

Tilman Slembeck

# Die Chimäre der Rationierung

Warum wir mehr Rationalität, Rationalisierung und Managed Care brauchen

**Jährlich steigen die Kosten im Schweizer Gesundheitswesen um etwa 2000 Millionen Franken – und niemand würde eine Stabilisierung oder gar einen Rückgang der Ausgaben prognostizieren. Trotzdem wird allenthalben von Sparen und Verzicht gesprochen. Und sogar das Gespenst einer Rationierung an die Wand gemalt. Dabei ist es selbst aus ethischer Sicht angebracht, die Kosten und den Nutzen von medizinischen Behandlungen gegeneinander abzuwägen, auch wenn dies oft als «Rationierung» verpönt wird. Leistungserbringer müssen fortan vermehrt an der Gesundheit der Patienten verdienen, nicht nur an deren Krankheit. Ärztenetze und integrierte Leistungsangebote mit Capitation entsprechen diesem Modell am ehesten.**



Tilman Slembeck

Zunächst zum Begrifflichen: Eine Rationierung im eigentlichen Sinne findet immer dann statt, wenn der Preismechanismus den quantitativen Ausgleich zwischen Angebot und Nachfrage nicht gewährleistet. Steht etwa in Kriegszeiten eine bestimmte Nachfrage nach Lebensmitteln einem vergleichsweise geringen Angebot gegenüber, kann der Preismechanismus staatlicherseits ausgeschaltet werden, um eine übermässige Preissteigerung zu verhindern. Die rationierten Lebensmittel werden dann

der Bevölkerung mittels Bezugsscheinen zugeteilt – jeder erhält seine Ration.

Dieses Bild einer essentiellen Notlage wird zunehmend auf die Situation im Gesundheitswesen übertragen, es wird dabei in gezielter Weise uminterpretiert und ist bereits akzeptierter Bestandteil des Vokabulars gesundheitspolitischer Debatten geworden. Federführend sind hierbei die Mediziner, die dem Begriff der «Rationierung» eine eigene Interpretation gegeben haben: «Rationieren bedeutet, eine Auswahl zu treffen und nicht alles Verfügbare zu geben. Man rationiert, indem man entscheidet, wem man was gibt oder verweigert – gemäss festgelegten oder nicht definierten Kriterien» (Haller 2006). In medizinischer Lesart findet eine Rationierung also immer dann statt, wenn einem Patienten nicht alles medizinisch Mögliche oder prinzipiell Verfügbare zukommt. Dahinter steht der implizite Imperativ einer maximalen Versorgung.

Alles, was dem medizinischen «State-of-the-Art» oder den pflegerischen «Best-Practice-Richtlinien» nicht vollständig entspricht, untersteht dem Generalverdacht der «Rationierung».

Kann aber tatsächlich von Rationierung gesprochen werden, wenn nicht allen Trägern eines Herzschrittmachers immer das neueste Modell implantiert wird? Handelt es sich um Rationierung, wenn bei elektiven Eingriffen die Wartezeit etwas ansteigt? Darf also jedes Abweichen vom Maximalen als Rationierung gebrandmarkt werden? Aus Sicht eines steigenden Teils des medizinischen und pflegerischen Personals sind diese Fragen klar zu bejahen. Diese Sicht verkörpert nichts anderes als das absolute Primat der Medizin.

## Maximalmedizin und Opportunitätskosten

Aus der Warte der Ökonomie betrachtet, ist hingegen diese Sichtweise höchst befremdlich, ist doch das Treffen einer Auswahl Bestandteil einer jeden Entscheidung. Ausser im Paradies, wo alles in unbegrenzter Masse verfügbar ist, erscheint es weder möglich noch sinnvoll, immer alles Verfügbare zu geben. Denn jede Entscheidung für etwas bedeutet gleichzeitig den Entscheid gegen etwas anderes. In der realen Welt, jenseits des Paradieses, herrscht nämlich Knappheit. Diese Knappheit ist relativ und erwächst aus der allgegenwärtigen Diskrepanz zwischen menschlichen Bedürfnissen einerseits und Mitteln zu deren Befriedigung andererseits. Während unsere Wünsche prinzipiell unerschöpflich sind, stehen ihnen stets begrenzte Möglichkeiten und Ressourcen gegenüber. Diese simple, aber fundamentale Feststellung liefert uns allen den Grund dafür, überhaupt produktiv bzw. wirtschaftlich tätig zu sein. Sie bildet deshalb den Ausgangspunkt der ökonomischen Wissenschaft. Die moderne Ökonomie versteht sich nämlich in ihrem Fundament als Lehre der vernünftigen Entscheidungen unter Knappheit.

Was aber sind vernünftige oder rationale Entscheidungen unter Knappheit? Sie berücksichtigen insbesondere zweierlei. Erstens die bereits erwähnte Tatsache, dass jede Entscheidung zugunsten des einen gleichzeitig die Entscheidung gegen ein anderes beinhaltet. Entscheidungen unter Knappheit bringen also Verzichtskosten mit sich – sogenannte Opportunitätskosten. Das Lesen dieses Textes beispielsweise bedeutet den Verzicht auf andere Tätigkeiten, wie etwa auf das Lesen eines anderen Textes oder

auf ein Abendessen mit Freunden. Diese Art von Verzicht entspringt allein schon der Begrenztheit der verfügbaren Zeit.

Die Folgen dieses Problems der Opportunitätskosten sind weniger trivial, als sie vielleicht zunächst scheinen. Während ich sie beim Lesen dieses Textes vorwiegend selbst zu tragen habe, fallen die Opportunitätskosten erhöhter

---

**Beim medizinisch möglichen Versorgungsmaximum ist das Verhältnis zwischen zusätzlichem Nutzen und zusätzlichen Kosten stets sehr ungünstig.**

---

Gesundheitsausgaben bei der Gemeinschaft an. Wachsen diese Ausgaben schneller als die Wirtschaft insgesamt, fehlen die Mittel zwangsläufig an anderer Stelle. Dies ist unmittelbar erfahrbar, indem die Krankenversicherungsprämien einen steigenden Teil unseres privaten Budgets beanspruchen und zugleich dadurch, dass wir immer weniger privat zur Verfügung haben, weil die Steuerlast zugunsten des Gesundheitswesens steigt. Muss dies schlecht sein? Diese Frage führt zum zweiten Merkmal rationaler Entscheidungen unter Knappheit. Diese berücksichtigen nämlich nicht nur den Nutzen, welchen sie generieren, sondern zudem die entstehenden Kosten. Auch dieses Erfordernis scheint zunächst trivial, bringt uns aber zum Kern des Spannungsverhältnisses zwischen Ökonomie und Medizin, das sich in der Debatte um die sogenannte «Rationierung» ausdrückt.

Bei jeder Alltagsentscheidung sind wir gewohnt, die Vor- und Nachteile, die Kosten und Nutzen gegeneinander abzuwägen; beispielsweise, wenn wir unser nächstes Ferienziel aussuchen. Wie viel mehr Freude bringt es uns, wenn wir auf die Malediven statt nach Mallorca fliegen, und wie viel darf das zusätzlich kosten? Auf die Medizin übertragen, bedeutet dies ein Abwägen zwischen zusätzlichem Nutzen für den Patienten und den zusätzlichen Kosten, die zumindest im Bereich der Grundversicherung massgeblich von der Allgemeinheit getragen werden. Strikt angewandt, besteht das Ergebnis dann in einer «optimalen medizinischen Versorgung», die selten jenem medizinisch möglichen Versorgungsmaximum entspricht, wie es der medizinische Imperativ fordert. Der Grund liegt darin, dass es bei unserem hohen Versorgungsniveau immer schwieriger und aufwendiger wird, zusätzlichen Patientennutzen zu erzeugen, und dass gleichzeitig die Kosten für dessen Erzeugung überproportional steigen (Zweifel/Telser 2000). Beim medizinisch möglichen Versorgungsmaximum ist das Verhältnis zwischen zusätzli-

chem Nutzen und zusätzlichen Kosten folglich stets sehr ungünstig. So fahren nicht alle von uns den teuersten Sportwagen, selbst wenn wir ihn uns leisten könnten und er einen klaren Zusatznutzen im Vergleich zum jetzigen Wagen hätte – ganz einfach wegen der zusätzlichen Kosten. Treffen wir Entscheidungen, deren Kosten und Nutzen wir ganz alleine tragen, sind die Rahmenbedingungen für unser Kalkül gänzlich anders, als wenn sich gut versicherte Patienten dem Fachwissen der Mediziner anvertrauen müssen, oder wenn Spitalverwaltungen die Anschaffung neuer Geräte beschliessen. In der Frage nach der optimalen, im Vergleich zur maximalen, medizinischen Versorgung prallen die Sichtweisen von Ökonomie und Medizin direkt aufeinander.

### **Die Vertreibung aus dem Paradies**

Darf man aber solche Überlegungen im Gesundheitsbereich überhaupt anstellen? Ist dies nicht geradezu unethisch? In der Vergangenheit jedenfalls haben sich Fragen der Abwägung zwischen Kosten und Nutzen kaum gestellt, weder am Krankenbett noch in der Gesundheitspolitik. Allmählich aber erreicht die Realität der allgemeinen Knappheit der Ressourcen auch das Gesundheitswesen. Spitaldirektoren ringen mit Globalbudgets und Standesorganisationen kämpfen um Taxpunktwerte. Ökonomen erscheinen drohend am Horizont eines Ge-

---

**Unsere Gesundheit ist uns sehr viel wert – vor allem, wenn wir krank sind.**

---

sundheitswesens, das lange Zeit die Grenzen des medizinisch Machbaren als einzige Restriktion kannte. Für Mediziner reicht es nicht mehr allein, Gutes zu tun, jetzt müssen sie Gutes tun und gleichzeitig auf die Kosten achten. Ihre Aufgabe wird anspruchsvoller.

Um die anstehende Vertreibung aus dem Paradies zu verstehen, muss bedacht werden, worauf dieses bislang beruhte. Massgeblich ist, dass uns unsere Gesundheit sehr viel wert ist – vor allem, wenn wir krank sind. Dann ist es rational, das Maximum zu fordern – vor allem, wenn wir gut versichert sind. So ist es denn ein zentrales Spannungsfeld einer zwangsversicherten Gesellschaft, dass wir aufgrund individueller Rationalität im Krankheitsfalle für uns das Beste wollen, während es aus Sicht des Kollektivs unter Knappheitsbedingungen nicht rational sein kann, jedem immer alles zu geben. Eine Allianz aus vollversicherten und deshalb fordernden Patienten einerseits und willigen Leistungserbringern andererseits konnte und kann das medizinisch Machbare so lange ungehindert erreichen, als sich die Kosten auf die anonyme und poli-

tisch schlecht organisierbare Allgemeinheit der Prämien- und Steuerzahler überwälzen lassen. Gleichzeitig wurde das auch im Gesundheitsbereich existierende Problem der Mittelknappheit bislang durch ein stetiges Ausgabenwachstum «gelöst». Durch immer mehr Mittel gelang es nicht nur, die Knappheit temporär aus dem Blickfeld zu schieben, es kam dadurch auch zu weniger Verteilungskämpfen.

Dies wird in Zukunft immer weniger möglich sein. Ihr eigener Erfolg hat die Medizin immer spürbarer an ihre ökonomischen Grenzen gebracht. Fragen der Zuteilung von Mitteln an die Medizin sowie der Verteilung ihrer Errungenschaften auf die Bevölkerung werden sich verschärfen stellen. Wachstum im Gesundheitsbereich ist dabei insofern nichts Schlechtes, als dieses Wachstum den Präferenzen der Prämien- und Steuerzahler sowie der Patienten entspricht. Sofern wir als Individuen tatsächlich bereit sind, mehr für Gesundheit auszugeben und wir auch die Möglichkeit haben, nein zu sagen, kann nichts gegen ein weiteres Wachstum eingewandt werden – schon gar nicht aus ökonomischer Warte, wenn man die Wirkung auf Wertschöpfung und zusätzliche Arbeitsplätze bedenkt. In Umkehrung des Bonmots von Paul Watzlawick mag man sagen, dass das «Gute des Schlechten» im Gesundheitsbereich darin liegt, dass es uns in Abwesenheit von Krankheit zwar besser ginge, sie uns dafür Arbeit und Brot in Milliardenhöhe beschert.

### Kein Entscheid über Ziele, sondern über Anreize

Ein zentrales Problem besteht nun aber darin, dass im heutigen System ein massives Verantwortungsvakuum existiert und die Beteiligten ihre wirklichen Präferenzen kaum je äussern können. Dies gilt nicht nur im Hinblick darauf, welche Leistungen wir uns als Gesellschaft leisten können und wollen, sondern auch bezüglich der Frage einer fairen Verteilung unter sich verschärfenden Knappheitsbedingungen. Die im Manifest (Baumann / Baumann-Hölzle, 2009) auftauchende Vorstellung, es gäbe eine «Grundsatzebene», auf welcher allgemeinverbindliche Wertentscheidungen gefällt werden könnten, ist falsch. Es gibt in unserer Gesellschaftsordnung keine Instanz, die den Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt verbindlich festlegen könnte noch sollte. Stattdessen entwickelt sich und wächst das System im Rahmen der bestehenden Anreize munter weiter. Folglich kann eine Änderung nur über die Anpassung der Anreizstruktur für alle Beteiligten gehen.

Die vielen Fehlanreize, denen wir heute im «Supermarkt der Gesundheit» unterliegen, können an dieser Stelle nicht ausführlicher diskutiert werden (Slembeck/Brügger 2006). Hier mag das Postulat einer «Rationalisie-

rung vor Rationierung» genügen, wie es auch im «Manifest» erscheint. Rationalisierung bedeutet, dass entweder mit weniger Mitteln dieselben Ergebnisse oder mit gleichen Mitteln bessere Ergebnisse erreicht werden. Jeder, der mit den Abläufen der Leistungserbringung im Gesundheitswesen vertraut ist, kennt in seinem Umfeld eine ganze Zahl von Verbesserungsmöglichkeiten, die auch ohne Qualitätseinbusse realisierbar wären. Denn allzu oft bestehen ineffiziente Abläufe und Strukturen, existieren Doppelspurigkeiten und kleine Königreiche, die zwecks Erzielung eines angemessenen Einkommens oder Auslastung der bestehenden Kapazitäten manchmal mehr gepflegt werden als die Patienten. Allein durch das Weglassen von Unnötigem und Unwirksamem könnten gut und gerne 10 Milliarden Franken eingespart werden – und das jedes Jahr.

Der Gesundheitsökonom Gianfranco Domenighetti schätzt, dass Wirksamkeit und Zweckmässigkeit nur bei etwa einem Drittel aller medizinischen Leistungen

---

Wirksamkeit und Zuverlässigkeit sind  
nur bei einem Drittel der medizinischen  
Leistungen nachgewiesen.

---

wissenschaftlich nachgewiesen sind. Er konstatiert, dass die Ärzte meist nicht einmal wissen, welche Behandlungen nach den Methoden der evidenzbasierten Medizin überprüft worden sind (Domenighetti 2006). Chefarzt Oswald Oelz gibt öffentlich zu Protokoll, dass es massenhaft diagnostische und therapeutische Verfahren gebe, deren Wirksamkeit zweifelhaft ist. Zudem wird die vom Gesetz geforderte Wirtschaftlichkeit durch die Eidgenössische Leistungskommission nur bei neuen und augenscheinlich «teuren» Leistungen überhaupt erst abgeschätzt.

Solange unsere Medizin weder willens noch in der Lage ist, sich auf verbindliche Qualitätsstandards festzulegen und diese auch zu kontrollieren und durchzusetzen, lässt sich eine vermeintliche Rationierung schlicht nicht nachvollziehen. Und solange im Gesundheitswesen insgesamt noch massive Spielräume für Rationalisierungen und Verbesserungen der Wirksamkeit bestehen, erscheint das Gespenst der «Rationierung» rundweg unglaubwürdig. Man gelangt eher zum Eindruck, dass es sich vor allem um geschickte Rhetorik handelt. Dient die Drohung mit Rationierung nicht vielmehr zur Abwehr unangenehmer Rationalisierung seitens der Mediziner, wie Zehnder es formuliert (1999)?

### Grenzen des «expliziten Abwägens»

Wieso herrscht also unter Medizinerinnen und Pflegenden der Eindruck von «Rationierung»? Er entsteht einerseits überall dort, wo nicht das maximal Mögliche realisiert werden kann. Er wird dabei genährt durch die irri-ge Vorstellung, dass auch jegliche Qualitätseinbusse mit «Rationierung» gleichzusetzen sei. Was wir als Qualität oder deren mögliche Minderung verstehen, ist aber relativ und bezieht sich in aller Regel auf den Status quo. Steigt aufgrund des medizinischen Fortschritts die Qualität diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten, liesse es sich fälschlicherweise immer als «Rationierung durch Qualitätsminderung» deuten, wenn nicht allorts stets die neueste, maximale Qualität zur Verfügung gestellt würde.

Andererseits zeigt sich, dass die mancherorts eingeleiteten Massnahmen zur Rationalisierung verschiedene Bereiche ganz unterschiedlich treffen. So gibt es in Spitälern heilige Kühe, die keinesfalls geschlachtet werden dürfen, während in anderen Bereichen der Rotstift umso mehr droht. Diese Tabuisierung bestimmter Bereiche, beispielsweise der sogenannten Spitzenmedizin, wo es bislang allenfalls um Koordination, aber nicht um eigentliches Sparen geht, ist aber kaum das Ergebnis systematischen Abwägens zwischen Kosten und Nutzen, sondern Ergebnis der Machtverhältnisse zwischen den Beteiligten. Das fortwährende Aufrüsten unserer Spitäler mit immer neuer Technik mag vielleicht den Patientenbedürfnissen entgegenkommen, beruht aber massgeblich auf einem

Die sogenannte «Rationierung» ist das Ergebnis des Zusammenspiels von realer Mittelknappheit und medizinischem Fortschritt.

kostspieligen und grösstenteils aus öffentlichen Mitteln finanzierten Ausstattungswettbewerb zwischen den Kantonen und ihren Spitälern (Slembeck 2006). Dass dabei die pflegenden und persönlich erbrachten Tätigkeiten im Vergleich zur «technischen» Medizin den Kürzeren ziehen, scheint schon fast unausweichlich. Der allmählich steigende Rationalisierungsdruck wird also asymmetrisch weitergegeben und dort als Rationierung wahrgenommen bzw. interpretiert, wo er aufgrund der Machtverhältnisse am stärksten auftritt.

Die sogenannte «Rationierung» ist also das Ergebnis des Zusammenspiels von realer Mittelknappheit und medizinischem Fortschritt. Das als «Rationierung» verpönte, aber letztlich notwendige Abwägen von Kosten und Nutzen kann nun allerdings ebenso wenig allein den Personen am Krankenbett überlassen werden wie durch ein Expertengremium oder durch einen Volksentscheid erfolgen.

Bei der Beurteilung konkreter Fälle treten für Mediziner und Pflegenden nämlich regelmässig moralische Dilemmata auf, die sie belasten und auch überfordern. Ein «implizites Abwägen» ohne klare Regeln gerät dann zu einer Zumutung für die Betroffenen. Andererseits scheint ein «explizites Abwägen» anhand konkreter Handlungsregeln oder Einschränkungskriterien des Leistungskatalogs reichlich komplex und wenig konsensfähig. Wollen wir wirklich eine Volksabstimmung darüber, wer welche Hüftgelenksprothese ab welchem Alter und bei welchem Krankheitsbild erhalten soll? Wie sähe ein Expertengremium aus, das solche Fragen für sämtliche möglichen Entscheidungssituationen a priori beantworten könnte? Wie wäre es zusammengesetzt, und anhand welcher Regeln und Kriterien würde das Gremium entscheiden?

### Selbstrationierung statt Fremdrationierung

Als Ausweg bleibt nur die Minderung des Verantwortungsvakuums durch Rückgabe der Verantwortung an die Versicherten und Patienten. Nur durch sie kann ein solches Abwägen letztlich sinnvoll erfolgen. Eine «Selbstrationierung» in diesem Sinne verlangt allerdings Selbstverantwortung und möglichst unverzerrte Informationen. Während sich Erstere durch eine Rückführung des überregulierten Zwangsversicherungssystems relativ einfach realisieren lässt, bedarf die Erzeugung unverzerrter Informationen eines verbesserten Anreizsystems.

Leistungserbringer müssen fortan vermehrt an der Gesundheit der Patienten verdienen, nicht nur an deren Krankheit. Sie müssen dabei als «Gesundheitsunternehmer» bereit und in der Lage sein, kalkulierte Risiken mitzutragen. Sie erhalten dafür bei entsprechender Anstrengung zugunsten der Gesundheit ihrer Patienten den erzielten Überschuss als Gewinn. Ärztenetzwerke und integrierte Leistungsangebote mit Capitation entsprechen diesem Modell am ehesten. Verdient der Arzt nämlich trotz der Gesundheit seiner Patienten, hat er im Krankheitsfalle den grössten Anreiz, Kosten, Nutzen und mögliche Nebenwirkungen (auch solche auf den Geldbeutel) mit der Patientin zu diskutieren. Und trägt der Patient gleichzeitig ein hohes Mass an Selbstverantwortung, wird die gefürchtete implizite oder explizite Rationierung durch die Mediziner selbst oder durch übergeordnete, regelgebende Instanzen weitgehend obsolet. Konkret könnte eine solche «Selbstrationierung» etwa auch bedeuten, dass Versicherte bewusst auf den Einsatz teurer Hightech-Massnahmen am Lebensende im Voraus verzichten und dafür tiefere Prämien entrichten.

Klingt die Forderung nach mehr Selbstverantwortung und «Selbstrationierung» utopisch? Für Schweizer Ohren

wohl kaum, denn es gibt bei uns einen namhaften Bereich, wo beides seit langem funktioniert: die Zahnmedizin. Dies scheint beispielsweise der einzige Bereich, in welchem die Erstellung von Offerten zuhanden der Patienten für Mediziner zur Routine gehört. Und obwohl – oder gerade weil – wir Schweizer den grössten Teil der zahn-

---

### Ein vernünftiges Anreizsystem

kann auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen wirken.

---

medizinischen Leistungen direkt aus der eigenen Tasche berappen, zählen unsere Zähne weltweit zu den gesündesten. Hier zeigt sich mit aller Deutlichkeit, wie ein vernünftiges Anreizsystem auf die Inanspruchnahme und die Qualität medizinischer Leistungen wirken kann.

Nun mag eingewendet werden, dass die Zahnmedizin ein Bereich ist, in dem es meist nicht um Leben und Tod geht und wo die Kosten eher überschaubar sind. Überall dort, wo dies nicht der Fall ist, müssen die Risiken durch ein Versicherungssystem gedeckt werden können, welches uns einerseits vor dem finanziellen Ruin bewahrt, aber gleichzeitig ausreichende Anreize zur eigenen Prävention und Selbstverantwortung setzt. Ein solches System wird auch langfristig bezahlbar sein und die implizite oder explizite «Fremdrationierung» eindämmen.

#### Literatur

Baumann, M.; Baumann-Hölzle, R. (2009): *Wie die Mittel im Gesundheitswesen fair verteilt werden sollen – ein Manifest*, Bd. 4 «Handbuch Ethik im Gesundheitswesen», S. 183ff.  
 Breyer F.; Schultheiss, C. (2002): «Alter» als Kriterium bei der Rationierung von Gesundheitsleistungen. Eine ethisch-ökonomische Analyse. In: Gutmann, T.; Schmidt, V.H.:

Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen. Velbrück Wissenschaft, Weilerswist.

Callahan, D. (1987): *Setting Limits. Medical Goals in an Aging Society*. Simon and Schuster.

Domenighetti, G. (2006): «Zehn Hautärzte und acht verschiedene Diagnosen». *CSS-Magazin* Mai 2006, siehe [www.healthcollege.ch/pdf/Domenighetti-Interview.pdf](http://www.healthcollege.ch/pdf/Domenighetti-Interview.pdf).

Haller, J. (2006): Implizite Rationierung – was ist das? *SÄZ*, 87(39), 1675.

Krämer W. (1997): *Wir kurieren uns zu Tode. Rationierung und die Zukunft der Modernen Medizin*. Ullstein TB.

Slembeck, T. (2006): *Kostentreiber im Schweizer Gesundheitswesen – Eine Auslegeordnung*. Solothurn, [www.santesuisse.ch/datasheets/files/200711061018280.pdf](http://www.santesuisse.ch/datasheets/files/200711061018280.pdf).

Slembeck, T.; Brügger, U. (2006): *Im Supermarkt der Gesundheit, Vorsorge* 02/06. Download unter: [www.healthcollege.ch/pdf/Supermarkt-Gesundheit-Slembeck-Bruegger2006.pdf](http://www.healthcollege.ch/pdf/Supermarkt-Gesundheit-Slembeck-Bruegger2006.pdf).

Sommer, J.H. (2001): *Muddling Through Elegantly: Rationierung im Gesundheitswesen*. EMH Basel.

Vaterlaus, S.; Telser, H.; Zweifel, P.; Eugster, P. (2004): *Was leistet unser Gesundheitswesen?* Plaut Economics, Bern, [www.plaut-economics.ch](http://www.plaut-economics.ch).

Zehnder, R. (1999): *Warum Rationierung unumgänglich ist*. *SÄZ* 80(45), 2651–2653.

Zweifel, P.; Telser, H. (2000): *Rationierung – der Königsweg im Gesundheitswesen?* *Praxis – Schweizerische Rundschau für Medizin*, Nr.29/30, 4–7.

Korrespondenz:

Tilman Slembeck

Prof. Dr. oec. HSG

Zentrum für Wirtschaftspolitik

School of Management and Law

St. Georgenstrasse 70

8400 Winterthur

[tilman.slembeck@zhaw.ch](mailto:tilman.slembeck@zhaw.ch)