

Moral in Zeiten der Rationierung : Rationierung im Gesundheitswesen

Autor(en): **Günter, Paul**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Rote Revue : Zeitschrift für Politik, Wirtschaft und Kultur**

Band (Jahr): **80 (2002)**

Heft 3

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-341682>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Moral in Zeiten der Rationierung

Rationierung im Gesundheitswesen

Die Mehrheit der Gesundheitspolitiker tabuisiert das Thema «Rationierung im Gesundheitswesen» leider immer noch. Sie machen die Bevölkerung glauben, man bekäme die Kostenentwicklung in den Griff, würde nur besser organisiert,

Paul Günter

würden die Sparpotenziale ausgeschöpft und die abzockenden Anbieter im Bereich der Medizin erfasst werden. Der neuste Euphemismus dieser Art stammt aus dem Parteiprogramm der SVP. Zum Senken der Prämien in der Grundversicherung will sie die medizinischen Leistungen einschränken – immer mit dem Hinweis, wirklich Wichtiges würde dabei nicht tangiert werden. Den Ursachen der Kostenentwicklung kommen wir mit solcher Vereinfachung nicht näher. Hingegen gefährden wir damit akut die Struktur unseres Gesundheitswesens und damit die medizinische Versorgung der Grundversicherten. Um zu zeigen, welche Gefahren uns akut bedrohen, versuche ich aus meiner Sicht einige Pflöcke einzuschlagen und stelle zu diesem Zweck sechs Thesen auf:

1. Das Axiom, dass unser Gesundheitssystem deutlich billiger würde, wenn nur alles richtig organisiert wäre, ist falsch. Jeder kennt ein Einzelbeispiel von doppelt durchgeführten Labor- oder Röntgenuntersuchungen oder sonst ineffizienter Organisation. Doppelspurigkeiten sind bei einem derart grossen und komplexen Gebilde wie dem Gesund-

heitswesen nicht verwunderlich. Es darf aber nicht übersehen werden, dass seit Jahren erfolgreich Anstrengungen zu deren Ausmerzungen und zur Ökonomisierung am Laufen sind. Man bedenke: Wenn die allerletzte Sparmöglichkeit sicher ausgemerzt ist, dann würde mit Sicherheit auch an vielen Orten gespart, wo uns dies noch teuer zu stehen kommen wird.

2. Das Gesundheitssystem wird heute durch die vielen Sparanstrengungen, Kostenstellenrechnungen, Beratungen, Zertifizierungen nicht billiger, sondern teurer, und nicht besser, sondern komplizierter.

Stellvertretend für viele Vorgänge möchte ich das Beispiel der Eigenblutspende darstellen: Bei der Eigenblutspende kommen die Patienten 4–6 Wochen vor einem Wahleingriff und spenden 2- bis 4-mal das eigene Blut. Damit können auch schwere Operationen ohne Fremdblut durchgeführt werden. Die Patienten vermeiden das Risiko einer übertragenen Krankheit und sie erhalten dasjenige Blut, das für sie am besten verträglich ist – nämlich das eigene. Früher wurde das Blut im operierenden Spital abgenommen. Der Beutel wurde mit dem Namen der Patienten, Geburtsdatum, Blutgruppe und Operationsdatum versehen und ohne weitere Handlungen im Blut-Kühlschrank gelagert. Die Patienten unterschrieben jeweils auf ihrem Beutel Blut, so dass bei der Transfusion des Blutes bei der Ope-

**Empathie,
Zuneigung,
zwischen-
menschliche
Kommunikation,
die für Kranke
zentral sind,
sind ökonomisch
nicht messbar
und werden also
nicht erfasst.**

ration keinerlei Verwechslungsgefahr bestand: Ein einfaches, effizientes und sicheres Vorgehen. Unter dem Titel «Kontrolle der Sicherheit» wird heute nun verlangt, dass jeder Beutel auf Infektionen getestet wird, dass schriftlich exakt jede einzelne Handlung nach bestimmten Formvorschriften beschrieben wird, dass die normalen Blutspendekleber für die Beutel verwendet werden und so weiter – die Liste der Anforderungen ist so lang, dass viele Spitäler die Eigenblutspende gar nicht mehr anbieten. Zudem ist allein durch die Testung auf Infektionen jeder Beutel um rund 70–80 Franken teurer geworden. An meinem Spital sind dadurch Kosten von rund 30 000 Franken entstanden. Ein Sicherheitsgewinn gegenüber dem alten System ist nicht zu erkennen – durch die komplizierten Abläufe sind eher neue Fehlerquellen geschaffen worden.

3. Die meisten so genannten Gesundheitsspezialisten und -ökonom haben keine praktische Erfahrung, wie in der Medizin wirklich mit den Patienten gearbeitet wird. Besonders bedenklich: Sie arbeiten fast ausschliesslich mit messbaren Grössen.

Ihr Wissen schöpfen sie aus Studien, Abhandlungen und dem, was sie an Sitzungen aufgeschnappt haben. In der Regel hat auch der Spitaldirektor vom medizinischen Spitalalltag wenig Ahnung. Das ist an sich nicht verwunderlich, sondern der Preis der Aufgabenteilung. Ich selbst habe von der Buchhaltung meines Spitals auch wenig Kenntnisse, obwohl ich seit 25 Jahren im Spital arbeite. Der Unterschied liegt allerdings darin, dass ich dies anerkenne und nie auf die Idee käme, ich müsste dem Buchhalter helfen, seine Arbeit besser und rationeller zu machen. Besonders gefährlich erscheint mir, dass die meisten Gesundheitsökonom sich praktisch ausschliesslich mit messbaren

Grössen und monetarisierbaren Vorgängen befassen. Damit werden Dinge, die für Kranke zentral sind, wie zwischenmenschliche Kommunikation, Zuneigung, Empathie, überhaupt nicht erfasst. Am beliebtesten sind bei den Kontrolleuren und Ökonomen Kriterien, die das Personal selber in Zahlenform in den Computer eingeben muss und welche die Kontrolleure dann im eigenen Büro – ebenfalls am Computer – auswerten können. Doch davon in der nächsten These.

4. Alle im Gesundheitswesen Tätigen verbringen heute immer mehr Zeit vor dem Computer und immer weniger bei den Patienten.

Die oben aufgezeigte Kontroll- und Bewertungsadministration durch das medizinische Personal selbst reduziert die Zeit, welche für die eigentliche Hilfe an den Patienten zur Verfügung steht. In einem guten Unternehmen müsste das Personal um so viel Arbeitskraft aufgestockt werden, wie Zeit für das Sammeln von Daten für die Administration aufgewendet werden muss. Die Realität ist heute leider so, dass dies nicht geschieht. Somit ergibt eine einfache Überlegung, dass sich die Zeit reduziert, welche für die Patienten zur Verfügung steht. Um daher Zeit zu sparen, werden heute nur oberflächliche Daten ständig erhoben, die so vereinfacht sind, dass sie in ihrer Oberflächlichkeit gar keine fundierten Erkenntnisse mehr gestatten. Als Beispiel sei die Diagnose- und Therapiekodierung International Classification of Diseases ICD 9 und 10 erwähnt. Hier werden riesige Datenfriedhöfe angelegt, welche einerseits aus Ärztesicht keine vernünftige Zukunftsplanung gestatten, andererseits aber aus dem Blickwinkel des Datenschutzes für Patienten bedenklich sind.

5. Der administrative Overhead wird immer grösser.

Das Spitalpersonal verbringt immer mehr Zeit vor dem Computer, um Zahlen für die Verwaltung zu produzieren. Gleichzeitig sehen wir, dass trotz dieser Auslagerung von Verwaltungsarbeit die Verwaltung in den letzten Jahren ständig zugenommen hat. So hat, um ein aktuelles Beispiel zu nennen, der Verwaltungsapparat am Inselspital in Bern in den letzten 4 Jahren um 14% zugenommen. Dies im Gegensatz zum Pflegepersonal, das im selben Zeitraum ständig reduziert wurde. Für einmal möchte ich aus den USA zitieren: Präsident Bill Clinton hat 1994 in einer Rede zum Gesundheitswesen von «byzantinischen Verhältnissen» im Bereich der Gesundheitsverwaltungen gesprochen: «Every year doctors and nurses spend more time on paperwork and less time with patients because of the absolute bureaucratic nightmare the present system has become ...»

6. Das gerechteste Gesundheitswesen hatte die Schweiz vor 10–15 Jahren. Praktisch alle Patienten und Patientinnen wurden – unabhängig von ihrem sozialen Stand und ihren Einkommen – nach ihren Bedürfnissen behandelt. Sie bekamen die nötige Behandlung ungeachtet der Kosten. Sie wurden vom ausgewiesenen Chefarzt behandelt, wenn es erforderlich war. Die Kostenzwänge der letzten Jahre machen aber genau diese Solidarität kaputt.

Soweit meine Thesen. Was folgere ich daraus?

Sparen ist nötig, aber ...

Selbstverständlich soll das vorhandene Geld sorgfältig ausgegeben werden – aber das haben wir auch früher schon beachtet. In den Spitälern der 60er Jahre wurde extrem knapp kalkuliert, bei den Patienten, aber auch beim Personal und beim Material.

Selbstverständlich muss Missbrauch bekämpft werden, und dafür braucht es ein Minimum an Kontrolle. Viel wichtiger aber ist es, kompetente Leute mit hohem Berufsethos an die richtigen Stellen zu berufen und ihnen einen gewissen Spielraum zu gewähren. Diese Art der Kontrolle der Arbeit ist effizienter und wesentlich mehr zum Vorteil der Patienten.

Selbstverständlich muss es eine Planung geben, z.B. wie viele Spitalbetten oder wie viele hochtechnische Geräte unser Land braucht. Allerdings wäre die Voraussetzung für das Funktionieren dieser Gesundheitsplanung, dass die gesamte medizinische Infrastruktur einbezogen ist und nicht nur die öffentliche. Und dass sie durchgesetzt wird.

Die Notwendigkeit von ständigen Sparanstrengungen ist unbestritten. Aber es ist ein Irrtum zu glauben, dass wir allein mit Sparanstrengungen das Problem der steigenden Gesundheitskosten in den Griff bekommen können. Und es ist fahrlässig, der Öffentlichkeit immer wieder diesen Irrtum als Lösung zu präsentieren.

Wir müssen die Diskussion, wie und wo noch sinnvoll Geld gespart werden kann, dringend lösen von der Diskussion um die steigenden Gesundheitskosten. Auch wenn alle Sparmöglichkeiten ausgeschöpft wären, würden die Kosten dennoch mehr als die Teuerung steigen.

Ich möchte nun diese Behauptung begründen und aufzeigen, welche Gründe diese Kostensteigerung zentral beeinflussen. Wenn wir die Gründe erkannt haben, stehen wir – so vermute ich – vor einem schwierigen Entscheid: Entweder wir akzeptieren diese Steigerung als nötig, dann müssen wir dringend über die Finanzierung des Gesundheitswesens und der Prämien für die Krankenversicherung nachdenken. Das ist meine Position. Sie ist zurzeit unter Politikern nicht übermässig populär. Oder die Steigerung wird nicht akzeptiert, dann muss jemand entscheiden, was im öffentlichen Gesundheitswe-

Wir müssen die Diskussion, wie und wo noch sinnvoll gespart werden kann, von der Diskussion um die steigenden Gesundheitskosten lösen.

sen aus Kostengründen nicht mehr gemacht wird. Das heisst: Rationierung im Gesundheitswesen. Eines kann ich aber hier schon sagen: Ich will, dass in einem derartigen Fall politisch entschieden wird. Ich will nicht als Arzt in die Lage kommen, am Einzelpatienten Rationierungsentscheide treffen zu müssen, da die Politik dazu zu feige war.

Wenn etwas Neues eingeführt würde, dürfte in der Logik der Sparwütigen für gleich viel Geld Bisheriges nicht mehr gemacht werden.

Warum die Kosten mehr als die Teuerung steigen

Es gibt zwei Hauptgründe: Der erste Grund ist die demographische Veränderung. Es gibt immer mehr Leute in diesem Land und diese Leute leben erfreulicherweise immer länger. Da gegen Ende des Lebens die medizinischen Behandlungen häufiger benötigt werden, schlägt diese Entwicklung mit einer Zunahme der Kosten zu Buche. Der andere finanziell noch mehr ins Gewicht fallende Grund ist der medizinische Fortschritt. Ich zähle einige Punkte als Beispiele auf:

- Die *Entwicklung neuer Medikamente* wird exponentiell teurer. Wir müssen aber anerkennen: Es gibt tatsächlich Fortschritte bei praktisch allen Behandlungen, die beachtlich sind. Neue Antibiotika sind effizienter und schonender. Neue Mittel gegen den Krebs sind erstaunlich wirksam, aber unglaublich teuer. Jeder unter uns kennt vermutlich mindestens einen Menschen, der dank der neuen onkologischen Therapie wenn nicht vom Krebs geheilt, so doch erstaunlich lange bei guter Gesundheit erhalten wurde. In meinem Fachgebiet der Anästhesie werden die Medikamente immer besser steuerbar und damit die Narkose schonender und präziser. Die Hausärzte verschreiben heute routinemässig moderne, stark wirkende Medikamente für betagte Menschen, die früher nur im Spital auf der Intensivstation gegeben wurden. Die Menschen gewinnen da-

durch Jahre mit unbeschwerterem Atmen oder mehr Kraft zum Gehen. Neuerdings gibt es Anzeichen, dass es gelingt, medikamentös die Alzheimerkrankheit in einem Stadium etwas aufzuhalten, das noch ein menschliches Leben gestattet.

- Besonders grosse Fortschritte macht immer noch *die Diagnostik*, also das Finden neuer Möglichkeiten zum Stellen einer Diagnose. Diese Entwicklung ist besonders augenfällig im Bereich der Labordiagnostik, wo heute Bestimmungen möglich sind, von denen man bis vor kurzem nicht zu Träumen wagte. Besonders rasch entwickelt sich auch die Diagnostik im Bereich des Röntgens. Zuerst kamen die Computertomographen in unsere Spitäler. Sie erlauben z.B. zu sehen, ob bei einem Unfall mit Kopfverletzung wirklich nur eine Hirnerschütterung vorliegt oder ob es auch im Gehirn zu bluten beginnt. So können die Ärzte rasch und richtig entscheiden, ob der Patient ins Zentrums-pital verlegt werden muss, damit er bei Bedarf operiert werden kann. Jetzt erhalten viele Spitäler einen MR-Apparat. Dieser untersucht mit Hilfe von starken Magnetresonanzfeldern den Körper und erlaubt uns z.B. Entzündungen zu sehen oder bereits kleine Tumore zu erkennen, wenn sie noch ganz klein sind. Alle diese Geräte und Einrichtungen sind teuer beim Einrichten, aber auch im Betrieb, denn sie verlangen speziell geschultes, hochqualifiziertes Personal. Alle diese Geräte sind wunderbar. Sie erlauben eine gute Behandlung mit den hierfür neu entwickelten Medikamenten oder eine gezielte Operation unter Anwendung modernster Technik und mit erfreulichen Erfolgen – aber sie treiben die Kosten in die Höhe.
- *Die operativen Techniken* haben sich enorm verbessert. Weil sie schonender und exakter geworden sind, können wir heute Patienten in Situationen helfen, wo dies früher nicht möglich gewesen

wäre. Dank Fortschritten der Anästhesie und der Operationstechniken können Operationen noch an hochbetagten Menschen ausgeführt werden. Aber ist das auch nötig? Ich nehme ein häufiges Beispiel: Hochbetagte stürzen leicht. Oft brechen sie sich dabei den Schenkelhals, die Hüfte. Heute kann operativ mit einem künstlichen Hüftgelenk die gebrochene Stelle ersetzt werden. Schon am nächsten Tag können die Patienten aufstehen und voll belasten. Die Alternative war früher die Bettruhe und die Abgabe von Schmerzmitteln. Während mindestens drei Wochen brachte jede Bewegung z.B. beim Betten den Patienten fürchterliche Schmerzen. Nicht selten mussten so starke Schmerzmittel gegeben werden, dass wegen Störung der Atmung dann Lungenentzündungen auftraten und die Patienten daran erstickten. Die Operation ist offensichtlich die menschlich richtige Lösung.

- Auf den *Intensivstationen* werden heute schwer kranke Patienten künstlich beatmet. Man hilft ihnen so über die kritische Zeit hinweg. Dank modernen Methoden inklusive intensiver Pflege und Physiotherapie können Patienten gerettet und mit guter Lebensqualität entlassen werden, die früher gestorben oder invalid geworden wären.
- Unser Parlament hat ein *Transplantationsgesetz* beschlossen. Damit soll mehr Menschen, die dies nötig haben, eine Transplantation ermöglicht werden. Das Gesetz will insbesondere das Gewinnen von Organen erleichtern. Dies ist erfreulich. Allerdings wird damit auch die Tür zu einem ganz neuen Behandlungsgebiet weit geöffnet. Es entstehen neue Kosten, die es vorher nicht gab. Interessanterweise hat im Parlament niemand darüber sprechen wollen, wie dieser neue Kostenblock finanziert werden soll. Ich habe absichtlich nachgefragt. Auch von den sonst so beredten Gesundheitsökonominnen und

den notorischen Sparaposteln im Parlament wollte keiner sagen, wie diese Kosten zu decken wären. Heute wird von Versicherern, Behörden und Gesundheitspolitikern verschiedener Parteien Druck gemacht, dass die Kosten nur noch so viel wie die Teuerung steigen sollen. Wenn also etwas Neues (meist sehr Teueres) eingeführt wird, dürfte in der Logik dieser Sparwütigen für gleich viel Geld Bisheriges nicht mehr gemacht werden. Welche Krankheiten sollen wegen vermehrten Transplantationen nicht mehr behandelt werden?

Kostensteigerung nur im Rahmen der Teuerung heisst Rationierung

Wenn das Gesundheitswesen nur um die Teuerung teurer werden soll, heisst das im Klartext: Entweder kein weiterer Fortschritt oder aber, bei jeder Neuerung können bewährte Methoden und Behandlungen nicht mehr erfolgen.

Wir haben also ein Gesundheitswesen, dass natürlich wächst, und zwar in mehr als einer Dimension. Das führt mich zu folgender Schlussfolgerung: Entweder finanzieren wir dieses Wachstum, weil es nämlich Fortschritt bringt und Leiden verhindert, oder wir müssen die Leistungen einschränken. Dies bedeutet: Rationierung für die Grundversicherten. Es kann aber doch nicht die Idee sein, dass wir zwar Transplantationen fördern, dafür aber andere Patienten, die z.B. einen koronaren Bypass benötigen, nicht mehr behandeln!

Sind wir die einzigen mit diesem Problem?

Wenn wir weltweit die verschiedenen Gesundheitssysteme ansehen, fallen sofort zwei Dinge auf: Mit Abstand am teuersten sind die USA – wobei ihr Gesundheitssystem erst noch für die unteren

Es ist einfach zu sparen, indem man neue Methoden für das allgemein versicherte Volk einfach nicht oder zumindest verspätet einführt.

**Das Problem der
ständigen Prä-
miensteigerungen
liegt an den
Kopfprämien.**

Klassen relativ leistungsschwach ist. Die (freiwillige) Versicherung belastet den unteren Mittelstand so stark, dass viele Leute finanziell nicht genügend gesichert sind für den Fall einer schweren oder lang dauernden Erkrankung. Es ist also kein erstrebenswertes System. Paradoxerweise hindern diese Mängel viele unserer Gesundheitsökonominnen nicht daran, die USA als Vorbild zum Sparen zu nehmen. So befürworten sie zum Sparen Systeme wie HMO-Praxen, Second opinion, Gatekeeper, Rating für Ärzte. In unseren Diskussionen um das Gesundheitswesen wimmelt es nur so von Ausdrücken aus der US-health-economy.

Ganz deutlich billiger als unser Schweizer System sind westliche Länder mit einem so genannten Zweiklassensystem. In diesen Systemen gibt es in der Grundversicherung nur eine beschränkte Anzahl anerkannter Heilmethoden, Untersuchungen und Operationen. Man arbeitet mit Wartelisten und Wartezeiten. In Grossbritannien ist z.B. die Wartezeit für einen koronaren Bypass (als Schutz vor einem Herzinfarkt) so lang, dass etliche Patienten vor dem Operationstermin versterben. Gewisse Chemotherapeutika gegen Krebs sind in der Grundversicherung nicht eingeschlossen. Wer mehr Schutz vor Krankheit und bessere Behandlung will, bezahlt es selbst, das heisst, er versichert sich bei einer Privatversicherung zusätzlich gegen die Lücken. Dies ist auch der so genannte Sparplan der SVP: Minimale Leistungen für das obligatorisch versicherte gemeine Volk und Supermedizin für die Reichen.

Natürlich erklären die Propagandisten dieses Systems, bei uns wäre alles «Nötige» dann in diesem Grundkatalog enthalten und nur das so genannt «Überflüssige» soll gestrichen werden. Das dürfte ein schwieriges Unterfangen werden. Aber auch wenn am Anfang der Grundkatalog grosszügig wäre – wer garantiert, dass er mit dem Fortschritt mitzieht? Auch in Grossbritannien war der Katalog der

Grundversicherung ursprünglich sehr grosszügig. Aber Regierungen sind chronisch in Geldnöten. Und es ist dann einfach, im Gesundheitssystem zu sparen, indem man neue Methoden für das allgemeine Volk einfach nicht oder zumindest verspätet einführt. Genau diese Entwicklung hat ja das ursprünglich vorbildliche englische Gesundheitssystem verlottern lassen.

Die Prämiensteigerungen sind das Problem

Die ständigen Prämiensteigerungen, das ist auch klar, sind heute für weniger Verdienende kaum mehr tragbar. Aber das Problem – das ist meine dezidierte Meinung – liegt hier primär nicht bei der Medizin. Denn es ist doch grundsätzlich erfreulich, dass sie immer mehr anbieten kann. Das Problem liegt an den Kopfprämien, die wir haben. Das Problem liegt bei der Finanzierung des Gesundheitssystems.

Unsere Gesellschaft hat mehr als genug Geld für alles Mögliche. Ich meine, sie hat auch genug Geld für ein sich weiter entwickelndes Gesundheitssystem. Aber hier scheut die Mehrheit der Politiker zurück. Sie haben lieber Sündenböcke: zu viele Ärzte, gieriges Pflegepersonal, zu viele Spitalbetten oder zu viele Spitäler, teure Spitex-Organisationen. Diese Politiker rufen nach mehr Kontrolle statt nach besserer Finanzierung.

Was sind die Folgen der heutigen Vogel-Strauss-Politik?

In den letzten Jahren sind in unseren Spitälern die Kosten ein ständiges Thema gewesen. Der Druck auf das Personal ist inzwischen enorm geworden. Wir verbringen heute immer mehr Zeit, einem Kontrolleur zu erklären und zu dokumen-

tieren, was wir getan haben, statt etwas zu tun.

Die meisten öffentlichen Spitäler haben in den letzten Jahren desinvestiert, um Sparerfolge vorweisen zu können. Da wir in der Schweiz auf einem hohen Niveau begonnen haben, merkt man das noch nicht so gut. Die Tünche hält noch, aber die Fundamente sind aufgeweicht.

Das von mir gefürchtete Zweiklassensystem hält schleichend Einzug. Teure Medikamente werden bereits heute vor allem an Patienten verabreicht, denen sie verrechnet werden können. Allgemeinpatienten erhalten zwar auch noch wirksame Medikamente, aber vielleicht solche mit etwas mehr Nebenwirkungen, da sie einer früheren (und damit kostengünstigeren) Medikamentengeneration entstammen. Der Privatpatient wird am Morgen zuerst operiert. Wir führen auch in den öffentlichen Spitälern wieder richtige Privatabteilungen ein, damit wir die Gutzahlen dort speziell verwöhnen können, etwa, indem dort weniger Lehrpersonal beschäftigt ist. Auf diesen Stationen arbeiten auch unsere Starschwestern und Starpfleger. Der Chefarzt kommt mindestens täglich vorbei usw. Schlimm ist, dass dieser Trend rasch zunimmt. Nicht etwa, weil wir wollen, sondern weil wir mit dem Spardruck dazu gezwungen werden. Wir rutschen allmählich und schleichend in das Zweiklassensystem hinein. Und dieses Zweiklassensystem heisst für die allgemein Versicherten Rationierung. Die Schweiz bewegt sich auf ein System zu, in dem wir Ärztinnen und Ärzte entscheiden müssen, wer was erhält, da es nicht mehr für alle reichen wird. Hier wehre ich mich ganz entschieden.

Ich will nicht, dass unsere Ärzte wegen einem zu niedrigen Globalbudget ab November rationieren müssen, weil das Jahresbudget der allgemein Versicherten aufgebraucht ist. Wir müssen daher über die

schleichende und bevorstehende Rationierung sprechen. Wir müssen über die bessere Finanzierung der Kassenprämien sprechen. Andererseits müssen diejenigen, welche eine irgendwie geartete Rationierung als richtig ansehen, gezwungen werden, uns zu sagen, wo und wie rationiert werden soll. In den USA hat es z.B. während einer gewissen Zeit Kommissionen gegeben, welche bei Patienten mit Nierenversagen prüften, ob sie es wert waren, an die künstliche Niere mit ihren hohen Kosten angeschlossen zu werden. Kriterien waren unter anderem das Alter, die Zuverlässigkeit, mit der die Medikamente voraussichtlich eingenommen werden, und der Wert der betroffenen Person für die Gesellschaft.

Die Rationierungsdiskussion muss offen geführt werden

Gesundheitsökonomen und Politiker scheuen diese Diskussion. Sie versuchen, die von ihnen verursachten heiklen Entscheide auf die Ärztinnen und Ärzte abzuschieben.

Der Entscheid, wo und wie allenfalls rationiert werden soll, ist ein hochpolitischer und nicht ein ärztlicher Entscheid. Das Volk muss dazu befragt werden. Wir müssen aufhören, im Hinterzimmer darüber zu reden, und wir müssen aufhören, die schleichende Einführung der Rationierung im Gesundheitswesen zu tolerieren.

Paul Günter, Dr. med., ist Chefarzt am Spital Interlaken und SP-Nationalrat. Er ist Mitglied der Task-Force Patientensicherheit des BSV und Präsident der Stiftung SanaCERT; Paul.Guenter@spitalinterlaken.ch



Fotos: Iris Krebs

