

## Rationierung im Gesundheitswesen ?

Hanspeter Rohr, 1995

Studiendekan der Medizinischen Fakultät bis 1973 - 1986

Medizinischer Direktor Kantonsspital Basel 1985 - 1994

Kantonsarzt Basel Stadt bis 31.08.2000

Bereits vor 200 Jahren schrieb der Göttinger Philosoph Georg Christian Lichtenberg - ich zitiere: "Hier - gemeint in Deutschen Landen - wo die Krankheit so wohlfeil und die Medizin so teuer ist".

Heute, 200 Jahre später, ist die Lage offenbar unverändert. Es zeichnet sich weltweit in den hoch industrialisierten Ländern die Notwendigkeit einer **Rationierung** medizinischer Leistungen ab. Der Fribourger Sozialethiker Riccardo Bonfranchi führt aus - ich zitiere: "Wer zahlen kann, wird auch noch in Zukunft gesund bleiben dürfen. Wer aber nicht zahlen kann, stirbt früher". Soweit Bonfranchi.

Steuern wir tatsächlich auch in der Schweiz auf eine Zweitklassen-Medizin zu, die eine Rationierung der Leistungen im Gesundheitswesen erfordert? Im folgenden möchte ich - vorerst in einem ersten Teil - skizzenhaft versuchen, die möglichen Ursachen für eine solche - wie ich glaube unheilvolle Entwicklung - aufzuzeigen. In einem zweiten Teil möchte ich im Sinne von Denkanstössen, trotz dieser düsteren Perspektiven, möglichen Lösungsansätzen nachgehen. Eines ist gewiss: die heutige Medizin macht Extreme bewusst und mit ihren Fortschritten wachsen die zwischenmenschlichen Probleme.

Dazu in Kürze einige fiktive, doch heute durchaus denkbare Beispiele:

Der staatliche britische Gesundheitsdienst verfügt über ein festgeschriebenes Budget. Die Ärzte müssen sich Grenzen setzen und diese einhalten, Kriterien festlegen, nach denen eine Operation verantwortet werden kann oder eben auch nicht. "Sie haben geraucht, also sind sie mitverantwortlich für ihre Krankheit, eine künstliche Herzklappe können wir uns bei ihnen nicht leisten" - würden mir möglicherweise englische Herzchirurgen sagen.

Oder: Zur Zeit nehmen auch Schweizer Kliniken an einer klinisch-europäischen Brustkrebsstudie teil. Es soll geklärt werden, ob ein bisher zur Krebsbehandlung verwendetes Medikament bei Frauen mit einem erhöhten Brustkrebsrisiko, d.h. Brustkrebs bei Grossmutter- Mutter oder Schwester- das Auftreten der Krankheit verhindern kann. Die Hypothese, auf der die Studie aufbaut: Auf 10'000 Frauen berechnet, könnten mit dem Medikament Tamoxifen 360 Brustkrebserkrankungen vermieden werden. Um den Preis allerdings, dass durch die Nebenwirkungen dieses Medikamentes etwa 50 Frauen an einem Gebärmutterkrebs erkranken werden. Doch dieser Krebs soll, im Gegensatz zum Brustkrebs, sehr früh und relativ einfach erkannt werden und ist leichter heilbar als Brustkrebs.

Oder: ein drittes Beispiel, das uns drastisch aufzeigt, wie dringend wir uns mit der Frage der Rationierung ärztlicher Leistungen auseinandersetzen müssen: Medizinische Entscheide und Handlungen stehen in zunehmendem Masse unter dem Diktat von Kosten-Nutzen-Rechnungen, unter dem Primat ökonomischer Überlegungen.

Pränatal kann heute die Diagnose der Trisomie 21, des sogenannten Down Syndroms, des Mongolismus, festgestellt werden. Dadurch können z.B. statt der heutigen 27 künftig 135 ärztlich indizierte Aborte bei Verdacht auf Mongolismus jährlich durchgeführt werden. Hochgerechnet auf die bei einer Lebenserwartung von 40 Jahren durchschnittlich entstehenden Kosten von 8 Mio. Franken pro Kind (notabene zu Lasten der Invalidenversicherung!) könnten somit Einsparungen in der Höhe von über einer halben Milliarde erzielt werden! Ist - so frage ich mich - im Lichte solcher Szenarien eine freie Entscheidung der Frau überhaupt noch möglich? Wir gelangen in einen hochsensiblen Bereich, der uns in Grenzbereiche führt, die mit der Medizin per se nur wenig zu tun haben. Entscheide werden gefordert, die in noch nie gekanntem Ausmasse Anforderungen an ethische Grundhaltungen stellen, sollen die Fortschritte der Medizin nicht zur Perversion verkommen. Unsere heutige Medizin darf sich nicht unter dem Diktat ökonomischer Zwänge und in einem Vakuum ethischer Handelsmaximen abspielen.

Dazu möchte ich versuchen, für einen Augenblick die Brille eines Ökonomen aufzusetzen:

- Ökonomie ist die Lehre von der Knappheit.
- Effizienz ist ein Mass für die Wirtschaftlichkeit des Mitteleinsatzes; sie misst das Verhältnis

zwischen Aufwand und Ertrag. Das Eigenschaftswort heisst: effizient.

- Effektivität hingegen ist das Mass für die Wirksamkeit, für den Grad der Zielerreichung. Effektivität misst die Qualität der Zielerreichung. Das Eigenschaftswort heisst: effektiv.

Effizient und Effektiv sind logische Begriffe und tatsächlich völlig unabhängig voneinander zu verstehen. Und doch werden sie im Alltag des Gesundheitswesens zu oft vermischt oder gar verwechselt: Im Spital steht die Effizienz für die heute vielgepriesene These der unternehmerischen Führung im Vordergrund. Ein gut geführtes Unternehmen minimiert die Kosten und maximiert den Ertrag. Für den Arzt im Spital dagegen steht die Qualitätskontrolle seiner Leistungen im Vordergrund, die Frage, ob die apparative Medizin an der Grenze ihrer Möglichkeiten angelangt ist, ob sie noch einen Nutzen für den Patienten bringt.

Damit öffnet sich der Konflikt. Auch im Gesundheitswesen können Leistungen nicht bis zur Sättigungsgrenze - der Ökonom würde vom Grenznutzen = 0 sprechen - beansprucht werden.

Grenzkosten sollen dem Grenznutzen entsprechen. Im Zeichen allgemeiner Knappheit muss also selbst auf die Bereitstellung von zusätzlichen Kapazitäten im Gesundheitswesen, oder auf die Erbringung solcher medizinischer Leistungen verzichtet werden, deren Nutzen noch positiv ist, wenn mit einem anderen Einsatz der knappen Mittel ein höherer Nutzenzuwachs erzielt werden könnte.

Ich bin zwischen Effizienz - und Effektivitätsüberlegungen hin- und hergerissen. Ich suche zwischen den "Spitalunternehmern" und den Ärzten zu vermitteln. Oder stehe ich etwa zwischen Hammer und Amboss?

Beide brauchen Zuwendungen. Daher vorerst einige Worte zum Unternehmer im öffentlichen Spital:

Defizite haben den Geruch der Misswirtschaft. Doch frage ich mich, sind sie nicht systeminhärent und bedingt durch den sozialen Auftrag des Gesundheitswesens. Statt Defizit sollte besser von einer Abgeltung des sozialen Auftrages gesprochen werden.

Im Zeitalter der EDV könnte die Differenz zwischen kostendeckendem Preis, wie er Privatpatienten in Rechnung gestellt wird und der Pauschale, wie sie für den Allgemeinpatienten dem Kostenträger in Rechnung gestellt werden kann, leicht errechnet werden.

Erst wenn der Fehlbetrag über diese Differenz hinausgeht, dürfte eigentlich von einem Defizit gesprochen werden. Ist die unternehmerische Führung die adäquate Lösung für die Ertragsseite? Ertrag für wen? Für das Spital oder die Steuerzahler, so frage ich mich.

Beim Privatpatienten wird jede einzelne, oft unnötige Untersuchung, jede unnötige Verlängerung des Spitalaufenthaltes, jeder moderne "Amortograph" - ich zitiere den Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Bern, Herr Prof. Dr. med. Werner Straub - jede unnötige Operation, jede Tarifierhöhung, den Ertrag des Spitals erhöhen, aber gleichzeitig auch die Kosten des Gesundheitswesens für die Bürger und Steuerzahler.

Ich frage mich: Warum ist die Wahrscheinlichkeit, eine Herzkranzgefässuntersuchung (Koronarographie) zu erhalten in Lausanne dreimal grösser als in Zürich? Sind die Einwohner von Appenzell Innerrhoden mit einer Häufigkeit von nur 10 Untersuchungen pro 100'000 Einwohner (und in Klammern vermerkt mit ihrem Heilpraktikergesetz) soviel gesünder als diejenigen der grossen Städte?

Ich frage mich weiter: Brauchen wir in der Schweiz wirklich 58 Magnet-Resonanz Tomographen (MRI-Geräte) Amortographen nach Prof. Straub, 10 in Zürich, 8 - 10 in Bern, in Basel und Genf je 6? Kostenpunkt pro MRI-Gerät Zwei Mio. Franken.

Ich frage schliesslich: Warum ist die Rate der Hysterektomien (Entfernung der Gebärmutter) ein umstrittener Eingriff - im Kanton Bern viermal höher als in Schweden?

Doch nochmals zum Unternehmen im Spital zurück:

Eine kostenbewusste, rationelle Medizin scheint nur beim "defizitären" Allgemeinpatienten gefragt. Eine sparsame Medizin beim Allgemeinpatienten erhöht den Kostendeckungsgrad. Wer dagegen beim Privatpatienten spart, schadet dem unternehmerischen Arbeitgeber. Es würde den Rahmen des Themas sprengen, wollte ich mich in diesem Zusammenhang auch noch über die privatärztliche Tätigkeit im Spital äussern. Doch soviel wenigstens: 1991 wurden über 83 Mio. Franken Privathonorare im Kanton Bern

verrechnet, davon 22 Mio. durch die Spitalkassen abgeschöpft. Im Interesse des öffentlichen Spitals, der Kostendeckung also, müssten eigentlich alle Möglichkeiten der privaten Honorarforderungen ausgeschöpft werden.

Allerdings ein weiterer kostentreibender Effekt des Effizienzdenkens ökonomischer unternehmerischer Tätigkeit der Spitaldirektoren für die volkswirtschaftliche Gesundheitsrechnung.

So stellt sich für mich die Frage: steht die rein unternehmerisch ausgerichtete Führung eines öffentlichen Spitals, das Effizienzdenken, nicht in einem Widerspruch zur volkswirtschaftlichen Gesundheitsrechnung und zum sozialen Auftrag des Gesundheitswesens?

Stimmen etwa die Worte von Clémenceau "la guerre c'est une chose trop grave pour la confiér aux militaires!" ?

Entscheidend ist somit die wirtschaftliche Führung und die Qualität der Führungsverantwortlichen im Spital. Diese hängen in hohem Masse sicherlich von einem Ökonomiedenken ab. Was wir aber heute dringender denn je zur Lösung von Fragen im Grenzbereich der Medizin brauchen, sind von uns allen getragene ethische Massstäbe, die allerdings zum grössten Teil geschaffen werden müssten. Ethik darf nicht zur Feigenblatt- oder Alibihaltung verkommen. Ethik geht uns alle an.

Damit komme ich zu den Ärzten, die ich für heute nur mit dem Begriff der Effektivität in Verbindung setzen möchte. Inwieweit auch bei Ärzten ein Effizienzdenken verbreitet ist, vermochten Sie bestimmt aus meinen bisherigen Ausführungen herauszulesen. Es ist ein Teufelskreis!

Beschränkungen, um nicht von Rationierung zu sprechen, bedingen eine Erfassung der Effektivität der ärztlich-medizinischen Diagnostik und Leistungen, eine Qualitätskontrolle. Qualitätskontrolle ist zum vielgebrauchten Modewort geworden.

Alle sprechen von Qualitätskontrolle, jeder meint etwas anderes. Bisher verdienten meist nur Beratungsunternehmen mit industriellen Wurzeln an der Qualitätskontrolle und am sog. TQM, dem Total Quality Management, wie diese Abkürzungen alle heissen mögen. Qualitätskontrolle ärztlicher Tätigkeit steht in der Schweiz noch am Anfang.

Es gilt, das Machbare und das Sinnvolle sorgfältig gegeneinander abzuwägen. Einmal mehr: die Beziehung zwischen Kosten und Nutzen in der Medizin hat die Form einer Potenzfunktion. In Ländern wie Vietnam, mit einer (noch) unterentwickelten Gesundheitsvorsorge, können kleine Investitionen grossen Nutzen erbringen. Auf der anderen Seite erbringt der Einsatz von gleichen Geldmitteln in der Schweiz mit einer hochentwickelten Medizin einen viel kleineren zusätzlichen Vorteil.

"Qualität in der Medizin" ist keine Erfindung unserer Zeit. Im China der Chung-Tang-Dynastie mussten die Ärzte über Erfolg oder Misserfolg ihre Behandlungen einer höheren Autorität berichten. Die Behandlungsergebnisse waren die Grundlage für ihren Rang in der Ärztehierarchie! Oder König Hamurabi, der grosse Arzt, der im 18. Jahrhundert vor Christus lebte, hat in seinem Code festgelegt, dass der Arzt nur dann ein Honorar erhielt, wenn die Behandlung erfolgreich war. Bei einem schlechten Ausgang musste der Arzt seinem Patienten eine Entschädigung bezahlen!

Heute existieren standardisierte Methoden zur quantitativen Messung der medizinischen Qualität. Eine Verbesserung, Kontrolle und Sicherung der Qualität medizinischer Leistungen kann erreicht werden. Dazu einige Resultate, die aufhorchen lassen, als Denkanstösse:

In den USA hat z.B. eine Erhebung ergeben, dass 26 % der Magenspiegelungen in amerikanischen Spitälern und Praxen nicht indiziert und damit unnötig sind. Treffen diese Befunde auch auf die Schweiz zu? Die Anwendung der amerikanischen Kriterien ergab an der medizinischen Universitäts-Poliklinik Lausanne bei 450 Patienten sogar 41 % nicht indizierte Untersuchungen. Grund dafür war, dass in Lausanne vor der Endoskopie - der Magenspiegelung - nur während einer Woche; in den USA während drei Wochen magensäurehemmende Medikamente verabreicht wurden. Fazit: Zur Zeit wird interdisziplinär zwischen Gastroenterologen, Internisten und Chirurgen ein Kriterienkatalog erarbeitet. Ein wesentlicher Beitrag nicht nur zur Qualitätskontrolle sondern auch zur Kostendämpfung.

Ein weiteres Beispiel: Die Untersuchung einer Leberbiopsie, eines kleinen Stückes Lebergewebes, ist für Diagnose und Verlaufskontrolle vieler Lebererkrankungen von grösster Bedeutung. Allerdings können bei einer Leberbiopsie Komplikationen, vor allem Blutungen, in seltenen Fällen auftreten und schwerwiegend sein.

Nach einer Umfrage aus dem Jahre 1989 wurden bei 3500 durchgeführten Leberbiopsien Komplikationen bei 8 Patienten beobachtet (0,31 %). Dabei kam es zu 3 Todesfällen. Was waren die Ursachen? Alter und Erkrankung der Patienten spielten keine wesentliche Rolle. Hingegen waren Erfahrung und Ausbildung der Ärzte von entscheidender Bedeutung. Die Komplikationsrate war bei geübten Gastroenterologen 5fach geringer als bei Internisten. Fazit: Eine Verbesserung der Sicherheit des Patienten kann nur durch eine adäquate Ausbildung und vor allem eine genügende Erfahrung der Untersuchenden sichergestellt werden.

Ein letztes Beispiel: Auch High-Tech-Medizin kann Zeit und Kosten sparen!

Polypen können aus dem Dickdarm endoskopisch entfernt werden, was dem Patienten eine Operation erspart. Ebenfalls kann mit einer endoskopischen Entfernung von Steinen in den Gallenwegen meist eine Operation umgangen werden. Solche Beispiele liessen sich beliebig vermehren.

Das Streben nach besserer Effektivität - eben Qualität - setzt eine rollende Kontrolle und Verbesserung der ärztlichen Tätigkeit voraus; ein nicht endender, kontinuierlicher Prozess. Dies kann nur in einer guten Arzt-Patienten-Beziehung und in einem guten Team von Ärzten, Schwestern, Pflegepersonal und anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erreicht werden.

Ich komme zum Schluss:

Die Ausgangslage ist alarmierend und scheint nach einer Rationierung der Leistungen im Gesundheitswesen zu rufen.

- Die Schweiz hat weltweit mit 2283 \$ pro Kopf jährlich (1993) nach den USA das zweitteuerste Gesundheitswesen!
- Innerhalb 20 Jahren haben sich die Gesundheitskosten vervierfacht auf ca. 36,5 Milliarden Franken (1995).
- Mit 12,8 Betten pro 1000 Einwohner hat die Schweiz die höchste Spitalbettendichte Europas. Der Durchschnitt beträgt, wie eine Studie der OECD ergeben hat, 8,4 Betten.
- Würde der Marktanteil der Generics, billige Nachahmer-Medikamente - wie im Ausland üblich - auf etwa 25 % gesteigert, könnten jährlich 100 Mio. Franken gespart werden, wie Manfred Manser, der Chef der Helvetia Krankenkassen, ausführt.
- Für die Versorgung der ganzen Schweiz sollen 5 MRI-Geräte ausreichen, schätzt Guido Geser vom Krankenkassenverband Swiss-Care.
- Wir leisten uns eine hohe Dichte an Arztpraxen, wir bilden zu viele Medizinstudentinnen und -studenten aus!

Diese Tatsachen erlauben es, von einem Umbruch zu sprechen. Phasen des Umbruchs werden wie auch in der Biologie von einem Mutationsdruck eingeleitet, der den eigentlichen Wandel, die Mutation, auslöst.

Mutationsdruck 1:

Bestimmt ist die Kostenexplosion, wie wir gesehen haben, die stärkste Triebfeder bei den Diskussionen über strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen.

Mutationsdruck 2:

Der wissenschaftliche Fortschritt. Um hier nur apparativ-technische Neuerungen, Katheter, Endoskope und bildgebende Verfahren zu nennen. Zudem stehen wir vor Umwälzungen, die durch den rasanten Einbruch der Molekularbiologie bestimmt werden. Wir bewegen uns mit grossen Schritten und - nota bene auch - hohen Kosten auf eine voraussagende (prädiktive) Medizin zu. Der Umgang mit schlechten Prognosen wird uns allen grosse Probleme bringen. Private Versicherer können ihre Vertragsabschlüsse von Gen Testresultaten abhängig machen. Das Wissen um eine genetische Anlage, die in späteren Jahren mit grosser hoher Wahrscheinlichkeit zu einer schweren Erkrankung führt, kann Menschen in schwere psychische Konflikte stürzen. In Kürze wird der Nachweis eines Brustkrebsgens möglich sein. Was bleibt einer Frau zu tun, bei der dieses Gen nachgewiesen wird, ausser sich zu ängstigen? Denn vorläufig hat ihr die Medizin zur Verhinderung der Erkrankung nichts anzubieten. Es bleibt nur die regelmässige ärztliche Untersuchung.

Mutationsdruck 3:

Die Kommunikationsnetze. Die durch die EDV-vermittelte Vernetzung wird in vielen Bereichen des gesamten Lebens die Welt zum "Dorf" mit allen Zeichen einer Internationalisierung umformen. Jerome Kassirer, der Chefherausgeber der renommierten Zeitschrift "New England Journal of Medicine" prophezeit diesen Veränderungen eine revolutionäre Dimension, die die Berufsausübung zutiefst erschüttern wird. Diese Kommunikationsmittel werden zum selbstverständlichen Gebrauch in Klinik und Praxis. Im Zeitalter des Telebanking und Teleshopping, in dem sich praktisch alle humanen Bedürfnisse auf Tastatur und Bildschirm beschränken lassen, gibt es bereits Patienten, die lieber einem PC als einem Arzt ihre Bedürfnisse anvertrauen: Auskünfte über Gesundheit über 155-Nummern oder das offene Krebstelefon scheinen diese Bedürfnisse auch in der Schweiz zu bestätigen. Chirurgen werden im Cockpit aus der Ferne mit Joysticks operieren, heute bereits Realität an der Neurochirurgischen Universitätsklinik Tübingen.

Allerdings sind bei diesen dramatisch raschen Entwicklungen in der Informatik Warnungen anzubringen. Mit der Vernetzung - auch im Gesundheitswesen - droht die Gefahr, dass der Hausarzt nicht mehr mit der eigenen Fachkompetenz entscheidet, sondern versunken in einer Datenflut der Expertenmeinungen Diagnose und Therapie hinauszögert. Von zusätzlichen Kosten nicht zu sprechen.

Wir werden von unserem medizinischen Datenschatten verfolgt; wir verkommen zum telematischen Objekt. "Seien wir wenigstens solange Mensch, bis die Wissenschaft entdeckt hat, dass wir etwas anderes sind!" hätte Stan L. Lec gesagt.

Credo quia absurdum (Ich glaube, weil es absurd ist), Tertullian (um 200 vor Chr.)

Allen düsteren Perspektiven zum Trotz: wir haben wahrscheinlich eine der besten medizinischen Versorgungen der Welt, aber eben auch eine der teuersten. Wir bewegen uns auf eine Zweitklassen-Medizin zu. Seien wir uns bewusst, eine Rationierung würde in jedem Falle einzig und alleine den Allgemeinpatienten treffen.

Der Grundgedanke unserer medizinischen Versorgung, die Solidarität, ist er in unserem Bewusstsein genügend verankert, möchte ich Sie fragen? Noch haben wir alle Zugang zu allen medizinischen Leistungen, auch zu denen der Spitzenmedizin. Doch niemandem soll eine teure, notwendige Operation oder Behandlung verweigert werden, weil er arm ist oder einer Randgruppe angehört. Einen Konsens darüber, wie teuer Kranksein und - leider oft nur mehr teilweises - Gesundwerden sein darf, wird es wohl nie geben. Wer krank ist, denkt anders als ein Gesunder. Für welche Lösung wir uns auch immer entscheiden: Von der drohenden medizinischen Zweitklassen-Gesellschaft und damit auch einer Rationierung medizinischer Leistungen werden wir nur verschont werden, wenn wir den genannten Solidaritätsgedanken nicht preisgeben.

Wir alle sind aufgerufen, uns kundig zu machen und uns aktiv den Problemen, auch den ethischen Problemen, zu stellen.

Erst wenn die Quelle versiegt, wird das Wasser rationiert. Vielleicht hat das alles auch sein Gutes. Wenn die Unfinanzierbarkeit des heutigen Gesundheitswesens dazu führt, dass wir künftig weniger Medizin konsumieren, wäre dies ein erster grosser Erfolg - für die Patientinnen und Patienten. Soviel wie nötig, aber eben so wenig wie möglich !