



# Kostendruck und Gerechtigkeitsgefühl

Eine immer älter werdende Bevölkerung und steigende Ansprüche an die Medizin lassen die Mittel im Gesundheitswesen knapp werden. Auf welche Leistungen können wir verzichten?

VON ORI SCHIPPER

**D**ie Zeichen stehen auf Sturm. Auf dem Spiel steht nichts Geringeres als die Zukunft unseres Gesundheitswesens. Besorgniserregend sind zum Beispiel die Hochrechnungen von Hélène Jaccard Ruedin vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium. An einer von der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) organisierten Tagung mit dem Titel «Medizin für wen?» hat sie kürzlich dargelegt, dass aufgrund der demografischen Entwicklung und der durchschnittlichen Lebenserwartung, die immer weiter ansteigen scheint, in zwanzig Jahren zwei Millionen Pensionierte in der Schweiz leben werden, fast doppelt so viele wie heute. Die Leute suchen ihren Hausarzt oder ihre Hausärztin um so öfter auf, je älter sie sind. Gleichzeitig aber erwägen immer weniger Ärzte in Ausbildung, sich in einer Hausarztpraxis niederzulassen. Zwischen dem steigenden Bedarf und einer sinkenden Leistung öffnet sich eine riesige Schere, so dass im Jahr 2030 zehn Millionen ärztliche Sprechstunden ausfallen drohen. Auch bei der Pflege rechnet Jaccard Ruedin mit Bedürfnissen, die um 25 bis 40 Prozent zunehmen werden.

Doch Jaccard Ruedin bleibt optimistisch: Um den wachsenden Ansprüchen der Bevölkerung auch in Zukunft gerecht zu werden, müssten die Kompetenzen zur Selbstpflege gestärkt und die Krankheitsversorgung angepasst werden, sagt sie. Denkbar wäre beispielsweise die Übernahme des skandinavischen Modells, in welchem speziell ausgebildete Pflegefachkräfte die Arztpraxen entlasten. «Wir haben erst begonnen, bei der Betreuung

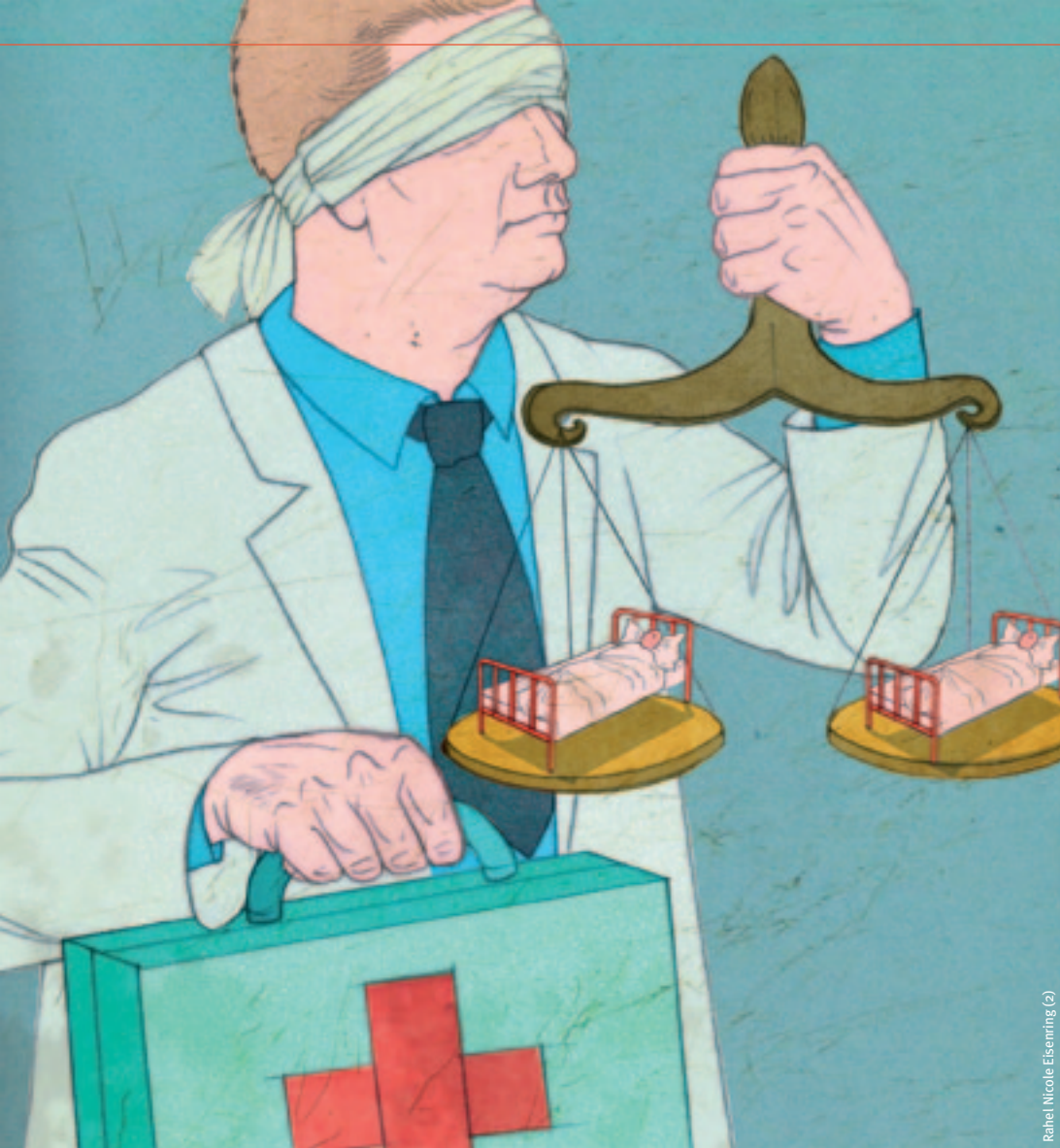
von chronisch Erkrankten nach neuen Wegen Ausschau zu halten. Solche werden sich sicherlich abzeichnen», sagt sie.

Nach neuen Wegen sucht auch die Gesundheitsökonomie, deren vordringliche Sorge die ständig steigenden Kosten sind. Mit Wachstumsraten, die sich aus dem Mehrbedarf, aber auch aus immer höheren Ansprüchen an die Medizin ergeben, hat sich der Gesundheitssektor zum weltweit zweitgrössten Wirtschaftszweig entwickelt. In der Schweiz kostet das Gesundheitswesen mittlerweile über 55 Milliarden Franken pro Jahr. Den grössten Teil dieser Ausgaben decken private Haushalte in Form von Steuern, Direktzahlungen und Krankenkassenprämien, die jeden Herbst – unter grossem medialem Trommelwirbel – etwas teurer werden.

## Die Grenzen anerkennen

Zusehends aber werden die Mittel knapp. Die Politik muss schon jetzt über Leistungsbegrenzungen und Verteilungsfragen nachdenken. Wie eine zum Thema «Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen» eingesetzte Arbeitsgruppe der SAMW in einem Bericht ausführt, geht es nicht mehr darum, wie wir die Rationierung – also die Vorenthaltung von nützlichen medizinischen Leistungen – vermeiden oder umgehen können, sondern darum, die Grenzen des Systems anzuerkennen und diese möglichst gerecht zu ziehen.

Dass es der freie Markt richten soll, kommt für Georg Marckmann, Professor am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Tübingen, nicht in Frage. An der SAMW-Tagung legte er dar, dass der Markt im Gesundheitswesen versagt: Ein Notfallpatient, der Hilfe braucht, hat weder Gelegenheit noch Musse, um



Reiter/Nicole Eisenring (2)

die Leistungen der verschiedenen Anbieter miteinander zu vergleichen und anschliessend seine Wahl zu treffen. Aber auch ethische Gründe sprächen für eine möglichst gerechte Rationierung, die für Marckmann dort ansetzen muss, wo sie den Patienten am wenigsten weh tut. Mit Forschungspartnern hat er sogenannte «kostensensible Leitlinien»

## Die Rationierung tangiert die Grundrechte.

entwickelt. Sie legen explizit fest, welche Patienten nur geringfügig von teureren Behandlungsoptionen profitieren würden und deshalb auf günstigere Möglichkeiten ausweichen müssen. Als verbindliche Vorgaben könnten die Leitlinien schwierige Entscheide vorspüren, die der Arzt sonst bei jedem einzelnen Patienten zu fällen hat. Wenn die Ärztin den auf ihr lastenden Kostendruck mit ihrem Gerechtigkeitsgefühl zu vereinbaren suche, befände sie sich auf einer Art moralischer Insel, sagt Samia Hurst, SNF-Förderungsprofessorin

am Institut für biomedizinische Ethik der Universität Genf. «Während wir im Alltag offensichtlich bereit sind, bei den Löhnen fünfzigfache und noch höhere Unterschiede zu akzeptieren, beunruhigen uns Unterschiede in der Qualität der Behandlung und Pflege von Kranken viel stärker. In dieser Grössenordnung wären sie schlicht undenkbar.»

Deshalb setzten die stark emotionsbeladenen Diskussionen um die Zweiklassenmedizin schon bei niederschweligen Anzeichen einer Ungleichheit ein, sagt Hurst.

Letztlich tastet die Rationierung medizinischer Leistungen die Grundrechte eines Menschen an. Die Bundesverfassung hält nicht nur das Recht auf Leben fest, sie garantiert auch die Gleichheit der Behandlung, indem sie Diskriminierungen auf Grund von Herkunft, Alter, Geschlecht und religiösen oder weltanschaulichen

Überzeugungen verbietet. Trotzdem ist der Ermessensspielraum von Ärztinnen und Ärzten beträchtlich, wenn sie am Krankenbett von schwerkranken Patienten beispielsweise über eine Fortsetzung oder einen Abbruch der Behandlung entscheiden müssen. «Es gibt keine Einigkeit über den Begriff der medizinischen Nutzlosigkeit», sagt Stella Reiter-Theil, Professorin für Medizin- und Gesundheitsethik an der medizinischen Fakultät Basel.

### Ungleichbehandlungen vermeiden

Mit ihrem Team und mit Kollegen aus der operativen Intensivbehandlung, der Akutgeriatrie und der Viszeralchirurgie hat sie deshalb «ein klinischethisches Entscheidungsinstrumentarium», die Leitlinie Metap (modular ethical treatment allocation process), erarbeitet. Diese soll Ärzten sowie Pflegenden helfen, ethische Fragen systematisch und zuverlässig zu klären und dadurch ungerechtfertigte Ungleichbehandlungen zu vermeiden. «Damit rücken die schwierigen ethischen Entscheide vom rein Subjektiven weg», sagt Reiter-Theil.

Als ethische Hilfsangebote im klinischen Alltag bieten sich beispielsweise Checklisten an für Informationen, die dem Entscheid über den Therapieabbruch zu Grunde liegen sollten. Aber auch schematische Abläufe, wie sich Ärzte in Fallbesprechungen austauschen können, sind auf einem Faltblatt im Kitteltaschenformat zusammengefasst. Darüber hinaus beschäftigt sich in jeder Klinik, die Metap eingeführt hat, eine Steuergruppe vertieft in einem dicken Handbuch mit den empirischen und rechtlichen Grundlagen für Therapieentscheidungen.

Metap könnte über die Einzelfallentscheidungen hinaus aber auch strukturelle Mängel und Grundsatzprobleme aufdecken, fährt sie fort. Doch wie sich die flächendeckende Einführung dieses Instrumentariums auf die Entwicklung der Gesundheitskosten auswirken würde, müsse erst noch erforscht werden. «Ob und falls ja welche Patienten in der Schweiz zu viel oder zu wenig behandelt werden, wissen wir nicht», sagt Reiter-Theil. ■