

Teil 2

Mittelverteilung

im schweizerischen Gesundheitswesen

Fakten und Analysen

Situationsanalyse, Entscheidungsmechanismen
und Handlungsoptionen am Beispiel der Kantone
Zürich und Basel Stadt



Swiss Tropical Institute
Institut Tropical Suisse
Schweizerisches Tropeninstitut

Socinstrasse 57 Postfach
CH-4002 Basel Switzerland



Interdisziplinäres Institut für Ethik
im Gesundheitswesen

Gloriastrasse 18 CH-8028 Zürich

Impressum

Herausgeber

Doris Schopper

Ruth Baumann-Hölzle

Marcel Tanner

Auf der Grundlage der Analysen
und Berichte von

Iris Beeler

*Abteilung medizinische Ökonomie des
Instituts für Sozial- und Präventivmedizin
und des Universitätsspitals Zürich*

Barbara Hänsli

*Institut für Publizistikwissenschaft und
Medienforschung der Universität Zürich*

Frank Lange

Dialog Ethik

Felix Roth

Schweizerisches Tropiceninstitut

sowie der Mitarbeit von

Kaspar Büchi, Tatjana Weidmann

(Dialog Ethik) und

Kaspar Wyss

(Schweizerisches Tropiceninstitut)

Lektorat:

Kirsten Külker

Gestaltung und Layout

Atelier für Visuelle Gestaltung

Thomas Ritz & Kornelia Häfliger,

Basel

September 2001

Schweizerisches Tropiceninstitut
Socinstrasse 57 Postfach
4002 Basel
<http://www.sti.ch>

Dialog Ethik
Gloriastrasse 18
8028 Zürich
<http://www.dialog-ethik.ch>

Inhaltsverzeichnis

Teil 2

Einführung	5
Kostenanstieg in der medizinischen Versorgung: wann, wo und weshalb	10
• Analyse des Ausgabentrends der Kantone, Gemeinden und Krankenversicherungen im letzten Jahrzehnt	12
• Generelle Veränderung in der Finanzierungsstruktur	22
• Kritische Begutachtung der zugänglichen Kostendaten.....	26
• Schlussfolgerungen	28
Ausmass und Art der Rationierung, Rationalisierung und Übersversorgung in der medizinischen Versorgung aus der Sicht betroffener Berufsgruppen	31
• Wahrnehmung der Rationierung.....	32
• Wahrnehmung der Rationalisierung	40
• Wahrnehmung der Übersversorgung	43
• Was hat sich verändert?.....	45
• Prognose zur Rationierung, Rationalisierung, Übersversorgung	48
• Schlussfolgerungen	50
Die Rolle der Massenmedien	52
• Wie wird über Mittelknappheit und deren Auswirkung berichtet?	55
• Wer kommt zu Wort?	57
• Welche Werte werden vermittelt?	58
• Schlussfolgerungen	61
Was könnte die Schweiz von andern Ländern lernen?	62
• Das Oregonmodell: Erfolg und Misserfolg zugleich	62
• Von der Schwierigkeit, medizinische «Grundversorgungspakete» zu definieren	65
• Nationale Rahmenkonzepte	66
• Gibt es Versuche, die Bürger in den Entscheidungsprozess mit einzubinden?	67
• Wie werden gesellschaftliche Werte und ethische Normen berücksichtigt?	69
• «Lessons learned»	70
• Was bedeuten die Erfahrungen anderer Länder für die Schweiz?	72
Literatur	75
Anhang	80

Danksagung

Wir danken herzlich allen Kolleginnen und Kollegen sowie den verschiedenen Amts- und Fachstellen, die uns ihre Zeit, ihr Wissen und ihre Erfahrung zur Verfügung gestellt haben. So kann dieser Bericht die meisten Gesichtspunkte berücksichtigen, und wird dadurch bereichert. Unser besonderer Dank gilt allen Experten, die bereit waren ein Gespräch mit uns zu führen. Wir danken auch den MitarbeiterInnen der beteiligten Institute, die auf vielfache Weise die Realisierung der Studien und damit diesen Bericht ermöglicht haben.

I. Einführung

Warum wird in der Schweiz über Prioritätensetzung und Rationierung in der medizinischen Versorgung diskutiert?

In den letzten fünfzig Jahren haben ein allgemein verbessertes Wirtschafts-, Sozial- und Erziehungsniveau und gleichzeitig die Bereitstellung einer qualitativ und technologisch immer anspruchsvolleren medizinischen Versorgung dazu beigetragen, den Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung erheblich zu verbessern. Diese beispiellose Expansion des Gesundheitssektors hat aber auch ihren Preis. So haben sich zwischen 1985 und 1998 die Gesundheitskosten verdoppelt und der Anteil der medizinischen Versorgung am Bruttoinlandprodukt (BIP) stieg von 8,1 auf 10,5% [1]. Weltweit steht die Schweiz heute mit Pro-Kopf Gesundheitsausgaben an zweiter Stelle hinter den USA und vor Deutschland und Frankreich. 1997 waren die Pro-Kopf Gesundheitsausgaben (in US-Dollar) 3724 \$ in den USA, 2644 \$ in der Schweiz, 2365 \$ in Deutschland und 2125 \$ in Frankreich [2].

Seitdem das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG) 1996 in Kraft getreten ist, sind zudem die Krankenversicherungsprämien kontinuierlich und weit mehr als die Inflationsrate gestiegen.

Immer höhere Ausgaben und veränderte Finanzierungsmechanismen, gekoppelt mit Sparmassnahmen der öffentlichen Hand, führen seit einigen Jahren zu der Wahrnehmung, dass die Gesundheitskosten nicht mehr tragbar sind. Hieraus entstand eine Debatte über Mittelverteilung in der medizinischen Versorgung und über die Notwendigkeit, Leistungen im schweizerischen Gesundheitswesen systematisch zu beschränken, also zu rationieren. So wurde schon 1996 in der Schweizer Akademie der medizinischen Wissenschaften über Rationierung und Rationalisierung im Gesundheitswesen diskutiert und eine ethisch fundierte Beschränkung der medizinischen Behandlung als unausweichlich gesehen [3]. Der Präsident der FMH publizierte 1997 seinen Standpunkt zur Rationierung [4]. Er verlangt eine öffentliche und politische Debatte über mögliche Kriterien und Prozesse zur Prioritätensetzung. In Vorbereitung eines Symposiums über Gesundheitskosten liess das Forum Louis-Jeantet 1998 einen Bericht über Rationierung der medizinischen Versorgung verfassen [5]. Dieser Bericht unterstreicht die Notwendigkeit, innerhalb eines globalen Budgets Prioritäten zu setzen, um steigende Ausgaben zu kontrollieren und Rationierung transparent und explizit zu machen. Im Januar 1999 wurde das von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe entwickelte Manifest für eine faire Leistungs- und Mittelverteilung im Gesundheitswesen publiziert. Die Kernaussagen sind folgende: Rationierung ist unumgänglich, sie sollte eher offen als versteckt geschehen und alle Betroffenen sollten in den Entscheidungsprozess mit eingebunden sein [6]. Im Januar 2000 stellte die Gesundheitskommission des Grossen Rates des Kantons Basel-Stadt ihren Bericht über «Rationierung im Gesundheitswesen?»

vor [7]. Sie kommt zum Schluss, dass verdeckte Rationierung schon stattfindet, dass eine klare Prioritätensetzung in der Mittelverteilung dringend nötig ist und eine breite, öffentliche Debatte den politischen Entscheidungsfindungsprozess begleiten sollte. Im Kontrast zu diesen Meinungen steht die Aussage des Präsidenten der Eidgenössischen Grundsatzkommission, der im August letzten Jahres einen Bericht über «Umgang mit teuren medizinischen Massnahmen» vorstellte [8]. Es gäbe keinen Grund anzunehmen, dass Rationierung von medizinischen oder pflegerischen Massnahmen in der Schweiz stattfindet und dass man Kosten nicht durch Rationierung, sondern durch Rationalisierung beschränken sollte. Immerhin wurde hervorgehoben, dass es wichtig sei, schon jetzt gültige Kriterien zu entwickeln, falls Rationierung doch eines Tages notwendig würde. Dies sind nur einige Beispiele der Debatte um Mittelbeschränkung in der medizinischen Versorgung in der Schweiz. Obwohl Uneinigkeit über das Ausmass der Rationierung herrscht, scheint die Notwendigkeit, dieses Thema öffentlich zu diskutieren und bessere faktische Grundlagen zu schaffen, allgemein akzeptiert zu sein.

Gibt es Fakten?

Es gibt bis jetzt sehr wenige Studien zur Mittelverteilung und –beschränkung in der Schweiz. Eine Meinungsumfrage der Schweizer Bevölkerung, der Krankenhausadministratoren und der Direktoren der Gesundheitsdepartemente über Rationierung in der medizinischen Versorgung ergab einen klaren Konsens zu Gunsten einer expliziten und transparenten Prioritätensetzung [9]. Alle befragten Gruppen wählten Gleichberechtigung als das wichtigste Kriterium vor Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. Hingegen gingen die Meinungen in Bezug auf Alter und Selbstverantwortung als Rationierungskriterien auseinander. In einer anderen Studie wurden SeniorInnen zu Rationierung im Gesundheitswesen befragt. Die meisten Teilnehmer glaubten, dass Rationierung schon stattfindet und nannten Lebensqualität und Lebenserwartung nach medizinischer Behandlung als vorrangige Rationierungskriterien. Hingegen wurden Nationalität, gesellschaftliche Rolle, Selbstverschulden und Alter als Kriterien mehrheitlich abgelehnt [10]. Eine vor kurzem publizierte Befragung der Schweizer Bevölkerung geht in die gleiche Richtung wie die zwei erstgenannten Studien: Rund die Hälfte der Befragten meint, dass in der schweizerischen Gesundheitsversorgung rationiert wird [11]. Ungefähr ein Drittel der Befragten findet, dass Rationierungsentscheide von staatlichen Instanzen übernommen werden sollten. Ein weiteres Drittel meint, dass die individuelle Wahl unterschiedlicher Krankenversicherungsmodelle diese Rolle übernehmen sollten, 15%, dass Ärzte und 11%, dass Krankenversicherer diese Verantwortung tragen sollten.

Es gibt in der Schweiz bis jetzt kaum wissenschaftliche Untersuchungen und klare Analysen, die die Debatte über eine faire und effiziente Mittelverteilung und eventuelle Rationierung unterstützen könnten. Insbesondere gibt es

kaum Daten über das Ausmass der medizinischen Rationierung und auch einer eventuellen Überversorgung. Die Rolle der verschiedenen Interessengruppen im Entscheidungsprozess, einschliesslich der Medien und der Bevölkerung, ist noch nicht untersucht worden. Und die ethischen Werte, die den Rahmen eines solchen Entscheidungsprozesses bilden sollten, sind nicht klar und eindeutig definiert.

Warum spielen gesellschaftliche Werte und ethische Normen eine Rolle?

Das KVG und das UVG sollen nach gängiger Auffassung im schweizerischen Gesundheitswesen einerseits die Solidargerechtigkeit der Gesunden mit den Kranken, der Jungen mit den Alten und der Reichen mit den Armen und andererseits die Verteilungsgerechtigkeit der Leistungen und Mittel unter den Kranken gewährleisten. Das Kriterium der Fürsorge und nicht der Autonomie steht danach im schweizerischen Gesundheitswesen im Zentrum. Entsprechend werden kranke Menschen für ihren Gesundheits- und/oder Krankheitszustand nicht verantwortlich gemacht. Auf dem Hintergrund der ständig steigenden Kosten im Gesundheitswesen wird dieses Versicherungsmodell mit seinem maximalen Solidaritätsbegriff zunehmend in Frage gestellt und die persönliche Verantwortlichkeit der Menschen für ihren gesundheitlichen Zustand thematisiert. Es wird nach neuen Kriterien für die Verteilung von Leistungen und Mitteln im Gesundheitswesens gesucht. Damit wird die bisherige Grundmaxime der maximalen Solidarität aufgeweicht. Bei diesem Paradigmenwechsel von der Maximalsolidarität zu einer begrenzten Solidarität stellen sich im Kontext einer pluralistischen Gesellschaft eine inhaltliche und eine formale Herausforderung. Inhaltlich sind die Kriterien festzulegen, nach welchen die Leistungen und Mittel verteilt werden sollen und formal muss der Entscheidungsfindungsprozess strukturiert werden, welcher eine solche Kriterienbildung ermöglicht. Durch verschiedene Interpretationsmöglichkeiten der Werte und Normen innerhalb der Gesellschaft ist es schwierig, sich auf allgemeinverbindliche Definitionen für normative Grundbegriffe wie «Solidarität», «Gerechtigkeit», «Fairness» zu einigen.

Um im Kontext dieser aktuellen Debatte über Mittelverteilung in der medizinischen Versorgung eine bessere Entscheidungsgrundlage zu schaffen, beschlossen das Institut Dialog Ethik und das Schweizerische Tropeninstitut (STI) eine interdisziplinäre Studie durchzuführen. Auf der einen Seite arbeitet Dialog Ethik an der Umsetzung des «Zürcher Manifestes» und andererseits versucht das STI aufzuzeigen, wie Erfahrungen aus der Gesundheitsplanung in Gebieten mit enormer Mittelknappheit für unsere Kantone kapitalisiert werden können. Zudem wurden beide Organisationen gebeten, im Rahmen der Diskussionen zur Rationalisierung und Rationierung der Gesundheitskommission des Grossen Rates Basel-Stadt (August 1999) Stellung zu nehmen. Dialog Ethik und das STI intensivierten in der Folge die Zusammenarbeit und setzten sich an mehreren öffentlichen wie akademischen Veranstaltungen gemeinsam für eine kohärente und konsistente Bearbeitung der

Rationalisierungs- und Rationierungsproblematik ein. Um selbst einen Beitrag zu leisten, sollten verschiedene Aspekte dieser Problematik beispielhaft in den Kantonen Zürich und Basel-Stadt untersucht werden. Diese beiden Kantone wurden unter anderem gewählt, da hier die öffentliche Debatte auch dank der zuständigen politischen Instanzen schon weiter fortgeschritten als in anderen Gegenden der Schweiz. Obwohl diese beiden Kantone recht unterschiedlich sind betreffs Grösse, Bevölkerungsstruktur, Land-Stadt Gefälle und Gesundheitsausgaben geht es primär nicht um einen differenzierenden Vergleich, sondern um die beispielhafte Analyse gewisser Trends und Wahrnehmungen, die auch für andere Situationen im Schweizer Gesundheitswesen gültig sein könnten.

Studienaufbau

Die Studie ist in vier komplementäre Komponenten gegliedert, deren Resultate die Art des Handlungsbedarfs und mögliche Handlungsoptionen zur fairen Mittelverteilung in der medizinischen Versorgung aufzeigen.

1. Warum steigen die Ausgaben in der medizinischen Versorgung?

Auf Grund existierender Daten wird der stete Anstieg der Ausgaben in der medizinischen Versorgung in den Kantonen Zürich und Basel-Stadt^a differenziert untersucht. Dies beinhaltet eine Analyse der Ausgabentrends, der Finanzierungsmechanismen und, wo möglich, der Leistungserbringung im ambulanten und stationären Bereich von 1990–99. Im stationären Bereich werden zudem durch Gespräche mit ausgewählten Spitaldirektoren mögliche Gründe der aufgezeigten Trends eruiert.

2. Ausmass und Art der Rationierung, Rationalisierung und Überversorgung in der medizinischen Versorgung aus der Sicht betroffener Berufsgruppen

Obwohl hauptsächlich die kostenintensive Spitzenmedizin für den Ausgabenanstieg verantwortlich gemacht wird, gibt es anekdotische Hinweise, dass sich Rationierung hauptsächlich in verringerter Pflege und nicht in der Verweigerung zu teurer Technologien ausdrückt. Um den Tatbestand in der medizinischen Versorgung genauer zu belegen, wurden 29 Experten aus fünf Bereichen (medizinische Versorgung stationär, Pflege stationär, Ärzte ambulant, Pflege ambulant, Patientenorganisationen und Vertrauensärzte der Krankenkassen) ausführlich^b zu diesem Thema befragt.

3. Die Rolle der Massenmedien

Es soll geklärt werden, wie die Massenmedien die Debatte über «knappe Ressourcen im schweizerischen Gesundheitswesen» der Öffentlichkeit präsentieren. Zwei Ereignisse lösten im Januar 1999 eine Diskussion in den Medien aus: der Fall «Novoseven» und die Publikation des Manifestes für

a) Um eine gewisse Vergleichbarkeit zwischen Zürich und Basel herzustellen, werden alle Daten über Ausgaben, mit Ausnahme der einzelnen Spitäler, auch für den Kanton Basel-Land erhoben. So kann der Ausgabenanstieg im Kanton Zürich mit dem in BS/BL verglichen werden.

b) Jedes Gespräch beinhaltet Fragen zur Definition von Rationierung, Rationalisierung und Überversorgung; konkrete Beispiele aus dem beruflichen Alltag zu Rationierung und Überversorgung; Kriterien und Prozesse der Entscheidungsfindung und Rolle der verschiedenen Akteure; Wahrnehmung der Entwicklung in den letzten 5-10 Jahren und Zukunftsvisionen.

faire Leistungs- und Mittelverteilung im Gesundheitswesen. Eine Inhaltsanalyse der Medienberichte in den grösseren deutschschweizerischen Zeitungen im Januar und Februar 1999 untersucht, wie über Mittelknappheit und deren Auswirkung berichtet wird, welche Akteure zu Worte kommen und welche Werte vermittelt werden.

4. Was könnte die Schweiz von anderen Ländern lernen?

Erfahrungen in anderen Ländern, Entscheide über Prioritätensetzung im Gesundheitswesen in möglichst sachlicher und für die betroffene Gesellschaft annehmbarer Form zu fällen, werden auf Basis zugänglicher Literatur und direkter Kontakte mit Kollegen in anderen europäischen Ländern zusammengefasst. Schliesslich wird die Bedeutung dieser Erfahrungen für die heutige Situation in der Schweiz analysiert.

In dieser Studie wird, beispielhaft an zwei Kantonen, zum ersten Mal gesamtheitlich dargestellt, wie Mittel innerhalb der medizinischen Versorgung in der Schweiz verteilt werden und welches die wichtigsten Determinanten der Mittelverteilung/-zuteilung und Prioritätensetzung heute sind. Ausserdem wird anhand der vier Komponenten der Studie der fachliche Diskurs der medizinischen, ökonomischen und ethischen Ebene mit dem Diskurs in der Öffentlichkeit kontrastiert. Diese Analyse der gegenwärtigen Situation soll aufzeigen ob – und wenn ja, welcher – Handlungsbedarf heute im Kontext unseres solidarischen Gesundheitswesens besteht. Die Resultate der Studie sollen eine breite Debatte über mögliche Handlungsoptionen für die Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen fördern und somit den politischen Entscheidungsprozess unterstützen.

Iris Beeler und Felix Roth

Kostenanstieg in der medizinischen Versorgung: wann, wo und weshalb

In das schweizerische Gesundheitswesen fliessen ansehnliche 10,7% des Bruttoinlandprodukts (BIP) [12]. Bemerkenswert ist, wie schon an anderer Stelle erwähnt, dass die Schweiz mit ihren Gesundheitsausgaben gemessen am BIP im internationalen Vergleich nach den USA an zweiter Stelle liegt, und dies seit den 70er Jahren. Vergleicht man die Entwicklung der Gesundheitsaufwendungen im Verhältnis zum BIP, so haben sich diese in den letzten 50 Jahren im Verhältnis zum BIP verdreifacht [13]. Die wirtschaftliche Hauptlast dieser Entwicklung tragen die privaten Haushalte, entweder direkt (24,8%) oder über Beiträge an die Sozialversicherer (41,2%) [14]. Die öffentliche Hand, welche einen Teil der Spalkosten finanziert, Subventionen an Institutionen ausrichtet sowie Haushalte mit bescheidenen Einkommen unterstützt, trägt 24,2% der wirtschaftlichen Last des Gesundheitswesens. Der verbleibende Rest wird durch Beiträge von Unternehmen an die Sozialversicherer (6,9%), sowie von ausländischen Patienten/Patientinnen (2,1%) aufgebracht.

Die Gründe für das Wachstum des Gesundheitssektors sind vielfältig. Der hohe Stellenwert der Gesundheit in unserer Gesellschaft, die relativ gute wirtschaftliche Lage der letzten Jahrzehnte und die Sozialversicherungen bildeten die Voraussetzungen dafür, dass immer mehr Mittel ins Gesundheitswesen investiert wurden. In die Gesundheit der Bevölkerung zu investieren ist an sich etwas Gutes. Leider sehen wir uns aber mit der Tatsache konfrontiert, dass das BIP nicht in demselben Masse wächst wie die Gesundheitsausgaben. Damit stehen wir zunehmend vor der unangenehmen Frage, wieviel wo investiert werden und wie die Finanzierungsweise aussehen soll. Um diese Fragen diskutieren zu können, ist es wichtig, den Status Quo zu erheben, um zu sehen, wo die Kostensteigerungen in den letzten Jahren vor allem angefallen sind und weshalb. Ausserdem gilt es zu untersuchen, ob die Kostensteigerung, so wie sie in der Bevölkerung wahrgenommen wird, der effektiven Zunahme entspricht oder ob dies teilweise auf eine Finanzierungsverlagerung zurückzuführen ist.

Aus diesem Grund wurden die Ausgaben, die Finanzierung und ansatzweise das Angebot beispielhaft an den beiden Halbkantonen BS/BL und Zürich mittels des vorhandenen, resp. zugänglichen Datenmaterials beleuchtet. Es wurden keine zusätzlichen Daten erhoben. Mit der wachsenden wirtschaftlichen Bedeutung des Gesundheitswesens nimmt der Bedarf nach kohärenten statistischen Synthesedaten zu, anhand derer die Entwicklung analysiert und kontrolliert werden kann. So ist ein weiterer Aspekt der Untersuchung, auch zu erkennen, wo die Möglichkeiten und Grenzen der aktuellen Datenlage liegen und wo allenfalls Verbesserungen notwendig wären, um eine solide Basis für die Diskussion zur Ressourcenallokation zu schaffen. Die Daten sollen

Aufschluss über die Akteure des Gesundheitswesens und ihre wirtschaftliche und soziale Bedeutung geben können sowie die Kosten, die Finanzierung und die Ausgaben beziffern.

Die nachfolgende Analyse beschränkt sich auf die Kantone Zürich und Basel-Stadt/Basel-Land und betrifft die Jahre von 1990 bis 1999. Um vergleichbare Agglomerationen zu erhalten, sind die Daten der beiden Halbkantone Basel-Stadt und Basel-Land, nach Bevölkerungszahl gewichtet, zusammengefasst worden. Die Analyse soll folgende Fragen beantworten:

- wo hat eine Kostensteigerung stattgefunden,
- hat sich eine Verschiebung von stationärer hin zu ambulanter Behandlung ergeben,
- hat eine Verlagerung der Finanzierung über Steuern zur Finanzierung über Krankenkassenprämien stattgefunden und
- wer trägt die wirtschaftliche Last der Kostensteigerung?

Drei verschiedene methodische Ansätze wurden gewählt, um dies zu untersuchen:

1. Es wird von einem Raster ausgegangen, welches die Kosten im Gesundheitswesen nach Leistungserbringer und Direktzahler ausweist. Dies ist für die gesamte Schweiz bereits als Tabelle verfügbar [15], nicht aber pro Kanton. Leider sind auf Kantonsebene die Daten zur Unterscheidung nach Leistungserbringer und nach Direktzahler nicht vollständig verfügbar. Somit fliessen bloss die Ausgaben der Krankenkassen sowie die Direktzahlungen von Kanton und Gemeinden in die Analyse ein. Die Kategorie Leistungserbringer ist in ambulant und stationär unterteilt, ab 1996 ist eine feinere Unterteilung möglich. Die Aufbereitung der kantonalen Daten nach diesem Schema könnte darüber Aufschluss geben, wie sich im Verlaufe der Jahre die Ausgabenverteilung unter den einzelnen Kategorien von Leistungserbringern entwickelt hat und wie sich die Finanzierungslast zwischen den einzelnen Direktzahlern verschoben hat.
2. Um die Entwicklungen in den öffentlichen Spitälern etwas detaillierter anzusehen, wurden Angaben aus den Jahresberichten der Jahre 1990–1999, ergänzt durch spitaleigene Angaben, in acht Spitälern^c analysiert. Die betrachteten Spitäler sind in Basel-Stadt das Kantonsspital und das Gemeindespital Riehen, im Kanton Zürich die Universitätsspitäler, das Kantonsspital Winterthur, das Stadtspital Waid, die Regionalspitäler Wetzikon und Limmattal sowie das Bezirksspital Affoltern.
3. Die quantitativen Resultate dieser Analyse wurden mit einigen Spitaldirektoren anhand eines strukturierten Fragebogens diskutiert, um die Gründe für gewisse Entwicklungen besser zu verstehen.

Um Trends besser belegen zu können, sind die Finanzströme inflationsbereinigt einheitlich auf das Jahr 1990 indiziert dargestellt und pro Einwohner ausgewiesen.

Für eine genauere Beschreibung der Methodik siehe Anhang S. 80

c) Im Kanton Zürich wurden 26 Spitäler kontaktiert und im Kanton Basel-Stadt 7. Nach Ausscheiden von Spezialkliniken lagen auswertbare Daten von 7 Spitälern vor. Detailliertere Beschreibung: siehe Anhang Methodik

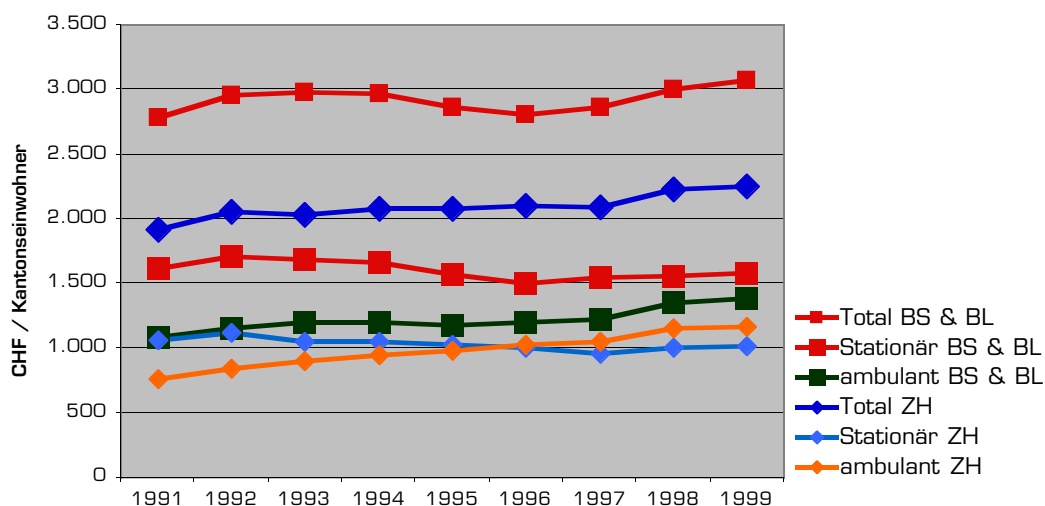
Analyse des Ausgabentrends der Kantone, Gemeinden und Krankenversicherungen im letzten Jahrzehnt^d

Überblick über den Ausgabentrend

Die Entwicklung der Ausgaben der Krankenkassen sowie der Direktzahlungen der Kantone und Gemeinden für medizinische Versorgung werden für den Zeitraum von 1991 bis 1999 untersucht. Die Direktzahlungen der Haushalte können nicht berücksichtigt werden. Diese werden im gesamtschweizerischen Durchschnitt immerhin auf beinahe 25% der Gesamtkosten des Gesundheitswesens geschätzt [16]. Die Ausgaben der anderen Sozialversicherungen (Unfallversicherung, IV-AHV, Militärversicherung) übernehmen einen Anteil von etwas über 10%. Die Direktzahlungen des Bundes fallen mit 0,4% kaum ins Gewicht. Die hier vorliegende Analyse der Ausgabentrends umfasst somit knapp zwei Drittel der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen, wobei knapp die Hälfte der Gesamtausgaben von den Krankenkassen ausgegeben wird. Die Kantone und Gemeinden treten bei 15% der Gesamtausgaben als Direktzahler auf.

Abb. 1

Ausgaben von Krankenversicherungen, Kanton und Gemeinden
Vergleich Kantone ZH mit BS/BL
(pro Einwohner, indiziert auf 1990)



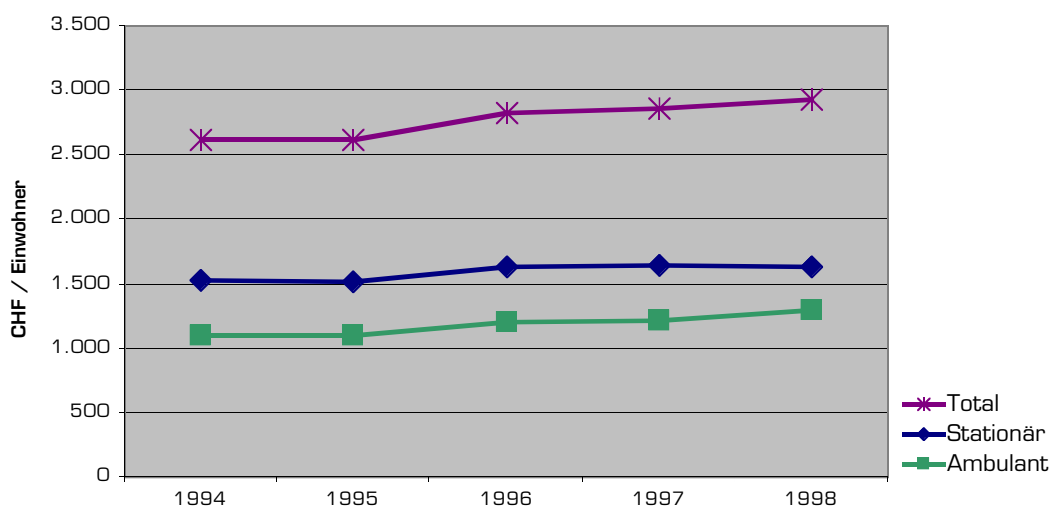
Im Kanton Zürich haben sich die Ausgaben der Krankenkassen, des Kantons und der Gemeinden pro Einwohner für die medizinische Versorgung von 1991 bis 1999 um 17% erhöht (inflationsbereinigt). Während sich die Ausgaben für Leistungen im ambulanten Bereich um 52,4% erhöht haben (von

d) Auf Kantonsebene sind Finanzzahlen erst seit 1991 verfügbar. Auf gesamtschweizerischer Ebene sind die Zahlen z.T. schon ab 1990 verfügbar. Im stationären Bereich wurden die Spitalberichte ab 1990 untersucht. Alle Ausgaben sind auf 1990 indiziert.

765 CHF auf 1166 CHF), sind die Ausgaben im stationären Bereich um 4,3% (von 1061 CHF auf 1015 CHF) gesunken (siehe Abb.1). Es fällt somit auf, dass der Ausgabenanstieg ausschliesslich auf den ambulanten Sektor zurückzuführen ist. In den beiden Basler Kantonen sieht der Trend ähnlich aus: die Steigerung der Ausgaben beträgt insgesamt 10,4%, wobei der ambulante Sektor eine Steigerung um 27,8% (von 1088 CHF auf 1391 CHF) aufweist und im stationären Bereich eine Reduktion um 1,8% (von 1613 CHF auf 1584 CHF) stattgefunden hat. Die Stabilisierung und sogar Abnahme der Ausgaben im stationären Sektor hat Anfang der 90er Jahre stattgefunden, im Jahre 1992 (BS) resp. 1994 (BL) und 1993 (ZH). Seit 1997 sind die Ausgaben wieder steigend, aber ohne das Niveau von 1990 zu überschreiten. Das gesamte Ausgabenniveau ist in den Basler Kantonen um beinahe 50% höher als im Kanton Zürich. Dies ist vorwiegend auf höhere Ausgaben für den stationären Bereich zurückzuführen. Bemerkenswert ist, dass die Ausgaben pro Einwohner im stationären Sektor in Basel-Stadt (ca. 2 200 CHF) doppelt so hoch sind wie in Zürich und Basel-Land (ca. 1100 CHF). Die Ursache hierfür ist nicht untersucht worden, dürfte jedoch teilweise auf die ältere Bevölkerungsstruktur von Basel-Stadt sowie die ausschliesslich städtische Bevölkerung zurückzuführen sein. Interessant in diesem Zusammenhang ist auch die um einiges höhere Bettendichte in den Akutspitälern des Kantons Basel-Stadt^e [17]

Abb. 2

Ausgaben von Krankenversicherungen, Kanton und Gemeinden gesamte Schweiz
(pro Einwohner, indexiert auf 1990)



Der Vergleich mit der Ausgabensituation in der gesamten Schweiz kann aufgrund des verfügbaren Zahlenmaterials leider nur für die Jahre 1994–98 gemacht werden. Man sieht, dass der stärkste Anstieg insgesamt wie auch in den einzelnen untersuchten Kantonen im ambulanten Sektor stattfindet (1994 bis

e) Betten in Akutspitälern auf 100 000 Einwohner: ZH: 514.2; BL: 452.5; BS: 845

1998: 18,4%, von 1096 CHF auf 1298 CHF; s. Abb. 2). Anders als in den beiden Kantonen sind gesamtschweizerisch die Ausgaben auch im stationären Sektor gestiegen (1994 bis 1998: 7,6%, von 1524 CHF auf 1639 CHF). Im gleichen Zeitraum sind sie im Kanton Zürich um 4,4% gefallen und in den Basler Kantonen gar um 6,7%.

Analyse des Ausgabentrends und Angebotes im ambulanten Bereich

Eine detaillierte Analyse der Ausgaben für einzelne Leistungen im ambulanten Bereich ist erst seit 1996, seit es die Versichertenstatistiken der santésuisse gibt [18], auf Kantonsniveau möglich geworden.

Abb. 3/4

Abb. 3: Ausgaben von Krankenversicherung, Kanton und Gemeinden für ambulante Kosten in den Kantonen BS & BL
(gewichtet, pro Einwohner, indexiert auf 1990)

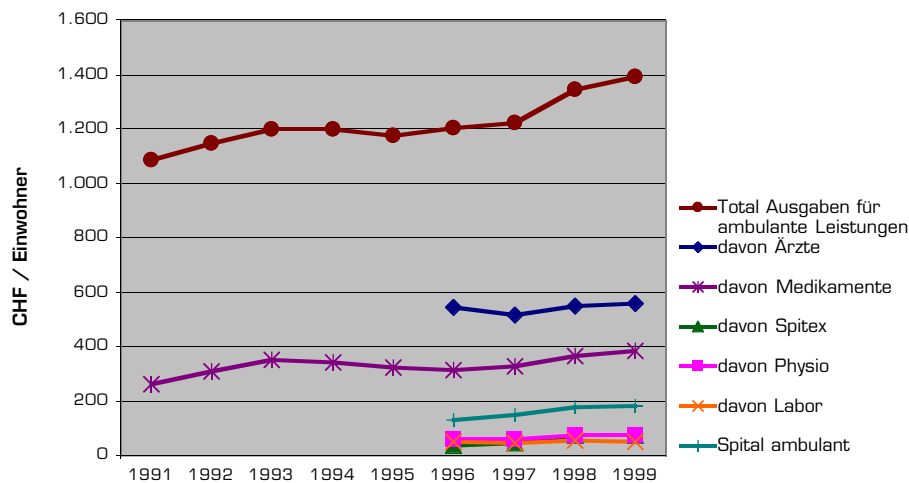
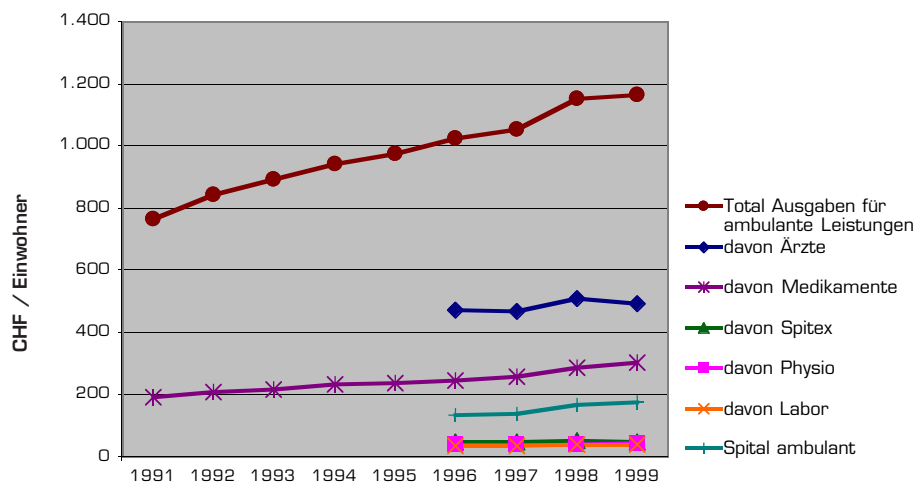


Abb. 4: Ausgaben von Krankenversicherungen, Kanton und Gemeinden für ambulante Kosten im Kanton ZH
(pro Einwohner, indexiert auf 1990)



Wie in Tabelle 1 und Abb. 3 und 4 ersichtlich ist, haben sich die Ausgaben für Medikamente und für ambulante Behandlungen im Spital am stärksten erhöht. Die Ausgaben für Labor und Physiotherapie sind in einem geringeren Masse und die direkten Arztkosten am wenigsten angestiegen. Die hohe Steigerung der ambulanten Kosten im Spital lässt eine Verlagerung der Leistungen innerhalb des Spitalbereichs von stationären hin zu ambulanten Behandlungen vermuten. Diese Annahme wird in der detaillierten Analyse der Spitäler noch erhärtet. Der Trend in den beiden Basler Kantonen lässt sich mit einer Ausnahme mit demjenigen des Kantons ZH vergleichen. Während sich die Ausgaben für Spitex-Leistungen von 1996 bis 1999 in den Basler Kantonen beinahe verdoppelt haben, sind diese im Kanton Zürich gar leicht rückläufig. Im Kanton BS haben sich die Ausgaben für Spitex in diesen drei Jahren gar verdreifacht. Dies ist wahrscheinlich auf den hohen Anteil an betagten Kantonseinwohnern im Kanton Basel-Stadt zurückzuführen.



Tabelle 1. Entwicklung der Ausgaben für ambulante Leistungen			
prozentuale Veränderung indexiert auf 1990			
	Erhöhung in %		
	von 1996 bis 1999		von 94 bis 98
	ZH	BS / BL	CH
■ Gesamte Ausgaben	13.5	15.5	18.4
■ Ärzte	4.5	2.8	11.9
■ Physio	8.8	16.7	22.2
■ Spitex	- 1.6	96.6	43.8
■ Spital ambulant	30.8	37.4	39.8
■ Labor	12.5	1.7	47.6
■ Medikamente	23.1	23.3	22.0

Im Kanton Zürich hat die Dichte der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte von 1996 bis 1999 um 6,6% zugenommen (von 437 auf 408 Kantonseinwohner/Arzt), während die realen Ausgaben pro Kantonseinwohner für Arztleistungen um 4,5% gestiegen sind [19]. In den beiden Basler Kantonen stieg die Ärztedichte um 4,8% (von 443 auf 422 Kantonseinwohner/Arzt) bei einer Zunahme der Ausgaben für Arztleistungen um 2,8%. Der Taxpunktwert blieb im Beobachtungszeitraum unverändert (ZH: 0,80 BS: 5,60, BL: 1,80) [20] [21]. Die positive Korrelation zwischen der Dichte der frei praktizierenden Ärztinnen/Ärzte und den Krankenversicherungsausgaben pro Versicherten ist auf gesamtschweizerischem Niveau allgemein belegt [22]. Die Erhöhung der Ärztedichte führt jedoch nicht nur zu einer Erhöhung der Ausgaben für Arztleistungen, sondern v.a. auch zu einer Erhöhung der vom Arzt/der Ärztin veranlassten Ausgaben wie für Medikamente, Spital ambulant, Labor, Physiotherapie.

Analyse des Ausgabentrends und Angebotes in öffentlichen Spitälern

Die Jahresberichte der Spitäler enthalten alle eine Rechnung nach dem Veska-Schema. Da dies die Daten sind, welche ebenfalls dem Bundesamt für Statistik weitergereicht werden, wurden diese auch zur Analyse der Ausgaben der einzelnen Spitäler herangezogen (Tab. 2).

**Tabelle 2. Betriebsaufwand und seine Entwicklung zwischen 1990-1999
in den analysierten Spitälern**

	Ausgewiesener Betriebsaufwand 1999	Betriebsaufwand 1999 indexiert	% Δ90-99
■ Universitätsspital Zürich	648'136'742	543'138'953	15.6%
■ Kantonsspital Winterthur	182'751'930	153'146'220	3.4%
■ Stadtspital Waid	87'557'927	73'373'592	-7.8%
■ Wetzikon	49'973'701	41'877'989	46.1%
■ Limmattalspital	81'948'212	68'672'648	17.0%
■ Bezirksspital Affoltern	26'650'218	22'332'898	21.9%
■ Kantonsspital Basel-Stadt	483'875'000	405'487'521	4.7%
■ Gemeindespital Riehen	20'917'296	20'751'286	25.3%

(N.B. Der Betriebsaufwand des Kantonsspitals Winterthur und des Gemeindespitals Riehen enthält Investitionen und Abschreibungen von Immobilien und Mobilien, das Spital Wetzikon Ersatz und Neuanschaffungen. Für die Berechnung des Delta 90-99 wurden die Investitionen bei Winterthur und Riehen herausgenommen, für Wetzikon war eine Separierung der Neuanschaffungen nicht möglich, da es nicht als separate Position ausgewiesen wurde.)

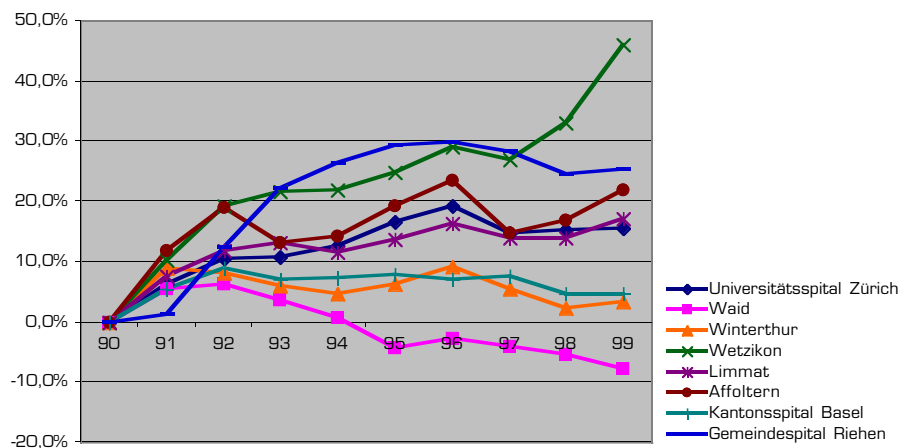
Der Betriebsaufwand setzt sich aus den Personalkosten und dem Sachaufwand zusammen. Die Angabe der Investitionen wird von den Spitälern unterschiedlich gehandhabt. Meistens sind sie in der Betriebsrechnung nach Veska nicht enthalten (Universitätsspital Zürich, Stadtspital Waid, Limmattalspital, Bezirksspital Affoltern, Kantonsspital Basel ab 1995), sondern werden in einer separaten Investitionsrechnung oder nicht resp. mangelhaft aufgeführt. Um eine Vergleichbarkeit der Angaben der verschiedenen Spitäler (soweit möglich) herzustellen, wurden die Investitionen für die Analyse aus dem Betriebsaufwand herausgenommen. Die Personalkosten machen mit minimal 56% (USZ 1999) und maximal 80.8% (KSW 1992, 1993) den Löwenanteil am Betriebsaufwand aus. Betrachtet man die Entwicklung des Betriebsaufwandes im Laufe der Jahre 1990-1999 und deren Anteile (Sachaufwand, Personalkosten), so lässt sich folgendes beobachten.

- Der **Betriebsaufwand** nahm in allen Spitälern ausser dem Stadtspital Waid zu. Dies steht in einem scheinbaren Gegensatz zu den Angaben unter Abschnitt: Überblick über den Ausgabentrend, in dem von einem Rückgang der stationären Kosten gesprochen wird. Das rührt daher, dass in dem von den Spitälern ausgewiesenen Betriebsaufwand die Kosten für die ambulante Leistungserbringung mit enthalten sind und nicht separiert werden können. Es muss also angenommen werden, dass die Zunahme des Betriebsaufwandes v.a. auf den Ausbau der ambulanten Leistungserbringung

zurückzuführen ist. Nach Einführung des KVG 1996 verzeichnen alle Spitäler ausser dem Kantonsspital Basel eine Senkung des Betriebsaufwandes. Schon 1998 weicht diese Senkung jedoch bei den meisten Spitälern wieder einer leichten Kostenzunahme. Das Spital Wetzikon verzeichnet im Vergleich zu den anderen Spitälern eine enorme Zunahme des Betriebsaufwandes. Laut Angaben des Verwaltungsdirektors dieses Spitalles steht dies im Zusammenhang mit Spitalschliessungen (Rüti, Pfäffikon, Bauma, Wald), wodurch sich das Einzugsgebiet des Spitals Wetzikon vergrösserte (siehe Abb. 5).

Abb. 5

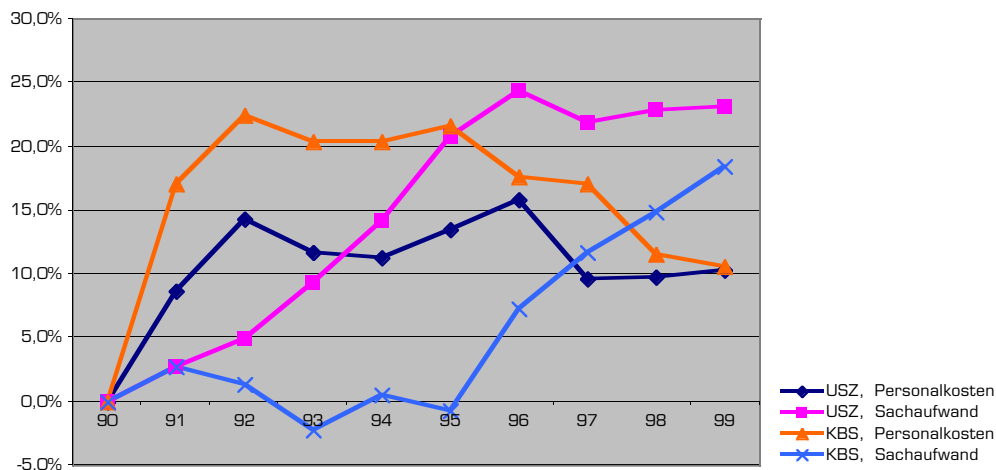
Prozentuale Entwicklung des Betriebsaufwandes zwischen 1990-1999



■ Betrachtet man die Entwicklung der **Personalkosten** und des Sachaufwandes separat, so zeigt sich ein interessanter Trend, der in Abb. 6 beispielhaft für das Universitätsspital Zürich (USZ) und das Kantonsspital Basel-Stadt (KBS) dargestellt wurde. Der Sachaufwand zeigt einen deutlichen und weiterhin bestehenden Kostenanstieg, im USZ v.a. bis 1996, im KBS v.a. seit 1995. Die Sparbemühungen hatten in diesem Bereich nur einen geringgradigen Einfluss. Die Personalkosten verzeichnen eine deutliche Zunahme bis 1992, gefolgt von einer leichten Kostensenkung 1993 und einer noch deutlicheren Kostensenkung 1995 (KBS) resp. 1996 (USZ). Die Sparbemühungen der neunziger Jahre betrafen demnach v.a. den Bereich der Personalkosten. Die Einsparungen bei den Personalkosten gingen nur teilweise mit einer Reduktion des Personals einher (KBS -5,6%, USZ +3,2%).

Abb. 6

Entwicklung der Personalkosten und des Sachaufwandes im Universitätsspital Zürich und dem Kantonsspital Basel zwischen 1990-1999



- In der Zeitspanne von 1990-1999 nahmen die **Kosten pro Personalstelle** ausser im Stadtspital Waid (Reduktion um 1,6%) zu, und zwar zwischen 2-25,5%, v.a. in den Jahren 1993 und 1997 zeigten sich jedoch gegenüber dem Vorjahr Kostensenkungen.
- Innerhalb des Sachaufwandes nahm der prozentuale **Anteil des medizinischen Bedarfes** ungeachtet, ob sich der gesamte Betriebsaufwand reduzierte, stetig zu (Tab. 3). Als medizinischen Bedarf ausgewiesen werden Medikamente, Implantate sowie übriges Verbrauchsmaterial. Anschaffungen von medizinischen Geräten sind nicht im medizinischen Bedarf enthalten.

Tabelle 3. Entwicklung des Anteiles des medizinischen Bedarfes am Sachaufwand in den Jahren 1990-1999

Jahr	Universitäts- spital Zürich	Stadtspital Waid	Kantonsspital Winterthur	Regionalspital Wetzikon	Limmat- talspital	Bezirksspi- tal Affoltern	Kantonsspital Basel-Stadt	Gemeinde- spital Riehen
90	35.2%	42.3%	43.0%	37.5%	40.8%	29.2%	48.8%	29.3%
91	36.5%	42.4%	45.0%	37.6%	39.9%	29.0%	49.0%	29.9%
92	36.0%	40.9%	54.2%	38.7%	41.6%	26.4%	48.8%	29.4%
93	36.0%	43.8%	55.5%	44.4%	45.1%	31.2%	49.7%	30.1%
94	36.4%	35.7%	58.0%	39.8%	40.3%	31.2%	52.2%	30.7%
95	36.6%	42.6%	57.0%	43.5%	41.3%	31.5%	52.2%	33.0%
96	36.5%	41.0%	57.9%	43.9%	42.2%	30.8%	51.6%	32.6%
97	39.7%	40.9%	59.4%	46.7%	41.5%	32.0%	51.9%	33.6%
98	44.1%	43.5%	60.0%	51.7%	43.4%	37.3%	53.5%	29.5%
99	44.8%	45.5%	61.1%	52.4%	45.7%	37.0%	55.3%	33.3%

Tabelle 4. Prozentuale Änderungen hinsichtlich Angebot, Nachfrage und Personal zwischen 1990 und 1999

	Angebot				Nachfrage	Personal
	Akutbetten	Langzeitbetten	Pflegetage auf Akutabteilungen	Aufenthaltsdauer auf Akutabteilungen	Patientenzahl stationär Akutkliniken	Stellenzahl total
Universitäts- spital Zürich	-13.2%	keine	11.8%	-24.5%	17.2%	3.2%
Stadtspital Waid	-33.4%	keine	-24.1%*	-34.3%*	19.6%*	-13.1%*
Kantonsspital Winterthur	-22.2%	keine	-17.5%	-14.2%	-3.8%	3.3%
Regionalspital Wetzikon	-11.5%	-14.6%	-6.1%	-14.0%	10.4%	31.3%
Limmattalspital	-21.8%	-6.3%	-9.5%	-31.5%	31.7%	9.2%
Bezirksspital Affoltern	-10.1%	0.0%	-8.0%	-30.8%	31.5%	-3.8%
Kantonsspital Basel-Stadt	-18.2%	-56.6%	-15.5%	-18.0%	1.8%	-15.6%**
Gemeindespital Riehen	keine Angaben	keine Angaben	-28.4%	keine Angaben	keine Angaben	4.4%***

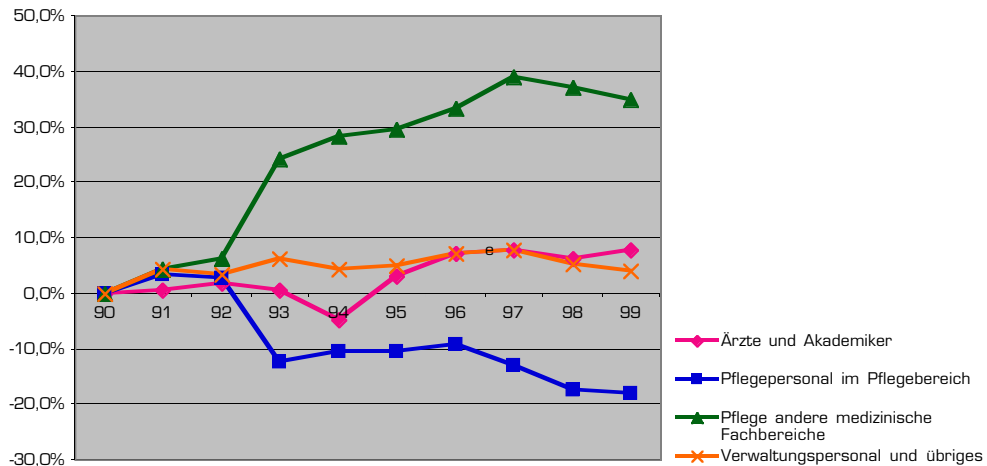
(*Angaben nur für 1992–1999, ** Angaben nur für 1991–1999, *** Angaben nur für 1991–1997)

Weiter kann man anhand einiger Eckdaten untersuchen, was sich grob strukturell in den Spitälern verändert hat.

- Wie in Tabelle 4 ersichtlich, wurde die Zahl der **Akutbetten** z.T. beträchtlich reduziert. Die Aufenthaltsdauer in den Akutabteilungen verkürzte sich zwischen 14,2–31,7% und wo vorhanden, wurden Langzeitbetten abgebaut resp. in privat geführte Pflegeheime überführt.
- Die Zahl der **Personalstellen** nahm in der Mehrheit der Spitäler zu (USZ, KSW, Wetzikon, Limmattal, Riehen), in einigen jedoch auch ab (Waid, Affoltern, KBS). Innerhalb der verschiedenen Arbeitsbereiche gab es bezeichnende Verschiebungen, welche in Abb. 7 exemplarisch für das Kantonsspital Winterthur dargestellt sind. Stark zugenommen hat v.a. der Bereich «Pflege andere medizinische Fachbereiche», innerhalb dessen wiederum v.a. das Personal für den Operationsaal, den Notfall, die Intensivpflegestation sowie die medizinischen Sekretariate. In sechs von acht Spitälern wurde das Pflegepersonal im Pflegebereich gekürzt.

Abb. 7

Prozentuale Entwicklung der verschiedenen Personalbereiche im Kantonsspital Winterthur in den Jahren 1990-1999



So wurde beispielsweise im Kantonsspital Winterthur das Pflegepersonal im Pflegebereich um 18% reduziert, wohingegen die Gesamtstellenzahl um 3,3% zunahm; im Kantonsspital Basel-Stadt wurde das Pflegepersonal im Vergleich zur Gesamtstellenzahl stärker reduziert (Pflege: minus 30,6%, Gesamtstellen: minus 15,6%).

Arbeitssituation Pflegepersonal

Die Arbeitsbelastung kann mittels der vorliegenden Daten nicht quantitativ untersucht werden (siehe Anhang Methodik S. 83).

In den 5 Interviews mit Spitaldirektoren und einer langjährigen leitenden Direktionsmitarbeiterin wurde einheitlich eine Zunahme der Arbeitsbelastung v.a. des Pflegepersonals geäußert.

Für die Mehrbelastung genannte Gründe:

- Aufgrund einer kürzeren Aufenthaltsdauer ist der Turnover der Patienten höher.
- Patienten sind pflegeintensiver, da sie einerseits polymorbider und andererseits aufgrund der kürzeren Hospitalisationszeit auch nur noch in der akutesten Krankheitsphase hospitalisiert sind.
- Es werden in kürzerer Zeit mehr medizinisch-technische Leistungen pro Patient durchgeführt.
- Der administrative Aufwand hat zugenommen.

- Die **Zahl der stationär behandelten Patienten** hat ausser im Kantons-
spital Winterthur zugenommen (Minimum 1,8% KBS, Maximum 31,7%
Limmattal). Die Zunahme der Patientenzahl ist weitgehend unklar. Die
Schliessungen von Akutspitälern (z.B. Rüti, Pfäffikon, Wald, Bauma), die
1999 aufgrund der Spitalliste ausgeführt wurden, erklären es im Kanton
Zürich teilweise. Die in diesen Spitälern arbeitenden Ärzte haben schon vor
dem Schliessungszeitpunkt ihre Arbeit in umliegende Spitäler verlegt und
somit einen Patientenzustrom bewirkt. Es gibt jedoch auch Hinweise, dass
die steigenden Patientenzahlen auf **vermehrte Rehospitalisationen**
zurückzuführen sind. Das Spital Wetzikon führt seit 1990, anscheinend als
einziges Krankenhaus, eine Statistik der Rehospitalisationen, welche als
unerwarteter Wiedereintritt innerhalb eines Monats nach einer stationären
Hospitalisation definiert sind. Die Rehospitalisationsrate stieg zwischen
1990-1999 von 75 auf 357 Patienten pro Jahr an, d.h. um 376%! Leider
werden diese Daten in anderen Krankenhäusern nicht erhoben.
- Der **ambulante Sektor** nahm im Spitalbereich stark zu. Obschon die An-
gaben in den Jahresberichten diesbezüglich lückenhaft sind und die Spitäler
ambulante oder auch teilstationäre Behandlung unterschiedlich ausweisen,
ist es aus folgenden Zahlen ersichtlich. Im Bezirksspital Affoltern stieg die
Zahl der kurzstationären Patienten zwischen 1990-1999 um 321,4%, in
Wetzikon die Zahl der teilstationären Behandlungen zwischen 1992-1999
um 262,0% und die Taxpunktzahl aus teilstationären Behandlungen zwi-
schen 1995-1999 um 276,0%. Auch in Winterthur nahmen die Erträge aus
teilstationärer Betreuung zwischen 1990-1999 um 102,5% zu und das Spi-
tal Limmattal richtete 1995 eine ambulante Chirurgie ein. Dieser Trend
wurde uns auch eindeutig von Seiten der befragten Spitaldirektoren
bestätigt.

Aus den genannten Beobachtungen lässt sich in öffentlichen Spitälern fol-
gender Trend ableiten. (1) Der Betriebsaufwand steigt leicht an und wird
hauptsächlich durch Einsparungen im Personalbereich gedrosselt. (2) Wo-
möglich, werden Eingriffe vermehrt ambulant durchgeführt. Einerseits sind
viele medizinische Behandlungen heute ambulant machbar, die früher eine
Hospitalisation erforderten. Andererseits lässt sich aber auch vermuten, dass
der Spardruck, kombiniert mit höheren Ertragsmöglichkeiten, ein grosser An-
reiz ist, so die Betriebsergebnisse zu verbessern. (3) Es findet eine Effizienz-
steigerung in dem Sinne statt, dass in kürzerer Zeit mehr Patienten in weniger
Betten betreut werden. Die kürzeren Hospitalisationszeiten und die vermehr-
ten teilstationären Eingriffe zeichnen sich auch in der Personalentwicklung
ab: Das Pflegepersonal wurde auf den Notfallstationen, im Operationssaal und
auf der Anästhesie aufgestockt, im Pflegebereich jedoch reduziert.

Es lässt sich also feststellen, dass es in den Spitälern im Zuge des Spardruckes
und der Bemühungen, den Betriebsaufwand so niedrig wie möglich zu hal-
ten, im stationären Sektor nicht zu einer Reduktion des medizinisch-techni-
schen Angebotes gekommen ist, sondern im Gegenteil, zu einem Ausbau, ei-
ner Weiterentwicklung und Verlagerung in den ambulanten Sektor.

Generelle Veränderung in der Finanzierungsstruktur

Mit der Einführung des KVG am 1. Januar 1996 wurden auch wichtige Neuerungen im Finanzierungsmechanismus eingeführt. Die Bundesbeiträge, welche bis 1995 direkt den Krankenkassen zur Verbilligung des allgemeinen Prämienniveaus überwiesen wurden (Giesskannenprinzip), sind ab 1996 den Kantonen zur gezielten Unterstützung von Haushalten mit bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen zur Verfügung gestellt worden. Dabei müssen die Kantone den Bundesbeitrag aus eigenen Mitteln aufstocken. Der Gesamtbeitrag, welchen die Kantone zu leisten haben, muss mindestens der Hälfte des gesamten Bundesbeitrages entsprechen [23]. Als weitere Änderung in der Finanzierungsstruktur gilt die Regelung im stationären Bereich, wonach in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern die Krankenkassentarife für Kantonseinwohner und –einwohnerinnen maximal 50% der anrechenbaren Kosten je Patient oder Patientin decken sollten [24]. Dies hat im stationären Bereich einen Trend in Richtung Erhöhung des Finanzierungsanteils der Krankenkassen, zugunsten einer Verringerung der Direktzahlungen der Kantone und Gemeinden bewirkt (Tab 5). Heute ist der im KVG vorgesehene Anteil von 50% noch nicht ausgeschöpft.

Tabelle 5. Entwicklung der Ausgaben der Direktzahler Kanton & Gemeinde sowie Krankenkassen für medizinische Versorgung

	prozentuale Veränderung indexiert auf 1990		
	Erhöhung in % von 94-98		
	ZH	BS & BL	CH
■ Gesamte Ausgaben	7.3	0.9	12.1
■ Ausgaben der Krankenkassen	20.4	5.9	16.6
■ Direktzahlung Kanton & Gemeinde	-21.0	-7.5	-0.6

Es findet in der gesamten Schweiz und deutlicher in den untersuchten Kantonen Zürich und den beiden Basel eine ausgeprägte Verlagerung der wirtschaftlichen Belastung von den Kantonen und Gemeinden, zu den Krankenkassen hin statt. In der Schweiz bleiben bei real steigenden Gesamtausgaben pro Einwohner von 12,1% für den Zeitraum von 1994 bis 1998 die Direktzahlungen der Kantone und Gemeinden unverändert. Die Ausgaben der Krankenkassen erhöhen sich jedoch um 16,6% (Abb. 8). Dieser Trend wird auch in den beiden Basler Kantonen bestätigt (Abb. 9). Im Kanton Zürich ist er noch ausgeprägter (Abb. 10).

Abb. 8/9/10

Abb 8: Ausgaben von Krankenversicherungen, Kantonen und Gemeinden:
gesamte Schweiz (pro Einwohner, indiziert auf 1990)

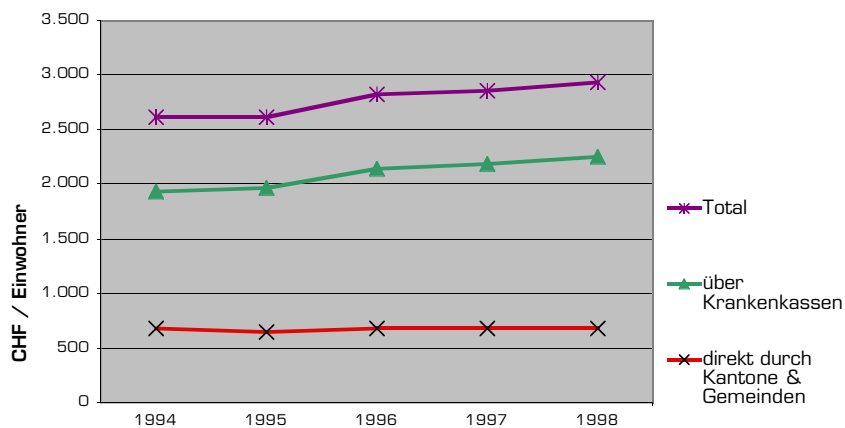


Abb 9: Ausgaben von Krankenkassen, Kantonen und Gemeinden:
Kantone BS & BL (gewichtet, pro Einwohner, indiziert auf 1990)

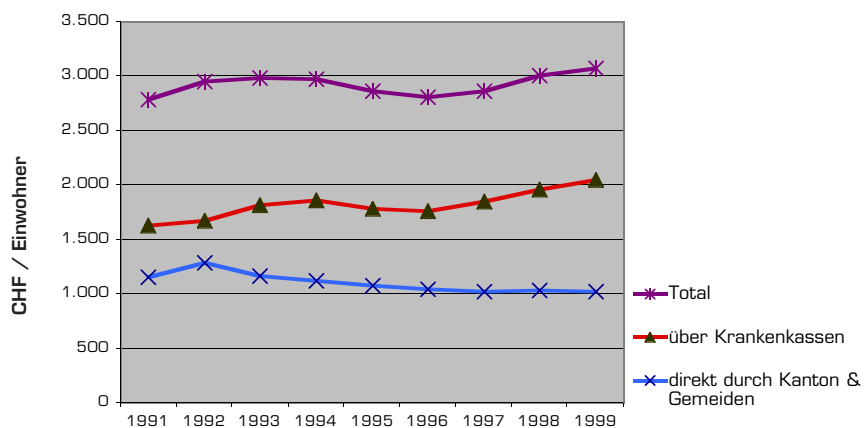
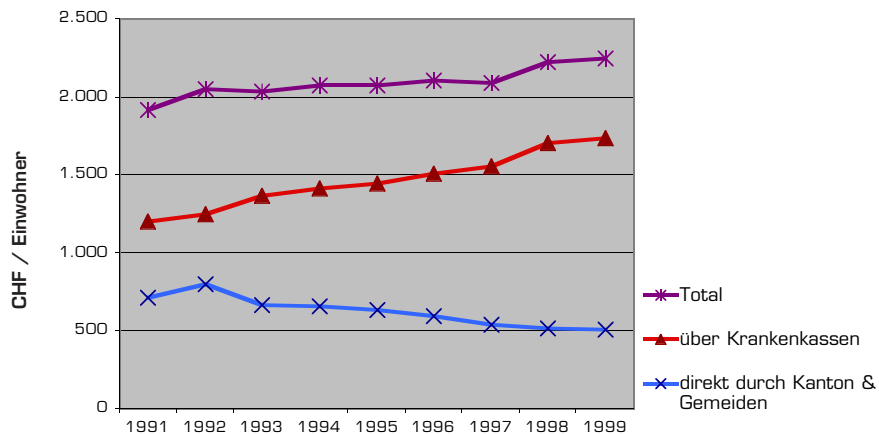


Abb 10: Ausgaben von Krankenkassen, Kantonen und Gemeinden:
Kanton Zürich (pro Einwohner, indiziert auf 1990)



Die oben beschriebene überproportionale Steigerung der Ausgaben der Krankenkassen manifestiert sich im drastischen Anstieg der Krankenkassenprämien. So haben sich die Prämien in den beiden Basler Kantonen von 1991 bis 1999 um real 92% erhöht [25], bei einer gleichzeitigen Steigerung der Ausgaben der Krankenkassen, Kantone und Gemeinden für Krankenpflege von 10,3% (Abb. 11). Der Trend sieht im Kanton Zürich ähnlich erschreckend aus, wenn auch nicht ganz so ausgeprägt (Abb. 12). Der Systemwechsel von 1996, bei welchem sich der Bund vom Giesskannenprinzip, d.h. der gleichmässigen Verteilung der Subventionen an alle Einwohner, gelöst hat, erklärt eine allgemeine Prämienhöhung von durchschnittlich max. 8% (Verhältnis aus den Direktzahlungen der Krankenkassen in Höhe von 16,218 Mrd. und aus-

Abb. 11/12

Abb. 11: Entwicklung der Prämien und der Ausgabenentwicklung der Krankenkassen: Kanton BS & BL
(gewichtet, pro Einwohner, indiziert auf 1990)

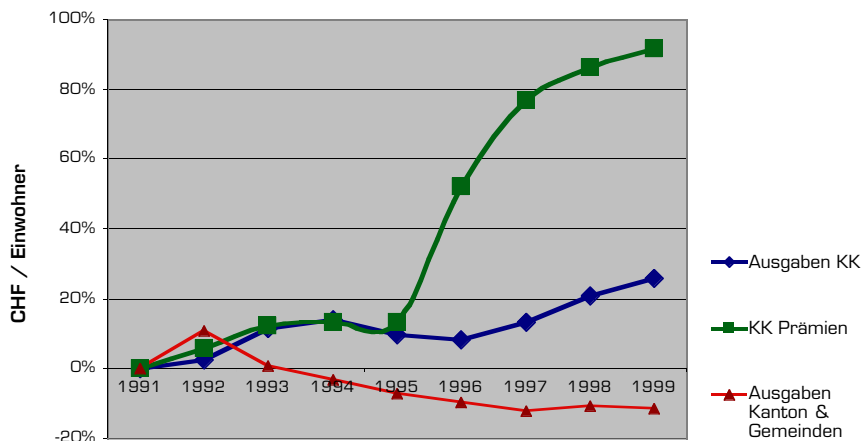
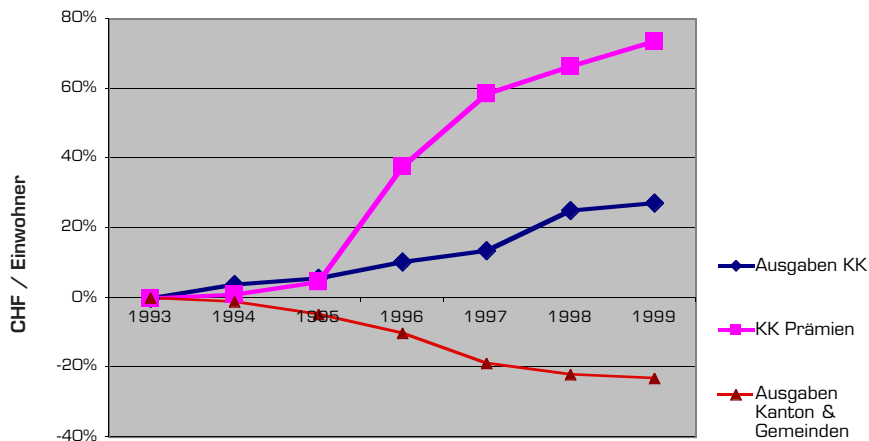


Abb. 12: Entwicklung der Prämien und der Ausgabenentwicklung der Krankenkassen: Kanton ZH
(pro Einwohner, indiziert auf 1990)



bezahlten Bundesbeiträgen von 1,296 Mrd. für 1995 [26]). Im Kanton Basel-Stadt führt der schrittweise Abbau der Kantonsbeiträge an die ÖKK zur Abgeltung der überproportionalen Alterslast zu einer zusätzlichen Erhöhung des durchschnittlichen Prämienniveaus. Die ÖKK muss aufgrund der geringeren Kantonsbeiträge die fehlenden Einnahmen aus erhöhten Prämienbeiträgen decken. Dies erlaubt den anderen Krankenkassen, die Prämien ebenfalls überproportional zu erhöhen und so den Nachholbedarf abzubauen. Denn aufgrund der Konkurrenz zur ÖKK waren diese gezwungen, ihre Beiträge im Kanton Basel-Stadt künstlich tief zu halten.

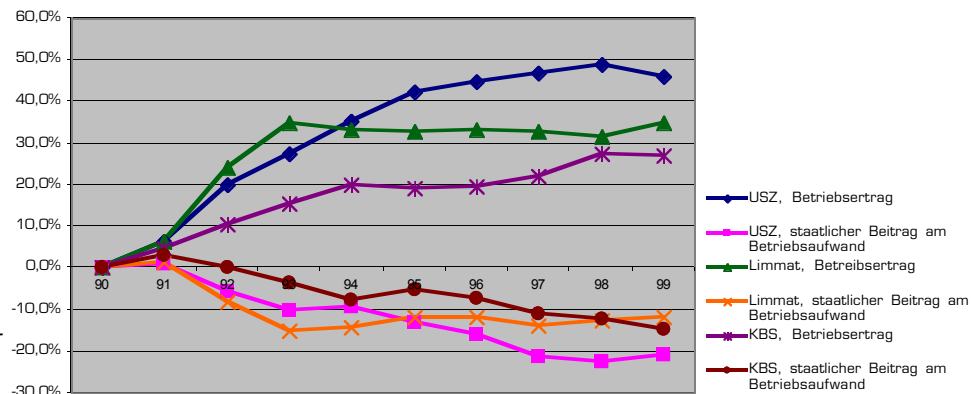
Diese enorme Erhöhung der Krankenkassenprämien wird z.T. durch die Bundes- und Kantonsbeiträge zur gezielten Prämienverbilligung abgedeckt. Im Durchschnitt kamen 1998 31,4% der Schweizer Bevölkerung in den Genuss dieser Verbilligungen [27]. Die Bezügerquote in den analysierten Kantonen ist vergleichbar mit dem schweizerischen Durchschnitt (ZH 29,8%; BL 38,3%; BS 27,0%). Auf die Gesamtbevölkerung umgerechnet, machten 1998 die Summe der finanziellen Mittel, welche von Bund und Kantonen zur Verbilligung der Prämien in das Gesundheitswesen flossen (2,263 Mrd CHF [28]), durchschnittlich 11,9% der Ausgaben der Krankenkassen aus (19,013 Mrd. CHF). Wie oben dargelegt (Tab. 5), haben die Haushalte einen Teil der wirtschaftlichen Belastung von der öffentlichen Hand übernommen. Es findet also eine Verlagerung von der Steuerfinanzierung zur Kopffinanzierung via Krankenkassenprämien statt. Das System der Prämienverbilligung dient dazu, beim wirtschaftlich schwächsten Drittel der Wohnbevölkerung diesen Trend teilweise abzufedern.

Veränderung der Finanzierungsstruktur in den öffentlichen Spitälern

Die Leistungen der öffentlichen Spitäler werden gemeinsam von den Krankenkassen (und zu einem kleinen Teil von übrigen Versicherungen und Selbstzahlern) und der öffentlichen Hand (Kanton und Gemeinde) bezahlt. Die Einkünfte aus den Krankenkassenzahlungen sind aus den Ertragsrechnungen der Spitalberichte ersichtlich. Die Erträge haben in den Jahren 1990–1999 zwischen 14,5% (Stadtspital Waid) und 53,8% (Bezirksspital Affoltern) zugenommen. Das heisst, dass die Einkünfte über Krankenkassenzahlungen zugenommen haben. Wie ist dies trotz einer rückläufigen Zahl der Pflgetage möglich, wo doch für die grundversicherten Patienten lediglich eine Tagesvollpauschale bezahlt wird? Es gibt drei Möglichkeiten: (1) die Tagespauschalen sind deutlich gestiegen, was nicht der Fall ist. (2) Die Zahl der Halbprivat- und Privatversicherten hat deutlich zugenommen. Darüber lassen die lückenhaften Angaben der Jahresberichte keine definitive Aussage machen. Im USZ ist der Anteil der Pflgetage von Halbprivatversicherten von 2,9% auf 12,1% gestiegen, im KSW von 5% auf 14,5%, ansonsten scheint die Anzahl der Pflgetage von Halbprivat- und Privatversicherten aber eher stabil bis leicht abnehmend zu sein. (3) Die Spitäler beziehen erhöhte Einkünfte aus teilstationären Behandlungen, da diese nicht via Tagespauschalen abgegolten werden, sondern den Krankenkassen die effektiven Leistungen in Rechnung gestellt werden. Die Jahresberichte geben diesbezüglich nur unvollständig

Abb. 13

Prozentuale Entwicklung des Betriebsertrags und der öffentlichen Unterstützung in den Jahren 1990–1999 (Beträge auf 1990 indiziert)



Ein Pacemaker kostet zwischen 12'000–15'000 CHF, hinzu kommen die Operationskosten. Bei einer stationären Behandlung kann der Krankenkasse lediglich die Vollpauschale (3 Tage zu ca. 1'000 CHF pro Tag) in Rechnung gestellt werden, was eine beträchtliche Unterdeckung mit sich bringt. Wird die Operation jedoch ambulant durchgeführt, so können der Krankenkasse alle Kosten in Rechnung gestellt werden. Dies ist in Zeiten des Spardrucks ein Anreiz, diese und andere Eingriffe möglichst ambulant durchzuführen. Dies wiederum führt zu einem Anstieg der Krankenkassenprämien.

Auskunft. Nach Meinung der Spitaldirektoren ist dies aber die Hauptursache für die Ertragssteigerung der letzten Jahre.

Wie verhält es sich in dieser Periode mit den öffentlichen Beiträgen? Der Anteil der staatlichen Beiträge am Betriebsaufwand ist in allen betrachteten Spitälern rückläufig: am deutlichsten im USZ mit 20,8%, am geringsten in Wetzikon mit 0,3%. In Abb.13 ist exemplarisch an drei Spitälern die Entwicklung der Betriebserträge und staatlichen Beiträge (als Anteil am Betriebsaufwand) dargestellt. So bestätigt sich bei genauerer Betrachtung einiger öffentlicher Spitälern, die allgemeine Beobachtung, dass die Spitalfinanzierung in den letzten Jahren in zunehmendem Masse über die Krankenkassen stattgefunden hat. Dies dürfte mit ein Grund sein, weshalb die Krankenkassenprämien einen solch massiven Anstieg erlebt haben.

Kritische Begutachtung der zugänglichen Kostendaten

Das Bundesamt für Statistik (BFS) erstellt und veröffentlicht seit 1985 eine Statistik der Kosten des Gesundheitswesens, wobei aufgrund von Primärstatistiken die Ergebnisse bis 1960 zurückgerechnet wurden. Seit 1993 veröffentlicht das BFS jährlich eine Statistik der Kosten des schweizerischen Gesundheitswesens nach einheitlichem konzeptionellen Muster [29]. Diese Statistiken bilden die zahlenmässige Grundlage für die Beurteilung der Entwicklungen im gesamtschweizerischen Gesundheitswesen. Wenn auch einige Zahlen bloss aufgrund von Schätzwerten oder Residualgrössen in die Statistiken Eingang gefunden haben, so lassen sie doch die wichtigsten Tendenzen erkennen. Ein vergleichbares statistisches Werk fehlt auf kantonaler Ebene. Problematisch sind die Grunddaten, die Primärstatistiken und die Kontinuität

im Jahresvergleich. Als Ausgangsbasis in der Analyse des Gesundheitswesens bezüglich Kostenanstieg und Finanzierungsmechanismen dienen Kreuztabellen mit den Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungserbringer und nach Direktzahler sowie Finanzierung nach Direktzahler und Finanzierung nach Träger der wirtschaftlichen Belastung^f. Auf gesamtschweizerischem Niveau werden solche Tabellen vom BFS erstellt und veröffentlicht [30]. Um eine entsprechende Tabelle auf kantonaler Ebene aufzubereiten, muss auf verschiedene Datenquellen zurückgegriffen werden. Da diese Daten nicht kontinuierlich über die letzten zehn Jahre erhoben wurden, ist es schwierig, eine gut fundierte Jahresreihe zu erstellen.

Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) stösst im Rahmen der Untersuchungen der Auswirkungen des KVG auf dasselbe Problem des fehlenden kantonalen Datenmaterials. Seit Einführung des KVG 1996 lässt sich eine Verbesserung des zugänglichen Zahlenmaterials auf Kantonsbasis erkennen. Dies betrifft hauptsächlich die Aufbereitung und die Kontinuität der Daten und den steigenden Erfassungsgrad. Allerdings betreffen diese Verbesserungen vorerst vorwiegend Finanzströme wie Prämien, Subventionen und Zahlungen und weniger das eigentliche Leistungsgeschehen. Die Statistiken der *santésuisse*^g haben sich seit 1996 stark in dem Sinne verbessert, dass sich die neuen Versichertenstatistiken auf den Versicherten (Kantonseinwohner) und nicht auf den Leistungserbringer beziehen. Als neuere Entwicklung fügt die *santésuisse* das enorme Zahlenmaterial, welches bei den verschiedenen Krankenkassen anfällt, zusammen und bereitet so eine moderne Datenbank auf. Allerdings sind diese Daten nicht öffentlich zugänglich, sondern bleiben Eigentum der Krankenkassen.

Zur Analyse der öffentlichen Spitäler stehen einerseits die öffentlich zugänglichen Jahresberichte zur Verfügung, ausserdem werden Daten, welche praktisch den Angaben in den Jahresberichten entsprechen, vom Bundesamt für Statistik von jedem Spital jedes Kantons gesammelt. Diese Daten sind nur teilweise öffentlich zugänglich. Als drittes und optimalstes Instrument gibt es die Betriebsbuchhaltung, welche Eigentum des jeweiligen Spitäles und damit nicht öffentlich zugänglich ist. Mittels Daten aus den Jahresberichten und den vom BFS gesammelten Daten, lassen sich nur sehr grobe Trendanalysen durchführen. Die Kontinuität innerhalb der Jahresberichte eines Spitäles ist teilweise nicht gegeben, da sich die Jahresberichte im Laufe der Jahre wandeln. Die Vergleichbarkeit der Angaben unter den Spitälern ist aufgrund unterschiedlicher Inhalte derselben Positionen und der Heterogenität der Spitäler limitiert.



*Siehe hierzu auch
Anhang S. 82*

f) Die Träger der wirtschaftlichen Belastung tragen effektiv die wirtschaftliche Belastung, bei den Direktzahlern kann es sich auch um die Abwicklung von Transferzahlungen handeln, wie z.B. bei den Sozialversicherungen, bei denen es sich zum grössten Teil im wirtschaftlichen Sinne bloss um Transfers handelt.

g) Das Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer nennt sich seit dem 8. Juni 2001 neu *santésuisse*.

Schlussfolgerungen

Kostenanstieg: wo und warum?

Aufgrund der Analyse des zugänglichen Datenmaterials zu den Ausgaben im Gesundheitswesen, hat sich gezeigt, dass sich der Anstieg der Ausgaben ausschliesslich auf den ambulanten Sektor beschränkt. Die Ausgaben für den stationären Sektor sind in der betrachteten Zeitperiode sogar in beiden Kantonen leicht rückläufig. Am stärksten zugenommen haben die Ausgaben für Medikamente sowie für ambulante Behandlungen im Spital. Um Einsparungen zu erreichen, wurde von politischer Seite durch verschiedene Massnahmen (Globalbudget, Sparvorgaben) der Druck auf den stationären Bereich in den letzten Jahren erhöht. Dies ist teilweise auch gelungen. Es ist jedoch zu vermuten, dass dies zu einem Ausweichen auf den ambulanten Sektor geführt hat, es sich also nicht wirklich um Einsparungen, sondern um eine Verlagerung handelt.

Kostenentwicklung in naher Zukunft?

Sowohl aus der Analyse des Gesamtbildes der beiden Kantone wie auch der Untersuchung einzelner Spitäler geht hervor, dass der medizinisch-technische sowie der pharmazeutische Sektor weiter ausgebaut wurden und dass Einsparungen vor allem bei den Personalkosten (Lohnkürzungen, Einstufung in tiefere Lohnklassen bei Neueinstellung, Personalabbau) gemacht wurden. Diese Einsparungen beim Personal können aber nicht länger aufrechterhalten werden, da bei den Assistenz- und Oberärzten gerichtlich Nachzahlungen für Überstunden sowie bessere Arbeitsbedingungen erwirkt wurden und im Bereich der Pflege ebenfalls Nachzahlungen sowie Mehrkosten aufgrund einer Neueinstufung in höhere Lohnklassen finanziert werden müssen. Es ist daher sehr wahrscheinlich, dass die Stabilisierung der Ausgaben im stationären Sektor nicht gehalten werden kann, sondern es im Gegenteil zu einer starken Ausgabensteigerung kommen wird, eine Annahme, welche uns von Seiten der interviewten Experten einmütig bestätigt wurde.

Finanzierungsmechanismen jetzt und in Zukunft

Sowohl die öffentliche Hand wie auch die Krankenversicherungen weisen eine Zunahme ihrer Ausgaben für das Gesundheitswesen aus. Die Steigerung bei den Krankenkassen ist jedoch deutlich höher als diejenige der öffentlichen Hand. Es fand also eine Verlagerung der Finanzierung in Richtung Finanzierung über die Krankenkassen und damit über Kopfprämien statt. Die enorme Zunahme der Krankenkassenprämien ist somit teilweise auf eine Verschiebung der Finanzierung zurückzuführen. Nach Meinung aller Spitaldirektoren muss davon ausgegangen werden, dass der Kanton in Zukunft wieder einen grösseren Anteil der Spitalausgaben wird bestreiten müssen, da die Lohnkosten im stationären Sektor steigen und nach Einführung des Tarmed der ambulante Sektor auch im Spital möglicherweise nicht mehr vergleichbar hohe Einkünfte einbringen wird wie bisher.

Die gerichtlich erwirkte Nachzahlung wegen zu tiefer Einstufung von Pflegepersonal wird im Jahr 2001 im USZ zu einer Zunahme der Personalkosten um jährlich 50 Mio CHF führen inklusive einer einmaligen Nachzahlung von über 200 Mio. CHF. (Angaben aus einem Interview)

Auswirkungen für den Patienten und Versicherungsnehmer

Wie haben sich diese Veränderungen für den einzelnen Patienten/Patientin ausgewirkt?

- Jeder und jede kranke Bürger/Bürgerin konnte weiterhin das volle Angebot der medizinischen Versorgung in Anspruch nehmen und letztlich in den Genuss der medizinisch-technischen sowie der pharmazeutischen Neuerrungenschaften kommen.
- Es ist denkbar, dass die pflegerischen Zuwendungen aufgrund der erhöhten Arbeitsbelastung des Pflegepersonals und einer Stellenreduktion in diesem Bereich etwas eingeschränkt wurden. Diese Hypothese müsste anhand einer weiteren Untersuchung jedoch noch genauer geprüft werden, da sie aufgrund des zur Verfügung stehenden Datenmaterials nicht genügend erhärtet werden kann. Es gibt jedoch im Kapitel «Ausmass und Art der Rationierung, Rationalisierung und Überversorgung in der medizinischen Versorgung aus der Sicht betroffener Berufsgruppen» Angaben, welche diese Vermutung unterstützen.
- Ausserdem ist es fraglich, ob die Verkürzung der Hospitalisationsdauer immer im Sinne und zum Wohle der Patienten ist. Aufgrund von im Spital Wetzikon gesammelten Daten, hat sich zumindest dort gezeigt, dass es im Verlaufe der beobachteten zehn Jahre zu einer enormen Steigerung der Rehospitalisationen gekommen ist. Leider konnten die übrigen Spitäler keine Angaben zur Entwicklung der Rehospitalisationsrate machen. Eine Überprüfung dieses Sachverhalts wäre aber sicherlich lohnenswert; denn eine Erhöhung der Rehospitalisationen ist weder im Sinne der Patienten noch der SpARBemühungen. Sollte sich diese Bewandnis bestätigen, so wäre die Verkürzung der Hospitalisationszeiten nicht nur Zeichen einer Effizienzsteigerung, sondern auch einer teilweisen Zunahme der Ineffizienz mit den damit verbundenen unnötigen Kosten.
- Die Kosten haben für den Bürger/Patienten in zweifacher Weise zugenommen. Einmal haben die Krankenkassenprämien einen starken Anstieg erlebt. Zum anderen werden viele Eingriffe zunehmend ambulant durchgeführt. Im Gegensatz zu einer stationären Behandlung muss der Patient bei einer ambulanten Behandlung einen Selbstbehalt von 10% bezahlen. Bei Eingriffen, welche im Rahmen von 10 000-20 000 CHF liegen, ist dies ein nicht unerheblicher Betrag.

In den letzten Jahren, insbesondere seit Einführung des KVG, wurden von politischer Seite grosse Anstrengungen unternommen, um eine Kostenstabilisierung im Gesundheitswesen zu erreichen. Die SpARBemühungen betrafen ausschliesslich den stationären Sektor. Die beobachtbaren Auswirkungen sind 1) ein Kostenanstieg im ambulanten Sektor, v.a. im ambulanten Spitalbereich, 2) ein Kostenanstieg im medizintechnischen und pharmazeutischen Bereich, 3) nun anfallende Lohnnachzahlungen und Lohnerhöhungen für das Spitalpersonal, welche die Kostenstabilisierung im stationären Bereich beenden werden, 4) höhere Krankenkassenprämien und häufigeres Bezahlenmüssen von Selbsthalten für den Bürger und Patienten wegen Zunahme von ambulanten Behandlungen, 5) uneingeschränkte Expansion der Medizintechnik und pharmazeutischer Leistungen und 6) Einschränkungen im Bereich der pflegerischen Betreuung von Patienten.

Aufgrund dieser Ergebnisse wird deutlich, dass die bisher getroffenen Massnahmen zur Kostenstabilisierung ungenügenden Erfolg gezeigt haben und einer kritischen Überprüfung unterzogen werden müssen. Damit die aktuellen Entwicklungen nicht fortschreiten und unser Gesundheitswesen untragbar wird, ist es dringend notwendig, dass eine Diskussion in Gang gesetzt wird, die zu einer Entscheidung darüber führt, in welchem Ausmass die Bürger und Bürgerinnen der Schweiz bereit sind, die medizinischen Leistungen solidarisch zu tragen, und welche Kriterien für eine Ein- resp. Ausgrenzung solcher Leistungen in Zukunft zur Anwendung kommen sollen. In einem zweiten Schritt muss dann neu darüber befunden werden, wie diese Kostenverteilung vonstatten gehen soll. Da das Gesundheitswesen im Sinne der Bürger und Bürgerinnen sein sollte, ist es notwendig, diese Thematik nicht nur auf einer politischen Ebene abzuhandeln, sondern auch auf Bürger-Ebene zu diskutieren, und zwar unter Berücksichtigung des Aspektes des Angebotes als auch der dadurch entstehenden Kosten.

Ausmass und Art der Rationierung, Rationalisierung und Übersversorgung in der medizinischen Versorgung aus der Sicht betroffener Berufsgruppen

Wenn über Mittelverteilung in der gesundheitlichen Versorgung gesprochen wird, ist dies zumeist eine Diskussion über knappe Ressourcen. Die zwei möglichen Wege des Umgangs mit knappen Ressourcen sind Rationierung und Rationalisierung. Die Übersversorgung, als dritter komplementärer Begriff, wurde lange Zeit kaum mit der Mittelverteilung assoziiert. Als besonders problematisch wird die Rationierung angesehen. Es kursieren viele Anekdoten über verweigerte Leistungen, wissenschaftliche Daten über Art und Ausmass an Rationierung gibt es aber kaum. Die vorliegende Analyse greift diese Lücke auf. Dabei wird nicht nur die Rationierung untersucht, sondern auch die beiden anderen Pfeiler der Mittelverteilung, Rationalisierung und Übersversorgung, werden beleuchtet. Die Studie will das heute bestehende Ausmass der Leistungsknappheit erfassen, aber auch der eventuellen Überkapazitäten, um so letztlich auch eine Grundsatzdiskussion über Entscheidungsmechanismen zur Mittelverteilung führen zu können.

Die Studie basiert auf 29 Expertengesprächen, die in den beiden Kantonen Basel-Stadt und Zürich durchgeführt wurden (14 in BS und 15 in ZH). Die Experten wurden aus fünf Bereichen ausgewählt: Ärzte und Pfleger aus der stationären Akutversorgung, stationäre Langzeitpfleger, ambulante Ärzte und Pfleger. Die Psychiatrie wurde bei der Auswahl besonders berücksichtigt. Zudem wurden in beiden Kantonen je ein Repräsentant der Patientenorganisation und der Vertrauensärzte der Krankenkassen befragt. Bei der Auswahl der Experten wurden nur diejenigen berücksichtigt, die unseres Wissens noch nicht zu diesem Thema befragt worden waren. Die Gespräche wurden von insgesamt vier Projektmitarbeitern nach einem standardisierten Leitfaden geführt, auf Tonband aufgenommen und transkribiert. Die qualitative Inhaltsanalyse wurde mit Hilfe des Computerprogramms ATLAS/ti vorgenommen. Ein kurzer quantitativer Fragebogen wurde mit SAS analysiert. Inhaltlich wurden folgende Themen behandelt: Definition von Rationierung, Rationalisierung und Übersversorgung; konkrete Beispiele aus dem beruflichen Alltag zur Rationierung, Rationalisierung und Übersversorgung; Kriterien und Prozesse der Entscheidungsfindung und die Rolle der verschiedenen Akteure; Wahrnehmung der Entwicklung in den letzten 5-10 Jahren und Zukunftsvision.



Eine genauere Beschreibung der Methodik ist im Anhang S. 83 zu finden

Im vorliegenden Bericht werden folgende Fragen beantwortet:

Was wird wahrgenommen?

Was wird subjektiv als Rationierung, Rationalisierung und Übersorgung wahrgenommen? Wie sind die Begriffe besetzt? Gibt es Wahrnehmungsmuster? Was passiert, wenn man die Wahrnehmung der Rationierung mit international anerkannten Definitionen konfrontiert? Gibt es Unterschiede zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich und innerhalb der Berufsgruppen?

Wie sieht der Entscheidungsprozess aus?

Welche Akteure entscheiden auf Grund welcher Kriterien und in welcher Form? Gibt es Kritik an den Rationierungsentscheiden und werden Verbesserungen vorgeschlagen?

Wie sieht der zeitliche Trend aus?

Welche Veränderungen haben sich insbesondere im Arbeitsalltag ergeben?

Wie wird die zukünftige Entwicklung eingeschätzt?

Wo wird Rationierung stattfinden und was sollte gemacht werden?

Da die Expertengespräche keine bemerkbaren Unterschiede zwischen den beiden Kantonen aufzeigten, hingegen die Wahrnehmungen und Aussagen der verschiedenen Berufsgruppen recht unterschiedlich sind, werden die Resultate nicht nach Kantonen differenziert.

Wahrnehmung der Rationierung

Zuerst werden die international gebräuchlichen Definitionen von Rationierung mit denen der Experten verglichen. Sodann schliesst sich eine kurze Darstellung der geschilderten Rationierungsbeispiele an, um diese dann anhand der internationalen Standards zu klassifizieren. Die Beispiele, die der Definition der «harten» Rationierung entsprechen, werden genauer, auch in Bezug auf den Entscheidungsprozess, beschrieben.

Internationale Beispiele für Rationierungsdefinitionen

Aaron, Schwartz [31]:

«... not all care expected to be beneficial is provided to all patients»

Klein, Day, Redmayne [32]:

«Rationing involves the denial or dilution of something that is potentially beneficial to the patient: he or she is getting less in way of treatment than might be thought desirable in a world with unlimited resources.»

Reagan [33]:

«... a system of deliberate choices about sharing of health care resources among persons on grounds that go beyond an individual patient's clinically defined needs; ... it is not the same as simply reducing the volume of services...»

Coast, Donovan [34]:

«There is a basic confusion between different proponents about the terminology of rationing: ... any planning, resource allocation or pruning of ineffective or unproved processes; ... is the failure to provide all beneficial care to all people.»

Wie die Beispiele zeigen, wird in den international anerkannten Definitionen dann von Rationierung gesprochen, wenn dem Patienten notwendige medizinische oder pflegerische Leistungen vorenthalten werden und damit eventuell eine negative Auswirkung auf den Gesundheitszustand des Patienten verbunden ist^h.

Die Definition von Coast und Donovan zeigt aber auch, dass der Rationierungsbegriff oft sehr weit gefasst wird. Dies widerspiegelt sich auch in den persönlichen Definitionen, die von den Experten gegeben werden. Drei Definitionsmuster bilden sich heraus. Das erste Definitionsmuster beinhaltet das Vorenthalten von notwendigen Leistungen, häufig mit dem Hinweis, dass dies negative Effekte auf Patienten hat. Im zweiten Definitionsmuster wird auf eine Beschränkung sowohl im strukturellen Bereich als auch bei den Patientenleistungen verwiesen. Das dritte Definitionsmuster ist inhaltlich am undeutlichsten, wenn Rationierung als eine Situation definiert wird, in der mögliche Behandlungen nicht durchgeführt werden. Zudem sagen dreizehn Experten, dass es schwierig sei, die Definitionen auf konkrete Rationierungsbeispiele aus dem eigenen Arbeitsalltag zu übertragen. Nach ihrer Meinung ist es eine Auslegungsfrage, ob eine Massnahme als Rationierung eingestuft wird oder nicht. Orientierung bietet das eigene Wertesystem und die zugrunde gelegte Definition. Sie verweisen damit einerseits auf die angesprochene Pluralität bei der Verwendung des Begriffs und andererseits auf die Schwierigkeit, Rationierung und Rationalisierung im beruflichen Alltag eindeutig zu unterscheiden.

Die Interviewpartner haben 35 Beispiele für Rationierung geschildert. Dabei werden verschiedene Massnahmen der Ressourcenverteilung mit dem Begriff der Rationierung verbunden. Eine grobe systematische Aufteilung ergibt zwei Kategorien: strukturelle Begrenzungen und direkte Leistungsbegrenzungen am Patienten. In beiden Kategorien werden sowohl negative gesundheitliche Effekte wie Einbussen in der Lebensqualität und im Komfort der Patienten erwähnt.

Vierzehn Beispiele betreffen **strukturelle Begrenzungen**: Beschränkungen der Anzahl an Spitalbetten, der infrastrukturellen Ausstattung und im Personalbereich. Dabei besteht eine hohe Bereitschaft, Massnahmen im Personalbereich als Rationierung einzustufen, da in 11 Beispielen von Arbeitskräftemangel respektive defizitären Personalsituationen geredet wird. Die Pflegenden der Spitäler und der Heime schildern die schwierigen Personalsituationen und auch die psychiatrisch tätigen Ärzte nehmen personelle Rationierungsphänomene wahr.

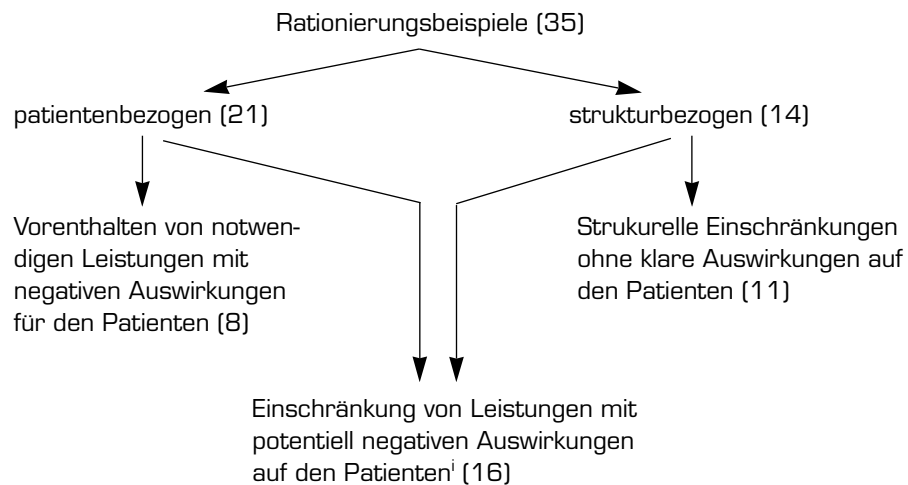
h) Hierbei ist zu bemerken, dass nicht jede Rationierung unbedingt für alle Patienten negative Konsequenzen haben muss. Wird z.B. ein neues Medikament gegen Bluthochdruck, das weniger Nebenwirkungen als das «alte» hat, nicht eingeführt, so hat dies nur für die Patienten, die unter den Nebenwirkungen des alten Medikamentes leiden, negative Auswirkungen.

In 21 Beispielen werden **Leistungseinschränkungen am Patienten** als Rationierung empfunden. Am häufigsten werden dabei medizinische Leistungen genannt: Ablehnung von Rehabilitations- und Spitalaufenthalten, die Notwendigkeit, Medikamente im Spital privat zu bezahlen, vorzeitige Spitalentlassungen, verweigerte palliative Massnahmen für terminale Patienten, reduzierte Pflegeleistungen, keine Überweisungen an Spezialärzte und Verweigerung von Leistungen, die nicht durch die Grundversicherung abgedeckt werden. Am häufigsten melden sich hier die Vertreter der stationären Berufsgruppen zu Wort. Die Spitalärzte und die Akutpfleger sprechen über Leistungsbegrenzungen am Patienten aus ihrem professionellen Zuständigkeitsbereich. Auch die Vertreter der Heimpflege verweisen auf den Akutbereich. Ärzte und Pfleger aus dem ambulanten Bereich nennen Beispiele sowohl aus dem eigenen wie auch aus dem stationären Bereich.

Orientiert man sich an den Standarddefinitionen können die Rationierungsbeispiele in das nachfolgende dreiteilige Klassifizierungsschema eingeordnet werden. In den Klammern steht jeweils die Anzahl der Beispiele.

Abb. 14

Klassifizierung der Rationierungsbeispiele



i) Neben der gefährdeten Gesundheit sind hier auch negative Folgen auf die Lebensqualität gemeint

Diese unterschiedlichen Wahrnehmungsmuster machen nochmals deutlich, wie schwer es im Arbeitsalltag fällt, zwischen Rationierung und Rationalisierung zu unterscheiden. Wegen dieser Begriffsunsicherheit kann potentiell jede Leistungseinschränkung als Rationierung wahrgenommen werden. Greift man auf den Rationierungsbegriff von Coast und Donovan zurück, dann wären die strukturellen Einschränkungen ohne klare Auswirkung auf den Patienten nicht Rationierungs-, sondern Rationalisierungsbeispiele.


Betrachtet man die Rationierungsbeispiele anhand der sieben Strategien der Rationierung, wie sie Klein aufführt [35], stellt man fest, dass nur vier dieser Mechanismen in den Interviews identifiziert werden können: das Vorenthalten, die Auslese, die Abwehr von und die Abschreckung vor Leistungen. Vorenthalten werden z.B. die Überweisungen an Spezialärzte mit der Begründung, dass diese Leistungen nicht notwendig wären bzw. der Bedarf nicht dringend genug sei. Die Auslese kommt bei den frühzeitigen Spitalentlassungen und den reduzierten Pflegeleistungen zum Vorschein. Abgewehrte Leistungen sind z.B. die privat finanzierten Medikamente, wenn Patienten mit einer psychiatrischen Grunderkrankung in ein Akutspital verlegt werden und dort die Psychopharmaka aus dem eigenen Geldbeutel bezahlen müssen, weil das Akutspital es ablehnt, die Kosten dafür zu tragen. Die Abschreckung kommt in den Beispielen des sehr erschwerten Bewilligungsverfahrens für stationäre Rehabilitationen zum Ausdruck. Patienten müssen einen administrativen Hürdenlauf hinter sich bringen, wobei ihre Anträge zwischen behandelndem Arzt, Vertrauensarzt der Krankenkassen und eventuell noch hinzugezogenen Spezialisten bearbeitet werden.

Im folgenden soll nun ausführlicher auf die acht Beispiele mit eindeutig negativen Auswirkungen auf die Gesundheit der Patienten eingegangen werden. Die Beispiele betreffen: verkürzte Aufenthaltsdauer in den Spitälern, reduzierter Umfang der Pflegeleistungen, abgelehnte Überweisungen an Spezialärzte und die Verweigerung von medizinischen Massnahmen, die nicht im Grundkatalog des KVG enthalten sind. Diese Beispiele werden kurz beschrieben und der Entscheidungsprozess nachgezeichnet.

Bei den frühzeitigen Spitalentlassungen werden drei Beispiele, alle von stationären Ärzten, geschildert. Exemplarisch dafür folgendes Zitat:

«Und heute ist es wohl eher so, dass die Leute zu früh entlassen werden, mit dem bekannten Drehtüreffekt, in so- und soviel Prozent der Fälle. Da fallen mir schon konkrete Beispiele ein, dass man zum Beispiel Leute nach Hause entlassen hat mit nicht ganz abgeheilten Infekten, zum Beispiel mit einer bösartigen Grunderkrankung, die dann eine Lungenentzündung bekommen haben ... Da sind mir schon mehrere Beispiele bekannt.»

Bei den reduzierten Pflegeleistungen werden zwei Beispiele genannt. Auffällig ist, dass von beiden stationären Pflegeexperten Vorgänge geschildert wer-

- 
- 1. Vorenthalten:** Notwendige Leistungen werden vorenthalten.
 - 2. Auslese:** Wer profitiert von einer Leistung am meisten.
 - 3. Abwehr:** Zuständigkeit für Leistungserbringung wird bestritten, um die eigenen Ressourcen zu schützen.
 - 4. Abschreckung:** Bedingungen des Leistungszugangs sehr hoch setzen, um zu entmutigen.
 - 5. Verzögerung:** Leistungen bis zur Entmutigung zeitlich hinauszögern.
 - 6. Ausdünnung:** Alle bekommen weniger.
 - 7. Beendigung:** Behandlung wird beendet.

den, die neben den von der Pflege als notwendig erachteten Leistungen auch medizinisch notwendige Pflegeleistungen beinhalten, wenn es z.B. heisst:

«Ein Beispiel dafür ist, dass das ungenügende Umlagern zu Wundliegen und zu Kontrakturen führt. Das ist passiert. ... also eine Patientin hat sich eingeklemmt im Bettgitter und sich verletzt. Andere dann ..., dass mangelnde Begleitung von Patienten zu Stürzen führen, zu Frakturen führen. Dass Infusionen verabreicht werden, weil man nicht mehr Zeit hat regelmässig per oral die ... Flüssigkeitseinnahme ... anzuleiten ...»

Die beiden Beispiele zu den verweigerten Überweisungen an Spezialärzte kommen von Patientenvertretern. Es muss hervorgehoben werden, dass beide Fälle sich auf HMO-Versicherte beziehen.

«Das ist das Beispiel einer sehr jungen Frau, die im HMO-Modell versichert war und die wegen andauernden Magenschmerzen zum Arzt gegangen ist ... Es ist ihr wirklich ein halbes Jahr sehr schlecht gegangen und sie hat ihren Arzt x-mal gebeten, er soll sie zu einem Magen-Darm-Spezialisten schicken, damit sie das abklären kann. Er hat sich wirklich geweigert und die junge Frau nach einem halben Jahr – sie hat ein halbes Jahr gewartet – hat gefunden ..., jetzt geh ich selbständig zu einem Magen-Darm-Spezialisten und sie hat ein Magengeschwür gehabt.»

Zudem schildert ein Vertrauensarzt den Fall, dass grundversicherten Patienten medizinisch sinnvolle Leistungen vorenthalten werden. Das Beispiel hebt sich von den anderen Fällen insofern ab, als hier der soziale Aspekt angesprochen wird. Rationiert wird bei den Patienten, die die Leistungen nicht aus dem eigenen Geldbeutel bezahlen können oder dazu nicht bereit sind.

«... es gibt heutzutage Injektionen bei Kniegelenksbeschwerden, ..., die man lokal einspritzt und scheinbar nach verschiedenen Arbeiten von Rheumatologen und Orthopäden relativ gute Erfolge hat, und das sind keine Pflichtleistungen, also da wird auch mal rationiert, indem das nicht auf der Liste erscheint ...»

Folgende, meist strukturell bedingte Gründe für die Rationierungsmassnahmen werden genannt: Sparanstrengungen von verschiedenen Akteuren im Finanzierungssystem der medizinischen Versorgung, Personalmangel und unzeitgemässe Behandlungskonzepte für bestimmte Patientengruppen. Gemeint ist damit der wachsende Anteil älterer Patienten mit multiplen Krankheitsbildern, auf die die Spitäler ungenügend vorbereitet sind. In lediglich einem Beispiel wird eine der Ursachen im psychologischen Beziehungsgefüge des Arzt-Patienten-Verhältnisses gesehen.

Bemerkenswert an den Rationierungsfällen ist, dass die Beispiele aus dem stationären Bereich von beiden Berufsgruppen aus dem eigenen Arbeitsalltag stammen und mit fünf Nennungen am häufigsten vorkommen. Hingegen sind die drei Beispiele aus dem ambulanten Bereich Fremdbeispiele. Kein niedergelassener Arzt schildert ein «hartes» Rationierungsbeispiel. Dies deutet einerseits darauf hin, dass der stationäre Sektor eher rationierungsgefährdet

ist als der ambulante Sektor und dass zum heutigen Zeitpunkt von einer allgemeinen Rationierungsgefährdung im ambulanten Sektor nicht gesprochen werden kann. Rationierungsrisiken tragen diejenigen Versicherten, die in Manged-Care-Versicherungsformen abgesichert sind, und diejenigen, die keine Zusatzversicherungen abgeschlossen haben. Die Beispiele können aber als Hinweise auf das zukünftige Rationierungsrisiko interpretiert werden. Sollten vermehrt Leistungsbegrenzungen im KVG bestimmt werden oder sollte der Anteil an Versicherten in Manged-Care-Formen zunehmen (in der Form von HMO oder Hausarztmodellen), so ist davon auszugehen, dass auch im ambulanten Bereich vermehrt über Rationierungsentscheide gesprochen werden würde.

Wie sieht der Entscheidungsprozess aus?

Zur Beantwortung dieser Frage werden verschiedene Aspekte in den acht «harten» Rationierungsbeispielen beleuchtet. Wer hat entschieden? Auf welchen Kriterien beruht der Entscheid? Ist der Entscheidungsprozess geplant oder zufällig? Die Beschreibung folgt der obigen Reihenfolge der Rationierungsbeispiele.

Bei den Beispielen der verkürzten Spitalaufenthalte wird zweimal der Arzt als Entscheidungsträger genannt. Akuter Bettenmangel führt immer wieder zu der Situation, dass Patienten hinsichtlich weiterbestehender medizinisch notwendiger Spitalversorgung überprüft werden. Die am wenigstens kranken Patienten werden entlassen. Es findet sich aber auch der Vorgang einer geplanten Entscheidungsfindung bei den Aufenthaltsdauern. Die Krankenkassen entscheiden in einem strukturierten Prozess über die finanziell abgesicherten Behandlungstage bei bestimmten Patientengruppen. Ökonomische Kriterien werden angeführt. Es ist anzunehmen, dass hier von den Fallkostenpauschalen gesprochen wird, mit denen seit einigen Jahren in den Spitälern gearbeitet wird.

Bei den reduzierten Pflegeleistungen sind die Entscheidungsträger die stationären Pflegekräfte. In Zeiten besonders angespannter Personalsituation wird der Pflegeaufwand begrenzt. Dies geschieht durch eine Bedarfsévaluation, d.h. es kommt zu einer Hierarchisierung der Patienten hinsichtlich der notwendigen pflegerischen Leistungen.

«Also, je schwerer jemand krank ist, desto weniger wird irgend etwas eingespart diesbezüglich.»

Dabei kommt es auch zu einer internen Hierarchisierung der Pflegeleistungen. Medizinisch notwendige Pflege wird als letztes rationiert und greift erst dann, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind. Auch wenn beide Beispiele betonen, dass die Entscheidung direkt am Krankenbett getroffen wurde, so verweist ein Beispiel auf die strukturell bedingte Wiederholung dieser Entscheidungsprozesse. Es gehört quasi schon zur Normalität im pflegerischen Arbeitsalltag, Rationierungsentscheide treffen zu müssen.

Die beiden Beispiele, bei denen es um die verweigerten Überweisungsformulare geht, liegen natürlich in der ärztlichen Entscheidungskompetenz. Auch dies wird als ein ungeplanter Prozess beschrieben, bei dem medizinische Kriterien zu Grunde gelegt sein sollten. Inwiefern noch andere Kriterien im Laufe der relativ langen Behandlungszeit eine Rolle gespielt haben, lässt sich nur vermuten. In einem der Beispiele wird die ergänzende Aussage bezüglich eines zunehmenden Spannungsverhältnisses zwischen Patient und Arzt gemacht, aber ob dieses gestörte Vertrauensverhältnis als psychologisches Kriterium eine Rolle im Behandlungsablauf spielte, konnte im Interview nicht geklärt werden.

Der Entscheidungsträger für das letzte Beispiel (vorenthaltene medizinisch sinnvolle Leistungen aufgrund des allgemeinen Versicherungsstatus) wird auf zwei Ebenen benannt. Einmal auf interkantonaler Ebene und andererseits auf Bundesebene, wenn es heisst:

«... das ist halt IKS und Bundesrat, der entscheidet, welche Substanz kommt, welche Massnahme kommt in den Grundkatalog und welche nicht.»

Die eigentliche Funktion der Normsetzung übernimmt dabei die Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel (IKS), deren Beurteilung noch durch einen politischen Beurteilungsprozess ergänzt wird. Für die IKS sind zwei Kriterien ausschlaggebend, der Preis und die Wirksamkeit der Leistungen.

Manche Interviewpartner machen auf die Rationierungsgefahren für sozial und gesundheitlich schwache Bevölkerungsgruppen aufmerksam. Insbesondere wird die Ansicht vertreten, dass ältere Menschen, Schwerkranke mit schlechten medizinischen Prognosen, chronisch Kranke und sozial besonders schwache Gruppen, wie z.B. Drogenabhängige oder Ausländer, am ehesten von Rationierungsmassnahmen betroffen sein könnten. Für die hier beschriebenen Beispiele ist zu bemerken, dass Kriterien der Rationierung, wie Selbstverschulden, Alter und Nationalität, nie explizit erwähnt worden sind.

Die Frage nach der Rolle der Patienten im Entscheidungsprozess löste ein durchgängiges Antwortmuster aus. Patienten werden informiert. In den Fällen, wo der Entscheidungsträger identisch mit dem Leistungserbringer ist, wird der Konflikt auf der persönlichen Ebene ausgetragen. Meistens wird in einem Gespräch der Patient mehr oder weniger dazu gedrängt, den Rationierungsentscheid zu akzeptieren. Ein Experte formulierte das so: *«... einfach dieser sanfte Druck der Macht»*. Es gibt keine Instrumente oder Mechanismen, in denen ein partizipatives Vorgehen, nämlich eine aktive Rolle des Patienten, vorgesehen ist. In den Fällen, wo der Leistungserbringer nicht die Entscheidung zu verantworten hat, wird auf dieses «Fremdverschulden» aufmerksam gemacht und gegebenenfalls auf juristische Rekursmöglichkeiten verwiesen. Andere Steuerungs- und Einflussmöglichkeiten gibt es auch hier für den Patienten nicht.

Kritik am Entscheidungsprozess

Die Kritik richtet sich in erster Linie auf die unstrukturierte Entscheidungsfindung und weniger auf den Entscheidungsträger. In den oben geschilderten Beispielen heisst dies für die stationären Fälle, dass bei den frühzeitigen Spitalentlassungen und den eingeschränkten Pflegeleistungen Entscheidungsgrundlagen, hinsichtlich verbindlicher Kriterien, fehlen. Die Leistungserbringer werden quasi in eine Richterrolle gezwungen, nämlich zu entscheiden, bei welchem Patienten Leistungen eingeschränkt werden. Die Delegation der Verantwortung an den einzelnen Leistungserbringer wird für den Einzelfall zwar akzeptiert, aber nicht, wenn systematisch rationiert werden würde.

In den ambulanten Rationierungsfällen wird kritisiert, dass unter den spezifischen HMO-Arbeitsbedingungen, Versorgung mit fixem Budget, Ärzte auch dazu neigen könnten, medizinische Kriterien der Ökonomie unterzuordnen. Im Fall der ausgeschlossenen KVG-Pflichtleistungen werden weder die Funktion der IKS noch die Beurteilungskriterien in Frage gestellt, aber die sozialen Folgen dieser Entscheidung werden hinterfragt. Ist es richtig, dass Patienten mit geringen finanziellen Möglichkeiten notwendige medizinische Leistungen vorenthalten werden, während wohlhabendere Patienten davon nicht betroffen sind, da sie sich die Leistung erkaufen können?

Wie die bisherigen Darstellungen zeigen, werden Leistungen in einem unstrukturierten Entscheidungsprozess eingeschränkt. Die Sparanstrengungen führen zu willkürlichen Rationierungen bei Patienten. Es ist Zufall, ob und welchen Patienten es trifft. Zufällig, weil momentan zu wenig Betten vorhanden sind, weil zu wenig Personal verfügbar ist, weil das Budget der HMO-Ärzte bereits ausgeschöpft ist und das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gestört ist oder weil gewisse Leistungen aus der Grundversorgung ausgeschlossen werden. Es ist nicht so sehr der Einzelfall der beunruhigt, sondern vielmehr der Entwicklungstrend, über den man sich Sorgen macht (siehe Veränderungen und Prognose).

So wird in allen Interviews einstimmig eine gesellschaftliche Diskussion über die problematisch empfundene Mittelverteilung im Gesundheitswesen gefordert. Eine Minderheit tritt für eher technische Lösungen ein: Die Diskussion soll klären, was in der Grundversicherung bezahlt wird und was nicht. Es geht hier um die Definition eines Leistungspakets. Die Mehrheit plädiert hingegen für eine breite Diskussion zur Prioritätensetzung. Prioritäten sollten für das gesamte System der medizinischen Versorgung gefunden werden, d.h. gemeinsam für den ambulanten und stationären Bereich und innerhalb dieser auch für die einzelnen Teilbereiche. In den Teilbereichen geht es vor allem um die Klärung der Prioritäten im stationären Sektor, d.h., wie viel Mittel werden dem medizinischen Bereich und dem pflegerischen Bereich zur Verfügung gestellt. Die Forderung kommt von der stationären Pflege. Bemerkenswert ist, dass wenige Experten in dieser Forderung nach gesellschaftlich diskutierter Prioritätensetzung auch auf ethische Kriterien aufmerksam machen.

Wenn ethische Kriterien genannt werden, entsteht dies insbesondere aus der Sorge um die Versorgungsqualität für ältere Menschen.

Leider gibt es keine genaueren Vorschläge, wer denn an diesen Diskussionen teilnehmen sollte und wie dieser Prozess der Konsensfindung aussehen könnte. Interessanterweise wird sowohl von den Pflegern als auch den Ärzten Skepsis gegenüber den Erfolgsaussichten geäußert. Beide Berufsgruppen verweisen auf die existierenden Machtstrukturen, die reformerische Schritte zumindest sehr erschweren würden. Für die Pfleger sind dies die Mediziner, für die Ärzte eher allgemein andere Marktteilnehmer, die im Gesundheitswesen Geld verdienen. Ärzte sind auch eher skeptisch gegenüber der Einbeziehung der Bevölkerung. Diese würde die komplexen Sachverhalte zu wenig reflektieren und auf einer emotionalen Ebene argumentieren. Insofern wären Expertengremien ein geeigneteres Instrument für die Prioritätensetzung.

Wahrnehmung der Rationalisierung

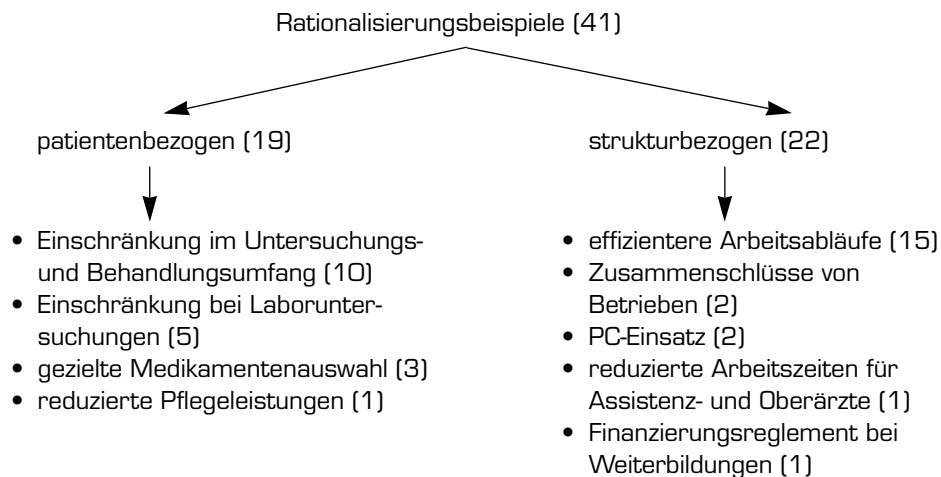
Rationalisierung wird allgemein als Inbegriff aller Massnahmen zur Steigerung der Effizienz durch Optimierung der Handlungsabläufe beschrieben [36]. Dies bedeutet die Einschränkung überflüssiger, riskanter, unzumutbarer oder inhumaner Leistungen oder der Ersatz von Leistungen durch andere, weil diese den gleichen Nutzen mit weniger Aufwand erreichen können. Achtzehn Interviewpartner definieren den Begriff Rationalisierung als sinnvollen, zweckmässigen Einsatz der vorhandenen Mittel. Dabei wird achtmal auf den Rationalisierungsgegenstand Arbeitsabläufe verwiesen und dreimal das Ziel der optimalen Mittelverwendung angesprochen. Acht Experten benennen in ihrer Definition grössere Effizienz als Ziel. Um Effizienz herzustellen, werden zwei Möglichkeiten beschrieben: mit den vorhandenen Mitteln mehr Outcome schaffen oder ein vergleichbares Outcome erbringen mit weniger Mitteln. Zwei Experten betonen, dass Rationalisierung zu keiner Qualitätseinbusse führen darf. Die Unterschiede liegen in der Zielstellung. Während die einen die Zweckmässigkeit betonen, stellen die anderen die höhere Effizienz in den Mittelpunkt. Lediglich ein stationärer Arzt verweist auf die bereits angesprochene unscharfe Trennungslinie zwischen Rationierung und Rationalisierung, indem er darauf aufmerksam macht, dass Rationalisierung in Rationierung übergehen kann.

Insgesamt werden 41 Rationalisierungsbeispiele geschildert. Auch hier kann eine Einteilung zwischen strukturellen und patientenbezogenen Massnahmen vorgenommen werden. Der Inhalt der Beispiele bezieht sich zum allergrössten Teil auf Arbeitsvorgänge, die so verändert wurden, dass das angestrebte Ergebnis mit geringerem Ressourceneinsatz erbracht wird. Dies wird durchweg als positiv betrachtet, zumal in diesen Schilderungen nicht über negative Auswirkungen der Rationalisierungsmassnahmen auf die Versorgung der Patienten berichtet wird. Damit grenzen sich die Beispiele von den Rationierungsbeispielen ab.

Die nachfolgende Abbildung zeigt, welche Massnahmen als strukturelle und patientenbezogene Rationalisierung wahrgenommen werden. In Klammern steht die Anzahl der Beispiele.

Abb. 15

Rationalisierungsbeispiele



Strukturelle Rationalisierung findet vorwiegend im stationären Bereich statt. Von den genannten 22 Massnahmen stammen 15 aus diesem Bereich. Hauptsächlich die Pflege berichtet über Veränderungen im arbeitsorganisatorischen Kontext. Zur Sprache kommen arbeitstechnische Erleichterungen, wie die Installation eines Heisswassergerätes oder ein geändertes Regime bei der Wäschereinigung, personalbezogene Massnahmen, wie geänderte Arbeitszeiten oder Stellenbesetzungen, sowie Erleichterungen im administrativen Bereich und die Fixierung von pflegerischen Kernaufgaben. Die ärztlichen Beispiele beziehen sich auf die Reduzierung von Spitalbetten, auf die Neuregelung der Arbeitszeit für die Assistenz- und Oberärzte und auf den administrativen Bereich, sprich: reduzierter Aufwand für Schreibtischarbeiten. Sieben strukturelle Massnahmen werden aus dem ambulanten Sektor berichtet. Die Pfleger geben fünf Beispiele an: effizientere Arbeitsabläufe, Prozess- und Organisationsentwicklungen, wie die Zusammenlegung von kleineren Spitexdiensten zu grösseren Einheiten, die Reorganisation von speziellen Pflegediensten oder die Erarbeitung von Guidelines für die Beurteilung des Pflegeaufwandes. Von ärztlicher Seite werden veränderte finanzielle Erstattungsmodalitäten für Qualifizierungsmassnahmen angesprochen und arbeitsorganisatorische Massnahmen, die zu geringerem administrativen Aufwand führen.

Es werden 19 **patientenbezogene Rationalisierungen** genannt. Davon betreffen 18 den medizinischen Leistungsbereich. Einschränkungen in der Behandlung, im Untersuchungsumfang, in der Labordiagnostik und der Arz-

neimittelauswahl werden von 16 Ärzten genannt, je die Hälfte aus dem stationären und dem ambulanten Bereich. Lediglich eine stationäre Pflege berichtet von veränderten Laborabläufen. Die Patientenorganisationen nennen ein Rationalisierungsbeispiel aus dem pflegerischen Bereich. Die Rationalisierungsbeispiele werden ökonomisch begründet, wenn es z.B. heisst:

«Also, man hält einem Patienten eine Untersuchung am Samstag vor oder sagt, er kann sie am Montag haben, einfach, weil sonst das Zeit- und das Personalbudget gesprengt würde.»

Wie sieht der Entscheidungsprozess aus?

In 29 Beispielen konnte der Entscheidungsprozess evaluiert werden. Dabei fällt auf, dass die überwiegende Mehrheit der strukturellen Massnahmen und alle patientenbezogenen Massnahmen von der eigenen Berufsgruppe initiiert und umgesetzt werden. Dies verwundert nicht, da Rationalisierung im Gegensatz zur Rationierung positiv besetzt ist. Stellvertretend hier eine Aussage:

«... bei der Rationalisierung sind wir sicher dabei, wenn nicht neue administrative Hürden kommen, dann sehe ich das positiv, dass da eine wirklich substantielle Entschlackung durchgeführt werden kann.»

Das Ergebnis kann auch als Übernahme von wirtschaftlicher Verantwortung für den eigenen Arbeitsbereich angesichts knapper Ressourcen interpretiert werden. Insofern werden Rationalisierungsaktivitäten als Chance gesehen, zumindest das Rationierungsrisiko im eigenen Tätigkeitsumfeld zu minimieren. Hier kommt eine weit verbreitete Einstellung zum Vorschein, die besagt, solange man rationalisieren kann, sind rationierende Massnahmen nicht notwendig.

Bei fünf Beispielen aus dem strukturellen Bereich ist der verantwortliche Akteur nicht identisch mit der Berufsgruppe. Politische Instanzen aus Kanton und Gemeinde werden als Entscheidungsakteure angegeben. Der Kanton hat beschlossen, die Anzahl an Spitalbetten zu reduzieren. Die Finanzierungsgemeinden fordern, dass sich kleinere Spitexzentren zu einer grösseren Einheit zusammenschliessen sollen. Desweiteren wird das Management in zwei Pflegeheimen und in einem ambulanten Pflegedienst als verantwortlicher Akteur identifiziert.

Übereinstimmung herrscht bei den Kriterien zur Rationalisierung. Prüfstein der Massnahmen ist eine höhere Effizienz in Bezug auf die eingesetzten Mittel.

«Wir studieren Abläufe und überlegen, wie können wir Zeit sparen, Geld sparen, Personen sparen, andere Ressourcen sparen, um das Gleiche zu machen.»

Lediglich in zwei Beispielen werden noch andere Kriterien erwähnt, nämlich die Sicherstellung der Qualität der Versorgungsleistungen und der Produktivität.

Strukturelle Rationalisierungen werden bewusst geplant und durchgeführt. Es sind keine Einzelentscheidungen. Ein Gremium, sei es auf der politischen oder betrieblichen Ebene, in den Abteilungen oder in berufshomogenen und -heterogenen Arbeitsgruppen, diskutiert über mögliche Wege, um zu effizienteren Arbeitsabläufen zu kommen. Ein zweigeteiltes Bild des Prozesscharakters entsteht bei den patientenbezogenen Massnahmen. Die stationären Ärzte berichten eher von einem strukturierten, geplanten Vorgehen. Anhand von hausintern definierten Standards werden Medikamente ausgewählt, diagnostische Massnahmen und der Untersuchungsumfang gesteuert. Die Interviewpartner machen darauf aufmerksam, dass der erhöhte wirtschaftliche Druck, dem die Spitäler in den letzten Jahren ausgesetzt waren, vielfältige Bemühungen auslöste, um die Handlungsabläufe bei bestimmten medizinischen Leistungen im Sinne einer effizienteren Lösung zu optimieren. Hingegen beschreiben die niedergelassenen Ärzte ein eher unstrukturiertes Entscheidungsmuster.

Wahrnehmung der Überversorgung

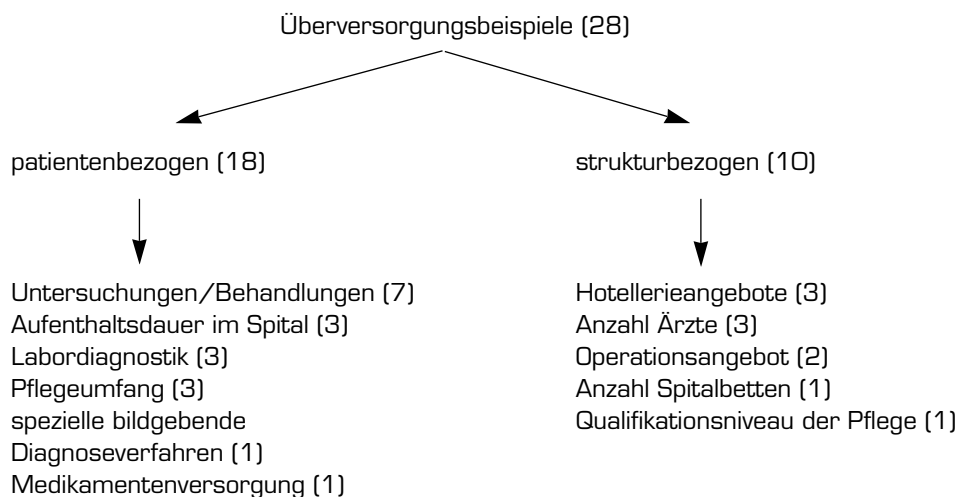
Rund 2/3 der Experten definieren Überversorgung als Situation, in der medizinische Massnahmen vorgenommen werden, die nicht notwendig sind. Nach Meinung von acht Experten entsteht Überversorgung, wenn das Angebot grösser ist als die Nachfrage, wobei häufig die Ärztezahl erwähnt wird. Auch hier wird von vielen darauf aufmerksam gemacht, dass es eine Auslegungsfrage sei, ob etwas als Überversorgung angesehen wird. Generell gültige Standards gebe es nicht und deshalb sei es so schwierig zu bestimmen, ob eine Leistung qualitativ und quantitativ adäquat sei.

Diese Unsicherheit kommt auch in den konkreten Beispielen zum Ausdruck, wenn einige Fallschilderungen mit dem Hinweis eröffnet werden: «Ja, ich weiss nicht, ob das Überversorgung ist». In den Interviews werden insgesamt 28 Beispiele für Überversorgung geschildert, die ebenfalls zwei Kategorien zugeordnet werden. Einmal die strukturellen Überkapazitäten, zum anderen jene Beispiele, bei denen Patienten ein Zuviel an Leistung erhalten.

Die nachfolgende Abbildung zeigt, wo Überkapazitäten wahrgenommen werden. In Klammern steht die Anzahl der Nennungen.

Abb. 16

Übersorgungsbeispiele



Strukturelle Überkapazitäten werden nur zehnmal erwähnt. Dies betrifft die Anzahl von Mediziner, von Spitalbetten, das Hotellerieangebot, das Operationsangebot und das Qualifikationsniveau der Pflegekräfte in den Heimen. Dominierend ist der Verweis auf den anderen Bereich oder die andere Berufsgruppe, wenn z.B. für unnötige Hotellerieleistungen das Management der stationären Einrichtungen verantwortlich gemacht wird, wenn die Heimpflege im Akutbereich zuviel Betten sieht, wenn die Pflege den ärztlichen Berufsstand zuständig macht für ein Zuviel an Operationen. Die Ausnahme bilden die Psychiater, die bei zwei von drei Aussagen zum ärztlichen Überangebot auf die eigene Profession verweisen.

18 Beispiele von **patientenbezogenen Leistungen** werden erwähnt. Stark vertreten sind hier die medizinischen Leistungen. Dies betrifft die Aufenthaltsdauer in den Spitälern, Laboruntersuchungen, spezielle bildgebende Diagnoseverfahren, die medikamentöse Versorgung, physiotherapeutische Leistungen, die Versorgung mit Herzschrittmachern und unnütze medizinische Behandlung von terminalen Patienten. Von diesen Beispielen sind 12 aus dem stationären Sektor, davon vier von Spitalärzten, fünf von stationären Pflegekräften, zwei von Vertretern der Patientenorganisationen und eins von einem Vertrauensarzt. Bei den ambulanten Beispielen werden zwei aus der eigenen Praxis der Interviewteilnehmer geschildert und eins von einem stationären Arzt. In allen Interviews werden die Mediziner als verantwortliche Akteure genannt. Im Falle der stationären Ärzte sind es tendenziell eher die Kollegen, bei denen so ein Fall schon mal als Einzelphänomen vorkommen kann. Auffällig ist, dass die Wahrnehmung der Überbehandlung von Todkranken nicht von ärztlicher Seite kommt, sondern von stationären Pflegekräften und einer

Patientenorganisation. Die anderen drei Beispiele von Übersversorgung betreffen pflegerische Leistungen. Der ambulante Pflegesektor nimmt vereinzelte Mehrleistungen wahr, die durch die eigene Profession zu verantworten sind. Dabei betonen sie aber, dass dies absolute Ausnahmereischeinungen sind, die sofort eingestellt würden, sobald die Situation erkannt würde.

Was hat sich verändert?

Es scheint, dass die Rationierung erst in den letzten Jahren als genuines Thema wahrgenommen wird, dafür aber heute im Bewusstsein vieler Fachkräfte verankert ist, weil der abstrakte Begriff mit eigenen oder fremden Erfahrungen verbunden wird:

«Die Diskussion über das Thema hat begonnen, ja, die Diskussion hat begonnen, ... also, dass man gesagt hat: Und vor 5 Jahren hätten wir eine Patientin oder einen Patienten in dieser Situation so oder so behandelt und das tun wir jetzt nicht mehr aus Kostengründen.»

Die meisten Antworten beziehen sich auf Veränderungen im Arbeitsumfeld und der Arbeitsbedingungen. Im stationären Bereich wird über steigende Arbeitsbelastungen, einen wachsenden ökonomischen Druck und eine zunehmend bewussterer Mittelverteilung berichtet. In abgeschwächter Form gilt dies auch für den ambulanten Bereich. Dabei wird der zunehmend bewussterer Umgang mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen als durchaus positiv angesehen. Ökonomische Überlegungen würden heute eine weitaus wichtigere Rolle im Entscheidungsprozess spielen als noch vor einigen Jahren. Die Grundsatzfrage bei der Behandlung würde mehr und mehr lauten: Ist das wirklich notwendig? Diese zunehmende Handlungsmaxime basiert auf der Wahrnehmung der limitierten Ressourcen:

«... geändert hat sich natürlich das Bewusstsein, also das Bewusstsein, dass man nicht sich unendlich aus einer Schatulle bedienen kann, ..., dass die Ressourcen, die finanziellen Ressourcen limitiert sind einerseits und (andererseits) leider die Ausgabemöglichkeiten sich vermehrt haben.»

Dieses Integrieren ökonomischer Überlegungen in den Berufsalltag betrifft den Patienten. Nach Meinung der Experten besitzt nur ein kleiner Teil der Patienten ein Kostenbewusstsein. Für den grösseren Teil der Patienten würde dies nicht zutreffen und deshalb würden vermehrt Konfliktsituationen auftauchen. So verändern neue Aufgaben das Tätigkeitsprofil: zur Rolle des Mediziners oder Pflegers kommt die des Betriebswirtschaftlers und des Konfliktverwalters hinzu.

Zudem weichen Patienten steigenden Prämien aus, indem sie die Krankenkassen wechseln oder eine tiefere Versicherungsklasse wählen. Für die Spitäler hat dies zur Folge, dass innerhalb des Budgets Umschichtungen zu Gunsten der Ausgaben für Allgemeinversicherte vorgenommen werden müs-

sen, was die ökonomischen Handlungsspielräume noch weiter einengt. Aber auch von Seiten der Krankenversicherer kommen immer häufiger Anfragen bezüglich der Notwendigkeit weiterer Behandlungen, sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich. Im stationären Bereich werden noch andere Erscheinungsformen des Spardrucks der letzten Jahre genannt: z.B. verkürzte Spitalaufenthalte, gesteigerte Bettenauslastung und tagtägliche Suche nach freien Betten, fehlendes Personal. Stellvertretend hier eine Aussage, die den Druck sehr bildhaft darstellt:

«Ja, es ist ein Durchlauferhitzer oder, also, es wird gekürzt. Ja, mehr Leistungen in weniger Zeit an mehr Patienten.»

Bemerkenswert ist, dass diese quantitativen Veränderungen im stationären Bereich vor dem Hintergrund qualitativer Veränderungen stattfinden. Beide Berufsgruppen sagen, dass die Patienten vermehrt unter multiplen oder komplexeren Krankheitsbildern leiden.

Wie die obige Metapher vom Durchlauferhitzer bereits andeutet, sind es die gesteigerten Arbeitsanforderungen, die zu einer allgemein höheren Belastung der Beschäftigten führen. Viele berichten über zusätzliche administrative Aufgaben, die sukzessive weiter zugenommen haben, ohne dass dies mit einem zeitlichen Ausgleich bei den Kernaufgaben oder mit mehr Personal ausbalanciert worden wäre. Die zeitliche Beanspruchung wäre immens, wobei dies besonders im ärztlichen Bereich ein Mehr an geleisteten Überstunden zur Folge hat. Für die Pflege bedeutet es, dass Personal für Schreibarbeiten abgestellt wird, welches dann in der Patientenversorgung fehlt. Hinzu komme eine höhere Arbeitsintensität. Die strukturellen Veränderungen in der Anzahl der Betten, der Aufenthaltsdauer, dem Ausbau der spitalexternen Dienste und die qualitativen Veränderungen im Krankheitsspektrum hätten zu einer massiven Verdichtung der Arbeit geführt. Intensität und zusätzliche Arbeitsaufgaben scheinen ein kaum mehr zu steigerndes Ausmass erreicht zu haben:

«Aber das ist, glaub ich, irgendwann ist das ausgepresst, oder. Das ist, glaub ich auch, was die Pflegenden zu Recht sagen. Also, irgendwann, ja liegt da nicht mehr viel drin.»

Und für die ärztliche Seite folgendes Zitat:

«... denn wie die Studie ... gezeigt hat, ist ein hoher Prozentsatz der Assistenzärzte, also 40%, von einem Erschöpfungszustand bedroht. Und ungefähr 25% der Oberärzte.»

Angesichts dieser Anzeichen von Überlastung verwundert es nicht, wenn die Experten von einer wachsenden Unzufriedenheit des Personals, ja sogar von Resignation berichten. Diese Entwicklung deckt sich mit der Einschätzung, dass man sich immer weiter von einem beruflichen Ethos entfernt. Die ökonomischen Zwänge würden den Patienten auf das zu behandelnde Krank-

heitssymptom reduzieren und den Menschen dahinter verschwinden lassen. Für alle nicht finanziell abrechenbaren Leistungen wie Gespräche, Zuwendung usw. bliebe keine Zeit.

Eine Auseinandersetzung zum Thema Rationierung findet unter Kollegen in der Regel nur dann statt, wenn ein aktuelles Beispiel vorliegt. Lediglich wenn ein Eigeninteresse am Thema vorhanden ist, wird die Auseinandersetzung über den beruflichen Alltag hinaus gesucht, z.B. über die beiden Standesorganisationen, FMH und SBK.

Zusammenfassend kann man sagen (was auch durch die Antworten im strukturierten Fragebogen bestätigt wird), dass eine Mehrzahl der Interviewpartner davon ausgeht, dass heute schon rationiert wird, aber auch gleichzeitig eine Übersorgung besteht. Am meisten ist der stationäre Bereich von beiden Phänomenen betroffen. Im ambulanten Bereich wird bis jetzt hauptsächlich die Übersorgung als ein Problem wahrgenommen.

Tabelle 6. Wo findet nach Ihrer Meinung am häufigsten Rationierung oder Übersorgung statt?

Prozent der Befragten, die einen Bereich nennen (n=29), Mehrfachantworten möglich

	Rationierung	Übersorgung
■ Spitäler	76%	85%
■ Niedergelassene Ärzte	19%	85%
■ Psychiatrie	29%	15%
■ Polikliniken	19%	26%
■ Heime	48%	7%
■ anderes	24%	7%

Prognose zur Rationierung, Rationalisierung, Übersorgung

Wie unter «Kritik und Vorschläge» angesprochen, werden **Rationierungen** erwartet. Die Analyse des Fragebogens zeigt, dass ungefähr die Hälfte der Interviewpartner Rationierungen für notwendig bzw. sehr notwendig halten. Die andere Hälfte hingegen bestreitet die Notwendigkeit von Rationierungsmassnahmen.

Die meisten stationären Ärzte verneinen die Notwendigkeit, Leistungseinschränkungen einzuführen, weil sich auf Grund des erwarteten wirtschaftlichen Aufschwungs die Finanzierungsspielräume wieder erweitern würden und weil im Bereich der Überkapazitäten noch ein grosses Einsparpotential vorhanden sei. Ausserdem werden die fehlenden wissenschaftlichen Grundlagen für Rationierungsentscheide angeführt. Es wäre kaum möglich, Leistungen in notwendige und wünschbare zu klassifizieren. Niemand will die Verantwortung für Rationierungsentscheide übernehmen, niemand möchte sich exponieren.

Die Mehrheit der Experten aus der Pflege meinen, dass rationiert werden muss. Sie erwarten auch weitere Rationierungen in ihrem Arbeitsbereich. Auf Grund der bisherigen Erfahrungen müsse man annehmen, dass die verdeckten Rationierungen weiter zunehmen werden, weil niemand die Verantwortung für offen deklarierte Leistungseinschränkungen übernehmen möchte. Im ambulanten Bereich bejaht die Hälfte der Ärzte die Notwendigkeit der Rationierung und erwartet auch allgemeine medizinische Leistungseinschränkungen. Die andere Hälfte verneint die Notwendigkeit und erwartet auch keine Rationierung. Diese ablehnende Haltung wird mit dem Einsparpotential durch eine noch stärkere Rationalisierung und den Abbau der Übersorgung begründet.

Mehrheitlich wird die Meinung vertreten, dass jegliche Reform bei der Mittelverteilung auf grosse Widerstände stiesse, da Einzelinteressen im Vordergrund stünden. Keiner der Teilnehmer würde im Interesse des Gesamtsystems agieren. Trotzdem sagen 90% der Befragten, dass notwendige Rationierungen offen durchgeführt werden müssten.

Nach den allgemeinen **Rationalisierungspotentialen** befragt, äusserten etwas mehr als die Hälfte, dass noch grosse Ressourcen vorhanden wären. Im ambulanten Bereich scheinen alle Berufsgruppen die Möglichkeit zukünftiger Rationalisierungsmassnahmen zu sehen. Hingegen werden aus dem stationären Bereich auch Zweifel an den Rationalisierungspotentialen geäussert. Die Mehrheit der Pfleger ist der Ansicht, dass die Rationalisierungsmöglichkeiten in ihrem Bereich ausgeschöpft sind. Von der ärztlichen Seite wird auf die Gefahr hingewiesen, dass die personellen Belastungen heute bereits sehr hoch sind und deshalb sei ein vorsichtiges Handeln bei den Rationalisierungsmassnahmen notwendig.

Tabelle 7. Wo liegen die grössten Rationalisierungspotentiale?

(in % der Befragten; n=29, Mehrfachantworten möglich)

■ Spitäler	88%
■ Niedergelassene Ärzte	73%
■ Psychiatrie	35%
■ Polikliniken	38%
■ Heime	19%
■ anderes	12%

Das Ausmass der medizinischen **Überversorgung** wird von den Experten als hoch bis sehr hoch eingeschätzt. Der Abbau der Überversorgung wird von allen als notwendig angesehen. Aber andererseits findet sich in keiner Berufsgruppe eine Mehrheit, die meint, dass in den nächsten 10 Jahren die Überversorgung reduziert würde. Einige erwarten sogar eine Zunahme der unnötigen Leistungen. Für das Weiterbestehen oder die Zunahme der Überversorgung werden gleichermassen Leistungserbringer und Patienten verantwortlich gemacht. Zu mächtig wären die Interessen der Leistungserbringer, zu gross und unreflektiert die Ansprüche der Patienten, um Veränderungen einzuleiten. Die Quasi-Koalition aus Produzent und Empfänger erschwere zumindest einen Veränderungsprozess in Richtung Reduktion. Profitieren würde dabei aber das medizinische System.

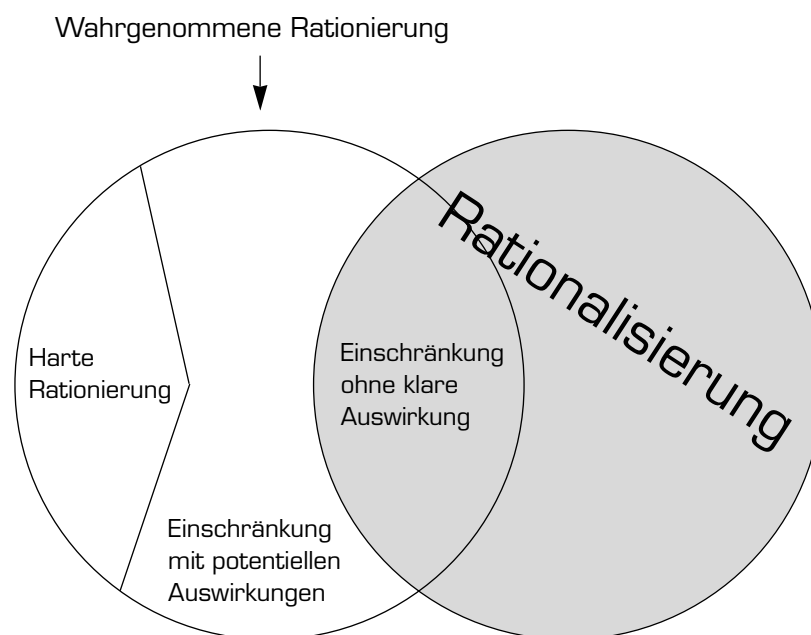
Betrachtet man die beiden Prognosen zur Rationierung und Überversorgung, so fällt die offensichtliche Schere zwischen Notwendigkeit und Erwartungshaltung auf. Dabei wird eine Verbindungslinie zwischen Rationierung und Überversorgung konstruiert. Wenn man nur genügend von den unnötigen Leistungen abbaut, dann ist Rationierung nicht notwendig. Gleichzeitig wird aber gesagt, dass die Überkapazitäten bestehen bleiben oder sogar noch zunehmen. Dieser Widerspruch kann nur erklärt werden, wenn man sich den Entscheidungsprozess verdeutlicht. Keiner der Teilnehmer möchte Verantwortung für Entscheidungen tragen. Die erwarteten Widerstände lähmen reformerische Aktivitäten. Es wird auf einen politischen Prozess verwiesen, bei dem unklar bleibt, wer denn die Akteure in diesem politischen Prozess wären. Mit nur einer Ausnahme erachten aber alle Befragten eine gesellschaftliche Auseinandersetzung zum Thema Rationierung als notwendig.

Schlussfolgerungen

Diese Studie belegt, dass in der Schweiz heute schon rationiert wird, wenn auch in viel geringerem Masse als in anderen industrialisierten Ländern. Die Analyse der geschilderten Beispiele hat gezeigt, dass «harte» Rationierungen, also jene Einschränkung von notwendigen Leistungen, die mit eindeutig negativen gesundheitlichen Konsequenzen für den Patienten verbunden sind, noch relativ selten sind. Hingegen wurden mehr Rationierungen beschrieben, die für Patienten potentiell negative Auswirkungen haben. Strukturelle Beschränkungen ohne klare Auswirkungen auf den Patienten bilden eine relativ grosse Grauzone, die sich mit dem Bereich der Rationalisierung teilweise vermischt.

Abb. 17

Abgrenzung zwischen Rationierung und Rationalisierung



Rationiert wird vor dem Hintergrund eines zunehmenden Spardrucks, in dessen Folge insbesondere in den Spitälern die infrastrukturelle und die personelle Ausstattung nicht dem Bedarf entspricht. Die Ärzte berichten von fehlenden Bettenkapazitäten, weshalb noch nicht geheilte Patienten entlassen werden. Die Pfleger berichten von sehr problematischen Personalsituationen, weshalb notwendige Pflegeleistungen nicht erbracht werden. HMO versicherte Patienten werden nicht «State of the Art» behandelt und spezialisierte Untersuchungen unterbleiben. Medizinisch notwendige Leistungen werden grundversicherten Patienten vorenthalten, da diese nicht im Leistungskata-

log des KVG enthalten sind. Der Entscheidungsprozess läuft unstrukturiert ab. Zumeist wird der Rationierungsentscheid vom individuellen Leistungserbringer getroffen. Die Mangelsituation zwingt den Arzt und die Pfleger, am Krankenbett oder in der ambulanten Konsultation zu entscheiden, wer Leistungen bekommt und wer davon ausgeschlossen wird. Dabei beruht der Entscheid sowohl auf medizinischen wie ökonomischen Kriterien. In der medizinischen Beurteilung werden die Patienten hierarchisiert. Je kränker jemand ist, desto weniger wird rationiert. Ökonomisch ist das zur Verfügung stehende Budget ausschlaggebend. Insgesamt ist die gegenwärtige Rationierungspraxis von Intransparenz und Inkohärenz geprägt und Patienten haben keine Einflussmöglichkeiten. Der dem einzelnen Leistungserbringer abverlangte Entscheidungsprozess wird von diesen selbst kritisiert. Gefordert wird eine gesellschaftliche Diskussion, deren Ziel es sein sollte, von der heutigen individualisierten Verantwortung zu einer gemeinschaftlich getragenen Verantwortung in der Mittelverteilung zu kommen.

Auf Grund der vorliegenden Ergebnisse sollte eine zielorientierte gesellschaftliche Diskussion möglichst schnell begonnen werden, so wie es von den Interviewpartnern gefordert wird. Leistungserbringer, Krankenkassen, die Bevölkerung und die Politik sollten in einem strukturierten Prozess klären, was unter einer fairen Mittelverteilung zu verstehen ist und wo Prioritätensetzungen notwendig sind. Voraussetzung für einen erfolgreichen Entscheidungsprozess ist aber, dass die jeweiligen Rollen der involvierten Teilnehmer geklärt sind. Eine umfassendere Studie wäre hierzu notwendig, um folgende Fragestellungen zu beantworten: Welche Rolle spielen die Teilnehmer gegenwärtig in der Mittelverteilung, was könnte künftig ihre Rolle sein und wie können sie gemeinsam im Sinne einer fairen, transparenten und kohärenten Mittelverteilung agieren?

Die Rolle der Massenmedien

In Schweizer Fachkreisen wird schon seit mehreren Jahren über das Problem der Verteilung beschränkter Mittel im Gesundheitswesen debattiert. Besondere Ereignisse wie z.B. der Fall Novoseven, Spitalschliessungen oder steigende Krankenkassenprämien haben zur Folge, dass das Thema «Rationierung» auch in der Massenmedienberichterstattung einen zunehmend wichtigeren Platz einnimmt. Die laufende Diskussion um Rationierung im Gesundheitswesen ist ein kontroverses Thema, das auf eine breite Resonanz in der Bevölkerung stösst, weil davon letztlich alle betroffen sind. Gleichzeitig stellen sich angesichts der Komplexität der Sachlage sowohl Fragen nach der Leistungsfähigkeit des Journalismus, was die Thematisierung und Informationsvermittlung anbelangt, als auch nach den Lernprozessen der Bevölkerung.

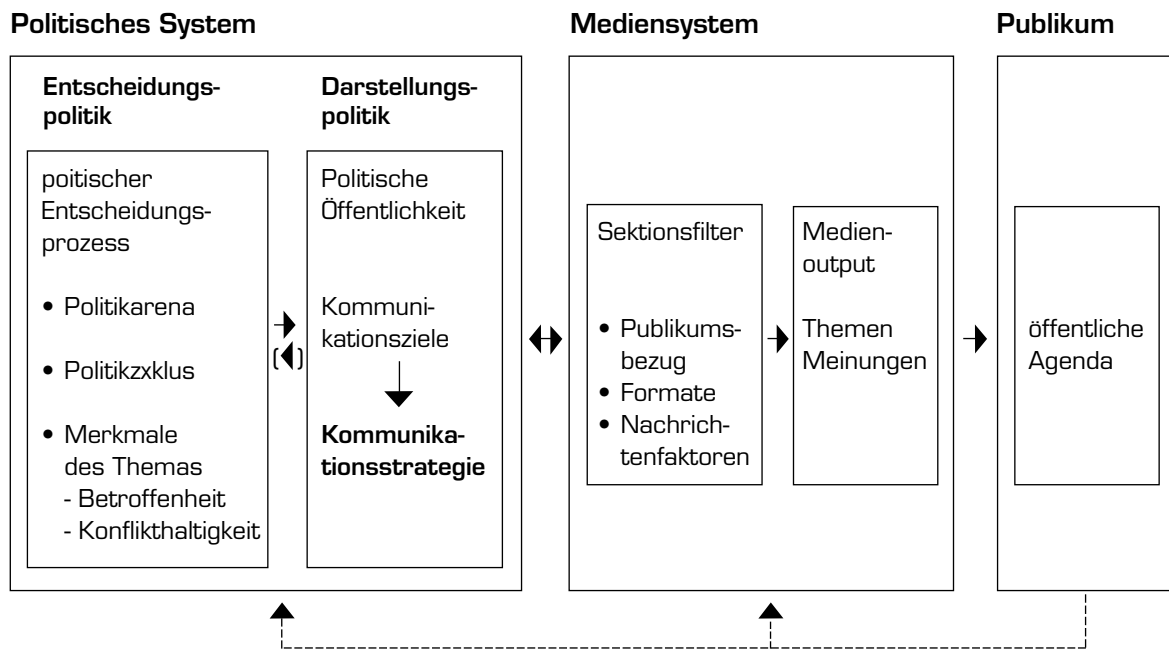
Massenmedien haben in der heutigen Gesellschaft die Funktion der Vermittlung und Information der «breiten Öffentlichkeit» übernommen. So kommt ihnen eine zentrale Rolle im Meinungsbildungsprozess der Bevölkerung zu. Einzelne Themen, wie z.B. die Gesundheitsdebatte, werden in den Medien von den unterschiedlichsten Akteuren aus Politik, Wissenschaft, Wirtschaft sowie weiteren Interessengruppen vertreten. Die JournalistInnen nehmen als sog. «Gatekeeper» eine Schlüsselrolle bezüglich Selektion und Präsentation von Themen und Ereignissen ein. Diese medienvermittelte «Realität» stellt für das Publikum die Grundlage für die Bildung von Meinung und Einstellungen zu bestimmten Themen dar und manifestiert sich beispielsweise in Abstimmungen zu entsprechenden Sachfragen.

Primärfunktionen der Massenmedien [38]

1. Sie sammeln und selektieren nach medienspezifischen Aufmerksamkeitsregeln (politische) Informationen, verarbeiten diese, und verbreiten sie an ein grosses Publikum. Diese medialen Informationen sind oft die einzige Handlungsbasis für BürgerInnen und zugleich Voraussetzung für das Entstehen von politischer Öffentlichkeit.
2. Sie entscheiden ebenfalls nach medienspezifischen Gesichtspunkten über den Zugang (politischer) Akteure zur Öffentlichkeit und bestimmen dadurch deren Handlungs- und Einflussmöglichkeiten.
3. Sie bewerten und interpretieren in einer medienspezifischen Weise das (politische) Geschehen. Dies gilt nicht nur für Ereignisse, Akteure und Themen, sondern auch für die (politischen) Inhalte.
4. Sie interagieren auch mit dem politischen Geschehen, indem sie darüber berichten und so «Pseudo- Ereignisse» schaffen, die wiederum Grundlage politischen Handelns werden können.

Abb. 18

Modell der medialen Politikvermittlung



Im Zusammenspiel des «politischen Systems» im weitesten Sinne, des Mediensystems und des Publikums kommt dem Mediensystem die Funktion der Informationsverarbeitung und der Herstellung von Öffentlichkeit sowie eine Vermittlungsfunktion zwischen dem politischen System und dem Individuum zu [39] (Abb.18). Das Modell der medialen Politikvermittlung stellt den Prozess der politischen Kommunikation in einem erweiterten Kontext dar, kann aber insbesondere auf die Debatte über Mittelverteilung im Gesundheitswesen, welche eine stark politische Komponente enthält, übertragen werden.

Politik, und somit auch Gesundheitspolitik, wird nicht unmittelbar erfahren, sondern muss dargestellt und vermittelt werden. Politische Entscheidungen müssen einerseits zur Legitimierung, andererseits aber auch als Diskussionsbasis und Entscheidungsgrundlage für BürgerInnen an die Öffentlichkeit gebracht werden. Die Darstellung erfolgt durch Akteure, d.h. Vertreter der öffentlichen Behörden, Vertreter der Parteien oder Vertreter von Interessengruppen. Dabei spielt professionelle Öffentlichkeitsarbeit eine immer grössere Rolle: Kommunikatoren aus Politik, Spitälern, Krankenkassen und den Interessenverbänden versuchen die Medien zu instrumentalisieren, indem sie aktiv mittels Öffentlichkeitsarbeit versuchen, Themen zu setzen und die Diskussion in ihrem Sinne zu «framen».

Die Massenmedien wiederum beeinflussen die Öffentlichkeitsagenda durch die Selektion von Themen und Ereignissen (Gatekeeperfunktion, Agenda-setting), die Orientierung an medienspezifischen Kriterien (journalistische

Routinen, Nachrichtenwerte), die Verpflichtung zu redaktionellen Leitwerten sowie die Berücksichtigung spezifischer Zielgruppenorientierung. Dies geschieht nicht nur in thematischer und formaler Hinsicht, sondern auch auf einer inhaltlichen Ebene. Durch Recherchen (unterschiedliche Quellen), das Einfließenlassen der eigenen Meinung (Kommentieren) oder Hervorheben resp. Weglassen verschiedener Gesichtspunkte können sie einen wesentlichen Beitrag zu einer argumentativen Auseinandersetzung mit einem Thema leisten.

Das Problem der Mittelverteilung im Gesundheitswesen wird also **dargestellt, vermittelt** und schliesslich vom Publikum **rezipiert**. Es stellen sich somit Fragen auf drei verschiedenen Ebenen:

1. nach der Informationspolitik der involvierten Instanzen,
2. nach den Medienleistungen bezüglich Selektions- und Präsentationsweisen und
3. nach den Prozessen der Informationsaufnahme und der Meinungsbildung der Bevölkerung.

Die vorliegende Studie soll, insbesondere auf der zweiten Ebene, erste Rückschlüsse zum Stand der öffentlichen Diskussion im Bereich «knappe Ressourcen im schweizerischen Gesundheitswesen» liefern. Es soll geklärt werden, wie die Massenmedien der Öffentlichkeit, verstanden als themenbezogene Kommunikationsplattform, die aktuelle Gesundheitsdebatte präsentieren und welche Akteure in welcher Art und Weise zu Wort kommen. Durch die Inhaltsanalyse [40] der Medienberichterstattung in Tageszeitungen sollen folgende Fragen beantwortet werden:

Wie wird über Mittelknappheit und deren Auswirkung berichtet?

Welche Themenbereiche werden angesprochen? Werden z.B. Ursachen, Kosten, Finanzierungsmechanismen, soziale Verantwortung thematisiert?

Wer kommt zu Wort?

Aus welchen Bereichen sind die Akteure? Kommen vorwiegend Personen aus dem medizinischen, politischen oder Versicherungsbereich zu Wort?

Welche Werte werden vermittelt?

Auf welche Art und Weise wird vermittelt? Welche Argumente werden gebraucht? Wird sachlich, abschweifend, emotionalisierend, moralisierend, an Verantwortung appellierend oder konfliktorientiert «diskutiert»?

Der «Fall Novoseven» hatte im Januar 1999 in den tagesaktuellen Medien erneut auf das Thema «Gesundheitswesen» aufmerksam gemacht und zu einer breiten Diskussion angeregt. Dieses Fallbeispiel dient deshalb für die vorliegende Analyse als Schlüsselereignis. Die Beiträge in den grösseren Tageszeitungen, bis zwei Monate nach dem Ereignis, wurden mittels systematischer Inhaltsanalyse untersucht. Insgesamt sind im Zeitraum Januar/Februar 1999 42 Artikel analysiert worden, die sich explizit mit dem Thema «Rationierung resp. knappe Ressourcen im Gesundheitswesen» beschäftigten. Es handelt sich um Beiträge in Deutschschweizer Tages- und Wochenzeitungen, die dem Sozialarchiv Zürich entnommen wurden. Ereignisse, die in diesem Zeitraum

Eine genaue Beschreibung der Forschungsmethode sowie detaillierte Angaben zur Selektion und Zusammensetzung der Stichprobe sind im Anhang S. 86 zu finden

erneut die Diskussion um Rationierungsmassnahmen auslösten, waren einerseits der «Fall Novoseven», wo es aus Kostengründen um die Verweigerung eines lebensrettenden Medikamentes ging (11. Jan.), und andererseits das «Manifest für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen», ein von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe erarbeitetes Papier, das der Öffentlichkeit vorgestellt wurde (15. Jan.). Diese Ereignisse lösten in der gesamten Medienlandschaft eine umfangreiche Berichterstattung aus, die nicht wie üblich nach einigen Tagen abflaute, sondern sich über mehrere Wochen hinweg erstreckte. Ende Februar waren in den Zeitungen immer wiederkehrende Debatten, Expertengespräche und Stellungnahmen zum Thema Rationierung (explizit in den Beiträgen erwähnt) zu finden. Dies zeigt deutlich, dass die Medienagenda dieser Thematik einen hohen Stellenwert einräumt.

Wie wird über Mittelknappheit und deren Auswirkung berichtet?

Agendasetting

Bei der Selektion von Medienthemen und -ereignissen spielt der Gatekeeper- und der Agendasettingansatz eine wichtige Rolle. Während sich die Gatekeeperforschung, ausgehend von der Metapher des Torhüters, eher mit den Aspekten des persönlichen und institutionellen Umfeldes der JournalistInnen beschäftigt, geht die Agenda-Setting-Theorie mehr auf die Inhalte und Themen, die selektioniert werden, ein. Massenmedien haben demnach die Fähigkeit, durch die Betonung von Themen in der Berichterstattung, d.h. durch Publikationshäufigkeit, Platzierung und Aufmachung, zu beeinflussen, welche Themen in der Gesellschaft als besonders wichtig erachtet werden. Beim Agenda-Setting-Ansatz handelt es sich um einen der erfolgreichsten neuen Ansätze der letzten 25 Jahre [41]. Zur Untersuchung von Agenda-Setting [42] werden in der Regel die Methode der Inhaltsanalyse und Bevölkerungsumfrage miteinander kombiniert; erstere zur Erfassung der Medienberichterstattung und zweite zur Erfassung der Einstellung hinsichtlich der Wichtigkeit eines Themas. Ein Vergleich beider Themenrangordnungen lässt Rückschlüsse auf den Einfluss der Medien auf die Bevölkerungsagenda zu.

Die inhaltsanalytische Untersuchung zeigt, dass in 60% der untersuchten Artikel Bezug zum «Fall Novoseven» und in 10% zum «Manifest» genommen wird. Als weiteres Indiz für die Wichtigkeit, die dem Thema «knappe Ressourcen im Gesundheitswesen» von Seiten der Medien zugeschrieben wird, ist die Kennzeichnung der Beiträge: zu über 80% sind diese mit vollem Namen eines Journalisten (71%) oder eines Gastautors (12%) gekennzeichnet. Nach den Regeln des Journalismus bedeutet dies, dass eine Person den Artikel selektioniert, bearbeitet und mit verschiedenen Quellen angereichert hat und dass es sich meist um grössere, umfangreichere Beiträge handelt. Dazu gehört auch die Bebilderung von Beiträgen, die mit 62% der Untersuchungs-

einheiten ebenfalls hoch liegt. Diese Bearbeitungsleistung kommt nur Themen von Bedeutung und öffentlichem Interesse zu.

Als häufigster **Themenbereich** werden allgemein die Kosten im Zusammenhang mit der Rationierung im Gesundheitswesen genannt; weiter wird das Spannungsfeld «Kosten versus technische Möglichkeiten» thematisiert. Auch die Forderung nach einem öffentlichen Diskurs, gefolgt von Statements zur gesellschaftlichen Verantwortung und der Forderung moralischer Leitplanken bei der Umsetzung von Rationierungsmassnahmen werden in rund der Hälfte der Beiträge erwähnt. Gleich häufig wird auf ökonomische Konsequenzen wie «Zweiklassenmedizin» hingewiesen.

Tabelle 8. Themenbereiche	
(Prozent der untersuchten Artikel)	
■ Kosten	95%
■ Spannungsfeld Möglichkeiten	60%
■ Ökonomische Konsequenzen	48%
■ Verteilungsmechanismen	14%
■ Finanzierungsmechanismen	12%
■ Spannungsfeld Kosten	7%
■ Verantwortung	48%
■ Werte	48%
■ Grundrecht	26%
■ Spannungsfeld Gesellschaft	21%
■ Öffentliche Diskussion gefordert	57%
■ Ursachen erwähnt	43%
■ Lösungsvorschläge genannt	41%
■ Dringlichkeit erwähnt	31%

Es lassen sich grob drei Themengebiete unterscheiden: der ökonomische, der moralisch-ethische und der eher handlungsorientierte Bereich. Weitaus am meisten stehen die Kosten im Rampenlicht; hier spielt das Bewusstsein des Spannungsfeldes zwischen medizinischer Machbarkeit und den enormen Kosten eine wesentliche Rolle. Demgegenüber werden jedoch konkrete Angaben zu Finanzierungs- und Verteilungsmechanismen oder stagnierende Budgets gegenüber steigenden Kosten nur marginal behandelt. Der zweitwichtigste Themenblock betrifft den Bereich «gesellschaftliche Verantwortung – Individualbedürfnis» wobei sich hier den gängigen Wertvorstellungen besonders gewidmet wird. Der dritte, handlungsorientierte Themenbereich lässt sich in zwei Kategorien unterteilen: erstens die explizit genannte Forderung nach einer öffentlichen Diskussion zum Thema «Rationierung im Gesundheitswesen» und zweitens die Nennung von Ursachen und Lösungsvorschlägen (z.B. Rationalisierung, Globalbudget, Oregon-Modell etc.) mit dem Verweis auf die Dringlichkeit, das Problem zu lösen.


Es erstaunt kaum, dass die Kosten im Rampenlicht stehen, denn bei Ressourcenverteilung steht dies zwangsläufig im Mittelpunkt. Zusätzlich wird jedoch mit aller Deutlichkeit ein öffentlicher Diskurs über dieses facettenreiche und heikle Thema gefordert. Dies kommt einer Aufforderung an alle involvierten Akteure gleich, Entscheidungsgrundlagen zum Thema «Rationierungsmassnahmen im Gesundheitswesen» zu schaffen und öffentlich zu diskutieren.

Wer kommt zu Wort?

Auf die Frage nach den am häufigsten zu Wort kommenden Akteuren zeigt sich, dass diese eindeutig aus dem Bereich der Politik stammen. Die Nummerierung der Akteure bezieht sich auf den längsten Beitrag innerhalb eines Artikels für den 1. Akteur, den zweitlängsten Beitrag für den 2. Akteur etc.

Tabelle 9. Akteure				
(Prozent der untersuchten Artikel)				
	1. Akteur	2. Akteur	3. Akteur	4. Akteur
■ politischer Bereich	48%	33%	26%	12%
■ medizinischer Bereich	24%	33%	17%	5%
■ Versicherungsbereich	–	7%	5%	5%
■ andere Pers./ Organ.	26%	12%	24%	19%

Bei den Akteuren aus dem politischen Bereich handelt es sich, dem Ereignisort des «Novoseven-Falls» entsprechend, häufig um die damalige Basler Sanitätsdirektorin Veronica Schaller sowie weiterer GesundheitsdirektorInnen und Personen aus dem Gesundheitsamt oder anderer Organisationen und Institutionen aus dem politischen Bereich. Die Akteure aus dem medizinischen Bereich sind vorwiegend Spitaldirektoren, Chefärzte sowie weitere Personen und Institutionen aus dem medizinischen Bereich. Personen und Institutionen aus dem Versicherungsbereich, wie Krankenkassen oder andere Versicherungen, kommen hingegen nur selten zu Wort. Was die erhöhten Werte für «andere Personen / Organisationen» betrifft, so ist dies vor allem auf die Nennung von Frau Baumann im Zusammenhang mit der Publikation des «Manifest für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen» und der Stellungnahme verschiedener GesundheitsökonomInnen zurückzuführen.

 für eine detaillierte
Aufführung der
Akteure siehe im
Anhang S. 88

Insgesamt zeigt sich, dass in der «öffentlichen Diskussion» um Rationierung im Gesundheitswesen die politischen Akteure am häufigsten Stellung nehmen oder zumindest am häufigsten in den Medien Erwähnung finden. Dies weist darauf hin, dass zumindest in den Medien, die oft geforderte Stellungnahme von Seiten der Politik stattfindet. Es erstaunt hingegen, dass Akteu-

re aus dem medizinischen Bereich etwas weniger zu Wort kommen, da sie doch tagtäglich mit dem Problem konfrontiert werden. Vor allem die Meinung resp. Einstellung der Akteure aus dem politischen und medizinischen Bereich wird hoch bewertet, was sich darin zeigt, dass sie überdurchschnittlich oft in direkter oder indirekter Rede zu Wort kommen (siehe Anhang). Dies ist ein Hinweis darauf, dass diese Akteure in Bezug auf die öffentliche Meinungsbildung sehr einflussreich sind.

Welche Werte werden vermittelt?

Für die Analyse der «Art und Weise» wie das Thema in den Medien vermittelt wird sind verschiedene «Frames» definiert worden: Verantwortung, Human Interest, Konflikt, Moral und ökonomische Aspekte. Der Frame «Verantwortung» stellt Fragen nach den Verantwortlichen für Ursache und Lösung des Problems. Unter «Human Interest» wird untersucht, inwieweit das Thema durch das Aufzeigen von persönlichen Einzelschicksalen sowie dem Appellieren an Gefühle dargestellt wird. Der Frame «Konflikt» gibt Auskunft über Diskursivität und Spannungsfelder in der Diskussion. Unter «Moral» sind individuelle und gesellschaftliche Werte und Normen subsumiert. Beim Frame «ökonomische Aspekte» werden schliesslich Fragen nach der Kosten- und Nutzen- und der Rationierung im Gesundheitswesen ausgeleuchtet.

Verantwortung

In 43% der Artikel werden Ursachen für eine notwendige Rationierung im Gesundheitswesen genannt. Konkrete Lösungsvorschläge wie Globalbudget, Rationalisierung oder das «Oregon-Modell» werden in 41% der Beiträge genannt. Weiter gibt es in 57% der Fälle Hinweise darauf, wer das Problem lösen soll, und in 31% wird auf die Dringlichkeit der Problemlösung verwiesen. Wenn die «Verantwortlichen» für Ursachen und Umsetzung der Rationierung nach Bereichen aufgeteilt werden, zeigt sich, dass die Ursachen für eine notwendige Rationierung im Gesundheitswesen mit 31% deutlich dem Bereich Politik zugeordnet werden und kaum dem medizinischen Bereich, der Wissenschaft oder der Forschung.

Tabelle 10. Verantwortung

(Prozent der untersuchten Artikel)

	pol. Bereich	med. Bereich	mehrere B.	andere B.
■ Ursachen	31%	2%	5%	5%
■ Umsetzung	48%	2%	2%	5%

Ebenfalls selten wird eine Kombination von Bereichen oder andere Ursachen (wie die zunehmende Zahl an alten Patienten oder Fehlleistungen der Pharmaindustrie) genannt. Gleichzeitig wird auch die Lösung des Problems dem

Die **Framing-Analyse** fragt danach, wie etwas kommuniziert wird. Sie wird oft auch als *Agenda-Setting* auf der zweiten Ebene bezeichnet [43]. Framing hinterfragt die Art und Weise, wie einzelne Themen und Ereignisse in den Medien behandelt werden, und beschreibt den Prozess, durch den Themen mittels Attribuierung bestimmter Merkmale in den Medien genauer definiert und an das Publikum vermittelt werden [44]. Frames bezeichnen die Perspektive, den Blickwinkel, unter denen ein Thema oder Ereignis gesehen wird; oft handelt es sich dabei um gängige, gesellschaftlich anerkannte Schematas wie Moral und Verantwortung.

politischen Bereich zugeschoben (48%). So zeigt sich einerseits, dass der Mediendiskurs durchaus an Verantwortung appellierend geführt wird, und andererseits, dass von Seiten der Politik, die sowohl als «Verursacher» als auch als «Problemlöser» dargestellt wird, nun konkrete Massnahmen erwartet werden. Regelungen für Rationierung resp. Ressourcenverteilung sollen von der politischen Ebene in die Hand genommen werden.

Human Interest

Persönliche Seiten der Debatte um die Rationierung werden zu 60% erwähnt, dabei handelt es sich meist um die Darstellung von Einzelschicksalen wie z.B. jenes des «Novoseven-Patienten». Ein weiteres Indiz für eine eher personenorientierte und leicht boulevardisierte Berichterstattung ist das Verwenden von Bildmaterial, das das Problem verdeutlicht, so beispielsweise der Patient im Spitalbett, umgeben von technischen Apparaturen (33%). Auch das Element der Emotionalisierung (38%) gehört in diese Kategorie; die Gefühlsebene wird angesprochen, indem Mitgefühl für Betroffene oder Angst geweckt wird. Personalisierung und Emotionalisierung gehören zu den bekannten Faktoren, die ein Thema oder Ereignis zur Nachricht machen, über die berichtet wird. Einzelschicksale, gefühlvolle Berichterstattung und entsprechende, oft etwas dramatisierte Bilder erzeugen Betroffenheit und Mitgefühl. Dies wiederum kann zu einer intensiveren Auseinandersetzung mit dem Thema führen.

Konflikt

In 83% der untersuchten Einheiten werden verschiedene Perspektiven des Problems aufgezeichnet. Dies zeugt von der «Breite», mit der das Thema behandelt wird. Auch kontroverse Auseinandersetzungen finden zu 45% Eingang in die Berichterstattung. Wenn es um die verschiedenen Spannungsfelder in der Diskussion geht, so wird der Themenkreis «Kosten versus technische Möglichkeiten» am häufigsten dargestellt. Weniger oft ist von der Spannung zwischen individuellen Interessen und gesellschaftlicher Verantwortung die Rede. Selten werden «steigende Kosten versus stagnierende Budgets» thematisiert.

Tabelle 11. Konflikt	
(Prozent der untersuchten Artikel)	
■ Diskurs	83%
■ Konflikt	45%
■ Spannungsfeld Möglichkeiten	60%
■ Spannungsfeld Gesellschaft	21%
■ Spannungsfeld Kosten	7%

In der Medienberichterstattung findet eine Diskussion statt, die den Anforderungen einer diskursiven Öffentlichkeit entspricht, zumindest was die Vielzahl von Perspektiven betrifft. Es wird nicht nur eine, tendenziell als «richtige»

geltende, Meinung zum Thema publiziert, sondern aus verschiedenen Quellen unterschiedliche Sichtweisen dargestellt. Die Mehrzahl der Beiträge stellt somit eine breite, zum Teil auch kontroverse, Grundlage an Informationen zur Meinungsbildung zur Verfügung.

Moral

In rund der Hälfte der Artikel wird an moralisch-ethische Normen, wie soziale Gerechtigkeit und Verantwortung oder Solidarität, appelliert. Gleich häufig wird darauf hingewiesen, dass bei der Lösung des Problems christliche und ethische Normen mit einzubeziehen sind. Schliesslich werden auch menschliche Grundrechte, wie Recht auf Leben und Entscheidung, genannt (26%). Die Verankerung einer Thematik mit den gesellschaftlichen Werten und Normen verweist einerseits auf ein gesamtgesellschaftlich relevantes Problem, appelliert aber gleichzeitig auch an die moralische Verantwortung jedes Einzelnen. Regelungen für eine Rationierung im Gesundheitswesen resp. einer gerechten Ressourcenverteilung betreffen alle und müssten auf gesamtgesellschaftlich geltenden Werten abgestützt sein, um eine breite Akzeptanz zu finden.

Ökonomische Aspekte

In 95% der Artikel werden verschiedene finanzielle Seiten der Gesundheitsdebatte generell erwähnt. Am meisten wird von den möglichen Konsequenzen wie «Zweiklassenmedizin», Spitalschliessungen oder weiteren Prämien-erhöhungen gesprochen. Eher selten wird auf Finanzierungsmechanismen, wie die Finanzierung durch Bund, Kantone und Versicherungen, aufmerksam gemacht; ebenfalls selten auf Verteilungsmodelle wie das KVG.

Tabelle 12: ökonomische Aspekte

(Prozent der untersuchten Artikel)

■ Kosten	95%
■ Konsequenzen	48%
■ Finanzierungsmechanismen	12%
■ Verteilungsmechanismen	14%

Diese hohen Werte für die Kosten und deren mögliche Konsequenzen spiegeln einerseits die Diskussion um die enormen Kosten im Gesundheitswesen und die hohen Krankenkassenprämien wider, andererseits auch die Angst vor möglichen Folgen der Kostenexplosion oder der Rationierung.

Schlussfolgerungen

Die hier beschriebene Studie zeigt, dass in der Medienberichterstattung, und damit in der öffentlichen Diskussion um die «knappen finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen», eine breit gefächerte, zum Teil recht kontroverse Debatte geführt wird. Mit aller Deutlichkeit wird eine «öffentliche Diskussion» gefordert, derer sich vor allem auch Akteure aus dem politischen Bereich zu stellen haben. Sie kommen in den Medien auch häufig zu Wort, werden als Verursacher für die Problematik und ebenfalls als Verantwortliche für deren Lösung dargestellt. Die Berichterstattung hat trotz der starken Betroffenheit von Einzelpersonen (z.B. Novoseven-Patient) keine stark emotionalisierende Tendenz. Vielmehr handelt es sich um eine ausgewogen gestaltete Debatte, die auch Lösungsansätze beinhaltet. Die Personalisierung in der Berichterstattung unterstreicht, dass es sich um eine Diskussion handelt, die jeden einzelnen betrifft. Die Themenauswahl reicht von eindeutig ökonomischen Aspekten bis zu moralisch-ethischen Überlegungen. Der zentrale Fokus auf die ökonomischen Aspekte beschreibt die Rationierung als mögliche Folge zu hoher Kosten und verweist auch auf das Spannungsfeld zwischen den Kosten und den technischen Möglichkeiten in der Medizin. Ausserdem werden in einem grossen Teil der Berichte auch gesellschaftliche Verantwortung, Normen und Werte als ein wichtiger Aspekt der Debatte angesprochen.

Diese erste Studie zeigt, dass «Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen» ein politisches Thema mit einem hohen Betroffenheitsfaktor ist und dass Massenmedien als Kommunikationsforum, als «Spiegelbild» der öffentlichen Diskussion, eine wichtige Rolle spielen. Um aber zu wissen, wie der Beeinflussungs- und Meinungsbildungsprozess in der Bevölkerung verläuft, wo allenfalls Informationsdefizite bestehen, und wer in diesem Prozess die Handlungsträger sind, wäre eine Medienanalyse über einen längeren Zeitraum und in den am meisten frequentierten Medien (TV und Zeitungen) notwendig. Zudem müsste mittels einer Bevölkerungsumfrage geklärt werden, wie die Berichterstattung aufgenommen, verarbeitet und in Meinungen und Einstellungen umgesetzt wird. Es sollte auch untersucht werden, welche nicht durch die Medien vermittelten Einflüsse relevant für die Meinungsbildung und Einstellungen zum Thema Gesundheitswesen sind. Die Kenntnisse, die in dieser ersten Studie gewonnen wurden, sind dabei nützlich, um detailliertere Forschungsfragen nach Argumentationsstrategien zu erarbeiten. Damit würde eine äusserst relevante Grundlage für den weiteren Entscheidungsprozess in Sachen «Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen» geliefert.

Was könnte die Schweiz von anderen Ländern lernen?

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 Prioritätensetzungⁱ und Rationierung in der medizinischen Versorgung ausgelöst. Verschiedene Lösungsansätze sind erarbeitet worden, von der Erstellung expliziter Listen medizinischer Leistungen bis zu nationalen Rahmenkonzepten zur Mittelzuteilung. Das bekannteste Beispiel für ersteres ist das «Oregonmodell», wo in dem gleichnamigen US-Bundesstaat 1994 eine Liste für das Medicaidprogramm (eine Art staatliche Krankenversicherung für die Armen) erarbeitet wurde. Andere Länder, wie z.B. die Niederlande, Neuseeland, Schweden, Norwegen, und seit kurzem Grossbritannien, haben 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 neunziger Jahre ein nationales Rahmenkonzept zur Mittelzuteilung entwickelt, und sind dabei mit der praktischen Umsetzung dieser Rahmenkonzepte zu experimentieren und die Prozesse, auf Grund derer eine faire und akzeptable Mittelverteilung in der medizinischen Versorgung stattfinden könnte, zu überdenken. In den letzten Jahren haben sich aus diesen Erfahrungen, Entscheide 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 Oregonmodell: 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.

i) Im Deutschen oft auch «Priorisierung» genannt.

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 [45]. Die so in einem langwierigen Prozess und nach rein «technisch-rationalen» Kriterien erstellte Liste führte zum Teil zu sinnlosen und grotesken Einstufungen [46] 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 [47]: 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 [48]. Ihre Umsetzung wurde dann aber von der Regierung Bush abgelehnt, mit der Begründung, die Liste 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 [49]. Die endgültige Liste priorisierter Leistungen wurde 1994 in die Praxis umgesetzt und ist seitdem mehrmals überarbeitet und erweitert worden [50].

Was hat der Oregon Health Plan wirklich bewirkt?

Zehn Jahre, nachdem die Kommission ihre Arbeit aufgenommen hatte, zeigt es sich, dass dieser erstmalige Versuch, auf rationale Weise Prioritäten zu setzen und somit weniger Leistungen mehr Einwohnern mit gleich viel Ressourcen zugänglich zu machen, recht unerwartete Auswirkungen auf das Gesundheitssystem Oregons hat [51].

- Die Ausgaben des Medicaidprogramms 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 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 [52]. Wie man desweiteren 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 es viel wichtiger ist, wie der Prozess zur Prioritätensetzung strukturiert und durchgeführt wird, 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 [53]. In Konsenskonferenzen [54], 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 [55] 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 [56] [57]. 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 [58].

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 [59]. 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. Auf Grund 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.

In der Schweiz: Prioritätensetzung am Beispiel des KVG

Das neue schweizerische Krankenversicherungsgesetz (KVG) ist 1996 in Kraft getreten mit dem Ziel, die medizinische Grundversorgung durch eine obligatorische Versicherung allen Bewohnern der Schweiz zugänglich machen. Da es im Schweizer Gesundheitswesen kein Globalbudget gibt, wird im KVG nicht explizit auf Prioritätensetzung bei Leistungserbringung eingegangen. Das Leistungsspektrum der obligatorischen Krankenversicherung wird nach drei allgemeinen Kriterien definiert: die Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein^j. Gemäss Gesetz gelten alle Leistungen, die nicht diesen drei positiven Kriterien genügen, als Komfortleistungen, die durch eine freiwillige Zusatzversicherung oder durch Direktbezahlung des Patienten entgolten werden. Die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen des BSV beurteilt die Zulassung neuer Verfahren zur Grundversorgung, ist aber nicht Entscheidungsträger. Die letzte Entscheidungsinstanz ist der dafür zuständige Bundesrat. Zudem wurden bis jetzt nur neue, zusätzliche Leistungen an den drei Kriterien gemessen. Schon existierende Leistungen werden nicht auf ihre Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit untersucht.

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» [60] 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 [61].

Ein anderes wohlbekanntes Beispiel für ein nationales Rahmenkonzept ist der Bericht des **Swedish Health Care Priorities Committee** [62]. Das Komitee begann die Arbeit 1992, untersuchte Erfahrungen in anderen Ländern

j) Bundesgesetz über die Krankenversicherung 832.10, Art. 32: «Die Leistungen nach den Artikeln 25-31 müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein. Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit, und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft.»

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 Versorgung^k 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 aufgenommen hat, hat folgende Erfahrungen gemacht [63]:

- auf der Ebene der counties bestand ein grosses Informationsdefizit, das u.a. durch eine breit angelegte Medienkampagne gebessert 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 Bürger in den Entscheidungsprozess mit einzubinden?

In allen oben beschriebenen Beispielen wurden die Bürger auf die eine oder andere Art in den Prioritätensetzungsprozess 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 es, die Legitimität und Transparenz der Prioritätensetzung zu garantieren, bessere

 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.

k) 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».

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 Minderheitsgruppen. 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 [66]. 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 [65]. Seit kurzem werden auch immer öfter Fokus-Gruppen gebildet. Zudem gibt es eine Reihe sehr anspruchsvoller Methoden, um die Präferenzen und Werte von Laien in Bezug auf Leistungskataloge zu eruieren [66].

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

- Wie legitim ist es, dass einige ausgewählte Bürger die Meinung der gesamten Bevölkerung vertreten?
- 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 [67] [68] [69]. 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 [70] und dass die Meinungen von Laien und Experten, besonders hinsichtlich der Kriterien zur Prioritätensetzung, voneinander abweichen [71] [72] [73].

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 dar-

über bestimmt, wie dies geschehen soll [74]. Die Schwierigkeit, diese Meinungen in einem transparenten Prozess einzuholen und zu berücksichtigen, darf 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. Auf Grund 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 ... <ul style="list-style-type: none"> ■ sind nützlich ■ sind ihr Geld wert ■ sind eine faire Verwendung öffentlicher Gelder ■ stimmen mit der gesellschaftlichen Definition von notwendigen Leistungen überein 	Leistungen ... <ul style="list-style-type: none"> ■ sind notwendig ■ sind wirksam ■ sind effizient ■ können der individuellen Verantwortung überlassen werden 	(nach relativer Wichtigkeit) <ul style="list-style-type: none"> ■ Menschliche Würde ■ Notwendigkeit der Leistung und Solidarität ■ Kosten-Nutzen der Leistung

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 Lotterie-Prinzip zu verteilen oder dort, wo der höchste Nutzen erwartet werden kann, wurden abgelehnt. So ist Diskriminierung auf Grund 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 [75]. 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 eine hohe Priorität eingeräumt, während in Oregon und in den Niederlanden der optimale Einsatz von Ressourcen, um das Gemeinwohl zu erhöhen, im Vordergrund stehen. Es wäre wohl illusorisch zu denken, dass es die «richtigen» Werte zur Bestimmung der Mittelverteilung gibt. Vielmehr scheint es wichtig, dass in jeder Gesellschaft diese Werte in einer öffentlichen Debatte erarbeitet und definiert und dann von allen Beteiligten akzeptiert und umgesetzt werden.

«Lessons learned»

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 technischen, «rationalen» 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 zu Grunde 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, rationale Systeme zur Prioritätensetzung zu finden, hin zu einer Neugestaltung des Entscheidungsprozesses selbst, der möglichst transparent und breit abgestützt sein sollte [76] [77] .

Dieses Umdenken stützt sich auf das Konzept der «accountability for reasonableness of decisions» [78] . 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.

Das Konzept der «Accountability for reasonableness of decisions» in der medizinischen Versorgung:

- **Transparenz:** Etwaige Entscheide, die den Zugang zu neuen Technologien oder anderen Leistungen beschränken, müssen öffentlich zugänglich sein.
- **Vernünftigkeit:** Die Gründe für Leistungsbeschränkungen und Rationierungsentscheide können von allen Beteiligten als vernünftig und fair nachvollzogen werden. Das gemeinsame Ziel ist es, die medizinischen und pflegerischen Bedürfnisse der Bevölkerung unparteiisch und gerecht zu gewährleisten.
- **Recht, Berufung einzulegen:** Es gibt einen Mechanismus, um Entscheide für Leistungsbeschränkungen zu bestreiten. Dies beinhaltet auch die Möglichkeit, Entscheide auf Grund von neuen Erkenntnissen zu revidieren.
- **Vollstreckung:** Es gibt eine öffentlich-bindende oder freiwillige Regelung des Prioritätensetzungsprozesses, der garantiert, dass die Bedingungen 1–3 eingehalten werden.

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

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

- die Kriterien 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.

- 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;
- starke, unabhängige Institutionen, die einen transparenten, multidisziplinären Entscheidungsprozess leiten können;
- Experten und Laien, die als gleichberechtigte Partner in den Prozess mit einbezogen werden. Hierbei wird besonders betont, dass die Bevölkerung nicht nur um ihre Meinung gefragt werden sollte, sondern direkt an der Entscheidung beteiligt werden muss.

Dies ist eine knappe Zusammenfassung der Erfahrungen mit Prioritätensetzung in anderen industrialisierten Ländern und dem, was daraus gelernt wurde. Es gilt aber auch zu beachten, was nicht gelernt wurde! So ist es kaum möglich zu sagen, wie sich die verschiedenen hier beschriebenen Bemühungen auf die «Gesundheitskosten» ausgewirkt haben. Dies mag zum Teil daran liegen, dass in den meisten Ländern von einem fixen Budget ausgegangen wird, innerhalb dessen es gilt, Prioritäten zu setzen. In allen hier genannten Ländern sind die Gesundheitskosten als Anteil des BIP in den letzten Jahren gestiegen, mit Ausnahme von Schweden. Die Gesundheitskosten sanken zwischen 1983 und 1999 von 9,7 auf 7,5 Prozent des BIP. Die Umsetzung der nationalen Strategie zur Prioritätensetzung hat aber erst 1997 begonnen und ist immer noch in den Anfängen. So kann auch in Schweden kein Zusammenhang zwischen Prioritätensetzung und Ausgaben in der medizinischen Versorgung aufgezeigt werden.

Was bedeuten die Erfahrungen anderer Länder für die Schweiz?

Wir haben bis jetzt beschrieben, wie verschiedene Länder mehr oder wenig erfolgreich versucht haben, Prioritäten zu setzen und was sie in den letzten zehn Jahren gelernt haben. Um die mögliche Anwendbarkeit der internationalen Erfahrungen in der Schweiz zu überprüfen, sollen 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 erbrin-

gen, wird bezweifelt [79]. 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 industrialisierte Länder ihn haben [80] [81] [82] [83]. Nur die wenigsten Kantone haben eine umfassende Gesundheitsstrategie [84]. 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. Die einzige Ausnahme ist der Versuch, seit einigen Jahren im stationären Bereich Globalbudgets einzuführen. Prioritäten müssen aber nur dann definiert werden und sind auch nur dann gerechtfertigt, wenn eine Kostenbegrenzung besteht. Eines der Probleme in der Schweiz besteht darin, dass die Kostenbegrenzung, wenn sie existiert, nicht klar definiert und wegen komplexer Finanzierungsmechanismen schwer verständlich ist. Wie die Expertengespräche zeigen, hat aber der Druck, die staatlichen Ausgaben zu senken, und gleichzeitig die Wahrnehmung, dass stetig steigende Krankenkassenprämien nicht mehr tragbar sind, innerhalb spezifischer Bereiche zur Priorisierung oder zur Beschränkung gewisser Leistungen geführt.

Die verschiedenen Ebenen der Prioritätensetzung

- Auf der obersten, politischen Ebene wird entschieden, wieviel finanzielle Mittel der Gesundheitsversorgung zugeteilt werden im Vergleich zu anderen Gebieten (z.B. Erziehung, Strassenbau etc.). Da es in der Schweiz kein Globalbudget für das Gesundheitswesen gibt, findet auf dieser Ebene auch kein Prozess zur Prioritätensetzung statt.
- Innerhalb eines Globalbudgets für das Gesundheitswesen wird entschieden, wie die finanziellen Mittel zwischen geographischen Regionen und zwischen bestimmten Bereichen der medizinischen Versorgung (z.B. mehr Mittel für ambulante Pflege und weniger Mittel für stationäre Pflege) aufgeteilt werden. Da der Schweizer Staat nur im stationären Bereich finanzielle Einflussmöglichkeiten hat, findet auch auf dieser Ebene kaum Prioritätensetzung statt.

- Innerhalb eines bestimmten Bereiches der medizinischen Versorgung mit Globalbudget (z.B. im Spital) werden zwischen verschiedenen medizinischen Bereichen oder zwischen medizinisch-technischen und pflegerischen Leistungen Prioritäten gesetzt. So wurde in den letzten Jahren innerhalb der öffentlichen Spitäler überproportional in neue medizinische Technologie investiert, während die Mittel für das Pflegepersonal reduziert wurden. Dies geschieht kaum auf Grund eines expliziten Entscheidungsprozesses.
- Durch Anwendung bestimmter Kriterien (z.B. Nutzen, Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit) wird beschlossen, wie viel Mittel für welche medizinischen Leistungen verwendet werden. Diese Art der Prioritätensetzung wird in der Schweiz ansatzweise im Erstellen des Leistungsspektrums der obligatorischen Krankenversicherung (nach KVG) ausgeübt. Auch innerhalb eines Spitals mit definiertem Budget wird so z.T. über medizinisch-technische Aufwendungen entschieden.
- Ein Entscheid darüber, welche Patienten Zugang zu gewissen Leistungen haben oder nicht, kann sich auf strukturell vorgegebene Kriterien stützen (z.B. Altersgrenzen für gewisse Eingriffe) oder auf Richtlinien (guidelines) die dazu dienen, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit medizinischer Massnahmen im Einzelfall zu berücksichtigen. Wie die Expertengespräche zeigen, gibt es für Rationierungsentscheide am Patienten in der Schweiz keine verbindlichen Kriterien.

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 sicher eine 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 Kosten des Gesundheitswesens. Schweizer Bundesamt für Statistik, 2000
- ² World Health Report 2000. Health systems: improving performance. WHO, Geneva
- ³ Müller AF, Präsident Swiss Academy of Medical Sciences. «Sélection entre malades?» Schw.Ärztezeitung 1996,77(50): 2034–2035
- ⁴ Brunner HH, Präsident der FMH, «Formen der Rationierung medizinischer Leistungen», Schw.Ärztezeitung 1997,78(9): 292–299
- ⁵ Vassalli P. Le Rationnement des soins de santé. Pourquoi, comment, par qui? Documentation, Forum Louis-Jeantet sur les coûts de la santé 1998. Genève
- ⁶ Sonderbeitrag: Rationierung im Gesundheitswesen. Schw.Ärztezeitung 1999,80(45): 2635–2671
- ⁷ Bericht der Gesundheitskommission des Grossen Rates. «Rationierung im Gesundheitswesen?» 26 Januar 2000 / 06441, Basel-Stadt
- ⁸ Eidgenössische Kommission für Grundsatzfragen der Krankenversicherung. Umgang mit teuren medizinischen Massnahmen. Thesenpapier, August 2000
- ⁹ Domenighetti G, Maggi J. Définition des priorités sanitaires et rationnement: l'opinion des Suisses, des administrateurs hospitaliers et des départements sanitaires des cantons. Janvier 2000. Cahier no. 00.01, cahiers de recherche économiques. DEEP, HEC, Université de Lausanne
- ¹⁰ Schelling HR, Wettstein A. Einstellung von Seniorinnen und Senioren zur Rationierung im Gesundheitswesen – vor und nach einer Vorlesungsreihe. Praxis 2000; 89(29/30): 1200–1210
- ¹¹ Biersack O, Sommer JH, Martinovits AA, Spichiger-Carlsson P. Rationierung und Prioritätensetzung im Gesundheitswesen, Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung. UNIVOX Teil II E Sozialversicherung 2000. GfS-Research Institute, December 2000
- ¹² Schätzung für 2000, letzte verfügbare Daten von 1998 mit 10,5%; aus Kocher G., Oggier W (Hrsg) 2001; Gesundheitswesen Schweiz 2000/2001. 2001
- ¹³ Kocher G., Oggier W (Hrsg): 2001; Gesundheitswesen Schweiz 2000/2001, 12. Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens
- ¹⁴ Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2000, 14 Gesundheit, Kosten des Gesundheitswesens, Detaillierte Ergebnisse 1998 und Entwicklung seit 1960
- ¹⁵ Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2000, 14 Gesundheit, Kosten des Gesundheitswesens, Detaillierte Ergebnisse 1998 und Entwicklung seit 1960: Tabelle T9
- ¹⁶ Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2000, 14 Gesundheit, Kosten des Gesundheitswesens, Detaillierte Ergebnisse 1998 und Entwicklung seit 1960: Tabelle T9
- ¹⁷ Bundesamt für Statistik, Statistisches Jahrbuch der Schweiz Separatdruck Kapitel 14 Gesundheit, T 14.15 Seite 377

- ¹⁸ KSK/CAM Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer: Versichertenstatistiken ab 1996, Kantonale Strukturen pro Versicherten in Kosten
- ¹⁹ KSK/CAM Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer: Rechnungsstellerstatistik 1996 bis 1999
- ²⁰ Auskunft von Verband Zürcher Krankenversicherer
- ²¹ Auskunft vom Verband Krankenversicherer beider Basler (VKBB)
- ²² Kocher G., Oggier W (Hrsg), 2001; Gesundheitswesen Schweiz 2000/2001, 12. Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens
- ²³ KVG Art 65 ff
- ²⁴ KVG Art. 49
- ²⁵ Ab 1996 werden die kantonalen Durchschnittsprämien vom BSV errechnet und zur Verfügung gestellt. Angaben für die Durchschnittsprämien in den beiden Basler Kantonen vor 1996 über die ÖKK zur Verfügung gestellt
- ²⁶ Statistik über die Krankenversicherung 1994 und 1995, Tabelle 4 Seite 108: Ausbezahlte Bundesbeiträge laut Staatsrechnung 1995: 1 296,5 Mio Franken
- ²⁷ Bundesamt für Sozialversicherung, Sektion Statistik 3003 Bern, Statistik der Krankenversicherung 1998, Bern 12.99, Tabelle E.05
- ²⁸ Bundesamt für Sozialversicherung, Sektion Statistik 3003 Bern, Statistik der Krankenversicherung 1998, Bern 12.99, Tabelle E.03: Beitrag von Bund und Kantonen zur Reduktion der Prämien 1998: 2'263 Mrd. Franken
- ²⁹ Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2000, 14 Gesundheit, Kosten des Gesundheitswesens, Detaillierte Ergebnisse 1998 und Entwicklung seit 1960
- ³⁰ Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2000, 14 Gesundheit, Kosten des Gesundheitswesens, Detaillierte Ergebnisse 1998 und Entwicklung seit 1960; Tabelle T9 & T10
- ³¹ Aaron HJ, Schwartz WB. The painful prescription: rationing hospital care. Washington D.C: Brookings Institution 1984.
- ³² Klein R, Day P, Redmayne S. Managing scarcity. Priority setting and rationing in the National health Service. pp.6 Open University press, Philadelphia, 1996
- ³³ Reagan MD. Health care rationing: what does it mean? NEJM 1988; 319(17):1149–1151
- ³⁴ Coast J, Donovan J. Conflict, complexity and confusion: the context for priority setting. Chapter 1 (pp2–34) in: Priority setting: the health care debate. Ed. Coast J, Donovan J and Frankel S. 1996, Wiley, England
- ³⁵ Klein R, Day P, Redmayne S. Managing scarcity. Priority setting and rationing in the National health Service. pp.11 Open University press, Philadelphia, 1996
- ³⁶ Brunner H.H, Formen der Rationierung medizinischer Leistungen, Schweizerische Ärztezeitung 1997, 78(9): 293
- ³⁷ Sommer J, Rationalisieren oder Rationieren im Gesundheitswesen, in: Pharma CH, Rationalisieren oder Rationieren? Basel 1997, S.11
- ³⁸ Schulz, Winfried: Politische Kommunikation. Theoretische Ansätze und Ergebnisse empirischer Forschung zur Rolle der Massenmedien in der Politik. Opladen 1997

- ³⁹ Pfetsch, Barbara: Chancen und Risiken der medialen Politikvermittlung. Strategien der Öffentlichkeitsarbeit bei politischen Sachfragen. In: Armingeon, Klaus / Blum, Roger: Das öffentliche Theater: Politik und Medien in der Demokratie. Bern 1995, S. 65–93
- ⁴⁰ Früh, Werner: Inhaltsanalyse: Theorie und Praxis. München 1991
- ⁴¹ Rogers, Everett: The Anatomy of agenda-setting research. In: Journal of Communication, 43, 2/1993
- ⁴² Eichhorn, Wolfgang: Agenda-Setting-Prozess. Eine theoretische Analyse individueller und gesellschaftlicher Themenstrukturierung. München 1996
- ⁴³ Semenko, Holly / Valkenburg, Patti: Framing European Politics: A Content Analysis of Press and Television. In: Journal of Communication, 50, 2/2000, S: 93–109
- ⁴⁴ Scheufele, Dietram: Framing as a Theory of Media Effects. In: Journal of Communication, 49,1/1999, S. 103–122
- ⁴⁵ Hadorn DC. Setting health care priorities in Oregon. JAMA 1991; 265(17):2218–2225
- ⁴⁶ Klevit HD, Bates AC, Castanares T, Kkirk EP, Sipes-Metzler PR, Wopat R. Prioritization of health care services. A progress report by the Oregon Health Services Commission. Arch Int Med 1991;151:912–916
- ⁴⁷ Oregon Health Services Commission. Prioritization of health services. A report to the Governor and Legislature. Oregon Health Services Commission, 1991
- ⁴⁸ Brown LD. The national politics of Oregon's rationing plan. Health Affairs 1991; Summer: 28–51
- ⁴⁹ Roberts J. Clinton gives go ahead to Oregon's health plan. BMJ 1993; 306: 811
- ⁵⁰ Glass A. The Oregon health plan. Cancer 1998; 82(10)suppl: 1995–1999
- ⁵¹ 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: 161–180
- ⁵² Tengs T. An evaluation of Oregon's Medicaid rationing algorithms. Health Economics 1996; 5: 171–181
- ⁵³ 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
- ⁵⁴ National Advisory Committee on Core Health and Disability Support Services. Seeking consensus. Wellington, New Zealand, 1993
- ⁵⁵ 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
- ⁵⁶ Hadorn D, Holmes AC. The New Zealand priority criteria project. BMJ 1997; 314:1 31–134
- ⁵⁷ Edgar W. Rationing in health care – a New Zealand perspective on an international dilemma. Schw.Ärztezeitung 2000; 81(4): 190–194
- ⁵⁸ Cumming J. Defining core services: New Zealand experiences. J Health Serv Res Policy 1997;2 (1): 31–37

- ⁵⁹ Holm S. Developments in the Nordic countries – goodbye to the simple solutions. Chapter 3 in: *The global challenge of health care rationing*. Ed. Coulter A and Ham C. Open University press, Buckingham, 2000
- ⁶⁰ Government Committee on Choices in Health Care. *Choices in health care: Dunning report*. Rijswijk: Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, 1992
- ⁶¹ Ham C. Priority setting in health care: learning from international experience. *Health Policy* 1997; 42 : 49–66
- ⁶² Swedish Parliamentary Priorities Commission. *Priorities in health care: ethics, economy, implementation*. Stockholm, Ministry of Health and Social Affairs; 1995
- ⁶³ Lund K. Presentation of the Swedish health care priorities delegation. Session A8. Third International Conference on Priorities in Health Care November 2000, Amsterdam
- ⁶⁴ 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
- ⁶⁵ NHS Management Executive. *Local voices. The views of local people in purchasing for health*. Department of Health, London 1992
- ⁶⁶ Mullen PM. Public involvement in health care priority setting: are the methods appropriate and valid. Chapter 15 in: *The global challenge of health care rationing*. Ed. Coulter A and Ham C. Open University press, Buckingham, 2000
- ⁶⁷ Bowling A. Health care rationing: the public's debate. *BMJ* 1996; 312: 670–674
- ⁶⁸ Lenaghan J, New B, Mitchell E. Setting priorities: is there a role for citizens' juries? *BMJ* 1996; 312: 1591–1593
- ⁶⁹ Kneeshaw J. What does the public think about rationing? A review of the evidence. In: New B, editor. *Rationing: talk and action in health care*. London. King's Fund/BMJ Publishing Group. 1997:58–76
- ⁷⁰ 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. *BMJ* 1999; 318: 916–919
- ⁷¹ 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): 212–216
- ⁷² 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
- ⁷³ 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. *BMJ* 1997; 315: 92–96
- ⁷⁴ 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

- ⁷⁵ Øvretveit JA. Managing the gap between demand and publicly affordable health care in an ethical way. *European Journal Public Health* 1997; 7: 128–135
- ⁷⁶ Holm S. Goodbye to the simple solutions: the second phase of priority setting in health care. *BMJ* 1998; 317: 1000–1002
- ⁷⁷ Coulter A and Ham C, Eds. *The global challenge of health care rationing*. State of Health Series, Philadelphia, Open University press, 2000
- ⁷⁸ Daniels N. Accountability for reasonableness. Editorial. *BMJ* 2000; 321: 1300–1301
- ⁷⁹ Wyss K, Lorenz N. Decentralization and central regional coordination of health services: the case of Switzerland. *Int J Hlth Plan Mgmt* 2000; 15: 103–114
- ⁸⁰ *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
- ⁸¹ *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
- ⁸² *La politique de la santé et du bien-être*. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992
- ⁸³ *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
- ⁸⁴ 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

Anhang

Warum steigen die Ausgaben in der medizinischen Versorgung: Methodik und Probleme mit der Datenerhebung

Das Bundesamt für Statistik (BFS) veröffentlicht eine Statistik, betreffend der Kosten nach Leistungserbringer und nach Direktzahler sowie der Finanzierung nach Direktzahler und der Finanzierung nach dem Träger der wirtschaftlichen Belastung [1]. Die Statistik betrifft die gesamte Schweiz und wird durch Hinzuziehung verschiedenster Quellen erstellt. Die ausgewiesenen Daten haben z.T. den Charakter von Schätzwerten und können als Basis für wissenschaftliche Studien kaum herangezogen werden [2].

Im Rahmen der vorliegenden Kostenanalyse für die Kantone ZH, BS und BL wird in einem ersten Schritt von der Methodik der zwei oben erwähnten Tabellen ausgegangen. Eine Differenzierung der Kosten nach den einzelnen Leistungserbringerkategorien sowie nach den einzelnen Direktzahlern und eine weitere Differenzierung der Finanzierung nach Direktzahler und nach dem Träger der wirtschaftlichen Belastung ermöglicht einen Überblick über das Gesundheitswesen sowie die Erkenntnis grundlegender Trends. Eine entsprechende Aufbereitung von Zahlenmaterial auf kantonaler Ebene existiert zur Zeit noch nicht. Im Rahmen der vorliegenden Kostenanalyse sind diese Tabellen bezüglich der Direktzahler Krankenkassen, Kantone und Gemeinden sowie in der Differenzierung Ausgaben für ambulante und für stationäre Leistungen erstellt worden. Folgendes Vorgehen wurde dabei gewählt:

- Die Tabelle 17 aus den **Statistiken des BFS** Reihe 14 [3] betreffend Gesundheit liefert den Nettofinanzbedarf (Nettoausgaben) der Kantone und Gemeinden für das öffentliche Gesundheitswesen. Die Zahlen beinhalten einerseits die laufende Rechnung (Nettoausgaben gemäss laufender Rechnung) und andererseits die Investitionsrechnung (Nettoausgaben gemäss Investitionsrechnung). Nicht verfügbar sind die Zahlen für die Jahre 1999, 1994 und 1991. Zur Berechnung der fehlenden Zahlen sind die Durchschnitte aus den Vor- und Nachjahren eingeflossen, für 1999 dieselben Zahlen wie für 1998.
- Zudem wurde die **Finanzstatistik der öffentlichen Haushalte**, herausgegeben durch die Eidgenössische Finanzverwaltung [4], in Betracht gezogen und analysiert. Diese weisen die Ausgaben der Kantone für Gesundheit (Spitäler, Kranken- und Pflegeheime, Psychiatrische Kliniken, ambulante Krankenpflege, Übriges) und für Krankenversicherung aus. Doch weisen sie weder den Netto-Finanzbedarf der Gemeinden noch die Investitionsrechnung der Kantone und Gemeinden aus. Die Zahlungen der Kantone an die Krankenversicherungen sind in den von den Krankenversicherungen ausgewiesenen Ausgaben mitenthalten. Die Kantone sind in diesem Fall also Träger der wirtschaftlichen Belastung, aber nicht Direktzahler. Diese Kantonszahlungen sind für die Berechnung der Ge-

samtausgaben für Gesundheit nicht relevant, können jedoch Aufschluss darüber geben, wie die wirtschaftliche Belastung auf Steuern und Kopfbeiträge aufgeteilt wird.

- **Die Behandlungsfall-Statistik [5] der santésuisse** ist kantonal verfügbar und basiert auf der Kategorie «Kosten verursacht durch die Leistungserbringer». Der Standort des Leistungserbringers als Rechnungssteller ist Kriterium für die kantonale Aufteilung der Kosten, und nicht der Patient. Da die Leistungserbringer nicht nur Patienten aus dem eigenen Kanton behandeln, lassen sich hier nicht Rückschlüsse auf die Kosten der Kantonseinwohner ziehen. Aufschlussreicher in der vorliegenden Fragestellung sind die seit 1996 ebenfalls von der santésuisse erarbeiteten Versichertenstatistiken mit den kantonalen Strukturen pro Versicherten. Diese basieren auf den Kantonseinwohnern und nicht auf den Leistungserbringern. Die Ausgaben der Krankenversicherungen auf Grundlage des KVGs lassen sich so auf der Ebene «Kantonseinwohner» und aufgeschlüsselt nach den einzelnen Kategorien der Leistungserbringer detailliert darstellen. Die Versichertenstatistik erreicht einen Erfassungsgrad zwischen 72% im Jahre 1996 und 100% im Jahre 1999. Für die vorliegende Analyse wurden die Zahlen jeweils auf 100% der Kantonseinwohner hochgerechnet.
- Im Rahmen der Evaluation der neuen Formen der Krankenversicherung (HMO-Versicherung, Bonus-Versicherung, Krankenversicherung mit wählbarer Jahresfranchise) für die Zeit ihrer Versuchsphase (1990 bis 1994) haben die Krankenversicherungen die beanspruchten Versicherungsleistungen ihrer Versicherten aus den Kantonen Zürich, Basel-Stadt und Basel-Land dem BSV in anonymisierter Form zur Verfügung gestellt [6]. Aufgrund des beim BSV entsprechend vorhandenen Zahlenmaterials konnten die Ausgaben der Kantonseinwohner von ZH, BS und BL für ambulante Behandlung, Medikamente sowie stationäre Behandlung für die Jahre 1991 bis 1994 in die vorliegende Kostenanalyse einfließen [7]. Da einerseits der Aufwand besonders für die Krankenversicherungen mit weniger Versicherten in den betroffenen Kantonen unverhältnismässig gross sein würde, aber andererseits auch die Qualität der gelieferten Daten nicht immer gut war, beläuft sich der Erfassungsgrad zwischen 60% und 77% der Kantonseinwohner. Wiederum wurden die Zahlen für die Berechnungen auf 100% der jeweiligen Kantonseinwohner hochgerechnet. Beachtlich ist dabei, dass für die vorliegende Analyse und für die fehlenden Jahre betreffend der untersuchten Kantone das Zahlenmaterial so beschafft werden konnte. Zur Überbrückung des fehlenden Jahres 1995 sind die Durchschnittswerte aus den Jahren 1994 und 1996 eingesetzt worden.
- Um die reale, d.h. **inflationbereinigte Entwicklung der Ausgaben** im Verlaufe der untersuchten Jahre darzustellen, wurden die Ausgaben auf das Jahr 1990 mit dem gesamtschweizerischen Konsumentenpreisindex [8] indexiert.
- Mit Hilfe des oben beschriebenen Vorgehens konnte die Tabelle betreffend der Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungserbringer und nach Direktzahler, wie sie für die Schweiz vollständig ausgefüllt zur Verfügung steht, auf kantonaler Ebene nur für die Zahlungen der Krankenkassen sowie der Kantone und Gemeinden ausgefüllt werden. Die Kostenanalyse berücksichtigt somit nicht die Direktzahlungen der Haushalte, welche immerhin ca. ein Viertel ausmachen, die Ausgaben der anderen Sozialversicherungen (UVG, IV-AHV, Militärvers.) und die Ausgaben der Patienten

aus dem Ausland. Für die Jahre 1991 bis 1995 kann die Differenzierung der Ausgaben nach Leistungserbringer nur zwischen den Ausgaben für ambulante Leistungen, für Medikamente und für stationäre Leistungen erfolgen.

Für die **detailliertere Analyse der Spitäler** wurde zunächst anhand des Schweizerischen Medizinischen Jahrbuches eine vollständige Spitalliste des Kantons Basel-Stadt und des Kantons Zürich erstellt. Heime sowie geriatrische, gerontopsychiatrische und psychotherapeutische oder suchtttherapeutische Einrichtungen wurden nicht berücksichtigt. Es blieben für den Kanton Zürich sechszwanzig Spitäler, für den Kanton Basel-Stadt deren sieben. Die Spitäler wurden telefonisch kontaktiert und um die Zustellung der Jahresberichte der Jahre 1990-1999 gebeten. Zur Vervollständigung der Daten wurde in einem zweiten Schritt per E-Mail um die noch fehlenden Daten nachgesucht. Anschliessend wurde für die Analyse eine Selektion der Spitäler getroffen. Jedes Spital mit einer einigermaßen vollständigen Datenlage wurde zur Analyse herangezogen. Nicht berücksichtigt werden konnten schlussendlich 1) Spezialkliniken, da keine Vergleichsmöglichkeit zwischen den Kantonen vorhanden war, 2) Privatkliniken, da ihre Datenlage zu mangelhaft war, 3) Spitäler, welche sich in den letzten Jahren zusammengeschlossen hatten (Horgen, Wädenswil, Zimmerberg) und 4) das Kinderspital Zürich, da entsprechende Daten vom Kinderspital Basel fehlten. Es ist dennoch gelungen, in beiden Kantonen Spitäler mit unterschiedlicher Grösse und Leistungsauftrag zu analysieren. Die aus den Jahresberichten und direkten Angaben von den Spitälern extrahierten Daten sind Angaben zu Patienten und Bettenzahl, die Personalstatistik sowie die Erfolgsrechnung. Bei der Datenerhebung und Analyse traten folgende Schwierigkeiten auf:

- Die von uns benötigten Daten werden vom **Bundesamt für Statistik** von jedem Kanton jährlich gesammelt. Im Kanton Zürich sind diese Daten in Form eines Kenndatenbuches öffentlich zugänglich. Für den Kanton Basel-Stadt war diese Datensammlung nicht zugänglich. Um für die beiden Kantone nicht unterschiedliche Datengrundlagen zu haben, verwendeten wir für beide Kantone die Jahresberichte sowie direkte Angaben der Spitäler.
- Die **Kooperation der Spitäler** gestaltete sich sehr unterschiedlich, was aufgrund der Fülle von Anfragen um statistisches Material verständlich ist, zumal diese Angaben bereits jährlich dem Bundesamt für Statistik zur Verfügung gestellt werden.
- Die **Spitalberichte** der einzelnen Spitäler wandelten sich im Laufe der Jahre, so waren z.B. im Bericht des Kantonsspitals Basel die Investitionen für Immobilien, medizinische Apparate und Mobiliar bis 1994 in der Erfolgsrechnung enthalten, in den darauffolgenden Jahren jedoch nicht mehr. Dies erschwerte eine kontinuierliche Analyse innerhalb des einzelnen Spitals über die ganzen 10 Jahre.
- Die verschiedenen Spitalberichte subsumieren unter dem gleichen Begriff Verschiedenes. Wiederum am Beispiel der Erfolgsrechnung sind im Kantonsspital Winterthur die **Investitionen** bei der Position Unterhalt und Abschreibungen mit enthalten, was bei den übrigen Spitälern nicht der Fall ist. Dies erschwerte einen Vergleich der Entwicklung unter den Spitälern.

- Es kam z. T. im Laufe der Jahre zu **Integrationen von Kliniken** in bestehende Kliniken. So wurde z.B. das Augenspital in Basel ab 1997 ins Kantonsspital Basel integriert. Dies verfälscht Trendbeobachtungen, da z.B. die Bettenzahl sich dadurch nicht wirklich ändert, sondern es sich vielmehr um eine Integration von schon bestehenden Betten handelt.
- Es war grossenteils unmöglich, **Relationen zwischen den angegebenen Daten** herzustellen, da ihre Bezugsgrössen unterschiedlich sind. So bezieht sich der Betriebsaufwand zum Beispiel auf das gesamte Spital. Kosten pro Pflegetag oder pro Bett können daraus jedoch nicht errechnet werden, da die ambulante Betreuung bei den Pflegetagen und der Bettenzahl nicht einfließt. Ebenso war es unmöglich, eine Relation zwischen dem Personal und der betreuten Anzahl Patienten herzustellen, da die ambulanten und teilstationären Patienten nur teilweise ausgewiesen sind. Es konnte also keine objektive Aussage darüber gemacht werden, inwiefern sich der Stellen-schlüssel Personal-Patient innerhalb der beobachteten 10 Jahre entwickelt hat.
- Zur Ergänzung und Diskussion der Analyse aus den Jahresberichten wurden mit den Verwaltungsdirektoren des Universitätsspitals Zürich, des Kantonsspitals Winterthur, des Regionalspitals Wetzikon, dem Bezirksspital Affoltern und mit einer langjährigen Direktionsmitarbeiterin des Kantonsspitals Basel-Stadt Interviews anhand eines strukturierten Fragebogens durchgeführt.

Ausmass und Art der Rationierung, Rationalisierung und Überversorgung in der medizinischen Versorgung aus der Sicht betroffener Berufsgruppen: Methodik

Auswahlkriterien

Die Auswahlkriterien für die Interviewteilnehmer wurden wie folgt definiert. Berücksichtigt wurden «Health Professionals», die repräsentativ für die Berufsgruppe sind und noch nicht zum Untersuchungsthema befragt worden waren.

Die «Health Professionals» mussten aus einem der folgenden Bereiche sein:

- Stationäre Institutionen
- Ambulante Institutionen
- Patientenorganisationen
- Vertrauensärztlicher Dienst der Krankenkassen

Eine Liste möglicher Interviewpartner wurde für jeden der beiden Kantone erstellt.

Erhebungsinstrumente

Die Interviews wurden mit Hilfe eines Leitfadens geführt. Der Leitfaden legt die Themen und Fragen fest. Der Interviewer entscheidet aufgrund des Interviewverlaufs wann und in welchen Worten die Fragen gestellt werden. Ei-

nerseits kann so die zur Verfügung stehende Zeit optimal ausgenutzt und die Systematik des Interviews erhöht werden. Andererseits schränkt der flexibel gestaltete Interviewverlauf die Vergleichbarkeit der Antworten zum Teil ein. Insgesamt wurden acht Themenkomplexe angesprochen:

- die persönlichen Definitionen zu den drei Begriffen Rationierung, Rationalisierung und Überversorgung;
- zwei Beispiele für Rationierung aus dem eigenen Arbeitsbereich oder Fremdbeispiele;
- die Fallbeschreibung der Rationierungsbeispiele anhand der Gründe, des Entscheidungsprozesses, der Entscheidungskriterien und die persönliche Bewertung;
- die Auseinandersetzung zum Thema Rationierung im Berufsalltag;
- die Veränderungsprozesse im Arbeitsumfeld in den letzten 5 Jahren;
- Beispiel für Rationalisierung aus dem eigenen Arbeitsbereich oder Fremdbeispiel;
- Beispiel für Überversorgung aus dem eigenen Arbeitsbereich oder Fremdbeispiel;
- erwartete Entwicklungen hinsichtlich der drei Begriffe Rationierung, Rationalisierung, Überversorgung in den nächsten 5 - 10 Jahren.

Zusätzlich wurde am Schluss des Interviews von jedem Experten ein standardisierter Fragebogen ausgefüllt, der die drei Begriffe nochmals hinterfragt.

- Rationierung: Sind Rationierungsmassnahmen notwendig, wird bereits rationiert, wenn ja, in welcher Form und wo, und ist eine gesellschaftliche Auseinandersetzung nötig?
- Rationalisierung: In welchem Umfang und wo sind Rationalisierungspotentiale vorhanden und wird unter dem Mantel der Rationalisierung rationiert?
- Überversorgung: Wird diese wahrgenommen, in welchem quantitativen Ausmass und wo?

Von Oktober bis Dezember 2000 wurden der Leitfaden und der Fragebogen erarbeitet und anschliessend jeweils an 5 Personen getestet.

Datensammlung

Im nächsten Schritt wurden 75 Personen durch einen Brief kontaktiert, in welchem die Zielstellung der Studie erklärt wurde. Sodann wurden die Experten angerufen, um sie für das Interview zu gewinnen und bei Interesse Tag und Zeit des Interviews zu vereinbaren. Um das Vertrauen der Teilnehmer zu gewinnen und eine möglichst freie und offene Gesprächsatmosphäre zu sichern, wurde ihnen Anonymität zugesichert. Zitate sind anonymisiert und die Namen werden im Bericht nicht erwähnt. Dies mag die Bereitschaft zur Interviewteilnahme erhöht haben. Sehr wenige Experten lehnten eine Teilnahme ab, zumeist aus Termingründen.

Zwischen Dezember 2000 und Anfang März 2001 wurden 30 Interviews durchgeführt. Ein Interview wurde aus technischen Gründen nur bruchstückhaft aufgenommen und konnte so nicht für die Analyse verwendet wer-

den. Die Interviewdauer variierte zwischen 30 - 120 Minuten. Alle Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und transkribiert. Die Interviews wurden von vier Mitgliedern des Forschungsteams durchgeführt. Die Unterschiede im Interviewstil, der sowohl auf die verschiedenen Persönlichkeiten der vier Interviewer als auch der Interviewpartner zurückzuführen ist, erschwert die Datenanalyse etwas.

Die 29 gültigen Interviews sind folgendermassen verteilt:

		BS	ZH
■ Stationärer Sektor	Ärzte	4	4
	Pflege	2	3
	Heime	2	1
■ Ambulanter Sektor	Ärzte	2	3
	Pflege	2	2
■ Patientenorganisation		2	1
■ Vertrauensarzt		2	1
■ Total		14	15

Datenanalyse

Die Textanalyse wurde mit dem Computerprogramm ATLAS/ti gemacht. Der Fragebogen wurde mit SAS ausgewertet.

Die Inhaltsanalyse der Texte gliedert sich in vier Phasen:

1. In der ersten Phase wurden die Interviews transkribiert und korrigiert. Memoranden und Eindrücke zum Interview wurden direkt nach dem Interview von den Interviewern schriftlich festgehalten.
2. In einer zweiten Phase wurden die Interviews codiert. Das Entschlüsseln aller relevanten Aussagen im Text ergab 346 Codes. Diese wurden diskutiert und auf 259 Codes reduziert, die dann den acht Themenbereichen des Leitfadens zugeordnet wurden.
3. In der dritten Phase wurden für jeden Themenbereich Kategorien erstellt und die Codes diesen zugeordnet. So etwas ist hilfreich, um alle Informationen zu einer Frage zu sammeln und einen greifbareren Eindruck zu bekommen, über das, was gesagt wurde (Unterschiede und Ähnlichkeiten werden sichtbar). Aussagen zu bestimmten Fragen werden herausgefiltert, um gewisse Themen zu illustrieren.
4. Für die Synthese wurden in der vierten Phase die Kategorien miteinander in Verbindung gebracht.

Die Rolle der Massenmedien

Methodik der Datenerhebung

«Die Inhaltsanalyse ist eine empirische Methode zur systematischen, intersubjektiv nachvollziehbaren Beschreibung inhaltlicher und formaler Merkmale von Mitteilungen» [9]. Die drei zentralen Begriffe «empirische Methode», «systematisch» und «intersubjektiv nachvollziehbar» sollen kurz erläutert werden.

- Empirische Methode bezeichnet die Art und Weise, in der die Inhaltsanalyse zu wissenschaftlichen Erkenntnissen führt; empirisch ist das Vorgehen dann, wenn das Erkenntnisobjekt ein wahrnehmbares Korrelat von Indikatoren in der Realität besitzt.
- Die Systematik bezieht sich sowohl auf die klar strukturierte Vorgehensweise beim Umsetzen der Forschungsaufgabe in eine Forschungsstrategie als auch auf deren Anwendung auf das Untersuchungsmaterial. Dazu gehören beispielsweise die Formulierung prüfbarer Hypothesen, die Festlegung des relevanten Untersuchungsmaterials, die Entwicklung eines Kategoriensystemes mit Definitionen und allgemeinen Codieranweisungen sowie die Überprüfung von Validität und Reliabilität.
- Intersubjektiv nachvollziehbar ist eine Arbeit dann, wenn sie auch von anderen reproduziert werden kann. Um dieser Forderung nach Objektivität Genüge zu tun, ist es unerlässlich, das genaue Verfahren offenzulegen; d.h. der Analysevorgang muss so detailliert beschrieben werden, dass er nachvollziehbar ist. Eine Inhaltsanalyse, die dieses Qualitätsmerkmal nicht aufweist, ist irrelevant.

Die Inhaltsanalyse erlaubt es, Aussagen über Kommunikator und Rezipienten, die nicht mehr erreichbar sind, zu machen. Weiter ist der Forscher nicht auf die Kooperation von Versuchspersonen angewiesen und auch der Zeitpunkt der tatsächlichen Datenerhebung ist nicht von Bedeutung. Es tritt auch keine Veränderung des Untersuchungsobjektes durch die Untersuchung auf; die Untersuchung ist beliebig reproduzierbar und nicht zuletzt auch kostengünstig. Ebenfalls geeignet ist die Methode, um grosse Datensätze zu bearbeiten. Der Inhaltsanalyse geht es neben der rein formalen Beschreibung von Mitteilungen in der Regel um die wissenschaftliche Analyse von Kommunikationsvorgängen anhand von Aussage und Medium. Die Mitteilung und das benutzte Medium sind zwar das Untersuchungsmaterial, aber meist interessiert der sich in der Mitteilung manifestierende Kommunikationsvorgang, sei es im Bezug auf den Kommunikator oder den Rezipienten. Mittels einem Set von Fragen, die aus den Hypothesen abgeleitet sind, wird das Untersuchungsmaterial analysiert.

Dabei lassen sich verschiedene inhaltsanalytische Ansätze unterscheiden: der formal-deskriptive, der diagnostische und der prognostische Ansatz.

Beim formal-deskriptiven Ansatz stehen nicht inhaltliche, sondern rein äusserliche Merkmale im Vordergrund; die Dimensionen sind Abfragen nach formalen Kriterien.

In Ergänzung dazu steht der diagnostische Ansatz; er will etwas über die Beziehung Kommunikator – Mitteilung aussagen, und versucht deshalb Fragen nach der Kenntnis, der Fähigkeit des Autors, der intendierten Wirkung oder den Wertvorstellungen zu beantworten.

Der prognostische Ansatz schliesslich versucht, von Mitteilungsmerkmalen auf die Wirkung beim Rezipienten zu schliessen. Die Aussagekraft solcher inhaltsanalytisch fundierten Inferenzen auf Kommunikatorabsichten und Leserreaktionen ist jedoch begrenzt und kann somit nur tendenziell formuliert werden oder muss durch externe Daten über Kommunikator und Rezipient gestützt werden.

Die vorliegende Studie konzentriert sich auf den formal-deskriptiven Ansatz, schliesst jedoch kontextuelle Überlegungen sowohl in diagnostischer wie prognostischer Richtung mit ein. Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein Codebuch mit den entsprechenden Dimensionen und Kategorien erarbeitet; es stellt die Operationalisierung der Fragen in messbare, systematisch erfassbare Einheiten dar. Die Datensammlung und Auswertung erfolgte mittels SPSS.

Stichprobe

Die insgesamt 42 Artikel umfassende Stichprobe aus verschiedenen Deutschschweizer Tages- und Wochenzeitungen während der Monate Januar und Februar 1999 stammen aus dem Schweizerischen Sozialarchiv.

Zeitungsname				
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
■ Basler Zeitung	13	31.0	31.0	31.0
■ Berner Zeitung	1	2.4	2.4	33.3
■ Der Bund	4	9.5	9.5	42.9
■ Neue Luzerner Zeitung	2	4.8	4.8	47.6
■ NZZ	3	7.1	7.1	54.8
■ St. Galler Tagblatt	2	4.8	4.8	59.5
■ Tagesanzeiger	5	11.9	11.9	71.4
■ Urner Wochenblatt	2	4.8	4.8	76.2
■ Weltwoche	8	19.0	19.0	95.2
■ Wochenzeitung	2	4.8	4.8	100.0
■ Gesamt	42	100.0	100.0	

Das Schweizerische Sozialarchiv ist eine traditionsreiche Institution von gesamtschweizerischer und internationaler Bedeutung. Mit seinen Bibliotheks-, Dokumentations- und Archivbeständen besitzt das Sozialarchiv eine sehr umfangreiche Sammlung von Dokumenten verschiedenster Art: Bücher, Zeitschriften, Zeitungen, Jahresberichte, Broschüren, Flugblätter, Poster und Pla-

kate, Archivalien, Zeitungsausschnitte, Bilddokumente etc. Dank der frühen Spezialisierung und dank einer kontinuierlichen, langjährigen Sammeltätigkeit sind diese Dokumente für die historische und sozialwissenschaftliche Forschung besonders wertvoll. Seit der Gründung hat sich das Sozialarchiv auf die Dokumentation der sogenannten sozialen Frage, sozialer Bewegungen und des gesellschaftlichen Wandels konzentriert. Als Spezialbibliothek und als thematisch orientiertes Archiv verfügt es heute über einmalige Quellenbestände, die für Forschungsarbeiten und Ausstellungen sowohl im Inland als auch im Ausland rege benutzt werden. Zur Zeit werden etwa 40 inländische Zeitungen ausgewertet. Alle Landesteile und die meisten Kantone sind vertreten, womit ein repräsentativer Querschnitt der schweizerischen Tagespresse garantiert ist.

Das Sample ist im wissenschaftlichen Sinne bezüglich des Inhaltes als repräsentativ zu bezeichnen, jedoch nicht, was den quantitativen Output an Medienberichterstattung anbelangt. Um letzteres zu gewährleisten, müssten sämtliche Berichte im erwähnten Zeitraum gesammelt und analysiert werden.

Häufigkeit der Akteure

1. Akteur					
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente	
Gültig	■ kein (weiterer) Akteur	1	2.4	2.4	2.4
	■ Veronica Schaller (BS)	15	35.7	35.7	38.1
	■ Samuel Bhend (BE)	1	2.4	2.4	40.5
	■ weitere GesundheitsdirektorInnen	2	4.8	4.8	45.2
	■ Inst./Org. aus dem pol. Bereich	1	2.4	2.4	47.6
	■ weitere Pers. aus dem pol. Bereich	1	2.4	2.4	50.0
	■ Heinrich Brunner	1	2.4	2.4	52.4
	■ SpezialistInnen	2	4.8	4.8	57.1
	■ Oswald Oelz (ZH)	1	2.4	2.4	59.5
	■ Daniel Biedermann (BS)	1	2.4	2.4	61.9
	■ weitere ChefärztInnen	1	2.4	2.4	64.3
	■ weitere SpitaldirektorInnen	1	2.4	2.4	66.7
	■ weitere Pers. aus dem med. Bereich	3	7.1	7.1	73.8
	■ Ruth Baumann	6	14.3	14.3	88.1
	■ GesundheitsökonomInnen	2	4.8	4.8	92.9
	■ Kontrollstelle für Heilmittel	1	2.4	2.4	95.2
	■ (Medizin-) EthikerInnen	1	2.4	2.4	97.6
	■ andere Pers./Inst./Org.	1	2.4	2.4	100.0
	■ Gesamt	42	100.0	100.0	

2. Akteur				
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ■ kein (weiterer) Akteur	6	14.3	14.3	14.3
■ Veronica Schaller (BS)	2	4.8	4.8	19.0
■ Verena Diener (ZH)	1	2.4	2.4	21.4
■ Otto Piller	2	4.8	4.8	26.2
■ Ruth Dreifuss	1	2.4	2.4	28.6
■ weitere GesundheitsdirektorInnen	1	2.4	2.4	31.0
■ Sanitätsdirektorenkonferenz	1	2.4	2.4	33.3
■ Inst./Org. aus dem pol. Bereich	3	7.1	7.1	40.5
■ weitere Pers. aus dem pol. Bereich	3	7.1	7.1	47.6
■ Heinrich Brunner	3	7.1	7.1	54.5
■ SpezialistInnen	2	4.8	4.8	59.5
■ Oswald Oelz (ZH)	1	2.4	2.4	61.9
■ Daniel Biedermann (BS)	2	4.8	4.8	66.7
■ Inst./Org. aus dem med. Bereich	4	9.5	9.5	76.2
■ weitere Pers. aus dem med. Bereich	2	4.8	4.8	81.0
■ Krankenkassen /Versicherungen	3	7.1	7.1	88.1
■ GesundheitsökonomInnen	2	4.8	4.8	92.9
■ andere Pers./Inst./Org.	3	7.1	7.1	100.0
■ Gesamt	42	100.0	100.0	

3. Akteur				
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ■ kein (weiterer) Akteur	12	28.6	28.6	28.6
■ Veronica Schaller (BS)	2	4.8	4.8	33.3
■ Otto Piller	3	7.1	7.1	40.5
■ Inst./Org. aus dem pol. Bereich	3	7.1	7.1	47.6
■ weitere Pers. aus dem pol. Bereich	3	7.1	7.1	54.8
■ Werner Widmer (ZH)	2	4.8	4.8	59.5
■ weitere SpitaldirektorInnen	1	2.4	2.4	61.9
■ Inst./Org. aus dem med. Bereich	1	2.4	2.4	64.3
■ weitere Pers. aus dem med. Bereich	3	7.1	7.1	71.4
■ Krankenkassen /Versicherungen	2	4.8	4.8	76.2
■ Ruth Baumann	1	2.4	2.4	78.6
■ GesundheitsökonomInnen	2	4.8	4.8	83.3
■ Schw. Patientenorganisation	1	2.4	2.4	85.7
■ andere Pers./Inst./Org.	6	14.3	14.3	100.0
■ Gesamt	42	100.0	100.0	

4. Akteur

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ■ kein (weiterer) Akteur	25	59.5	59.5	59.5
■ Veronica Schaller (BS)	1	2.4	2.4	61.9
■ Otto Piller	3	7.1	7.1	69.0
■ weitere Pers. aus dem pol. Bereich	1	2.4	2.4	71.4
■ Daniel Biedermann (BS)	1	2.4	2.4	73.8
■ Inst./Org. aus dem med. Bereich	1	2.4	2.4	76.2
■ Krankenkassen / Versicherungen	2	4.8	4.8	81.0
■ Ruth Baumann	1	2.4	2.4	83.3
■ GesundheitsökonomInnen	1	2.4	2.4	85.7
■ andere Pers./Inst./Org.	6	14.3	14.3	100.0
■ Gesamt	42	100.0	100.0	

Anmerkungen

- ¹ Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2000, 14 Gesundheit, Kosten des Gesundheitswesens, Detaillierte Ergebnisse 1998 und Entwicklung seit 1960; Tabelle T9 & T10
- ² Mündliche Aussage von Herrn Raymond Rossel, welcher diese Statistiken beim BFS erstellt
- ³ Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2000, 14 Gesundheit, Kosten des Gesundheitswesens, Detaillierte Ergebnisse 1998 und Entwicklung seit 1960, T17 Seite 52
- ⁴ Eidgenössische Finanzverwaltung, Bern 2000, Finanzstatistik der öffentlichen Haushalte, Kantonsfinanzen 1999
- ⁵ KSK/CAMS Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer, Behandlungsfallstatistik z.B. 1996
- ⁶ Bundesamt für Sozialversicherung 1997; Materialienbericht; Struktur, Verfahren und Kosten der HMO-Praxen; Neue Formen der Krankenversicherung; Untersuchungsbericht 4; Forschungsbericht Nr. 5/98
- ⁷ Herr H. Känzig, BSV hat von 1991 bis 1995 die Datensammlung, –aufbereitung und –analyse koordiniert und das entsprechende Zahlenmaterial für die vorliegende Kostenanalyse zur Verfügung gestellt
- ⁸ Bundesamt für Statistik, Jahresdurchschnitt des Landesindexes der Konsumentenpreise (90/91: 5.9%, 91/92: 4.0%, 92/93: 3.3%, 93/94: 0.9%, 94/95: 1.8%, 95/96: 0.8%, 96/97: 0.5%, 97/98: 0.0%, 98/99: 0.8%)
- ⁹ Früh, Werner: Inhaltsanalyse: Theorie und Praxis. München 1991.

Anhang 2

Kurzbiographie der Projektmitarbeiter

Doris Schopper, Dr. med., PhD, MPH

Schweizerisches Tropeninstitut und Interdisziplinäres Institut für Ethik im Gesundheitswesen

- Dr. med., Fachärztin FMH für interne Medizin (1978 und 1986)
- MPH (1988) und PhD (1992), Harvard University in Public Health mit Spezialisierung auf gesundheitspolitische Analysen, Gesundheitsökonomie und Evaluierung
- langjährige Tätigkeit und Forschungsarbeit in Entwicklungsländern mit Spezialisierung in AIDS, inkl. Verantwortliche für AIDS Politik der WHO (1992-95)
- langjährige Mitarbeiterin, Schweizer und internationale Präsidentin der humanitären Organisation Médecins Sans Frontières
- Ausarbeitung eines Berichts zur gesamtheitlichen Gesundheitsplanung des Kantons Genf, der als Grundlage zur Entwicklung einer Gesundheitspolitik dient (Mandat der Genfer Regierung, 1996-97)
- Seit 1999 Health policy adviser, Schweizerisches Tropeninstitut

Ruth Baumann-Hölzle, Dr. theol. VDM

Interdisziplinäres Institut für Ethik im Gesundheitswesen, Zürich

- Dr. theol. VDM, promoviert im Bereich Sozialethik an der Universität Zürich
- USA Aufenthalt, Arbeit an einschlägigen Ethik Instituten und an der Harvard Divinity School (1984–1987)
- Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialethik der Universität Zürich (1989–1999)
- Leitung des unabhängigen Arbeitskreises für eine faire Mittel- und Leistungsverteilung im schweizerischen Gesundheitswesen (1998–1999)
- Mitglied verschiedener nationaler und kantonaler Ethikkommissionen
- Dozentin für Medizin- und Pflegeethik und Ethik des Gesundheitswesens
- Zahlreiche Publikationen zu ethischen Fragen im Gesundheitswesen
- Seit 1999 Leiterin des interdisziplinären Instituts für Ethik im Gesundheitswesen

Marcel Tanner, Prof., PhD, MSc, MPH

Schweizerisches Tropeninstitut (STI), Basel

- MSc und PhD in medizinischer Biologie
- Seit 1979 Arbeiten in Epidemiologie und Public Health als Forscher, Ausbilder und Beteiligter der direkten Umsetzung
- 6 Jahre Aufenthalt in Afrika (1979-1985: Kamerun, Liberia und Tansania) und Tätigkeit als Leiter von Forschungsstationen, Berater von Regierungen und Mitarbeiter der Gesundheitsplanung
- MPH, London School of Hygiene & Tropical Medicine (1986-87)

- Habilitation Universität Basel (1987)
- Aufbau und Leitung des Departementes Gesundheitswesen & Epidemiologie am STI (1988-1996)
- Professur in Epidemiologie und med. Parasitologie sowie Aufbau des inter-fakultären Promotionsprogramms in Epidemiologie an der Universität Basel (seit 1992, Lehrstuhl seit 1993)
- Direktor STI seit 1997, Mitglied von internationalen und nationalen Expertengruppen in Public Health und Epidemiologie

Iris Beeler, Dr. med.

Institut für Sozial- und Präventivmedizin Zürich

- Studium der Medizin in Basel und Bern
- Doktorarbeit: chronic respiratory aslalysis (NEJM 1991;324(20):1394-401)
- Assistenzärztin auf der Chirurgie, Psychiatrie und im toxikologischen Informationszentrum Zürich
- Seit 1998 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozial- und Präventivmedizin Zürich u.a. auf der Abteilung Medizinische Ökonomie (Projekte: Leistungskontrolling in einer Krankenversicherung, Kostenanalyse neuer Technologien, Studie zur Evaluation des Hausarztlabors, psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz, volkswirtschaftlicher Nutzen körperlicher Aktivität)

Barbara Hänsli, lic. phil.

IPMZ- Institut für Publizistikwissenschaft und Medienforschung der Universität Zürich.

- Studium der Publizistik, Soziologie und Pädagogische Psychologie an der Universität Zürich.
- Teilnahme an der Projektgruppe «Politische Kommunikation in Schweizer Medien»; verfassen der Forschungsarbeit: «Nachberichterstattung zur EWR-Abstimmung».
- Im Rahmen des NFP 42 «Die Rollen der Massenmedien bei der Vermittlung schweizerischer Aussenpolitik» Mitarbeit in der Forschungsgruppe «Input-Output-Analyse der Öffentlichkeitsarbeit des EDA»
- Lizentiatsarbeit «Politikvermittlung: Öffentlichkeitsarbeit und Medienwirklichkeit».

Frank Lange, dipl. Soziologie, MPH

Interdisziplinäres Institut für Ethik im Gesundheitswesen, Zürich

- Ausbildung zum Industriekaufmann
- Studium der Soziologie mit Schwerpunkt Medizinsoziologie an der Freien Universität Berlin. Diplomarbeit: Entlastungswirkung des Pflegeversicherungsgesetzes in der häuslichen Pflege.
- MPH im Rahmen des interuniversitären Nachdiplomstudiums der Universitäten Basel, Bern und Zürich. Master-Thesis: vergleichende Studie der Injektionslokale in der Schweiz. (2000)
- Pflegearbeit in mehreren Bereichen des Gesundheitswesens: Geriatrie, Behindertenpflege, Basler Bürgerspital (zwischen 1983 und 1992)

- Mitarbeit an der Studie «Intervenants en toxicomanie et prévention de la transmission du VIH» am Institut de médecine sociale et préventive, Lausanne (1998-1999).

Felix Roth, lic. rer. pol.

Schweizerisches Tropeninstitut (STI), Basel

- Studium der Wirtschaftswissenschaften an der Universität Basel
- Nachdiplomstudium für Entwicklungsländer an der ETH in Zürich (NADEL)
- Wissenschaftlicher Mitarbeiter bei der Öffentlichen Krankenkasse Basel (ÖKK) (1986-91)
- Kaufmännischer Leiter und stv. Geschäftsführer des Gesundheitsplan HMO Basel (1991-96)
- Stiftungsrat und Sekretär der Stiftung HMO (1994-1996)
- Seit 1997: Schweizerisches Tropeninstitut Basel, Stv. Bereichsleiter 'Swiss Centre for International Health'
- Seit Juni 1999: Geschäftsführer EQUAM Stiftung (Externe Qualitätskontrolle in Managed Care)