

Psychologisches Institut, Sozialpsychologie I¹, Zentrum für Gerontologie², Universität Zürich

¹H. R. Schelling, ²A. Wettstein

Einstellungen von Seniorinnen und Senioren zur Rationierung im Gesundheitswesen – vor und nach einer Vorlesungsreihe

Senior's Attitudes about Rationing of Health Care – Before and After a Series of Lectures

Zusammenfassung

Vor dem ersten Vortrag der öffentlichen Vortragsreihe «Rationierung im Gesundheitswesen: Betagte als Opfer?» und vor einem Vortrag bei einer Pensionierten-Vereinigung zum gleichen Thema, wurde eine Befragung aller Teilnehmer durchgeführt und nach Ende der Vorlesungsreihe wiederholt.

Initial beteiligten sich 69 HörerInnen (2/3 Frauen, Durchschnittsalter 64 Jahre, zu 50 % aus dem Gesundheits- oder Sozialwesen) und 57 pensionierte Kaufleute (1/2 Frauen) und am Schluss 45 HörerInnen (Durchschnittsalter 65 Jahre), davon nahmen 30 an beiden Befragungen teil.

Die Mehrheit glaubt, dass Rationierung schon lange stattfindet, nur ca. 1/6 lehnt sie prinzipiell ab. Beinahe alle Befragten befürworten als Kriterium für den Anspruch auf medizinische Leistungen die Lebensqualität nach Behandlung und die Lebenserwartung, während personenbezogene Kriterien wie Nationalität, gesellschaftliche Rolle, Selbstverschulden und kalendarisches Alter mehrheitlich abgelehnt wurden, weniger deutlich von den Kaufleuten als von den HörerInnen. Nach der Vorlesungsreihe ist die Ablehnung noch deutlicher.

Die Befragten urteilen differenziert über komplexe Mittelallokationsentscheidungen und befürworten eine Entscheidung der Patienten selbst, ausser diese seien demenz; eine grosse Minderheit lehnt die Entscheidung durch höchstbetagte Patienten selbst ab, auch wenn diese nicht demenz sind.

Schlussfolgerung: Die befragten Betagten fordern ein Ausschöpfen der Rationalisierung vor der Rationierung. Rationierungskriterien müssten universalistisch sein und vom Volk getragen werden.

Schlüsselwörter: Rationierung im Gesundheitswesen – alte Menschen – Altersdiskriminierung – Einstellungen – Attribution – Fragebögen – Nachuntersuchungen

Einleitung und Fragestellung

Werden die Betagten zu Opfern der Rationierung im Gesundheitswesen? Sind sie es vielleicht heute schon? Darf das Alter ein Kriterium sein bei der Zuteilung von Leistungen des Gesundheitswesens? Diese und damit verwandte Fragen bildeten den Fokus der Vorlesungsreihe und des Seminars des Zentrums für Gerontologie der Universität Zürich im Winter 1999/2000, die im vorliegenden Heft dargestellt sind. Die drohende, schon vorhandene, unumgängliche oder um jeden Preis zu vermeidende Rationierung in diesem existentiellen Bereich wurde in den letzten Jahren zu einem der brisantesten gesellschafts- und sozialpolitischen Themen in der Schweiz. Die Veranstaltungsreihe sollte einen bisher sträflich vernachlässigten Aspekt in die Diskussion einbringen: die Überlegungen und Positionen der von einer Rationierung potentiell betroffenen Menschen – insbesondere alter Menschen.

Neben Diskussionen im Anschluss an die Vorträge und der Erarbeitung von Thesen in Seminargruppen sollten solche Positionen durch eine Befragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer festgestellt werden. Ohne Anspruch auf Repräsentativität für die Gesamtheit alter Menschen zu erheben, wurden die TeilnehmerInnen sowie eine externe Vergleichsgruppe im Rahmen einer

schriftlichen Befragung mit quasi-experimentellen Anteilen um Stellungnahme zu Grundsatzfragen der Rationierung und Leistungsbegrenzung in der Medizin, zu möglichen Kriterien, Zuständigkeiten und einigen Szenarien gebeten. Bei den BesucherInnen der Vorlesungsreihe an der Universität liegen zwei Erhebungen vor: eine vor dem ersten Vortrag, eine nach dem letzten, also nach 14 Stunden Informationsvermittlung. Die Studie sollte deskriptive Informationen über Meinungen und Einstellungen liefern, zusätzlich aber auch Effekte der Vorlesungsreihe und theoretische Zusammenhänge bzw. Unterscheidungen sichtbar machen.

Drei vergleichende Perspektiven und Hypothesen stehen im Zentrum des analytischen Teils:

1. Unterscheiden sich die Positionen der BesucherInnen der Vorlesungsreihe – von denen viele früher im Gesundheitswesen beschäftigt waren – vor den Vorträgen von den Positionen einer externen Vergleichsgruppe aus dem kaufmännischen Bereich? Wir erwarteten solche Unterschiede in der Richtung, dass die VorlesungsbesucherInnen in stärkerem Ausmass universalistische Kriterien – ohne Ansehen der Person – bei der Zuteilung von Gesundheitsleistungen vertreten würden als die Menschen, die

im kaufmännischen Sektor tätig gewesen waren. Wir nahmen an, dass einerseits die berufliche Sozialisation der ersten Gruppe eher soziale, der zweiten eher ökonomische Gesichtspunkte nahe legte und dass andererseits die Teilnahmeabsicht an den Vorlesungen ein höheres Interesse und eine stärkere Auseinandersetzung mit dem Thema ausdrückten. Beides führt unseres Erachtens zu universalistischeren Positionen.

2. Spielen das Lebensalter der Patientin bzw. des Patienten, der allgemeine gesundheitliche Zustand und die zugeschriebene Ursache eines zu behandelnden Leidens eine Rolle für die Massnahmen und deren Kosten, die man in (fiktiv geschilderten) konkreten Fällen für adäquat hält? Wir gingen davon aus, dass solche Kriterien in konkreten Szenarien entscheidungsrelevant wären, sogar wenn sie grundsätzlich abgelehnt würden. Es fällt leichter, einem Grundsatz «*ceteris paribus*» zuzustimmen, als diesen im Anwendungsfall durchzuhalten; fehlende Informationen über weitere Begleitumstände werden dort rasch mit erfahrung- oder vorurteilsgestützten Vermutungen über «typische Situationen» ausgefüllt.
3. Verändern sich die Positionen der ZuhörerInnen durch die Informationen und Überlegungen, die ihnen in den Vorträgen vermittelt werden? Veränderungen zu stärker universalistischen Positionen wurden erwartet; einerseits auf Grund der differenzierten Auseinandersetzung mit dem Thema an sich, andererseits in Übereinstimmung mit den Positionen der ReferentInnen, die alle das Lebensalter, aber auch andere zugeschriebene und personbezogene Merkmale, als massgebliche Rationierungskriterien verwarfen.

Summary

Prior to the first lecture in the public series of lectures entitled «Rationing of Health Care: Are Elderly the Victims?» and before a lecture given to a Senior Citizens Association on the same subject, all participants were polled. The polling was repeated at the end of the lecture series. The initial participation totalled 69 with two-thirds women, average age 64 years (50% were from the health care or social welfare sector), and 57 retired business people (50% women). At the end, there were 45 listeners (average age 65 years), with 30 taking part in both surveys.

The majority believed that rationing is already taking place, only 1/6 rejected such measures in principle. When asked, nearly all those surveyed were in favor of quality of life after treatment and life expectancy as criteria for the right to medical services. Personal criteria, such as nationality, social role, self-related causes and calendar age were rejected by the majority, although less clearly by the business people than by the general participants. This rejection became more marked after the lecture series. Those surveyed gave various specific judgements on decisions about the complex allocation of resources and favored decision-making by patients themselves unless they were senile. A large minority were opposed to very elderly patients making decisions themselves, even if they were not senile.

Conclusion: The elderly persons polled demand that all rationalization measures be exploited before rationing is implemented. Rationing criteria must be of a universal nature and borne by the general public.

Key words: rationing of health care – aged – age discrimination – attitudes – attribution – questionnaires – followup studies

Methode

Die Studie basiert auf standardisierten schriftlichen Befragungen im Rahmen von öffentlichen bzw. halböffentlichen

Veranstaltungen. Es kann daher kein Anspruch auf Repräsentativität für irgend eine Grundgesamtheit erhoben werden; die deskriptiven Ergebnisse sind nicht verallgemeinerbar. Dies gilt grundsätzlich auch für die analytischen Ergebnisse, wobei experimentelle und quasi-experimentelle Befunde in der Regel weniger anfällig auf Stichprobenverzerrungen sind, also leichter als Grundlage begründeter Hypothesen für weitere Untersuchungen verwendet werden können.

Stichproben

Folgende Gruppen wurden befragt:

1. 69 Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Einführungsvorlesung der öffentlichen Vortragsreihe «Rationierung im Gesundheitswesen: Betagte als Opfer?» an der Universität Zürich. Nach der Begrüssung wurden die Fragebogen (FB a) verteilt, formal erläutert und nach 25 Minuten eingesammelt. Das Alter streut von 32 bis 80 Jahren, das arithmetische Mittel (*M*) beträgt 64 Jahre, der *Median* 66.

Weitere demographische Merkmale sind Tab. 1 zu entnehmen.

2. 57 Teilnehmerinnen und Teilnehmer eines medizinischen Vortrags bei der Pensioniertenvereinigung des Kaufmännischen Verbands Zürich (Vergleichsgruppe). Vorgehen wie bei 1., Fragebogen FB a). Hier war die jüngste Person 62 Jahre alt, die älteste 93, bei einem Mittelwert (*M*) von 73 und einem *Median* von 72.
3. 45 Teilnehmerinnen und Teilnehmer der letzten Vorlesung der Vortragsreihe an der Universität (vgl. 1.). Im Anschluss an den Vortrag wurden die Fragebogen (FB b) verteilt, formal erläutert und nach 30 Minuten eingesammelt. Das Altersspektrum reicht von 29 bis 80 Jahren; Mittelwert (*M*): 65 Jahre, *Median*: 68.
4. 30 Personen haben sowohl den ersten (FB a) als auch den zweiten Fragebogen (FB b) ausgefüllt und konnten auf Grund der Übereinstimmung des persönlichen Codes in den

quasi-experimentellen Längsschnitt aufgenommen werden. Es handelt sich somit im Wesentlichen um die Schnittmenge der Gruppen 1 und 3. Bis auf zwei Personen hatten alle den ersten Fragebogen an der Uni ausgefüllt.

Die Altersverteilung gleicht denn auch derjenigen von Gruppe 1: Bereich von 35 bis 79 Jahren, *M* = 64, *Median* = 68.

Tab. 1 zeigt die Verteilung der demographischen Merkmale in den vier Gruppen. Zur besseren Vergleichbarkeit sind Prozentzahlen aufgeführt, wobei zu beachten ist, dass die absoluten Zellenbesetzungen zum Teil sehr gering sind.

Auffällig sind die starke Vertretung von Frauen in Gruppe 1 sowie das höhere Durchschnittsalter und die häufig geringere formale Bildung in Gruppe 2. Das aktuelle oder frühere Berufs- und Tätigkeitsfeld wurde offen erfragt und anschliessend den Kategorien zugeordnet. Der Schwerpunkt der Berufstätigkeit liegt bei den an der Universität

TAB. 1: DEMOGRAPHISCHE MERKMALE DER BEFRAGTEN GRUPPEN, IN PROZENTEN

		Gruppe 1 FB a, Uni	Gruppe 2 FB a, KV	Gruppe 3 FB b, Uni	Gruppe 4 FB ab, Uni
Merkmal	Ausprägung	N=69	N=57	N=45	N=30
Geschlecht	Frauen	64.2	50.0	53.5	53.3
	Männer	35.8	50.0	46.5	46.7
Alter	29-59	21.5	0.0	16.3	23.3
	60-64	18.5	6.0	16.3	16.7
	65-69	21.5	14.0	25.6	20.0
	70-74	23.1	46.0	25.6	26.7
	75-93	15.4	34.0	16.3	13.3
Bildung	Primarschule	3.1	4.1	2.4	3.3
	Real-/Sek.	3.1	8.2	7.3	6.7
	Berufs-/Gewerbeschule	23.1	69.4	9.8	10.0
	Mittelsch./Gymnasium	13.8	10.2	19.5	16.7
	Höhere Fachschule	41.5	6.1	43.9	43.3
	Hochschule/Universität	15.4	2.0	17.1	20.0
Beruf/Tätigk.	Gesundheitswesen	30.8	4.3	26.7	33.3
	Sozialwesen	18.5	2.1	13.3	10.0
	Bildung/Öffentlichkeit	10.8	4.3	15.6	6.7
	kaufmänn. Bereich	20.0	76.6	26.7	23.3
	techn. Bereich	13.8	8.5	11.1	16.7
	anderer Bereich	6.2	4.3	6.7	10.0
Total (pro Merkmal)		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

(Prozentangaben beziehen sich auf gültige Antworten)

Befragten deutlich stärker in den Bereichen Gesundheits-, Sozial-, Bildungs- und Erziehungswesen sowie Öffentlichkeitsarbeit und Medien als in Gruppe 2, wo – nicht erstaunlich angesichts der Umstände jener Befragung – der kaufmännische Bereich dominiert.

Messinstrumente

Zur Erhebung der Einstellungen und «Meinungen zu Rationierung und Leistungsbegrenzung im Gesundheitswesen» (so der Titel auf dem Fragebogen) wurden zwei weitgehend gleiche standardisierte Fragebogen mit zehn Fragen bzw. Fragenkomplexen auf vier Seiten (FB a) bzw. mit dreizehn Fragen(-komplexen) auf sechs Seiten (FB b) verwendet. Die fiktiven Szenarien sind in Abb. 2 dargestellt.

Datenanalyseverfahren

Als Grundlage der deskriptiven Darstellung dienen einfache Häufigkeitsauszählungen mit Prozentwerten sowie Mittelwerte. Gruppenunterschiede zwischen HörerInnen an der Universität und SeniorInnen des KV werden entsprechend dem jeweiligen Skalenniveau auf Signifikanz getestet. Für nominalskalierte Daten (Fragen 1–4, 7, 8) werden χ^2 -basierte Testverfahren (Pearson's χ^2) und Zusammenhangsmaße (Cramer's V) verwendet. Die theoretisch intervall-, praktisch aber mindestens ordinalskalierten Variablen der Fragen 5 und 6 werden mittels t -Test für unabhängige Stichproben auf Mittelwertsunterschiede getestet und zur Sicherheit mit dem auf Ordinaldaten zugeschnittenen und weniger auf Verteilungsformen anfälligen Mann-Whitney U -Rangtest validiert.

Ebenfalls zur Validierung werden Partialkorrelationen berechnet, um Effekte des Geschlechts, des Alters und der Bildung auszuschließen. Zwar ist der entsprechende Signifikanztest wegen mangelnder Intervallskalierung der Kontrollvariablen nicht zuverlässig, doch geben die auch für dichotome und ordinalskalierte Variablen robusten partiellen Korrelationen Auskunft darüber, ob die Zusammenhänge bei Kontrolle der

Drittvariablen bestehen bleiben. Zur Überprüfung der Hypothesen 1 und 3 werden Skalen zu den Variablen der Frage 5 gebildet. Vorerst wird mit Hilfe einer PCA (Principal Components Analysis) die Eindimensionalität der theoretischen Konstrukte sowie mit einer Itemanalyse die Reliabilität überprüft. Aus den reliablen Items entstehen durch Addition der Einzelwerte die entsprechenden Likertskalen, die dann auf Gruppenunterschiede geprüft werden. Die Szenarien zu Frage 3 im Fragebogen b werden mittels einer multivariaten Varianzanalyse für wiederholte Messungen auf Effekte des zugeschriebenen Alters und gesundheitlichen Zustandes überprüft. Die unterschiedlichen Szenarien sind als neun quasi-experimentelle Messwiederholungen 4 zu verstehen, die sich kombiniert in je einer Stufe der Merkmale Alter und Gesundheit voneinander unterscheiden, analog zu einer experimentellen Intervention. Um die Antwortkategorien inhaltlich homogener, «eindimensionaler» zu machen und den formalen Anforderungen der MANOVA an Skalierung und Verteilung besser gerecht zu werden, wurden die Kategorien «teurer Schrittmacher» und «Patientin entscheidet» zusammengefügt. Damit entsteht ein Messdesign mit den zwei dreistufigen Faktoren Alter und Gesundheit sowie der dreistufigen abhängigen Variable Interventionsentscheid.

Frage 4 (Szenarien «Krebs» mit verschiedenen Ursachen) testen wir, nach einer Dichotomisierung des Entscheids (kein Eingriff versus irgend ein Eingriff oder Patientenentscheid), mit dem McNemar-Test für Paarvergleiche in abhängigen Stichproben.

Die Effekte der Informationsvermittlung, die sich natürlich auf Grund einer fehlenden Kontrollgruppe nicht eindeutig von externen Einflüssen trennen lassen, müssten sich in individuell veränderten Antworten ausdrücken. Die wichtigsten Veränderungen werden deskriptiv dargestellt und mit dem Wilcoxon-Test für Messwiederholungen (bei Rangdaten) bzw. mit dem t -Test

für gepaarte Stichproben (bei Intervalldaten) auf Signifikanz geprüft.

Ergebnisse

Befragung vor der Vortragsreihe: deskriptive Ergebnisse und Gruppenvergleich Universität/Kaufmännischer Verband

Zuerst sind die Ergebnisse der ersten Befragung (FB a), also die «naiven» Meinungen der Befragten in den Stichproben Universität ($N = 69$) und Kaufmännischer Verein (KV; $N = 57$) sowie die Unterschiede zwischen diesen beiden Stichproben darzustellen.

In beiden Gruppen dominiert die Auffassung, eine Rationierung sei (noch) kein Thema, zuerst solle rationalisiert werden. Während fast zwei Drittel der Befragten an der Universität diese Meinung vertraten, sind es bei den KV-SeniorInnen rund 44 %. 23–25 % sind der Auffassung, eine Rationierung sei heute schon notwendig und unumgänglich (Abb. 1). Die Verteilungen der Gruppen unterscheiden sich signifikant: $\chi^2 = 8.428$, $df = 3$, $p = .038$, Cramer's $V = .26$, $N = 126$.

Ähnlich verhält es sich mit der Einschätzung, ob (versteckte) Rationierung heute schon stattfindet, erst seit kurzem in einigen Bereichen des Gesundheitswesens praktiziert werde oder noch nicht existiere. In beiden Gruppen findet sich die gleiche Rangfolge der Antworten, aber die meistgenannte Kategorie – Rationierung finde schon länger statt – ist bei Befragten an der Uni mit 74 % um die Hälfte häufiger als bei den KV-Befragten (Abb. 1). Die gesamte Verteilung unterscheidet sich signifikant: $\chi^2 = 13.149$, $df = 3$, $p = .004$, Cramer's $V = .32$, $N = 125$.

Die Reaktionen der beiden Gruppen auf die Szenarien «Herzrhythmusstörung bei 93-jähriger, bisher rüstiger Heimbewohnerin» und «Lungenkrebs bei 75-jährigem Mann» (Kasten 1 und 2) unterscheiden sich nicht signifikant. In beiden Fällen entschied sich eine überwiegende Mehrheit für den freien Entscheid der Patientin bzw. des Patienten (Abb. 2).

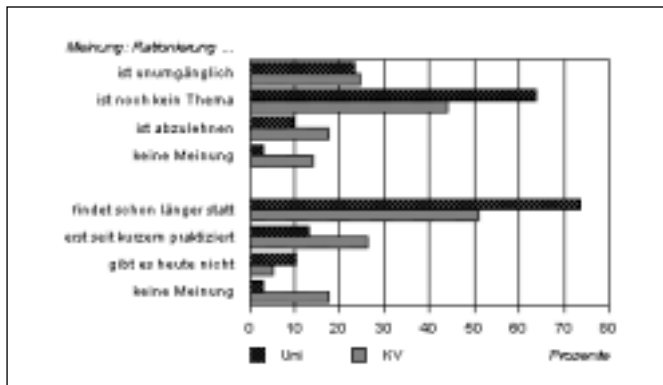


Abb. 1: Einschätzung der Notwendigkeit und der aktuellen Praxis einer Rationierung im Gesundheitswesen

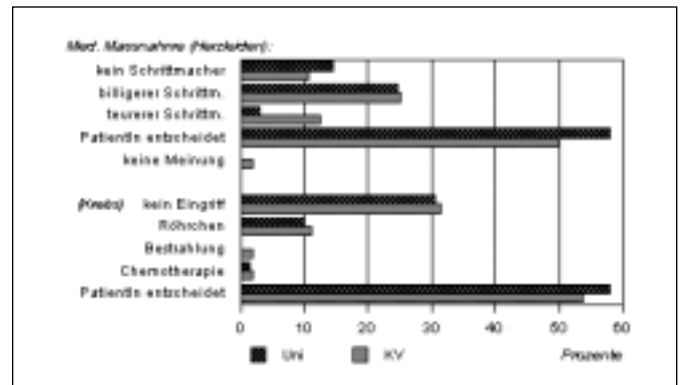


Abb. 2: Gewählte Massnahmen bei den Szenarien 93-jährige Heimbewohnerin mit Herzrhythmusstörung, 75-jähriger Mann mit Lungenkrebs

Erstes Szenario

«Eine bisher recht rüstige 93-jährige Altersheimbewohnerin wurde nach einem Sturz mit Oberarmbruch ins Spital eingewiesen. Als wahrscheinlicher Grund für den Sturz fand sich eine Herzrhythmusstörung. Um weitere Stürze zu verhindern, wäre die Einpflanzung eines Herz-Schrittmachers nötig (kleiner Eingriff). Zwei Schrittmacher-Modelle stehen zur Verfügung: ein einfaches Modell, Kosten 6000.– Fr., Komplikationsrisiko 10%, und ein modernes Modell, Kosten 12 000.– Fr., Komplikationsrisiko unter 1%. Die Kosten gehen mehrheitlich zu Lasten der öffentlichen Hand (via Defizitgarantie für Spital).» Zu entscheiden war nun, ob der Patientin kein, ein billigerer oder ein teurerer Herzschrittmacher eingelegt werden sollte, oder ob man die Patientin selbst entscheiden lassen würde.

Zweites Szenario

«Ein 75-jähriger Mann hustet Blut. Es findet sich ein Lungenkrebs mit zwei Metastasen in andern Lungenflügeln. Die Krankheit ist unheilbar und führt wahrscheinlich innert einiger Monate zum Tod.»

Wiederum war eine Handlungsweise auszuwählen:

- a) kein Eingriff; zur Behandlung des Hustenreizes Codein oder Morphinumtablettchen. Kosten: 200.– Fr.
- b) Einlegen eines Röhrchens zur bes-

seren Belüftung, weniger Bluten.

Vermutlich 1 Monat Lebensverlängerung. Kosten: 10 000.– Fr.

- c) wie b), jedoch zusätzliche Bestrahlungen. Vermutlich drei Monate Lebensverlängerung – der Patient ist jedoch durch Bestrahlung geschwächt. Kosten: 30 000.– Fr.

- d) Wie c), jedoch zusätzlich zur Bestrahlung noch Chemotherapie. Vermutlich fünf Monate Lebensverlängerung – nach jeder Chemotherapie leidet der Patient jedoch 1–2 Wochen an Übelkeit und starker allgemeiner Schwäche. Kosten: 50 000.– Fr.

- e) Man lässt den Patienten entscheiden, welche der Optionen (a–d) er wünscht.

Wenn Rationierungsmassnahmen im Gesundheitswesen beschlossen würden, sollten nach übereinstimmender Meinung der Befragten beider Gruppen in erster Linie die Lebensqualität nach der Behandlung, die medizinische Prognose und die Art der Erkrankung zentrale Kriterien für die Zuteilung teurer medizinischer Behandlungen sein (Frage 5, Abb. 3). Die übrigen Kriterien sind umstrittener: die Mittelwerte der beiden Gruppen unterscheiden sich signifikant (gemäss *t*-Test; vgl. Abb. 3). Die Befunde halten auch dem für Ordinaldaten passenden und weniger auf Verteilungsformen anfälligen Mann-

Whitney *U*-Rangtest stand; sämtliche Signifikanzwerte erreichen dasselbe Niveau.

Die Gruppenunterschiede lassen sich nicht durch die unterschiedlichen Geschlechts-, Alters- und Bildungsmerkmale der Gruppen erklären. Partialkorrelationen bestätigen, dass die Unterschiede bzw. Zusammenhänge in der gleichen Grössenordnung bestehen bleiben, wenn diese Merkmale statistisch kontrolliert sind.

Die Principal Component Analysis (PCA) der neun Kriterien ergibt nach dem Eigenwert-Kriterium (> 1) zwei Faktoren, wobei d), e), i), g) und h) dem ersten, a), b), f) und c) dem zweiten Faktor zugeordnet werden. Dies entspricht weitgehend den erwarteten Zuordnungen zu den Konstrukten «personbezogene» und «universalistische Kriterien»; mit Ausnahme von c) (Lebensalter), das wir als stärker personbezogen verstehen. Indessen lädt dieses Item auch auf den Faktor 2 recht stark (.39; Faktor 1: .53). Ein eindimensionales Kontinuum mit den beiden Polen «universalistische» und «personbezogene Kriterien» existiert somit nicht. Im Interesse der theoretischen Klarheit wird in separaten PCAs die Eindimensionalität der postulierten Konstrukte (d. h. «Lebensalter» als Teil von personbezogenen Kriterien) überprüft und bestätigt.

Die Itemanalyse für die Skala «universalistische Kriterien» legt nahe, Krite-

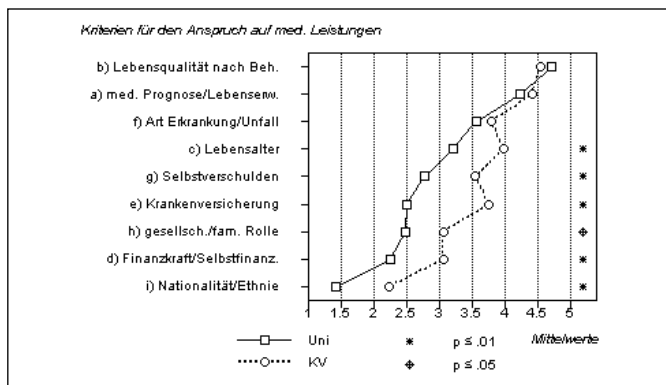


Abb. 3: Wichtigkeit von neun Kriterien für den Anspruch auf teure medizinische Behandlungen (Mittelwerte; 1 = ganz unwichtig, 5 = sehr wichtig)

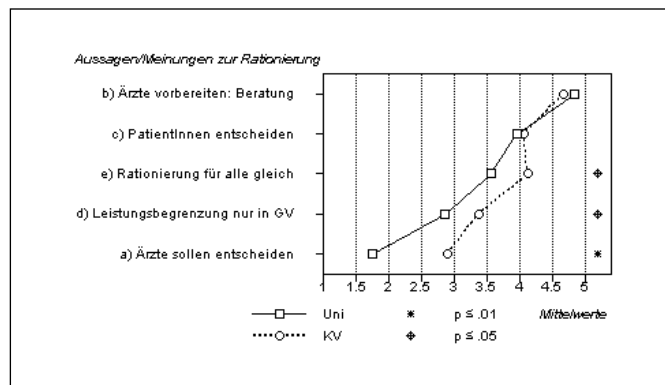


Abb. 4: Zustimmung zu bzw. Ablehnung von fünf Aussagen zur Leistungsbegrenzung im Gesundheitswesen (Mittelwerte; 1 = starke Ablehnung, 5 = starke Zustimmung)

rium f (Art der Erkrankung) auszuschließen, da sich damit die Reliabilität (Cronbach's *Alpha*) von .566 auf .606 erhöht. Die Skala «personbezogene Kriterien» weist ein *Alpha* von .711 auf. Die beiden Skalen erweisen sich somit als hinreichend reliabel für einen Gruppenvergleich.

Da die beiden «universalistischen» Kriterien von beinahe allen Befragten als sehr wichtig eingestuft worden waren, weist die additive Skala eine extrem schiefe Verteilung auf. Bei einem Wertebereich von 2 bis 10 befinden sich 73% der Befragten in den Stufen 9 und 10. Die Gruppen Uni und KV unterscheiden sich nicht.

Die Skala «personbezogene Kriterien» hingegen ist fast ideal normalverteilt: Wertebereich 6 bis 29, $M = 16.33$, $SD = 5.10$, $Median = 16$, 1. Quartil bei 12, 3. Quartil bei 19.

Die in den Einzelanalysen gefundenen Gruppenunterschiede kommen hier verstärkt zum Ausdruck: Die Befragten an der Uni haben einen Mittelwert von 14.38 ($SD = 3.86$), diejenigen des KV einen von 19.58 bei einer Standardabweichung von 5.29 ($t = -5.54$, $df = 94$, $p \leq .001$, $N = 96$). Es besteht eine starke Korrelation zwischen Gruppenzugehörigkeit (unabhängige Variable UV) und Skalenwert (AV) von $Eta = .50$. Fast alle Befragten waren sich einig, dass die Ärzte besser auf die Aufgabe vorbereitet werden sollten, die PatientInnen über den Sinn einer Behandlung

zu beraten (Frage 6). Auch der Letztentscheid der PatientInnen über die Behandlung wurde von den meisten unterstützt. In diesen beiden Punkten unterscheiden sich die Gruppen nicht (Abb. 4). Nicht sehr starke, aber systematische und signifikante Unterschiede sind hingegen bei der Zustimmung zu den Aussagen, für alle sollten die gleichen Regeln gelten, bei Finanzierung aus dem eigenen Sack bzw. aus einer Privatversicherung dürfe es keine Einschränkung geben, d. h. eine Leistungsbegrenzung komme nur in der Grundversicherung in Frage, und es sei allein Aufgabe der Ärzte, über eine mögliche Behandlung zu entscheiden, zu finden. Da die Verteilungen der einzelnen Items erheblich von der Normalität abweichen, wurden die Unterschiede mit dem Mann-Whitney *U*-Test überprüft. Die Signifikanzniveaus bleiben sich gleich wie beim *t*-Test.

Der Validierung mit Partialkorrelationen (nach Alter und Geschlecht) halten nur die Gruppenunterschiede in den Items a) und e), also die Entscheidungskompetenz der Ärzte und die Gleichheit, stand.

Die PCA mit Varimax-Rotation trennt die fünf Aussagen in drei Dimensionen; d) und e) («Gleichheit»; unterschiedlich gepolt), c) und a) («autoritäre Haltung»; ebenfalls unterschiedlich gepolt) und b) als Einzel-Item. Dies entspricht der theoretisch erwarteten Aufteilung. Auf Grund der geringen Korrelationen

zwischen den zusammengehörenden Items ($r < .16$) erübrigt sich indessen eine weitere Analyse.

Sollen strengere Richtlinien für den Anspruch auf medizinische Leistungen festgelegt werden (Frage 7)? Eine absolute Mehrheit der Befragten an der Uni (66%) und eine relative beim KV (46%) sprach sich für Richtlinien bezüglich der medizinischen Wirksamkeit und Erfolgswahrscheinlichkeit aus. Weitere 4% (Uni) bzw. 14% (KV) hielten solche auch bezüglich sozialer Merkmale der PatientInnen für richtig. Gegen strengere Richtlinien wandten sich 22% (Uni) bzw. 18% (KV); keine Meinung hatten 7% (Uni) bzw. 23% (KV). Die Unterschiede sind signifikant: $p \leq .05$, Cramer's $V = .30$, $N = 125$. Solche Richtlinien sollten entweder von medizinischen Fachorganisationen (Uni: 26%; KV: 33%) oder vom Volk in einer Abstimmung (Uni: 23%; KV: 30%) erlassen werden. Der Regierung (Uni: 6%; KV: 2%) und dem Parlament (Uni: 5%; KV: 4%) wollten nur wenige diese Kompetenz zusprechen, der Verwaltung gar nur eine Person. 12% bzw. 2% (KV) nannten in offener Form anderes, z. B. Ethik- und interdisziplinäre Kommissionen unter Beteiligung von Patientenorganisationen, Ärzten und Pflegeteams, oder auch eine Kombination der vorgegebenen Instanzen. Mehr als ein Viertel (Uni: 27%, KV: 30%) mochte sich indessen nicht entscheiden.

Berücksichtigt man nur die Personen, die zuvor strengere Richtlinien befürwortet hatten, erhöhen sich die meisten Prozentwerte; «keine Meinung» reduziert sich auf 11% (Uni) bzw. 18% (KV). Einige Gruppenunterschiede erscheinen interessant, die Verteilungen sind aber nicht signifikant verschieden.

Befragung nach der Vortragsreihe: Szenarien als quasi-experimentelle Versuchsanordnung

Da für den Zeitvergleich echte Längsschnittdaten im Sinne von Vorher-Nachher-Messungen für jede Person geeigneter sind (siehe folgenden Teil), sollen an dieser Stelle nur die für die zweite Befragung spezifischen Resultate, nämlich die Variationen von zwei Szenarien, dargestellt werden. 45 Personen füllten den zweiten Fragebogen aus, davon hatten 40 (90 %) mindestens sechs der acht Vorträge besucht. Das Szenario der Frage 3 war im zweiten Fragebogen um Varianten erweitert. Die ProbandInnen hatten anzugeben, wie sie bei einer Sturzgefährdung der Patientin auf Grund von Herzrhythmusstörungen bezüglich Implantation eines Herzschrittmachers entscheiden würden, und zwar bei einer Patientin, die 62-, 81- oder 101-jährig und rüstig, pflegebedürftig oder pflegebedürftig und dement war. Tab. 2 zeigt die Ergebnisse in Prozenten pro Szenario. Unschwer ist zu erkennen, dass die Entscheide mit zunehmendem Alter und verschlechtertem Gesundheitszustand der Patientin restriktiver werden. Für die Erhärtung des Befundes durch die MANOVA wurden das Hauptszenario «Alter 93», das keine Varianten bezüglich Gesundheit aufweist, weggelassen sowie die Kategorien «teurer Schrittmacher» und «Patientin entscheidet» zusammengefasst. 13 ProbandInnen konnten wegen unvollständig beantworteter Fragen nicht berücksichtigt werden; die berücksichtigte Stichprobengrösse beträgt $N = 32$. Der Haupteffekt des Faktors «Gesundheit» ist hoch signifikant: $F(2,30) = 53.462, p \leq .001$, Effektgrösse $Eta^2 = .781$. Auch das Alter der Patientin stellt einen signifikanten Haupteffekt dar:

TAB. 2: GEWÄHLTE MASSNAHMEN BEI SZENARIEN «HERZRHYTHMUSSTÖRUNG», NACH ALTER UND GESUNDHEIT DER PATIENTIN, IN PROZENTEN PRO SZENARIO

Gesundheitl. Zustand	Massnahme/ Entscheid	Alter			
		62	81	93	101
		N=43	N=42	N=44	N=43
rüstig	kein Schrittmacher	2	0	2	9
	billiger Schrittmacher	2	21	20	26
	teurer Schrittmacher	28	7	2	0
	Patientin entscheidet	67	71	75	65
		N=39	N=37		N=38
pflegebedürftig	kein Schrittmacher	3	14		21
	billiger Schrittmacher	28	32		32
	teurer Schrittmacher	13	0		0
	Patientin entscheidet	56	54		47
		N=37	N=36		N=38
pflegebedürftig/dement	kein Schrittmacher	35	50		74
	billiger Schrittmacher	35	42		21
	teurer Schrittmacher	24	3		3
	Patientin entscheidet	5	6		3
		N=37	N=36		N=38
Total pro Zustand		100%	100%	100%	100%

(Wegen Rundungen ergeben die Summen in den Zellen nicht immer genau 100.)

$F(2,30) = 12.924, p \leq .001$, Effektgrösse $Eta^2 = .463$. Es gibt keinen nennenswerten Interaktionseffekt Gesundheit*Alter ($F(4,28) = 1.507, p = .227$, Effektgrösse $Eta^2 = .177$). Die Effekte sind bezüglich Alter und Geschlecht der Befragten robust. Der Einbezug dieser Faktoren ergibt dafür weder signifikante Haupt- noch Interaktionseffekte; die genannten Werte bleiben sich praktisch gleich. Tab. 3 zeigt die Entscheide zum fiktiven Szenario «75-jähriger Mann mit Krebs» in den Ursachevariationen «unbekannt» (GrundszENARIO), «Zigarettenrauchen», «Lösungsmittel» und «Autoabgase». Es finden sich vor allem Unterschiede in den Besetzungen der Antworten «kein Eingriff» und «Patient entscheidet». Nach einer Dichotomisierung des Entscheids (kein Eingriff versus irgend ein Eingriff oder Patientenentscheid) prüfen wir die Unterschiede zwischen je zwei Szenarien mit dem McNemar-Test für Paarvergleiche. Die Ergebnisse zeigen

signifikante Unterschiede bei unverschuldeter Ursache im Vergleich zu unbekannter Ursache oder Ursache Zigarettenrauchen ($p = 0.016$ in beiden Fällen).

Längsschnitt: Effekte der Vortragsreihe auf die Einstellungen zur Rationierung im Gesundheitswesen

45 Personen hatten den zweiten Fragebogen nach den Vorträgen ausgefüllt, 33 davon gaben darin an, bereits an der ersten Befragung teilgenommen zu haben. Trotzdem konnten nur je 30 Fragebogen der beiden Untersuchungszeitpunkte einander zweifelsfrei zugeordnet werden. Die Stichprobe ist überdurchschnittlich gebildet und stammt zu einem Drittel aus dem Gesundheitswesen.

Nach den Vorträgen halten mehr Befragte eine Rationierung für notwendig oder unumgänglich (43% statt 23%). Dies sei noch kein Thema, zuerst solle rationalisiert werden, meinen noch 40% (statt 60%), und grundsätzlich ablehnend stehen ihr 17% (statt 10%)

TAB. 3: GEWÄHLTE MASSNAHMEN BEI SZENARIEN «75-JÄHRIGER MÄNNER MIT KREBS», NACH WAHRSCHEINLICHER URSACHE DER ERKRANKUNG, IN PROZENTEN PRO SZENARIO

Szenarien	Ursache				
	Massnahme/Entscheid	nicht bekannt	Zigaretten	Lösungsmittel	Autoabgase
		N=42	N=44	N=43	N=44
kein Eingriff (200.–)	29	23	9	9	
Röhrchen (10 000.–)	14	11	14	14	
Röhrchen/Bestrahlung (30 000.–)	0	2	0	0	
Röhrchen/Bestrahl./Chemotherapie (50 000.–)	0	0	2	0	
Patient entscheidet	57	63	74	77	
Total	100%	100%	100%	100%	

(Wegen Rundungen ergeben die Summen in den Zellen nicht immer genau 100.)

gegenüber. Alle haben jetzt eine Position; «keine Meinung» sank von 7% (2 Personen) auf 0. Obwohl sich die Verteilungen signifikant unterscheiden (χ^2 mit vorgegebener Randverteilung: 10.4762, $df = 3$, $p = .015$), zeigt eine genauere Analyse, dass die individuellen Veränderungen nicht alle in die gleiche Richtung gehen. Während acht Personen der Rationierung eher positiver gegenüberstehen, sind drei skeptischer geworden; 17 haben ihre Position nicht verändert. Der Wilcoxon-Rangtest für gepaarte Daten ergibt ein p von .182 ($Z = -1.334$, $N = 28$).

Rationierung finde schon länger statt, meinten in der ersten Messung 86% der Pairstichprobe (gut 10% mehr als in der Gesamtstichprobe an der Universität und 35% mehr als die Befragten des KV). Diese Meinung hat sich noch verstärkt und wird in der zweiten Messung von 93% vertreten. Zwei Personen (7%) sind der Meinung, sie finde erst seit kurzem statt; die weiteren Kategorien (gibt es heute noch nicht bzw. keine Meinung) sind nicht mehr vorhanden. Trotzdem haben sich die Positionen nicht signifikant verändert: 25 Befragte sind bei ihrer Meinung geblieben, vier haben sie in unterschiedlicher Richtung geändert ($Z = -.8018$, $p = .423$).

Das Herzschrittmacher- und das Krebs-Szenario (Grundszenerien der Fragen 3 und 4) weisen ebenfalls keine systematische Veränderung auf; zwar veränderten 8 von 30 bzw. 14 von 27 Befragten ihre Antwort, aber in unterschiedlicher Richtung.

Die Mittelwerte bezüglich der Wichtigkeit von neun Kriterien für den Anspruch auf teure medizinische Leistungen weisen eine systematische Verschiebung zwischen den beiden Messungen auf (Abb. 5). Die als «universalistisch» bezeichneten Kriterien haben leicht höhere Werte zum Zeitpunkt 2, die «personbezogenen» leicht tiefere. Im Einzeltest wird indessen nur der Unterschied bezüglich «Selbstverschulden» signifikant ($t = 3.01$, $df = 27$, $p \leq .01$). Der Wilcoxon-Test bestätigt diesen Befund ($Z = -2.641$, $p \leq .01$). Auf individueller Ebene zeigt sich, dass je Kriterium rund die Hälfte der Befragten ihre Position verändert, davon aber zirka ein Drittel in die dem Haupttrend entgegengesetzte Richtung.

Die Gesamtskalen zu universalistischen und personbezogenen Kriterien (vgl. Ergebnisse zu Fragebogen a) weisen folgende Werte auf. Skala universalistische Kriterien: $M(\text{vorher}) = 8.642$, $M(\text{nachher}) = 9.107$, $t = 1.909$, $df = 27$, $p = .079$. Skala personbezogene Krite-

rien: $M(\text{vorher}) = 14.048$, $M(\text{nachher}) = 11.905$, $t = 2.27$, $df = 20$, $p = .017$ (einseitig getestet). Der Wilcoxon-Test ergibt praktisch identische Signifikanzwerte.

Die im Fragebogen b neu aufgenommenen Kriterien «Wunsch der Patientin/des Patienten» und «Leiden, das durch einen Eingriff bzw. durch den Verzicht auf einen Eingriff verursacht wird» rangieren ganz oben, werden also als sehr wichtig eingeschätzt.

Auch in der Zustimmung zu bzw. Ablehnung von allgemeinen Meinungen zur Rationierung sind leichte Verschiebungen sichtbar (Abb. 6). Analog zu Frage 5 werden der Patientenwunsch und die Gleichheit hoch gewichtet.

Doch auch hier ist nur eine Differenz signifikant: der Wunsch der Patientin/des Patienten ($t = -2.36$, $df = 27$, $p = .013$, einseitig getestet; $Z = -2.073$, $p = .019$). Individuelle Veränderungen gehen bei allen Items in beide Richtungen, wobei sich die Anzahl und die Richtung recht gut in den Mittelwertsunterschieden für die Stichprobe ausdrückt.

Sowohl vor als auch nach den Vorträgen hielten rund zwei Drittel der Befragten strengere Richtlinien bezüglich medizinischer Wirksamkeit bei der Zuteilung medizinischer Leistungen für sinnvoll. Auch die Anteile der Ablehnung strengerer Richtlinien (20%) und der Unentschiedenen (10%, drei Personen) haben sich nicht verändert. Statt vorher zwei fordert nun nur noch eine Person, dass auch soziale Merkmale in den Richtlinien berücksichtigt werden sollen. Sechs von 25 Personen haben ihre Einschätzung verändert, trotzdem bleibt das Gesamtbild praktisch gleich. Ein grösserer Anteil ist nach den Veranstaltungen der Meinung, das Volk solle letztlich über die Richtlinien entscheiden (43% statt 27%, 13 statt 8 Personen). Nur noch eine Person (statt vier) spricht der Regierung die Richtlinienkompetenz zu. Weitere Nennungen mit je drei bis vier «Stimmen»: das Parlament, medizinische Fachorganisationen, und anderes. Keine Meinung hatten vorher acht Personen (27%), nachher noch sechs (20%). Die Mehr-

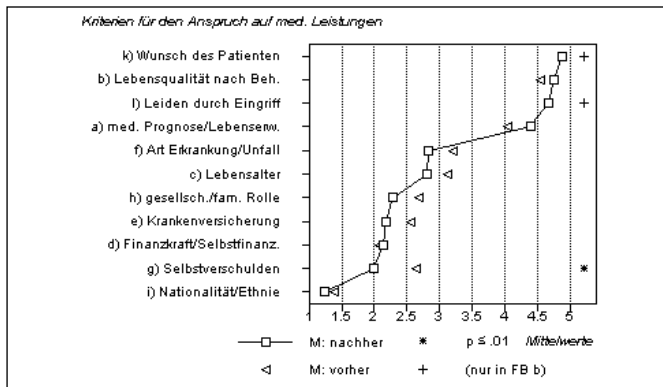


Abb. 5: Wichtigkeit von neun Kriterien für den Anspruch auf teure medizinische Behandlungen in den beiden Messungen (Mittelwerte; 1 = ganz unwichtig, 5 = sehr wichtig). Signifikanz: t-Test

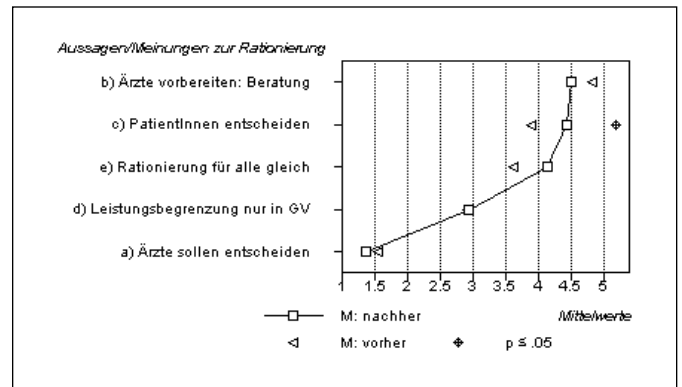


Abb. 6: Zustimmung zu bzw. Ablehnung von fünf Aussagen zur Leistungsbegrenzung im Gesundheitswesen in den beiden Messungen (Mittelwerte; 1 = starke Ablehnung, 5 = starke Zustimmung). Signifikanz: t-Test

heit der Befragten, 18 von 30, gab in der zweiten Befragung eine andere Zustimmung an als in der ersten.

Zusammenfassende Diskussion

Obwohl viele Mediziner, Gesundheitsökonom, Politiker und Versicherungsexperten die Meinung vertreten, das Gesundheitswesen sei nur durch eine Rationierung zu retten, sieht dies eine übereinstimmende Mehrheit unserer Befragten nicht so. Diese vertreten mehrheitlich die Auffassung, die Rationalisierungsmöglichkeiten seien noch nicht ausgeschöpft; erst wenn dies geschehen sei, könne allenfalls über Rationierung gesprochen werden. Allerdings lehnt nur eine Minderheit eine Rationierung grundsätzlich ab. Die differenzierte Auseinandersetzung mit dem Thema und der Einblick in die Praxis durch die Vorträge der ExpertInnen scheint indessen für einige die Notwendigkeit einer regel- und richtliniengeleiteten Begrenzung medizinischer Leistungen belegt zu haben, was sich in einer vermehrten Zustimmung zu einer Rationierung ausdrückt.

Die klare Mehrheit, verstärkt noch nach den Vorträgen, ist denn auch der Meinung, Rationierung sei nichts Neues, sondern werde, allenfalls versteckt, schon länger praktiziert. Angesichts

dieser wahrgenommenen und in den Vorträgen zum Teil erläuterten Praxis scheint sich tendenziell die Einsicht durchzusetzen, dass die Diskussion über die Kriterien nicht mehr vertagt, sondern offensiv angepackt werden sollte, um eine unkontrollierte und ethisch fragwürdige Rationierung zu vermeiden.

Die beobachteten Unterschiede zwischen den BesucherInnen der Vorlesungsreihe an der Universität und den KV-SeniorInnen weisen darauf hin, dass eine – auch frühere – berufliche Auseinandersetzung mit Fragen des Gesundheits- und Sozialwesens eine stärkere Sensibilität gegenüber dem Thema hervorgerufen haben könnte. Grundsätzlich soll die Patientin bzw. der Patient selber entscheiden, ob und welche medizinische Massnahme zu ergreifen ist, auch wenn der Eingriff sehr teuer und durch die Allgemeinheit finanziert ist: Dies ist die klare Mehrheitsmeinung zu den Szenarien. Allerdings reduziert sich das Ausmass dieser Auffassung leicht mit dem Alter und dem Gesundheitszustand der (fiktiven) «Konsumentin» bzw. des «Konsumenten» eines möglichen Eingriffs. Schon eine Pflegebedürftigkeit allein, erst recht aber kombiniert mit einer Demenzerkrankung, bewegt einige dazu, auf einen Eingriff zu verzichten oder die billigere, aber weniger sichere Massnahme zu wählen. Dasselbe, wenn auch

in etwas geringerem Ausmass, gilt für ein höheres Lebensalter der Patientin/des Patienten. Bei einer hochbetagten, pflegebedürftigen und dementen Patientin würden die meisten auf eine Intervention verzichten.

Auch bei einer unheilbaren Krebserkrankung möchten die meisten dem Patienten den Entscheid über lebensverlängernde Massnahmen überlassen; rund ein Drittel würde indessen nur palliative, fast niemand potentiell belastende und teure Mittel zur Lebensverlängerung einsetzen. Wenn der Patient aber als unschuldig an seinem Leiden wahrgenommen wird, wenn berufliche und umweltbezogene Belastungen die Ursachen für das Leiden sind, entscheiden sich einige Befragte eher für einen geringfügigen Eingriff oder die Wahlfreiheit des Patienten als bei Unkenntnis der Ursache oder bei einem Selbstverschulden durch Zigarettenrauchen. Interessant ist, dass bei unbekannter Ursache und bei «Selbstverschulden» fast gleich entschieden wird und beide Bedingungen sich deutlich von den Antworten bei Fremdurrsache unterscheiden. Möglicherweise tendiert man dazu, bei Lungenkrebs a priori auf Rauchen zu attribuieren.

Hypothese 2 wird somit durch die Ergebnisse gestützt: Sowohl der Gesundheitszustand und das Lebensalter als auch die zugeschriebene Ursache eines Leidens beeinflussen den Inter-

ventionsentscheid, wenn auch nicht bei allen BeurteilerInnen.

Bei den möglichen Kriterien für eine Begrenzung der medizinischen Leistungen gibt es einen weit reichenden Konsens, dass die zu erwartende Lebensqualität nach der Behandlung sowie die medizinische Prognose etwa bezüglich Lebenserwartung, aber auch der Wunsch der Patientin/ des Patienten und das mit einem Eingriff verbundene Leiden ausschlaggebend sein sollen. Das Lebensalter, das Selbstverschulden, die Art der Krankenversicherung, die gesellschaftliche Rolle, die individuelle Finanzkraft sowie die Nationalität werden in absteigender Folge als weniger wichtig erachtet und von den befragten Gruppen unterschiedlich beurteilt. Diese letztgenannten Kriterien nennen wir «personbezogen», da sie zugeschriebene, von der Erkrankung und medizinischen Situation unabhängige Merkmale der Person betreffen. Aus ihnen kann eine reliable Skala gebildet werden, auf der sich die Befragten an der Uni und beim KV hoch signifikant in der erwarteten Richtung unterscheiden.

Hypothese 1 wird damit gestützt: Zugeschriebene, personbezogene Kriterien werden von KV-SeniorInnen stärker gewichtet als von den Befragten an der Uni, die zu einem erheblichen Teil im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich tätig waren bzw. sind. Ob diese berufliche Herkunft, das unterschiedliche Bildungsniveau oder das mit dem Besuch der Vorlesungsreihe verbundene Interesse für den Unterschied ursächlich verantwortlich sind, bleibt indessen ungeklärt. Das Alter und das Geschlecht können als erklärende Variablen ausgeschlossen werden.

Die Zustimmung zu den «universalistischen» Kriterien Lebensqualität nach Behandlung und medizinische Prognose ist nach den Vorträgen wie erwartet tendenziell noch höher, der Unterschied bleibt aber statistisch ungesichert. Dies könnte auf einen typischen «Deckeneffekt» zurückzuführen sein: fast alle stimmten diesen Kriterien schon in der ersten Befragung voll zu; es blieb wenig Spielraum für eine Veränderung.

Ebenfalls in der erwarteten Richtung veränderte sich die Einschätzung der personbezogenen Kriterien: sie werden nach den Vorträgen vermehrt abgelehnt. Der stärkste und als einziger signifikante Einzeleffekt findet sich bezüglich dem Selbstverschulden. Die aus den personbezogenen Kriterien gebildete Skala zeigt aber ein klar signifikantes Ergebnis. Hypothese 3 hält damit der empirischen Überprüfung ebenfalls stand: Die Vortragsreihe hat zu vermehrter Ablehnung personbezogener Kriterien geführt. Wie viel die Inhalte der Vorträge (die inhaltlich mit dieser Tendenz kongruent waren), die Diskussionen unter den Teilnehmenden oder etwa auch die öffentliche Auseinandersetzung in den Medien zu diesem Effekt beigetragen haben, muss mangels einer Kontrollgruppe offen bleiben. Die Ärztinnen und Ärzte haben eine wichtige Funktion bei der Beratung von PatientInnen über den Sinn medizinischer Behandlungen und müssen auf diese Aufgabe besser vorbereitet werden: die grosse Mehrheit der Befragten stimmt dieser Aussage zu. Ob und wie aber eine Behandlung letztlich durchgeführt werden soll, das müssen die PatientInnen, nicht die Ärzte, entscheiden. Auch hier besteht weitgehend Konsens, wobei die KV-SeniorInnen den Ärzten mehr Entscheidungskompetenz einräumen als die Befragten an der Uni. Umstrittener ist, ob bei einer möglichen Rationierung absolute Gleichheit bestehen soll, oder ob auch die Freiheit und finanzielle Möglichkeit, sich für Besonderes zu versichern, eine Rolle bei der Zuteilung medizinischer Leistungen spielen dürfe. Die Befragten an der Uni tendierten signifikant stärker als die KV-SeniorInnen zur Gleichheit; die Hypothese 1 erhält hier nochmals Unterstützung.

Auch die Vortragsreihe hatte teilweise einen Effekt auf die Beurteilung dieser Positionen. Der Letztentscheid der Patientin/des Patienten wurde nach den Vorträgen signifikant noch deutlicher unterstützt als vorher. Der «Gleichheit bei der Rationierung» wurde tendenziell, aber statistisch nicht signifikant,

stärker zugestimmt. Bei den übrigen Aussagen finden sich keine relevanten Veränderungen.

Strengere Richtlinien für die Zuteilung bzw. Finanzierung medizinischer Leistungen auf der Basis der medizinischen Wirksamkeit und Erfolgswahrscheinlichkeit scheinen mehrheitsfähig zu sein, soziale Merkmale der Person dürfen dabei aber keine Rolle spielen. Rund ein Fünftel lehnt solche allgemeinen Richtlinien ab.

Die Meinungen sind geteilt, wer die Kompetenz erhalten solle, die Richtlinien zu beschliessen und zu erlassen. Am meisten wird dem Volk oder den medizinischen Fachorganisationen die Kompetenz zugeteilt; der Regierung, dem Parlament und der Verwaltung wollen nur wenige den Entscheid überlassen. Es scheint, dass die Meinungen zur Richtlinienkompetenz noch nicht gemacht sind: In der zweiten Befragung gab es einige Verschiebungen zugunsten des Volksentscheids, sehr viele veränderten aber ihre Kompetenzzuschreibung, ohne dass sich dies im Gesamtbild deutlich niederschlagen würde. Aus dem starken Gewicht, das dem Volk gegeben wird, und aus einigen handschriftlichen Ergänzungen in den Fragebogen, es seien interdisziplinäre Kommissionen unter Beteiligung von Ethikern, Ärzten und Organisationen des Pflegepersonals und der Patienten einzusetzen, geht hervor, dass viele eine breite Diskussion über das Thema wünschen; dass man nicht möchte, dass ein exklusiver Kreis von Fachleuten allein und ohne demokratische Kontrolle darüber entscheidet.

Schlussbemerkungen

Die Ergebnisse dieser Studie machen deutlich, dass ein Diskurs, der sich auf die simple Frage «Rationierung im Gesundheitswesen: ja oder nein?» reduziert, der Komplexität des Themas und dem Niveau, auf dem sich gerade auch ältere Menschen damit auseinandersetzen, in keiner Weise gerecht wird. Der Begriff der Rationierung hat politische Positionsbezüge provoziert, die mit einer anderen, weniger an Krieg und Mangel erinnernden Begrifflichkeit differenzierter diskutiert werden könnten. Gesellschaftliche Leistungen, wie sie auch das Gesundheitswesen erbringt, sind immer knappe, nicht beliebig erweiterbare Güter im Sinne der Ökonomie, für die es Verteilungsregeln braucht. Die Gesamtmenge der verfügbaren Güter muss indessen in diesem Bereich politisch festgelegt werden; es gibt keine natürliche und dadurch unhinterfragbare Begrenzung – es sei denn in einer Grössenordnung, wo alle anderen gesellschaftlichen Aufgaben aufgegeben werden müssten.

Wo auch immer die Menge festgesetzt wird, von zentraler Bedeutung sind die Kriterien, nach denen die Leistungen zugeteilt werden. Diese Kriterien müssen gerecht sein, und als gerecht können nur Kriterien gelten, die unabhängig sind von zugeschriebenen Personenmerkmalen, die also grundsätzlich für alle gelten und nur nach der spezifischen Situation differenzieren. Die Glaubwürdigkeit und Legitimität entsprechender Richtlinien ist höher, wenn das Verfahren zu ihrer Festlegung demokratisch ist und die Partizipation aller auch nur potentiell betroffenen Gruppen sicherstellt.

Doch auch bei einem konsensfähigen Verfahren sind Entscheidungen möglich, die für die konkret betroffene Person schwer zu ertragen sind. Daher ist es sinnvoll, den Rahmen der individuellen Entscheidungskompetenz, der Selbstbestimmung, möglichst weit zu gestalten. Dies setzt eine Einsichts- und unter Umständen eine Verzichtsfähigkeit auf Machbares voraus, die durch fachliche Beratung der PatientInnen geför-

dert werden kann, ohne sie zu bevorzugen.

Résumé

Un sondage a été effectué avant la première conférence d'un cycle intitulé: «Les personnes âgées sont-elles les victimes du rationnement dans le domaine de la santé publique?» ainsi qu'à la fin de celui-ci, de même qu'avant une conférence auprès d'une société des retraités.

Il y a eu 69 auditeurs (2/3 de femmes, âge moyen de 64 ans, provenant à 50% des milieux de santé publique ou de services sociaux) et 57 hommes d'affaire retraités (1/2 de femmes) avant les conférences et 45 auditeurs (âge moyen de 65 ans) après les conférences. 30 personnes ont répondu aux deux questionnaires.

La majorité est d'avis que le rationnement existe déjà depuis longtemps. Seul 1/6 le refuse par principe. Presque toutes les personnes préconisent comme critère pour les prétentions à un traitement médical la qualité de vie après le traitement et l'espérance de vie. Des critères tels que la nationalité, le rôle économique, la responsabilité du patient au développement de sa maladie et l'âge réel sont rejetés, cependant moins nettement par les hommes d'affaire que par les auditeurs. Après le cycle de conférences, ce rejet est encore plus net.

Les personnes interrogées jugent de façon différenciée les décisions complexes d'allocations et préconisent les décisions prises par les patients sauf si ceux-ci sont déments. La grande majorité refuse la prise de décision par les personnes très âgées même si celles-ci ne sont pas démentes.

Conclusion: Les personnes âgées réclament une utilisation complète de la rationalisation avant le rationnement. Les critères de rationnement doivent être universels et approuvés par le peuple.

Mots-clés: rationnement des soins – personnes âgées – discrimination – attitudes – attribution – questionnaires – recherches répétées

Korrespondenzadresse

lic. phil. H.R. Schelling
Sozialforschungsstelle
Sozialpsychologie
Universität Zürich
Plattenstrasse 14
8032 Zürich