

Senioren-Arbeitsgruppe «Rationierung im Gesundheitswesen» des Zentrums für Gerontologie der Universität Zürich

Thesen zur Rationierung im Gesundheitswesen aus der Sicht von Betagten

Thesen zur Kosteneinsparung

Um Kostensteigerung im Gesundheitswesen zu verhindern, sollen folgende Rationalisierungsmassnahmen ergriffen werden:

1. Verrechnete Arztleistungen kostentransparent ausweisen (PatientIn muss wissen, wie hohe Kosten er oder sie verursacht, detaillierte Rechnung was wieviel kostet bei jeder Konsultation oder Hospitalisation).
2. Keine Übernahme von Lifestyle Produkten (z. B. Viagra, Xenical usw.) durch die Krankenkassen.
3. Einführung eines obligatorischen «Patientenpasses»; (sämtliche medizinischen Leistungen werden darauf verbucht, wodurch Doppelspurigkeiten in der Massnahmenverordnung durch mehrere Ärzte verhindert werden (z. B. nicht wiederholt den selben Körperteil röntgen, die gleichen Laboruntersuchungen durchführen usw.).
4. Individuelle Selbstbeschränkung durch optimale Information nicht nur über die erwünschten Wirkungen, sondern ebenso über die unerwünschten Nebenwirkungen (was, wie oft) und Risiken.
5. Bessere Koordination zwischen den Kantonen. (Vermeidung von teuren Doppelspurigkeiten als Folge der Kantonsouveränität im Gesundheitswesen, resp. des Kantönligeistes).
6. Neureglementierung der Medikamentenabgabe, z.B. Einführung von vermehrt rezeptfreien Medikamenten (verhindert unnötige «Rezept-Besuche» beim Arzt und ermuntert Selbstfinanzierung).

7. Zurückhaltung bei der Zulassung von teuren neuen Medikamenten.
8. Festlegung der Medikamentenpreise durch das Bundesamt für Sozialversicherung. Sie dürfen maximal um 10% teurer sein als im umliegenden Ausland.

Thesen zur Leistungsbeschränkung

In Zusammenarbeit mit allen Beteiligten (Gesundheitswesen und Politik) und bei gleichzeitiger Sensibilisierung der Bevölkerung sollen Massnahmen ergriffen werden, die zu einer Beschränkung des Angebots von medizinischen Leistungen führt, zum Beispiel durch

1. Beschränkung der Ärztedichte, d. h. weniger Praxisbewilligungen, Numerus clausus im Medizinstudium.
2. Herabsetzen der Arzttarife mit Reduktion des Durchschnittseinkommens der Ärzte und verstärkten Quervergleichen von Arztrechnungen durch die Krankenkassen;
3. Weniger Anwendung von Medizinaltechnik und apparativen Untersuchungen mittels Kontrolle auf übertriebenen Einsatz durch die Krankenkassen und nach Möglichkeit auch durch Patienten. Vermehrte Zentralisierung von sehr teuren Apparaten, Spezialbehandlungen und Operationen in wenigen Zentren;
4. Schaffung von Transparenz in Bezug auf Interessenverflechtungen zwischen Leistungsanbietern und der Industrie (Pharma, Medizinaltechnik);
5. Verbesserung der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten in Fragen von Ethik, Gesundheitspolitik (Verantwortung bezüglich Kosten gegenüber

der Allgemeinheit) und der Patientengespräche bezüglich Sinn und Unsinn medizinischer Massnahmen.

Thesen zur Kostenwirksamkeit

1. Medizinische Massnahmen sind auf das Verhältnis zwischen Kosten, damit gewonnener Lebensqualität und gewonnenen Lebensjahren («Qualys») zu prüfen. Es sind Statistiken und Kennzahlenreihen zu erstellen und auszuwerten, welche diese Sachverhalte klären, insbesondere bezüglich lebensverlängernder Massnahmen der letzten Lebensphase und die dabei anfallenden Kosten.
2. Der Bund muss Studien zur Erforschung dieser Problematik in Auftrag geben. Es soll dabei klar hervorgehen, welchen Anteil an den gesamten Gesundheitskosten diese lebensverlängernden Massnahmen der letzten Lebensmonate und -jahre einnehmen.
3. In Kenntnis der durchschnittlichen Kosten eines «Qualys» in verschiedenen Lebenssituationen und mit unterschiedlichen Diagnosen und ihrer Entwicklung muss in der Öffentlichkeit eine Diskussion darüber geführt werden, auf welchem Stand solche Kosten allenfalls einzufrieren sind und welche Grenzen nicht überschritten werden dürfen.

Thesen zum Rationierungsprozess

Um Willkürentscheide im Einzelfall zu unterbinden, soll die Gesellschaft im demokratischen Prozess die Kriterien und Bedingungen festlegen, unter welchen das einzelne Individuum auf welche Massnahmen Anrecht hat (Allokation von Gesundheitsgütern wie Spenderorgane, Intensivpflege, Akutspitalbetten, Spitexleistungen, aber auch andere, nicht beschränkte, jedoch teure medizinische Massnahmen). Der zugehörige Entscheidungsfindungsprozess ist in Abb. 1 dargestellt: Mittelfristig soll der Anteil der Gesundheitskosten in Abhängigkeit des Brutto-sozialproduktes ungefähr gleich bleiben, kann jedoch maximal um 2% erhöht werden.

Thesen zu den Entscheidungskriterien

1. Sinnvolle Kriterien zur Entscheidungsfindung bei Rationierung von Gesundheitsleistungen sind:

- Biologisches Alter
 - Allgemeiner Gesundheitszustand
 - Medizinische Kriterien (z. B. Erfolgsaussichten, zwingende Notwendigkeit)
2. Die «gesellschaftliche Rolle» und das kalendarische Alter des Individuums sind als mögliche Kriterien auszuschliessen.

Thesen zur Gesundheitsforschung

1. Der Staat reguliert die Allokation von Forschungsgeldern unter Berücksichtigung ethischer Grundsätze und nach dem Prinzip des «Allgemeininteresses» des Volkes. Partikularinteressen müssen selbst finanziert werden.
2. Der Staat besitzt das Vetorecht sowohl in der privaten wie in der öffentlichen Forschung.

Thesen zur Akutbehandlung des Hirnschlags

1. Obwohl nur wenige davon profitieren, sollte das Konzept der direkten Sofort-Hospitalisation zur möglichst häufig angewendeten Thrombolyse-therapie des akuten Hirnschlages geprüft werden.
2. Vor der Realisierung des Konzepts muss den Entscheidungsträgern eine umfassende gesundheitsökonomische Abklärung vorgelegt werden, wobei auch die Mehrkosten der unnötig hospitalisierten, nur vermeintlichen Hirnschlagopfer und der Ausbau der Infrastruktur (apparativ und personell) in Zentrumsspitalern und Rettungsdiensten zu berücksichtigen ist.
3. Die nötigen Mittel sollen durch Verzicht auf Massnahmen, deren Wirkung nicht zweifelsfrei nachgewiesen ist, erbracht werden.
4. Die nötige PR-Aktion bei der Bevölkerung soll auch zur Information und Motivation zur Hirnschlagprävention genutzt werden

Thesen zur Neurorehabilitation

1. Auch wenn insgesamt nur wenige Prozent der Hirngeschädigten durch die aufwändige Neurorehabilitation eindeutig profitieren, d. h. grössere Selbständigkeit erreichen als ohne sie, ist Neurorehabilitation als Pflichtleistung von der Sozialversicherung anzuerkennen.
2. Dabei sind die vorhandenen personellen und institutionellen Mittel und Kapazitäten optimal, d. h. nur in Fällen, wo eine Wirkung erwartet werden kann, einzusetzen.
3. Die auf Seite 1193 erwähnten Grundsätze 1-4 der Entscheidungsfindung für die Neurorehabilitation erscheinen sinnvoll und nicht diskriminierend, d. h. es ist richtig, die spezialisierte Neurorehabilitation den Personen vorzuenthalten, die wahrscheinlich nicht davon profitieren können.

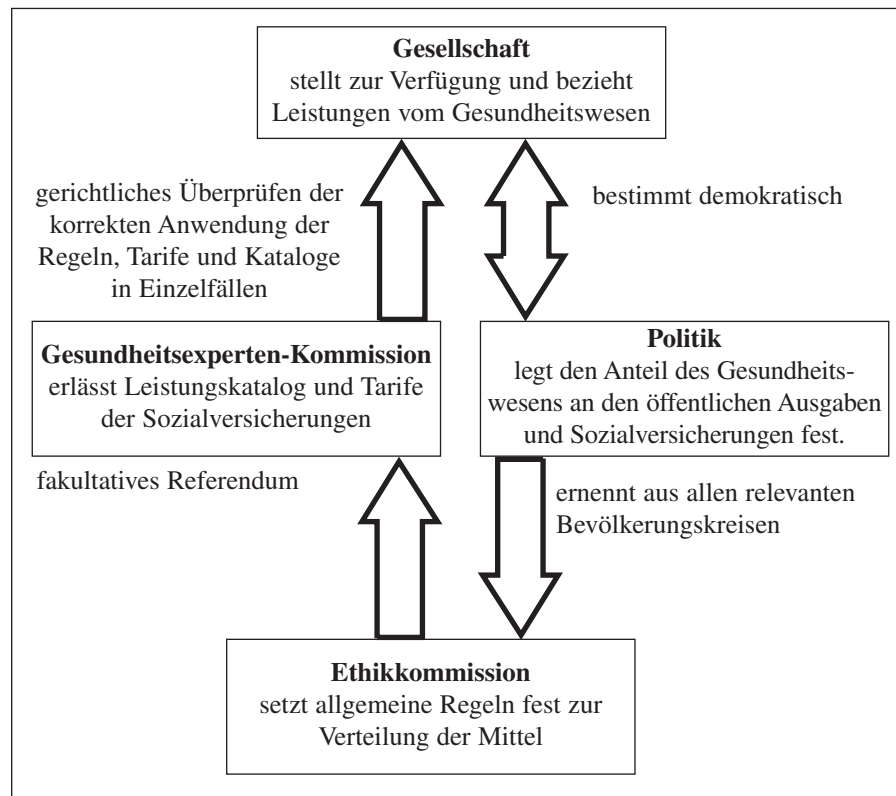


Abb. 1: Prozess zum Erarbeiten von Regeln zur Allokation von Leistungen des Gesundheitswesens

4. Neben den voraussichtlichen, durch wissenschaftliche Untersuchungen belegten Wirkungen auf die Lebenserwartung und voraussichtlich erreichbare Lebensqualität muss auch der geäußerte oder mutmassliche Wille der Betroffenen gleichwertig berücksichtigt werden.
5. Die Betroffenen und ihre Angehörigen sind menschlich und sachlich zu informieren. Unrealistische Vorstellungen der Betroffenen oder ihrer Angehörigen sind anzusprechen und zu korrigieren, sie dürfen nicht als Begründung für aufwändige Massnahmen akzeptiert werden.
6. Patienten, die erklären sterben zu wollen, soll die Möglichkeit geboten werden, die letzte Lebenszeit zu Hause, oder - wenn dies aus pflegerischen Gründen nicht möglich ist – in Spitälern oder Heimen mit einer auf rein palliative Massnahmen beschränkten Betreuung verbringen zu können.

Thesen zur Mittelallokation bei Demenz

1. Keine Diagnose – auch nicht die einer Demenz – darf zwingend zum Vorenthalten von Gesundheitsleistungen führen.
2. Die Würde des Menschen soll im Zentrum der Betreuung aller – auch der Demenzkranken – sein.
3. Es ist sinnvoll, sich bei der Behandlung von Demenzpatienten davon leiten zu lassen, wie subjektives Leiden bestmöglich minimiert werden kann, und nicht von der Frage nach der erreichten Lebensqualität, denn sie enthält ein unverantwortliche Beurteilung im Sinne von «unwertem Leben».
4. Auf Schmerzlinderung – wenn nötig auch mit starken Mitteln – darf nicht verzichtet werden, weshalb der Zugang zur Palliativmedizin und Palliativpflege im Spital, Heim und in der Spitex immer möglich sein muss.

5. Allen ökonomischen Sachzwängen zum Trotz ist dem Personal in allen Institutionen genügend Zeit zu sinnvoll aktivierender Pflege auch von Demenzkranken einzuräumen.
6. Menschliche Zuwendung darf nicht Gegenstand von Rationierung sein. Darum: Kein Abbau bei der direkten Zuwendung, Betreuung und Pflege, auch nicht von Demenzkranken.

Thesen zur letzten Lebensphase

1. Das Nachdenken und Reden über Leben und Tod, auch über Wünsche rund ums Sterben, muss in unserem Alltag wieder Platz gewinnen. Zur eigenen Auseinandersetzung mit diesen Themen gehören auch Diskussionen darüber mit unseren Angehörigen, Freunden, Bekannten und dem Hausarzt.
2. Das Verfassen und regelmässige Anpassen einer Patientenverfügung gehört zum bewussten Umgang mit Leben und Tod.
3. Eigenverantwortlich leben und sterben heisst auch, lernen loszulassen. Nicht nur der/die Sterbende lässt das Leben los, sondern auch die Angehörigen müssen lernen, die Sterbenden loszulassen.
4. Wir selber müssen bei uns anfangen: In unserem Leben versuchen Stimmigkeit und Versöhnung mit sich und den anderen Menschen zu erreichen, ein lebendiges Leben zu führen. So werden wir fähig, immer wieder loszulassen, was hinter uns liegt und wir werden aber auch fähig, uns neuen Erfahrungen zu stellen, bis hin zur letzten Erfahrung, dem Sterben.
5. Wer zum ersten Mal durch einen sterbenden Angehörigen mit dem Tod konfrontiert wird, ist häufig total überfordert, hier Entscheidungen mit zu übernehmen. Es kann darum Aufgabe der Älteren in unserer Gesellschaft sein, die Themen rund um

Lebenssinn, lebendiges Leben und loslassendes Sterben immer wieder in unsere Alltagswirklichkeit einzubringen.

Der Arbeitsgruppe gehörten 29 SeniorInnen an, die Schlussredaktion besorgten:

Reinhart Feld, Serge Ganz, Margrith Stäubli und R.W. Steiner-Römer
Die Arbeitsgruppe wurde moderiert von den Tutorinnen Franziska Luchsinger-Vetter, Susi Ramer und Liliane Stutz, was durch finanzielle Unterstützung durch die Seniorenuniversität möglich war.

Korrespondenzadresse

*PD Dr. A. Wettstein
Zentrum für Gerontologie
Universität Zürich
Gloriastrasse 18a
8006 Zürich*