Interpellation rechnen.

Ein Konsens über die Ziele der Medizin ist in den demokratischen und zunehmend fragmentierten Gesellschaften vorläufig nicht möglich. Darum bevorzugen Politiker eine Strategie unklarer Kompetenzzuteilungen, undurchsichtiger Finanzierungssysteme und verdeckter Rationierungen. Ihnen geben die Medizinsoziologen wenigstens zum Teil in ihrem Schlusswort recht:

“The issues are *incredibly difficult*. Thus, we proceed better by honestly recognizing their *complexity*, the *heterogeneity* of patient populations, the *imperfections* of our tools, and the *uncertainty* of medical knowledge and treatment. This requires continuing engagement, flexibility, and humility. The fitting response is to muddle through, changing course as knowledge and experience guide us. If we are particularly thoughtful and lucky, perhaps we will be able to say that we have ‘*muddled through elegantly*’.”

Jürg H. Sommer: *Muddling Through Elegantly: Rationierung im Gesundheitswesen*. Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG; 2001.