

Rationierung im Gesundheitswesen: Was könnte die Schweiz von anderen Ländern lernen?

Doris Schopper^a, Ruth Baumann-Hölzle^b, Marcel Tanner^a

Kontinuierlich steigende Gesundheitskosten konfrontieren alle Wohlstandsgesellschaften mit dem Problem, immer höhere Ansprüche und die stete Zunahme teurer medizinischer Technologien mit beschränkten (finanziellen) Mitteln in Einklang zu bringen. Dies hat seit Mitte der 80er Jahre in vielen Ländern eine Debatte über Prioritätensetzung¹ und Rationierung in der medizinischen Versorgung ausgelöst. Verschiedene Lösungsansätze sind erarbeitet worden, von der Erstellung expliziter Listen medizinischer Leistungen bis zu nationalen Rahmenkonzepten zur Mittelverteilung. Das bekannteste Beispiel für ersteres ist das «Oregon-Modell», wo in dem gleichnamigen US-Bundesstaat 1994 eine Liste für das Medicaid-Programm erarbeitet wurde. So wurde auch vor kurzem in einem Artikel der Neuen Zürcher Zeitung zum Thema Rationierung [1] wieder der Oregon-Plan als einziges Beispiel zur Leistungseinschränkung in der medizinischen Versorgung genannt. Inzwischen haben aber auch andere Länder, wie z.B. die Niederlande, Neuseeland, Schweden, Norwegen und seit kurzem Grossbritannien, versucht, anhand expliziter Kriterien ein «medizinisches Grundversorgungspaket» zu definieren, das allen Einwohnern zugänglich sein sollte. Einige dieser Länder haben zusätzlich in der ersten Hälfte der 90er Jahre ein nationales Rahmenkonzept zur Mittelzuteilung entwickelt und sind dabei, mit der praktischen Umsetzung dieser Rahmenkonzepte zu experimentieren und die Prozesse, aufgrund deren eine faire und akzeptable Mittelverteilung in der medizinischen Versorgung stattfinden könnte, zu überdenken. In den letzten Jahren haben sich aus diesen Erfahrungen, Entschiede über Rationierung im Gesundheitswesen in möglichst sachlicher und für die betroffene Gesellschaft annehmbarer Form zu fällen, neue Einsichten herauskristallisiert, die auch für die Schweiz von Bedeutung sein könnten.

Im folgenden werden die markantesten Erfahrungen in einigen Ländern beispielhaft kurz zusammengefasst, um dann die wichtigsten Erkenntnisse zu beschreiben und ihre Relevanz für die Situation in der Schweiz zu analysieren.

Das Oregon-Modell: Erfolg und Misserfolg zugleich

Der Versuch im US Bundesstaat Oregon, ein reduziertes Leistungspaket für die medizinische Versorgung der von der staatlichen Fürsorge (Medicaid) abhängigen Bevölkerung rational und wissenschaftlich zu erstellen, ist einer der bestdokumentierten und meistzitierten Prioritätensetzungsprozesse. Hier sollen nur kurz die wichtigsten Etappen dieses Prozesses beschrieben werden, um dann die Quintessenz dieses einmaligen Unterfangens zu diskutieren.

1989 beauftragte der Gouverneur von Oregon eine Kommission damit, Vorschläge zu machen, wie das Medicaid-Programm einem grösseren Teil der bedürftigen Bevölkerung zugänglich gemacht werden und wie man innerhalb dieses Programms Prioritäten setzen könnte. Es wurde beschlossen, eine Liste von Gesundheitsproblemen und den entsprechenden Behandlungen zu erstellen, die dann nach Kosten-Nutzen-Kriterien priorisiert werden sollten [2]. Die so in einem langwierigen Prozess und nach rein «technisch-rationalen» Kriterien erstellte Liste führte zum Teil zu sinnlosen und grotesken Einstufungen [3] und wurde sofort verworfen (Mai 1990). Als Gründe für den Misserfolg wurden die methodischen Grenzen der Kosten-Nutzen-Analyse und die schlechte Qualität der dafür notwendigen Daten angegeben. So wurde zum Erstellen der zweiten Liste eine andere Methode gewählt [4]: Die Diagnose-Behandlungs-Kombinationen wurden von 1692 auf 709 reduziert und 17 Leistungskategorien zugeordnet. Dieser Leistungskatalog wurde dann mit Hilfe von öffentlichen Veranstaltungen, Hearings und Telefonumfragen priorisiert. Zum Schluss korrigierte die Kommission die Liste auf der Basis ihres beruflichen Wissens und ihrer Interpretation der relativen gesellschaftlichen Bedeutung verschiedener Leistungen. Diese zweite Liste wurde im Februar 1991 publiziert und von der Regierung Oregons zur Finanzierung übernommen [5]. Ihre Umsetzung wurde dann aber von der Regierung Bush abgelehnt, mit der Begründung, die Liste

a Schweizerisches Tropeninstitut,
Basel

b Dialog Ethik, Zürich

1 Im Deutschen oft auch
«Priorisierung» genannt.

Korrespondenz:
Dr. med. Doris Schopper, PhD
Schweizerisches Tropeninstitut
Socinstrasse 57
CH-4051 Basel

diskriminiere behinderte Menschen. Dies wurde wiederum der Methode zugeschrieben, da angenommen wurde, dass die gesunden Befragten die Lebensqualität bei unterschiedlichen Gesundheitszuständen generell zu tief eingestuft hätten. Eine nochmalige Überarbeitung der Liste, diesmal ohne die Präferenzen der (gesunden) Bevölkerung mit einzubeziehen, und ein Wechsel im Weissen Haus führten dazu, dass der Oregon Health Plan 1993 endlich akzeptiert wurde [6]. Die endgültige Liste priorisierter Leistungen wurde 1994 in die Praxis umgesetzt und ist seitdem mehrmals überarbeitet und erweitert worden [7].

Was hat der Oregon Health Plan wirklich bewirkt?

Zehn Jahre nachdem die Kommission ihre Arbeit aufgenommen hat, zeigt es sich, dass dieser erstmalige Versuch, auf rationale Weise Prioritäten zu setzen und somit weniger Leistungen mehr Einwohnern mit gleich vielen Ressourcen zugänglich zu machen, recht unerwartete Auswirkungen auf das Gesundheitssystem Oregons hat [8].

- Die Ausgaben des Medicaid-Programms wurden in den ersten fünf Jahren nach der Umsetzung des Plans nicht substantiell reduziert. Nach einer offiziellen Schätzung wurden dank der Prioritätenliste 2% der Programmkosten eingespart.
- Der Prioritätensetzungsprozess führte dazu, dass im Endeffekt *mehr* Leistungen einem *grösseren* Teil der Bevölkerung zugänglich gemacht wurden. Es gab keine systematische Rationierung.
- Die technokratische Vision der Prioritätensetzung scheiterte. Die Endliste war mehr vom politischen Druck und von der subjektiven Beurteilung der Kommissionsmitglieder geprägt als von wissenschaftlichen Kriterien.
- Der Prozess führte zu einer unvorhergesehenen breiten Unterstützung des Plans sowohl von seiten der verschiedenen Berufsgruppen als auch der Bevölkerung und der Politiker. Dies führte unter anderem dazu, dass mehr finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt wurden (über allgemeine Steuern und Tabaksteuern).

So wurde der Oregon Health Plan schliesslich, sehr unerwartet, zu einem Paradebeispiel für das Einbinden aller Betroffenen in den Entscheidungsprozess und für einen möglichen Mechanismus, politische Rechenschaftspflicht zu garantieren.

Was können wir aus dem Oregon-Experiment lernen?

- Der Anstoss zu diesem einmalig detaillierten und langwierigen Versuch, eine Prioritätenliste medizinischer Leistungen zu erstellen, war die Tatsache, dass ein beträchtlicher Teil der Bevölkerung keinen Zugang zur medizinischen Grundversorgung hatte und somit krasser Rationierung ausgesetzt war. Das Ziel war es also, durch explizite Rationierung eine verbesserte medizinische Versorgung zu schaffen. In fast allen anderen Situationen, und insbesondere auch in der Schweiz, ist die Ausgangslage eine ganz andere: Es geht darum, von einem System der verdeckten Rationierung innerhalb einer allen zugänglichen medizinischen Versorgung zu einer Form der expliziten Prioritätensetzung zu gelangen. Dies ist eine politisch wesentlich ungünstigere Ausgangslage.
- Der Oregon-Plan hat in beispielhafter und bis jetzt einmaliger Weise versucht, technische Methoden anzuwenden, um Prioritäten zu setzen. Dabei sind die Grenzen dieser Methoden klar zum Vorschein gekommen [9]. Wie man des weiteren sehen wird, hat dies auch dazu geführt, dass andere Länder in ihren Bemühungen, Prioritäten zu setzen, technische, «rationale» Methoden nur bedingt angewendet haben.
- Und schliesslich hat die Erfahrung in Oregon wesentlich zur Erkenntnis beigetragen, dass die Frage, wie der Prozess zur Prioritätensetzung strukturiert und durchgeführt wird, viel wichtiger ist als die Frage, welche technischen, rationalen Methoden angewandt werden. Dies hat dazu geführt, dass in anderen Ländern das Augenmerk mehr auf den Prozess als solchen gerichtet wurde und weniger auf die technische Lösung.

Von der Schwierigkeit, medizinische «Grundversorgungspakete» zu definieren

Als Teil einer Reform des Gesundheitssektors wurde in Neuseeland am Anfang der 90er Jahre beschlossen, ein medizinisches Grundversorgungspaket (core services) zu definieren. Das 1992 ins Leben gerufene Core Services Committee beschloss, im Gegensatz zu Oregon, nicht technische Methoden zur Prioritätensetzung zu verwenden, sondern sich auf einen Konsensbildungsprozess und eine pluralistische Verhandlungsstrategie zu stützen. Ein erster Bericht

beschrieb die Situation des neuseeländischen Gesundheitssystems und unterbreitete mehrere Optionen zur Prioritätensetzung zwischen und innerhalb verschiedener Bereiche der medizinischen Versorgung [10]. In Konsenskonferenzen [11], an denen Vertreter betroffener Berufsgruppen und Laien teilnahmen, wurden Prioritäten für kostenintensive und/oder sehr häufige medizinische Leistungen diskutiert. Dies führte zur Erstellung von Rahmenrichtlinien (boundary guidelines). Zusätzlich wurden grundlegende ethische und moralische Prinzipien und Kriterien zur Mittelverteilung vorgeschlagen, die dann in einer weiteren Runde öffentlicher Konsultationen diskutiert wurden. Ein zweiter Bericht [12] fasste Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Prioritätensetzung zusammen und wurde nach weiteren öffentlichen Debatten angenommen. Die Umsetzung dieser Strategie findet in verschiedenen Bereichen der medizinischen Versorgung statt, ist geographisch vielfältig und wird allgemein als relativ erfolgreicher Versuch, Prioritäten zu setzen, akzeptiert [13, 14]. Die langfristigen Auswirkungen sind aber noch recht unklar. So werden unter anderem die Komplexität der Allokationsentscheide, die fortwährende Spannung zwischen regionaler Autonomie und nationalem Anspruch einer gerechten Mittelverteilung und die Kosten des Prioritätensetzungsprozesses selbst hinterfragt [15].

Die Versuche, in anderen Ländern medizinische Grundversorgungspakete zu definieren, sind weniger publiziert worden. In allen vier skandinavischen Ländern sind bis zu einem gewissen Grad ähnliche Versuche wie in Neuseeland unternommen worden, wobei Norwegen ein Vorreiter war [16]. Schon 1987 wurde ein erster nationaler Bericht über Prioritätensetzung publiziert, der den Schweregrad einer Erkrankung und die Konsequenzen einer Nicht-Behandlung als Massstab ansetzte. Wie auch in Oregon zeigte es sich, dass die Umsetzung dieses technischen Ansatzes schwierig war. Zudem wurde kritisiert, dass die Wirtschaftlichkeit der Leistungen nicht berücksichtigt wurde. Aufgrund dieser Erfahrungen wurde das System zur Prioritätensetzung vollkommen revidiert. Anstatt von oben herab Prioritäten nach schwer objektivierbaren Kriterien zu setzen, sollen nun Arbeitsgruppen, die die verschiedenen medizinischen Spezialitäten repräsentieren, selbst Prioritäten definieren. Diese sollen den Kriterien der Notwendigkeit, Nützlichkeit und Wirtschaftlichkeit genügen. Hierbei wird in einer ersten Phase ein spezieller Augenmerk auf Bereiche gerichtet, die bis jetzt unterfinanziert waren. Zum Schluss werden Entscheide auf der politischen

Ebene getroffen, die aber nachvollziehbar und begründbar sein müssen. Norwegen ist erst dabei, mit diesem neuen Ansatz zu experimentieren.

Nationale Rahmenkonzepte

In den Niederlanden wurde schon 1991 ein Rahmenkonzept für die Mittelverteilung in der medizinischen Versorgung entworfen. Der berühmte Dunning's Bericht «Choices in Health Care» [17] machte einerseits umfassende Vorschläge zur Prioritätensetzung (z. B. Verwendung von Behandlungsrichtlinien und -protokollen, Kriterien für Wartelisten, Bewertung medizinischer Technologien) und erstellte andererseits ein Rahmenkonzept für die Definition eines Grundleistungskatalogs. Das zuständige Komitee vertrat die Meinung, dass die explizite Beschränkung gewisser Leistungen notwendig sei, um allen Einwohnern den Zugang zur medizinischen Grundversorgung zu gewährleisten. Einige Empfehlungen des Berichts wurden aufgegriffen und umgesetzt. Bezeichnenderweise blieb aber die explizite Rationierung auf der Strecke [18].

Ein anderes wohlbekanntes Beispiel für ein nationales Rahmenkonzept ist der Bericht des Swedish Health Care Priorities Committee [19]. Das Komitee begann die Arbeit 1992, untersuchte Erfahrungen in anderen Ländern und besonders in Norwegen, präsentierte ein erstes Diskussionspapier ein Jahr später und publizierte, nach einer Reihe Konsultationen, 1995 den endgültigen Bericht. Das Besondere des schwedischen Vorgehens lässt sich in drei Punkten zusammenfassen:

- das Komitee umfasste Repräsentanten aller politischen Parteien;
- ethische Prinzipien bilden die Grundlage für die Prioritätensetzung;
- Prioritätenkategorien und Richtlinien für die Entscheidungsfindung wurden auf der politischen und der klinischen Ebene definiert.

Auf der letzten internationalen Konferenz zur Prioritätensetzung in der medizinischen Versorgung² berichtete Schweden über die Umsetzung dieses Konzeptes in einem sehr dezentralisierten Gesundheitssystem. Die 21 «counties» bestreiten jeder selbst ungefähr 80% des Budgets für medizinische Versorgung und setzten eigenständig ihre Prioritäten. Eine nationale Kommission, die «health care priorities delegation», hilft den Counties bei der Anwendung des Rahmenkonzepts. Die Kommission, die 1997 ihre Arbeit

2 Die dritte internationale Konferenz über «Priorities in Health Care» fand im November 2000 in Amsterdam statt. Die Hauptthemen waren «What is the role of various stakeholders in priority setting» und «Why invest in health».

aufgenommen hat, hat folgende Erfahrungen gemacht [20]:

- auf der Ebene der Counties bestand ein grosses Informationsdefizit, das u. a. durch eine breit angelegte Medienkampagne vermindert wurde;
- es besteht ein Mangel an politischer und medizinischer Führerschaft in den Counties, um Prioritätensetzung zu diskutieren;
- technische Lösungen existieren nicht und es ist schwierig, eine formale Methode zur Prioritätensetzung zu entwickeln;
- das Problem der Prioritätensetzung muss schon im Medizinstudium angegangen werden.

Es muss noch hinzugefügt werden, dass Schweden als einziges europäisches Land die Gesundheitskosten als Anteil des Bruttosozialprodukts zwischen 1983 und 1999 von 9,7 auf 7,5 Prozent gesenkt hat. Es wird also interessant sein zu sehen, wie sich die vorgeschlagene Prioritätensetzung auf diesen Trend auswirkt.

Gibt es Versuche, die Bürger³ in den Entscheidungsprozess mit einzubinden?

In allen oben beschriebenen Beispielen wurden die Bürger auf die eine oder andere Art in den Prioritätensetzungprozess mit einbezogen. Die Gründe dafür sind, dass die am meisten Betroffenen, nämlich die potentiellen Patienten, über allfällige Rationierungsentscheide informiert sein und ihre Meinung während des Entscheidungsprozesses äussern sollten. Das Hauptziel ist, die Legitimität und Transparenz der Prioritätensetzung zu garantieren, bessere Entscheide zu treffen und eine möglichst breite Akzeptanz der Entscheide zu erreichen. Viele verschiedene Methoden sind angewendet worden, um die Meinungen und Werte der Bevölkerung zu verstehen. In Oregon waren es Telefonumfragen, Gemeindeversammlungen und öffentliche Anhörungen. Das neuseeländische Core Services Committee bediente sich eines Fragebogens für eine repräsentative Meinungsumfrage, organisierte öffentliche Tagungen und Diskussionsforen und veranstaltete spezielle Arbeitsgruppen mit Vertretungen von Minderheiten. In den Niederlanden wurde der Dunning's Bericht an alle betroffenen Berufsgruppen verteilt und debattiert. Eine breit angelegte Informationskampagne wurde gestartet und Prioritätensetzung in vielen öffentlichen Foren, wie z. B. in Seniorenklubs, Frauenvereinen, Gewerkschaften und Universitäten, diskutiert [21]. In Schweden

flossen die Resultate einer detaillierten Meinungsumfrage bei der Bevölkerung in die Erstellung des nationalen Rahmenkonzeptes ein. In Grossbritannien, wo Prioritätensetzung dezentral in den «health authorities» stattfindet, sind zum Teil auch Meinungsumfragen und öffentliche Tagungen organisiert worden [22]. Seit kurzem werden auch immer öfter Fokusgruppen gebildet. Zudem gibt es eine Reihe sehr anspruchsvoller Methoden, um die Präferenzen und Werte von Laien in bezug auf Leistungskataloge zu eruieren [23].

Obwohl die Einbindung der Bürger in den Prioritätensetzungprozess allgemein als notwendig und positiv bewertet wird, gibt es auch Bedenken.

- Wie repräsentativ kann die Meinung einiger ausgewählter Bürger für die Meinung der gesamten Bevölkerung sein?
- Wie werden Randgruppen berücksichtigt, die von Rationierungsmassnahmen betroffen wären, aber nicht selbst am Prozess teilnehmen können (z. B. alte Menschen, Behinderte)?
- Wie wirkt sich mangelndes Fachwissen der Bürger auf die Meinungsbildung aus?
- Wie kann das Risiko der populistischen Manipulation reduziert werden?
- Wollen Bürger überhaupt Verantwortung im Entscheidungsprozess tragen?

Einige Untersuchungen haben versucht, diese letzte Frage zu beantworten [24–26]. Im allgemeinen möchten die befragten Bürger in Entscheide über Prioritätensetzung mit einbezogen werden, möchten dass ihre Meinung gehört wird, aber auch, dass sie mit der der Experten konfrontiert wird und dass die endgültige Verantwortung von Politikern und/oder Ärzten getragen wird. Zudem wird darauf hingewiesen, wie wichtig es für Laien ist, genug Zeit und Informationen zu haben, um einen sinnvollen Beitrag leisten zu können. Es ist auch interessant, dass Laien, die an Diskussionsforen teilnehmen, ihre Ansichten im Laufe der Diskussion ändern können [27] und dass die Meinungen von Laien und Experten, besonders hinsichtlich der Kriterien zur Prioritätensetzung, voneinander abweichen [28–30].

Die langjährige Erfahrung in vielen Ländern zeigt hauptsächlich, wie die Meinung der Bürger eingeholt werden kann und nicht so sehr, wie diese Meinungen dann im Prioritätensetzungsprozess verwendet werden und wer darüber bestimmt, wie dies geschehen soll [31]. Die Schwierigkeit, diese Meinungen in einem transparenten Prozess einzuholen und zu berücksichtigen, darf

3 Wir verwenden den Begriff «Bürger» im Sinne der betroffenen Einwohner einer Gegend oder eines Landes. Leider existiert der präzisere englische Begriff «the public» im Deutschen nicht.

nicht unterschätzt werden. Trotzdem wird immer wieder betont, wie wichtig es ist, dies auf verschiedenen Ebenen des Prioritätensetzungsprozesses zu tun, und dass mit neuen, kreativen Ansätzen experimentiert werden muss, um mündige Bürger besser und mehr einzubinden.

Wie werden gesellschaftliche Werte und ethische Normen berücksichtigt?

Mit Oregon angefangen, sind immer auch gesellschaftliche Werte während des Prioritätensetzungsprozesses berücksichtigt worden. In Oregon wurden durch die oben beschriebenen Meinungsumfragen und Diskussionsforen die Ansichten der Bevölkerung zu solchen Werten eingeholt. Es ging dabei hauptsächlich um den Wert, der einer Leistung beigemessen werden kann, nämlich um ihren Wert für das Wohl der Gemeinschaft, ihren Wert für die einzelne Person, die die Leistung braucht, und um ihre Wichtigkeit in der Grundversorgung. Aufgrund dieser sehr allgemeinen Kategorien wurden spezifischere Kriterien erarbeitet und alle Leistungen in 17 Kategorien eingeteilt. Ethische Kriterien wurden in Oregon nicht explizit berücksichtigt. In Neuseeland war dies auch nur teilweise der Fall, wobei das Konzept der «fairen» Mittelverteilung im Zentrum steht. In den Niederlanden wurde hauptsächlich betont, dass die allgemeine Notwendigkeit der Leistungen durch gesellschaftliche Werte und Ansichten bestimmt werden sollte.

Grundprinzipien für eine gerechte Mittelverteilung

Neuseeland	Niederlande	Schweden
Leistungen ...	Leistungen ...	(nach relativer Wichtigkeit)
– sind nützlich	– sind notwendig	– Menschliche Würde
– sind ihr Geld wert	– sind wirksam	– Notwendigkeit der Leistung und Solidarität
– sind eine faire Verwendung öffentlicher Gelder	– sind effizient	– Kosten-Nutzen der Leistung
– stimmen mit der gesellschaftlichen Definition von notwendigen Leistungen überein	– können der individuellen Verantwortung überlassen werden	

Nur Schweden hat in seinem nationalen Konzept ethische Grundprinzipien explizit festgelegt und deren Bedeutung klar hierarchisiert. Da dies bis heute das einzige Beispiel dieser Art ist, werden die drei Prinzipien hier kurz beschrieben:

1. Menschliche Würde: Alle Menschen sind gleich, ungeachtet ihrer persönlichen Merkmale und sozialen Funktionen.

2. Notwendigkeit der Leistung und Solidarität: Ressourcen sollten den Personen, die den grössten Bedarf haben, oder den Leistungen, die am meisten benötigt werden, zukommen.
3. Kosten-Nutzen der Leistung: Wenn zwischen verschiedenen Leistungen gewählt wird, sollte eine angemessene Beziehung zwischen Kosten und Nutzen, der als verbesserter Gesundheitszustand oder Lebensqualität gemessen wird, angestrebt werden.

Andere Prinzipien, wie etwa die Mittel nach dem Lotterieprinzip zu verteilen oder dort, wo der höchste Nutzen erwartet werden kann, wurden abgelehnt. So ist Diskriminierung aufgrund von Alter, Geburtsgewicht, Lebensgewohnheiten und Selbstverschuldung von Krankheit nicht zulässig.

In den meisten europäischen Ländern gilt das Prinzip der Gerechtigkeit und Gleichwertigkeit (equity) implizit oder seltener explizit als Basis für die Mittelverteilung in der medizinischen Versorgung. Dabei ist die Anwendung dieses Prinzips in der Praxis und insbesondere in bezug auf Alter, Lebensgewohnheiten und Selbstverschuldung oft zweideutig [32]. Obwohl grosse Einigkeit darüber herrscht, dass gesellschaftliche Werte berücksichtigt werden müssen, gibt es grosse Unterschiede, wie diese gewichtet werden. In Schweden werden Menschenwürde und dem Recht des einzelnen ausdrücklich eine hohe Priorität eingeräumt, während in Oregon und in den Niederlanden der optimale Einsatz von Ressourcen, um das Gemeinwohl zu erhöhen, im Vordergrund stehen. Diese verschiedenen Ansätze zeigen wie wichtig es ist, in jeder Gesellschaft diese Werte in einer öffentlichen Debatte zu erarbeiten und definieren, damit sie dann von allen Beteiligten akzeptiert und umgesetzt werden können.

Was bedeuten die Erfahrungen anderer Länder für die Schweiz?

Die hier nur kurz beschriebenen Erfolge und Misserfolge im Bestreben, eine faire und akzeptable Mittelverteilung in der medizinischen Versorgung zu erreichen, haben seit Ende der 90er Jahre zu folgenden Erkenntnissen geführt:

- Die technisch-quantitativen Methoden haben klare Grenzen, wie dies beispielhaft der Fall Oregon zeigt. Dies ist darauf zurückzuführen, dass medizinische Ungewissheit und die Verschiedenheit der Patienten es sehr schwierig machen, allgemeingültige und annehmbare technische Lösungen zur Erstellung von Prioritäten zu finden.

- Die gesellschaftlichen Werte, die den Entscheidungen über Mittelverteilung letztlich zugrunde liegen, müssen mehr beachtet und klarer definiert werden.
- Es müssen Methoden zur Prioritätensetzung erarbeitet werden, die es erlauben, die Perspektive des einzelnen mit dem Wohl der Gemeinschaft zu verbinden. Entscheidungen können nicht von Experten allein getroffen und umgesetzt werden, wenn sie annehmbar sein und akzeptiert werden sollen. Es bedarf also der Einbindung der Patienten und Bürger in den Entscheidungsprozess.

Insgesamt gibt es einen klaren Trend weg von der Bemühung, technische Kriterien zur Prioritätensetzung zu finden, hin zu einer Neugestaltung des Entscheidungsprozesses selbst, der möglichst transparent und breit abgestützt sein sollte [33, 34].

Dieses Umdenken stützt sich auf das Konzept der «accountability for reasonableness of decisions» [35]. Die Grundidee ist, dass es in einer pluralistischen Gesellschaft immer Meinungsverschiedenheiten über die Prinzipien (seien sie ethischer, technischer oder anderer Natur) geben wird, die die Prioritätensetzung leiten sollten. Anstatt zu versuchen, allgemeingültige Kriterien festzulegen, sollte man sich deshalb eher bemühen, einen fairen und transparenten Entscheidungsprozess zu entwerfen. Dies bedeutet, dass gesellschaftlich akzeptierte und politisch gültige Schritte definiert werden, in denen festgelegt ist wo, wie und wann die verschiedenen betroffenen Parteien am Entscheidungsprozess beteiligt sind.

Um «accountability for reasonableness of decisions» zu erreichen, müssen mehrere Elemente, die bis anhin vereinzelt in der Prioritätensetzung angewendet wurden, weiterentwickelt und integriert werden:

1. besser durchdachte und erprobte Methoden zur Abwägung der medizinischen Bedürfnisse und der Wirksamkeit medizinischer Verfahren, die neben rationalen, also vernunftgemässen Kriterien, auch gesellschaftliche Werte und ethische Normen berücksichtigen;
2. starke, unabhängige Institutionen, die einen transparenten, multidisziplinären Entscheidungsprozess leiten können;
3. Experten *und* Laien, die als gleichberechtigte Partner in den Prozess miteinbezogen werden. Hierbei wird besonders betont, dass die Bevölkerung nicht nur um ihre Meinung gefragt werden sollte, sondern direkt an der Entscheidung beteiligt werden muss.

Die Umsetzung des KVG, gemessen am Konzept der »accountability for reasonableness of decisions«:

- die Kriterien⁴ sind eher technischer, »rationaler« Art, ihre Anwendung ist aber mit einem hohen Grad an Ungewissheit und subjektiver Einschätzung verbunden;
- gesellschaftliche Normen und ethische Werte werden nicht explizit berücksichtigt;
- der Prozess, der im Einzelfall zur Zulassung oder zum Ausschluss einer Leistung führt, ist für die »Allgemeinheit« (betroffene Berufsgruppen, Patienten, Bürger) nicht nachvollziehbar;
- Patienten und Bürger werden nicht in den Entscheidungsprozess mit einbezogen.

Um die mögliche Anwendbarkeit der internationalen Erfahrungen in der Schweiz zu überprüfen, sollen noch kurz die prägnantesten Unterschiede der beispielhaft beschriebenen Ländersituationen zur Schweizer Situation hervorgehoben werden.

Ein extrem dezentralisiertes Gesundheitssystem

Abgesehen von wenigen Teilaspekten sind in der Schweiz die 26 Kantone für die medizinische Versorgung der Bevölkerung verantwortlich. Einerseits wird so lokalen Bedürfnissen und Interessen Rechnung getragen. Andererseits führen fehlende nationale Koordination und Regelmechanismen im interkantonalen Vergleich zu einer ungleichen und ungerechten Verteilung der Mittel. Zudem ist die übergreifende, nationale Datenerhebung lückenhaft, was Vergleiche zwischen den Kantonen erschwert und zu mangelnder Transparenz führt. Die Effizienz dieses sehr dezentralisierten Systems, d.h. seine Fähigkeit, eine möglichst wirtschaftliche medizinische Versorgung zu erbringen, wird bezweifelt [36]. Kein anderes Land hat ein so dezentralisiertes Gesundheitssystem wie die Schweiz. Obwohl in den skandinavischen Ländern auch eine hohe Autonomie der regionalen Einheiten im Entscheidungsprozess gewährleistet ist, gibt es starke zentrale Regelmechanismen.

Keine Gesundheitspolitik

Diese extreme Dezentralisierung hat bis anhin in der Schweiz auch die Erarbeitung einer nationalen Gesundheitspolitik verhindert. Es gibt keinen allgemeinen Rahmen für die Gesundheitsfürsorge der Bevölkerung, so wie viele andere

4 «Die Leistungen nach den Artikeln 25–31 müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.» Bundesgesetz KVG 832.10, Art. 32.

industrialisierte Länder ihn haben [37–40]. Nur die wenigsten Kantone haben eine umfassende Gesundheitsstrategie [41]. Und so gibt es auch keine Rahmenpolitik für die Mittelverteilung in der medizinischen Versorgung.

Kein verpflichtendes Budget für das gesamte Gesundheitswesen

Die Schweiz hat sich keinen Rahmen für die Ausgaben in der medizinischen Versorgung gesetzt. Die steigenden »Gesundheitskosten« werden beklagt, aber ohne dass eine obere Grenze für zukünftige Jahre festgelegt würde. Somit kann es auch keine Prioritätensetzung zwischen Gesundheitsversorgung und anderen Gebieten (z. B. Erziehung, Strassenbau usw.) geben. Einzig im stationären Bereich gibt es seit einigen Jahren eine Ausgabenbegrenzung durch die Einführung von Globalbudgets, die zu Allokationsentscheidungen innerhalb des medizinisch-technischen Bereichs und zwischen medizinischem und pflegerischem Bereich geführt hat. Eines der Probleme in der Schweiz besteht darin, dass die Kostenbegrenzung, wenn sie existiert, nicht klar definiert und wegen komplexer Finanzierungsmechanismen schwer verständlich ist.

Die extreme Dezentralisierung des Schweizer Gesundheitssystems, die fehlende Gesundheitspolitik und der fragmentierte Versuch, Budgets für die medizinische Versorgung festzulegen, bilden zusammen einen nicht zu unterschätzenden Hemmschuh, um sich überhaupt zu einer expliziten Prioritätensetzung durchzuringen und um dies in einem fairen und transparenten Entscheidungsprozess zu tun. Obwohl die Schweiz weiterhin eines der Länder ist, das im internationalen Vergleich am meisten finanzielle Ressourcen für die medizinische Versorgung der Bevölkerung ausgibt, wäre es arrogant oder nachlässig, sich nicht bald zu überlegen, wie und wo Prioritäten gesetzt werden sollten, bevor uns die Wirklichkeit in Form von Wartelisten und Streichung notwendiger Leistungen einholt. Dabei könnte die Schweiz viel von dem Prozess lernen, der in anderen Ländern schon seit mehr als zehn Jahren in Gang ist. Der heutige Mangel an klaren Ankerpunkten und Orientierungshilfen im Schweizer Gesundheitswesen ist dabei eine nicht zu unterschätzende Hürde. Die Tatsache aber, dass die Bewohner seit langem mehr oder minder aktive Mitglieder einer Konsensdemokratie sind, sollte uns beflügeln, die längst überfällige Debatte in Angriff zu nehmen und einen transparenten Entscheidungsprozess zu formulieren.

Literatur

- 1 Hollenstein P. Was das Leben kosten darf. NZZ am Sonntag, 31. März 2002:28-9.
- 2 Hadorn DC. Setting health care priorities in Oregon. JAMA 1991;265(17):2218-25.
- 3 Klevit HD, Bates AC, Castanares T, Kirk EP, Sipes-Metzler PR, Wopat R. Prioritization of health care services. A progress report by the Oregon Health Services Commission. Arch Int Med 1991;151:912-6.
- 4 Oregon Health Services Commission. Prioritization of health services. A report to the Governor and Legislature. Oregon Health Services Commission, 1991.
- 5 Brown LD. The national politics of Oregon's rationing plan. Health Affairs 1991; Summer: 28-51.
- 6 Roberts J. Clinton gives go ahead to Oregon's health plan. Br Med J 1993;306:811.
- 7 Glass A. The Oregon health plan. Cancer 1998; 82(10)suppl: 1995-9.
- 8 Jacobs L, Marmor T, Oberlander J. The Oregon Health Plan and the political paradox of rationing: what advocates and critics have claimed and what Oregon did. J Health Politics, Policy and Law 1999;24:161-80.
- 9 Tengs T. An evaluation of Oregon's Medicaid rationing algorithms. Health Economics 1996; 5:171-81.
- 10 National Advisory Committee on Core Health and Disability Support Services. The best of health. Deciding on the health services we value most. Department of Health, Wellington, New Zealand, 1992.
- 11 National Advisory Committee on Core Health and Disability Support Services. Seeking consensus. Wellington, New Zealand, 1993.
- 12 National Advisory Committee on Core Health and Disability Support Services. The best of health 2. How we decide on the health and disability support services we value most. National Advisory Committee on Core Health and Disability Support Services, Wellington, New Zealand, 1994.
- 13 Hadorn D, Holmes AC. The New Zealand priority criteria project. Br Med J 1997;314:131-4.
- 14 Edgar W. Rationing in health care – a New Zealand perspective on an international dilemma. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(4):190-4.
- 15 Cumming J. Defining core services: New Zealand experiences. J Health Serv Res Policy 1997;2(1): 31-7.
- 16 Holm S. Developments in the Nordic countries – goodbye to the simple solutions. Chapter 3. In: Coulter A, Ham C (eds.). The global challenge of health care rationing. Buckingham: Open University press; 2000.
- 17 Government Committee on Choices in Health Care. Choices in health care: Dunning report. Rijswijk: Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, 1992.

- 18 Ham C. Priority setting in health care: learning from international experience. *Health Policy* 1997;42:49-66.
- 19 Swedish Parliamentary Priorities Commission. *Priorities in health care: ethics, economy, implementation*. Stockholm, Ministry of Health and Social Affairs; 1995.
- 20 Lund K. Presentation of the Swedish health care priorities delegation. Session A8. Third International Conference on Priorities in Health Care November 2000, Amsterdam.
- 21 Dunning A. Reconciling macro- and micro-concerns: objectives and priorities in health care. In: *OECD health care reform, the will to change*. Paris: OECD, 1996.
- 22 NHS Management Executive. *Local voices. The views of local people in purchasing for health*. Department of Health, London 1992.
- 23 Mullen PM. Public involvement in health care priority setting: are the methods appropriate and valid. Chapter 15. In: Coulter A, Ham C (eds.). *The global challenge of health care rationing*. Buckingham: Open University press; 2000.
- 24 Bowling A. Health care rationing: the public's debate. *Br Med J* 1996;312:670-4.
- 25 Lenaghan J, New B, Mitchell E. Setting priorities: is there a role for citizens' juries? *Br Med J* 1996; 312:1591-3.
- 26 Kneeshaw J. What does the public think about rationing? A review of the evidence. In: New B (ed.). *Rationing: talk and action in health care*. London: King's Fund/BMJ Publishing Group; 1997. p. 58-76.
- 27 Dolan P, Cookson R, Ferguson B. Effect of discussion and deliberation on the public's views of priority setting in health care: focus group study. *Br Med J* 1999;318:916-9.
- 28 Myllykangas M, Ryyänänen OP, Kinnunen J, Takala J. Comparison of doctors', nurses', politicians' and public attitudes to health care priorities. *J Health Serv Res Policy* 1996; 1(4):212-6.
- 29 Lees A, Scott N, Macdonald S, Campbell C, Scott S. Deciding how NHS money is spent: a survey of general public and medical views. Paper presented at the III. International Conference on Priorities in Health Care, Amsterdam, November 2000.
- 30 Stronks K, Strijbis AM, Wendte J, Gunning-Schepers LJ. Who should decide? Qualitative analysis of panel data from public, patients, health care professionals, and insurers on priorities in health care. *Br Med J* 1997;315:92-6.
- 31 Tenbensen T. Public participation in health priority setting: has it been a waste of time? Paper presented at the III. International Conference on Priorities in Health Care, November 2000, Amsterdam.
- 32 Øvretveit JA. Managing the gap between demand and publicly affordable health care in an ethical way. *European Journal Public Health* 1997; 7:128-35.
- 33 Holm S. Goodbye to the simple solutions: the second phase of priority setting in health care. *Br Med J* 1998;317:1000-2.
- 34 Coulter A, Ham C (eds.). *The global challenge of health care rationing. State of Health Series*. Philadelphia: Open University press; 2000.
- 35 Daniels N. Accountability for reasonableness. Editorial. *Br Med J* 2000;321:1300-1.
- 36 Wyss K, Lorenz N. Decentralization and central regional coordination of health services: the case of Switzerland. *Int J Hlth Plan Mgmt* 2000; 15:103-14.
- 37 *The Health of the Nation. A strategy for health in England*. Presented to Parliament by the Secretary of State for Health by command of her Majesty, July 1992. London HSMO 1992.
- 38 *La Santé en France. Rapport général*. Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville. Haut Comité de la Santé Publique. Novembre 1994.
- 39 *La politique de la santé et du bien-être*. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992.
- 40 *Better health outcomes for Australians. National goals, targets and strategies for better health outcomes into the next century*. Commonwealth Department of Human Services and Health. Commonwealth of Australia, 1994.
- 41 Schopper D. (coordinator), Ammon C., Pellegrini B. *Planification qualitative du système de santé genevois*. Vol. 1 (141 pp): Les domaines d'action prioritaires et la réforme du système de santé. Vol. 2 (356 pp): La santé des Genevois et le système de santé selon les 38 buts de l'OMS. Département de l'action sociale et de la santé, Genève. Les cahiers de la santé, No 9.1 – janvier 1998.