

# 1 Manifest für eine faire Mittel- verteilung im Gesundheitswesen

Unabhängige, interdisziplinäre Arbeitsgruppe  
«Gerechte Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen»

© DIALOG ETHIK, Zürich, 2. Auflage 2006  
Inhaltsgleiche Erstauflage 1999  
Print: OnShop, Zürich, Switzerland  
ISBN-10: 3-905757-00-1  
ISBN-13: 978-3-905757-00-2

 DIALOG ETHIK  
Interdisziplinäres Institut für Ethik  
im Gesundheitswesen



# Ist unser Gesundheitswesen noch bezahlbar?

Was können, was wollen wir uns als Gesellschaft von dem leisten, was wir an medizinischen Behandlungs- und Betreuungsmassnahmen zur Verfügung haben?

Welche Leistungen und Mittel müssen allen Menschen in der Schweiz zugänglich sein, von der obligatorischen Grundversicherung garantiert und von der Solidargemeinschaft getragen werden?

Wie viel darf zu Lasten der Grundversicherung ein «statistisches» menschliches Lebensjahr kosten?

Worauf wollen wir verzichten?

Wie viel Verzicht ist von wem dafür zu fordern?

Von allen gleichviel?

Von einigen mehr und von anderen weniger?

Wer soll diese Entscheide fällen?



# Ergebnisse einer Konsensfindung

## Zwang zur Wahl

Die vielen und neuen Handlungsmöglichkeiten der modernen Medizin zwingen die Gesellschaft zur Auswahl. Welches sind die Kriterien, die sie für diese Wahl verwendet? Bis heute wenige bis gar keine. Alle drücken sich vor diesen Entscheidungen und spielen sie den Leistungserbringerinnen und -erbringern im Gesundheitswesen zu, die diese gezwungenermaßen am Krankenbett im Einzelfall treffen müssen. Diese Entscheidungswillkür kann sich eine demokratische, liberale Gesellschaft, welche sich an den Menschenrechten orientiert, nicht leisten. Es besteht dringender Handlungsbedarf, der dieser unfairen Situation bei der Leistungs- und Mittelverteilung im Gesundheitswesen entgegenwirkt.

## Diskussionsanstoss – Handlungsaufforderung

*Vor dem Hintergrund dieser Ausgangslage konstituierte sich im Mai 1998 eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe, deren Mitglieder (sie sind im Anhang genannt) den Fachbereichen Jurisprudenz, Medizin, Ökonomie, Pflege, Pharmazie, Philosophie und Theologie angehören, um die Problematik der Rationierung in der Medizin zu diskutieren. Schon zuvor hatten sie sich während Jahren in medizin-ethischen Arbeitskreisen getroffen. Im Zentrum der Arbeit stand das Engagement für medizin-ethische Fragestellungen und nicht eine Interessenvertretung irgendwelcher Art. Dadurch war unabhängiges Arbeiten ohne Rücksichten auf Interessenverflechtungen möglich. Die Ergebnisse dieser Konsensfindung liegen diesem Manifest zugrunde und sind für die Öffentlichkeit als Diskussionsanstoss und für die Politikerinnen und Politiker als Handlungsaufforderung gedacht.*

Für ein besseres Textverständnis seien die folgenden zentralen Begriffe vorweg erklärt:

### **Rationierung**

Im Rahmen einer Zwangssituation wird auf gegenwärtig und vielleicht zukünftig sinnvolle und angemessene Leistungen und Mittel verzichtet. Strukturelle Rationierung: Die Strukturen des Gesundheitswesens werden verändert, indem Einschränkungen (z.B. Reduktion der Leistungsanbieter, Neugewichtung der Forschungsprioritäten usw.) vorgenommen werden. Individuelle Leistungs- und Mittelrationierung: Einzelne Leistungen und Mittel des Gesundheitswesens werden beschränkt angeboten.

### **Rationalisierung**

Das Ziel der Rationalisierung ist es, Unnötiges und Wirkungsloses ohne Qualitätsverlust zu beseitigen und Handlungsabläufe allgemein effizienter zu gestalten. Kommt es dabei zu einer Qualitätseinbußen, wandelt sich die Rationalisierung zur Rationierung.

### **Grundsatzebene**

Die Grundsatzebene bezeichnet die politische Ebene von Bund und Kantonen. Hier werden allgemeinverbindliche Wertentscheidungen gefällt und Gesetze geschaffen. Hier wird u.a. der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttosozialprodukt festgelegt, werden die Pflichtleistungen der Solidargemeinschaft für das Gesundheitswesen bestimmt und die Vorschriften für die Gesundheitsberufe erlassen. Auf dieser Ebene werden die Grundsatzentscheidungen gefällt, welche Leistungen und Mittel der Leistungsebene zur Auswahl zur Verfügung gestellt werden. Hier gilt die Regel: Für alle das Gleiche!

### **Leistungsebene**

Die Leistungsebene ist der Anwendungsbereich der Leistungen und Mittel. Sie werden auf dieser Ebene auf Grund von medizinischen und ethischen Überlegungen ausgewählt. Hier gilt die Regel: Jedem das Seine!

# KERNAUSSAGEN

- Auf der Leistungsebene sind alle Sparmöglichkeiten ohne Qualitätseinbusse auszuschöpfen (Rationalisierung).
- Heute wird am Krankenbett beim einzelnen Patienten auf Grund einer Einschätzung seiner Lebensqualität und ohne allgemeinverbindliche Kriterien bereits rationiert. Diese Art der Rationierung wird abgelehnt, denn sie ist willkürlich und führt zu Ungerechtigkeiten.
- Die Rationierung darf von den politischen Instanzen nicht verdeckt, als Rationalisierung getarnt, den im Gesundheitswesen tätigen Institutionen (Spitäler, Praxen usw.) und deren Akteurinnen und Akteuren zugeschoben werden.
- Rationierungsmassnahmen sind auf der Grundsatzebene im öffentlichen Diskurs zu bestimmen und in einem demokratischen Entscheidungsprozess festzulegen.
- Erst wenn die strukturelle Rationierung für eine Kosteneindämmung nicht ausreicht, sind individuelle Leistungen und Mittel zu rationieren. Dabei ist die Qualität der Leistungen und Mittel zu evaluieren.
- Im Rahmen der heutigen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen des schweizerischen Gesundheitswesens und ohne eine strukturelle Rationierung ist die individuelle Mittelrationierung unvermeidbar.
- Vorschläge von strukturellen Rationierungsregeln:
  1. Solidarität
  2. Vorrang des aktuellen, angemessenen medizinischen Handlungsbedarfes
  3. Neugewichtung der Geldverteilung in der medizinischen Forschung
  4. Zurückhaltung bei der Einführung von Neuerungen zu Lasten der Solidargemeinschaft
  5. Beschränkung der Leistungsanbieterinnen und -anbieter
  6. Transparenz zwischen Leistungsanbietern und Industrie
  7. Verbesserung des Zusammenspiels von Bund und Kantonen
  8. Institutionenübergreifende Gestaltung der Handlungsabläufe bei einer Behandlung und/oder Betreuung eines Menschen

- Vorschläge zur individuellen Leistungs- und Mittelrationierung: Die Gesellschaft wird langfristig nicht darum herkommen, zu entscheiden, wie viel sie sich ein statistisch zu gewinnendes Lebensjahr mit guter Lebensqualität in Franken kosten lassen will, und dann die Leistungen und Mittel zu bestimmen, welche sie zur Anwendung im Einzelfall zur Verfügung stellt. Diese Entscheidung ist vöngängig und unabhängig vom individuellen Einzelfall auf der Grundsatzebene zu fällen.

So ist die Anwendung von sehr teuren Behandlungs- und/oder Betreuungsmethoden im Einzelfall geboten, wenn mit ihnen mehrere Lebensjahre mit guter Lebensqualität gewonnen werden. Hingegen ist die Anwendung von teuren oder sehr teuren Behandlungs- und/oder Betreuungsmassnahmen aus der Grundversicherung auszuschliessen, wenn sie die Lebenszeit nur wenig verlängern und die Lebensqualität kaum verbessern. Medizinische Massnahmen sind auf ihr Verhältnis zwischen Kosten, gewonnenen Lebensjahren und gewonnener Lebensqualität mittels entsprechender Überprüfungsverfahren (z.B. QUALYS<sup>1</sup>) zu beurteilen.

- Entscheide auf der Grundsatzebene haben zu justiziablen (rechtsfähigen) Normen (Gesetze u.Ä.) zu führen. Auf der Leistungsebene kontrollieren Vertrauensfachleute die Durchsetzung der Vereinbarungen.

<sup>1</sup> QUALYS steht für: «quality adjusted life year»: Dies ist ein Faktor, mit dem die Wirksamkeit einer therapeutischen Intervention angegeben werden kann. Neben dem quantitativen (Verlängerung des Lebens) wird bei der Berechnung der Wirksamkeit einer Therapie auch der qualitative Aspekt (Verbesserung der Lebensqualität) in die Berechnungen und Überlegungen einbezogen. So kann z.B. bei Krebspatientinnen und -patienten durch eine Chemotherapie das Leben im Durchschnitt um ein Jahr verlängert werden. Neben der Lebensverlängerung spielt für die Patientin und den Patienten aber auch die Lebensqualität während der gewonnenen Zeit eine wichtige Rolle. Wird die Lebensqualität während des gewonnenen Lebensjahres berücksichtigt, so spricht man von einem QUALY. Die Lebensqualität wird mit einer Zahl zwischen 1 (gesund) und 0 (verstorben) angegeben. Bei Kostenanalysen (Kosten-Nützlichkeit-Berechnung, «cost-utility-analysis») können die Kosten pro QUALY berechnet werden. Ohne Rationierungszwang sind QUALYS ein Hilfsmittel im individuellen Urteilsbildungsprozess. Bei einem Rationierungszwang wird mittels QUALYS ein Kostenfaktor bestimmt, der über das Vorenthalten von gewissen Mitteln entscheidet. QUALYS sind in diesem Fall keine Hilfsmittel der individuellen Güterabwägung mehr, sondern das Hauptmittel einer objektiven Kriterienbildung

# I Einleitung

## 1. Ausgangslage

In der Schweiz haben die Kosten im Gesundheitswesen eine Höhe erreicht, welche die Bevölkerung kaum noch tragen will und kann (ca. 40 Milliarden Franken pro Jahr – ca. 10% des Bruttoinlandproduktes). Die Schere zwischen der Finanzierungsmöglichkeit und auch -bereitschaft der Bevölkerung und dem Finanzbedarf öffnet sich immer weiter. Die Finanzierbarkeit ist damit zu einem limitierenden Faktor im Gesundheitswesen geworden. Diese Situation ist gegenüber vergangenen Zeiten insofern neu, als früher die finanziellen Mittel zur Befriedigung der gestellten Bedürfnisse im Gesundheitswesen ausreichten, weil die medizinischen Handlungsmöglichkeiten sehr beschränkt waren. Es gab in den meisten Fällen gar keine Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen medizinischen Handlungsoptionen. Es bestand sogar die Pflicht, alle zur Verfügung stehenden Mittel zur Überlebenshilfe einzusetzen. Heute nun übersteigen die Handlungsmöglichkeiten der modernen Medizin die Finanzierungsmöglichkeiten der Gesellschaft. Insofern stellt sich der modernen Gesellschaft nicht die Frage, ob überhaupt zu rationieren sei oder nicht, sondern wann, wie und wo. Rationiert wird heute aber nicht transparent. So findet in vielen Bereichen des schweizerischen Gesundheitswesens derzeit eine verdeckte Rationierung über Budgetbeschränkungen statt (Zugang zu Intensivbetten, Assistenzärztstellen, Wartezeiten für Allgemeinpatientinnen und -patienten), sodass anerkannte, medizinische Bedürfnisse nicht mehr immer abgedeckt werden können. Weil heute auf der Grundsatzebene von Bund und Kantonen keine und, wenn überhaupt, widersprüchliche Prioritäten gesetzt werden, wird die unumgängliche Rationierung der Leistungsebene – also den Spitalökonomien, der Ärzteschaft und der Pflege – auf Kosten der Patientinnen und Patienten zugespült. Ohne öffentlichen Diskurs über die Notwendigkeit einer Rationierung und ohne verbindliche Regeln wird unter dem ökonomischen Druck am Krankenbett beim einzelnen Patienten rationiert. Können heute noch mehr oder weniger die meisten Patientinnen und Patienten eine ihnen angemessene medizinische Betreuung bekommen, so wird dies in Zukunft immer weniger möglich sein. Dies wird zunehmende Ungerechtigkeiten zur Folge haben. Bereits heute beteiligt sich die öffentliche Hand unbegründet in wesentlich geringerem Mass an der Behandlung und Betreuung von chronischkranken als von akut erkrankten Menschen. Diese Situation ist unfair, weil Gesundheit ein existenzielles Gut ist. Soweit als möglich muss einer Vielklassenmedizin entgegen gewirkt werden. Im Rahmen der heutigen Realitäten einer sogenannt libe-

ralen Gesellschaft wird sich eine solche jedoch nicht ganz vermeiden lassen. Die damit einhergehenden Ungerechtigkeiten sind aber auf ein für alle vertretbares Mindestmass zu reduzieren. Eine klare Prioritäten-setzung ist zwingend notwendig. Die Gesellschaft kann sich ihrer Verantwortung für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen nicht entziehen.

Fasst man diese Situation zusammen, so heisst das konkret:

- Im Gesundheitswesen ist zu Lasten der Grundversicherung nicht mehr alles zahlbar, was machbar geworden ist, es sei denn, die Gesellschaft würde sich bereit erklären, neue Prioritäten zu setzen und unter Umständen sogar einen zunehmenden Anteil des Bruttosozialproduktes für die Aufwendungen des Gesundheitswesens bereitzustellen.
- Die Rationalisierung kann den finanziellen Notstand vorübergehend mindern. Aber auch sie kann von den Institutionen des Gesundheitswesens ohne Qualitätseinbusse der Leistung nur bis an eine bestimmte Grenze durchgeführt werden. Die politischen Instanzen können Rationalisierungen lediglich fordern, durchzuführen sind sie von den Leistungserbringern.
- Die Rationierung einzelner Leistungen – d.h. der konkrete Ausschluss einzelner wirksamer und sinnvoller Leistungen von der obligatorischen Grundversicherung – wird ohne neue Prioritätensetzung auf der Grundsatzebene zunehmend und in steigendem Masse unumgänglich sein, ja sie hat bereits begonnen.
- Die Prioritätenordnung und Rationierungsregeln bedürfen einer kollektiven, transparenten Entscheidungsfindung auf der Grundsatzebene. Die Politiker und Politikerinnen in der Schweiz sind bisher dieser schwierigen Aufgabe ausgewichen.
- Die liberale Wirtschaftsordnung ermöglicht den Bemittelten durch Eigenfinanzierung ein Umgehen einer neuen Prioritätenordnung und allfälliger Rationierungsmassnahmen. Die Vielklassenmedizin besteht heute schon, und sie wird durch eine Rationierung in Zukunft enorm akzentuiert werden. – Diese Situation ist unfair, weil Gesundheit ein existenzielles Gut ist.

Im Folgenden werden die Hintergründe der derzeitigen Situation ausgeleuchtet, Grundsätze für eine faire Mittelverteilung genannt, Regeln für die strukturelle Rationierung mit den daraus resultierenden Handlungsoptionen vorgeschlagen und für die Leistungsebene Beispiele konkreter Massnahmen zur Eindämmung nicht angemessener Behandlung und Betreuung ausgeführt.



## II Gründe der Knappheit notwendiger Leistungen und Mittel im Gesundheitswesen

und eine unverhältnismässige Angst vor Haftpflicht bei fehlenden juristischen Rahmenbedingungen tragen das Ihre zur Kostenexplosion im Gesundheitswesen bei.

### 1. Eigeninteressen aller Akteure

Auf Grund von Eigeninteressen auf Seiten sämtlicher Akteure im Gesundheitswesen (Forschung und Produkteentwicklung, Gesunde, Industrie, Kranken- und Unfallversicherungen, Medien, sämtliche Berufe des Medizinalwesens, Patientinnen und Patienten, Politikerinnen und Politiker) kommt es teilweise zu unangemessenen Betreuungsentscheiden.

### 2. Mengenausweitung

Durch die Erkenntnisse in der modernen Medizintechnik und der angewandten Medizin erweitert sich die Angebotspalette ständig. Eine zu hohe Dichte von Leistungsanbietern trägt zusätzlich das Ihre zu dieser Mengenausweitung bei.

### 3. Unverhältnismässige Produktverteuerung

Neue Behandlungsmöglichkeiten sind gegenüber herkömmlichen Verfahren oft sehr viel teurer, ohne dass sie sehr viel wirksamer sind.

### 4. Widersprüchlicher politischer Wille

Die Schere zwischen der gesellschaftlichen Finanzierungsbereitschaft und Finanzierungsfähigkeit für Gesundheitsleistungen einerseits und dem Leistungsangebot und der Nachfrage im Gesundheitswesen andererseits öffnet sich immer weiter. Es fehlt der politische Wille, diese Rationierungsproblematik überhaupt zur Kenntnis zu nehmen und ihr entgegenzuwirken.

### 5. Sicherheitsfanatismus

Es besteht ein verbreiteter Sicherheitsfanatismus in Bezug auf medizinische Angebote (z.B. Blutspendewesen, apparative Zusatzuntersuchungen usw.), und es fehlen Festschreibungen von Minimal- oder Restrisiken. Dies

### III Grundsätze für eine faire Mittelverteilung<sup>2</sup> im Gesundheitswesen

Die folgenden Grundsätze stellen den Werthorizont des Manifestes dar und bilden den Kontext für die Rationierungsvorschläge im Kapitel IV. Sie sind als Diskussionsgrundlage gedacht.

1. Der Staat setzt Rahmenbedingungen zum Schutze der Volksgesundheit.
2. Jeder Einzelne ist verantwortlich, seiner Gesundheit Sorge zu tragen und gesundheitsschädigendes Verhalten zu vermeiden.
3. Externe, als gesundheitsschädigend erwiesene Faktoren werden mit einer Steuer zu Gunsten der Grundversicherung belegt. Geht jemand freiwillig besondere, explizit aufgelistete Risiken ein, so muss er dafür eine spezielle Versicherung abschliessen.
4. Das Recht auf eine angemessene medizinische Betreuung ist ein Grundrecht, da es sich bei der Gesundheit um ein existenzielles Gut handelt. In Ergänzung zu privater Initiative und Verantwortung setzen sich Bund und Kantone im Rahmen ihrer verfassungsmässigen Zuständigkeiten und ihrer verfügbaren Mittel dafür ein, dass jede Person die für ihre Gesundheit notwendige und angemessene Behandlung und Betreuung erhält.
5. Ein Mensch darf nicht ungefragt und gegen seinen Willen zum Mittel irgendeines Zweckes, auch nicht von Gesundheitszwecken, gemacht werden. Jedem Menschen steht Autonomie (Selbstbestimmung) zu. Damit kann jede medizinische Leistung durch den betroffenen Menschen abgelehnt werden. Jedoch kann nicht jede medizinische Leistung zu Lasten der Grundversicherung unbedingt eingefordert werden.
6. Niemand hat das Recht, einem anderen Menschen dessen Lebensentwurf vorzuschreiben. Paternalismus (Entscheidung über den betroffenen, kranken Menschen hinweg) ist gleichermassen abzulehnen wie grenzenlose Forderungen auf Seiten des Patienten oder der Patientin.
7. Eine Gesellschaft kann nur menschlich überleben, wenn sich ihre Mitglieder zu gegenseitiger Solidarität verpflichten, welche gegebene Ungleichheiten kompensieren hilft. Solche Solidarität ist für eine faire Güterverteilung im Gesundheitswesen von besonderer Bedeutung, da sich mit medizinischer Betreuung und Behandlung natürliche Ungleichheiten z.T. ausgleichen lassen.

8. Betreuungs- und Behandlungsentscheide lassen sich nicht allein auf Grund von naturwissenschaftlichen oder objektiven Regeln fällen. Sie beinhalten immer Wertentscheidungen.

9. Konflikte zwischen einzelnen Parteien im Gesundheitswesen bedürfen verbindlicher medizin-ethischer Urteilsbildungsverfahren. Damit kann die einem kranken Menschen in der gegebenen Situation angemessene Behandlung oder Betreuung am ehesten gefunden werden. Bewusste medizin-ethische Urteilsbildung hilft mit, Willkür und unangemessene Eigeninteressen zu vermindern.

10. Die Mittelverteilung ist ein Interessenkonflikt zwischen Menschen, die einerseits gerechtfertigte Betreuungsansprüche geltend machen, welche aber andererseits auf Grund einer Mittelknappheit nicht mehr befriedigt werden können. Das Mittelproblem ist deshalb ein Problem der fairen Mittelverteilung.

11. Diese Interessenkonflikte können nicht willkürlich von Fall zu Fall entschieden werden, sondern bedürfen einer verbindlichen Regelung, welche den Rahmen für die Urteilsbildung im Einzelfall absteckt. Das Festlegen von Rationierungsregeln liegt nicht in der Kompetenz der Betreuenden. Die Betreuenden sind von dieser Aufgabe nach Möglichkeit zu entlasten.

12. Die Betreuenden sind primär den Patientinnen und Patienten gegenüber verantwortlich. Bei der Entscheidung im Einzelfall sind die angemessenen Behandlungen und Betreuungen mittels medizin-ethischer Urteilsbildungen herauszuarbeiten. Der Rahmen des Möglichen für solche Urteilsbildungen wird ihnen von der Gesellschaft vorgegeben. Rationierungsentscheide dürfen nur in absoluten Notsituationen (z.B. in einem Krieg oder auf einer Unfallstelle usw.) auf Grund des Einzelfalles getroffen werden.

13. Sowohl strukturelle wie individuelle Rationierungsentscheide sind nur auf der Grundsatzebene nach öffentlichem und transparentem Diskurs und demokratischer Entscheidungsfindung zu formulieren. Dadurch sind allgemein verbindliche Regeln zu gewinnen, die den Rahmen für die Urteilsbildungen im Einzelfall abstecken und damit bei Interessenkonflikten im Einzelfall willkürliche Entscheide verhindern. Eine verdeckte Rationierung auf der Ebene der Leistungserbringer ist ethisch nicht vertretbar. Diese Entscheide fallen in die Verantwortung der Gesamtgesellschaft und dürfen nicht auf die Leistungsebene abgeschoben werden. Dies lässt nicht annehmbare Ungerechtigkeiten entstehen.

<sup>2</sup> Faire Mittelverteilung: In Anlehnung an die Theorie von John Rawls wird bewusst der Begriff «faire» und nicht «gerechte» Mittelverteilung verwendet. Damit soll unterstrichen werden, dass das Manifest von einem nicht utilitaristischen Gerechtigkeitsbegriff ausgeht. Zudem impliziert diese Begrifflichkeit nach Rawls, «dass zu gegebenen Zielen die wirksamsten Mittel eingesetzt» werden sollen (vgl. John Rawls, eine Theorie der Gerechtigkeit, Suhrkamp, Frankfurt am Main 1979, S. 31).

14. Die Rationierungsentscheide dürfen nicht zu Diskriminierungen führen. Individuelle Leistungs- und Mittelrationierung hat auf Grund von verbindlichen Beurteilungsverfahren (z.B. QUALYS) zu erfolgen und nicht auf Grund von bezeichneten Krankheiten und Altersgrenzen.

15. Medizinisch nicht angemessene Massnahmen sollen nicht durch Rationierung, sondern immer auf andere Weise verhindert werden.

16. Auf der Leistungsebene (Spitäler, Fachgesellschaften, Praxen usw.) findet keine Regelbildung bezüglich Leistungs- und Mittelverteilung statt, sondern hier kommen einzig Rationalisierungsmassnahmen zur Anwendung, welche zu optimieren und auszuschöpfen sind.

Vor dem Hintergrund dieser Grundsätze werden nun mögliche Regeln und Massnahmen sowohl für die strukturelle als auch individuelle Leistungs- und Mittelrationierung im Gesundheitswesen vorgeschlagen.

# IV Grundsatzebene von Bund und Kantonen: Regeln für die strukturelle und die individuelle Leistungs- und Mittelrationierung und daraus folgende Handlungsoptionen für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen

## 1. Regeln für die strukturelle Rationierung

### Regel 1: Solidarität

Opfer werden nur selten freiwillig erbracht und müssen von der Gesellschaft eingefordert werden.

*Die Gesamtkosten des Gesundheitswesens sind so zu verteilen, dass vielen ein gemessen an ihren Möglichkeiten kleines Opfer und nicht dass wenigen ein für ihre finanziellen Verhältnisse grosses Opfer auferlegt wird.*

Handlungsoptionen:

*a) Verzicht auf die Finanzierung von Angeboten zur Steigerung des körperlichen Wohlbefindens von Gesunden*

Gesundheitserziehung und Anreize für gesundes Verhalten sind Teil des staatlichen Bildungsauftrages. Inwieweit Angebote zur Steigerung des körperlichen Wohlbefindens von Gesunden in Anspruch genommen werden oder nicht, gehört zum persönlichen Lebensstil und somit in den persönlichen Verantwortungsbereich. Diese Leistungen sind nicht Teil der Grundversicherung.

*b) Erhöhung der Selbstbeteiligung*

Die Selbstbeteiligung ist zu erhöhen (z.B. Verdoppelung der Selbstbehalte). Für Härtefälle soll die Möglichkeit von geeigneten Massnahmen geboten werden.

Bei Menschen mit einer chronischen Krankheit, einer Behinderung oder anderen schwerwiegenden körperlichen oder seelischen Störung ihres Gesundheitszustandes, welche ständige medizinische Behandlung und/oder Betreuung für diese Störung notwendig macht, gilt die erhöhte Selbstbeteiligung nur für andere Krankheiten und nicht für ihre Grunderkrankung, Behinderung oder schwerwiegende Störung.

### Regel 2: Vorzug des aktuellen, angemessenen medizinischen Handlungsbedarfes

Handlungsbedarf für einen Einzelnen hat Priorität vor den gemeinsamen Anstrengungen zur Abwendung potenzieller, zukünftiger Erkrankungsmöglichkeiten, sofern die Behandlung angemessen ist. Die Möglichkeit, unter gleichartigen Medikamenten zu wählen, wird nicht nur auf Grund der Qualität, sondern auch auf Grund der Preise der Präparate eingeschränkt.

*Aktueller, angemessener medizinischer Handlungsbedarf hat Vorrang vor Präventivmassnahmen (Massnahmen zur Krankheitsverhütung). Die Grundversicherung bezahlt nur die kostengünstigsten Varianten gleichartiger Medikamente.*

Handlungsoptionen:

*a) Limitierung von Präventionsprogrammen*

Präventive Behandlungs- und Reihenuntersuchungsprogramme (sogenannte Screenings<sup>3</sup>) dürfen nur nach sehr sorgfältiger Überprüfung, welche nicht von der Industrie abhängig ist, übernommen werden. Dabei genügt ein reiner Wirksamkeitsnachweis nicht.

Programme für Reihenuntersuchungen und Behandlungsprogramme, die nicht mit einer wirksamen Therapie gekoppelt sind, sind abzulehnen. Zudem ist offen zu legen, welche Kosten das betreffende Programm für den Gewinn eines menschlichen Lebensjahres, statistisch gesehen, verursachen wird. Aufklärungskampagnen für «gesundes Verhalten» und das Vermeiden von schädigenden Einflüssen sind trotzdem zu fördern, aber nicht von der Grundversicherung zu finanzieren.

*b) Limitierung der Prävention mittels teurer Apparate-technik und Medikamente*

Präventivmassnahmen, welche mit Hilfe teurer Apparate-technik und Medikamente die Sterblichkeit zu verringern versuchen, sind zu Gunsten des aktuellen, angemessenen medizinischen Handlungsbedarfes einzuschränken. Zu denken ist hier z.B. an aufwendige Mammakarzinomscreenings usw., deren Wirksamkeit ohnehin noch zu wenig nachgewiesen ist.

*c) Einführung einer restriktiven Positivliste für Medikamente*

Bundesebene: Streichung aller Produkte von der Liste, deren Wirksamkeit nicht nach anerkannt wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen werden kann.

Ebene der subventionierten Spitäler und Pflegeheime: Einführung einer sowohl rationalen und rationellen als auch verbindlichen Medikamentenliste.

<sup>3</sup> Screeningprogramme: Reihenuntersuchungen innerhalb der Bevölkerung. Sie geben Auskunft über gewisse Risiken und Chancen, an einer bestimmten Krankheit zu leiden, selbst zu erkranken oder Trägerin bzw. Träger einer bestimmten Krankheit zu sein.

Die Medikamentenliste enthält nur die kostengünstigsten Varianten bei identischen Medikamenten

### **Regel 3: Neugewichtung der Geldverteilung in der medizinischen Forschung**

Bei vielen Leistungen und Mitteln in der Medizin ist die Wirksamkeit unsicher und nicht nachgewiesen. Mit neuen Produkten geht oft eine enorme Kostensteigerung einher. Es sind deshalb Forschungsanreize zu schaffen, welche die Forschergemeinschaft anspornen, die bestehenden Handlungsmöglichkeiten auf ihre tatsächliche Wirksamkeit nach anerkannt wissenschaftlichen Methoden hin zu prüfen.

*Die Überprüfung der Wirksamkeit und der Zweckmässigkeit der bestehenden Handlungsmöglichkeiten in der Medizin hat Vorrang vor der Entwicklung neuer Handlungsoptionen.*

Handlungsoption:

*Überprüfung der Wirksamkeit und der Zweckmässigkeit bestehender Handlungsmöglichkeiten*

Es sind Mittel des Nationalfonds und weitere staatliche Forschungsgelder zur Verfügung zu stellen, um die Wirksamkeit und die Zweckmässigkeit medizinischer Leistungen nach anerkannt wissenschaftlichen Methoden zu untersuchen. Als Anreiz für Forscherinnen und Forscher soll ein Preis mit einer angemessenen Preissumme für solche Forschung ausgeschrieben werden.

### **Regel 4: Zurückhaltung bei der Einführung von Neuerungen zu Lasten der Solidargemeinschaft**

Die laufende Neueinführung sehr aufwendiger und teurer Behandlungsmethoden hat bereits zu einer sehr weitgehenden verdeckten Rationierung in diesem Bereich geführt, was sehr unbefriedigend ist.

*Bei der Einführung von sehr teuren Behandlungsmethoden, die nicht für alle angewendet und/oder finanziert werden können, denen sie nützen würden, soll Zurückhaltung geübt werden (vgl. Faktor Novo Seven, neue Zytostatika, Wachstumsfaktoren usw.).*

Handlungsoption:

*Überprüfung neuer Behandlungsmethoden in Hinblick auf eine faire Anwendung und Finanzierung*

Es ist einfacher, neue Leistungen und Mittel erst gar nicht zu entwickeln oder einzuführen, als nachher über ihre gerechte Verteilung entscheiden zu müssen.

### **Regel 5: Beschränkung der Dichte der Leistungsanbieter**

Eine Möglichkeit, die Mengenausweitung zu begrenzen, besteht in einer Regulation der Dichte der Leistungsanbieter. Diese Dichte der Leistungsanbieter lässt sich nicht über Angebot und Nachfrage analog zu anderen Marktangeboten in einer liberalen Gesellschaft regulieren. Denn die Anbieter, hier vor allem die Ärzteschaft, bestimmen weitgehend über das Vorgehen bei einem sich krank fühlenden Menschen. Die Eigeninteressen der Leistungsanbieter beeinflussen die Menge der erbrachten Leistungen. So kommt es zu einer einseitigen Bedürfnissteuerung und dadurch unvermeidlich zu einer Mengenausweitung.

*Die Zahl der Studienplätze einerseits und die Arbeitsbewilligungen für die Leistungsanbieterinnen und -anbieter andererseits sind zu beschränken.*

Handlungsoption:

*Limitierung der Ausbildungs- und Arbeitsplätze*

Zur Regulierung der Ärztedichte sollen Zulassungsbeschränkungen für das Medizinstudium eingeführt und die Weiterbildungsstellen reduziert werden. Ab dem AHV-Alter darf ein Arzt oder eine Ärztin nicht mehr zu Lasten der Grundversicherung praktizieren.

### **Regel 6: Transparenz zwischen Leistungsanbietern und Industrie**

Die Interessenverflechtung zwischen Leistungsanbietern und vor allem der Pharmazeutik- und Medizintechnik-Industrie beeinflusst Behandlungs- und Betreuungentscheide. Diese Verflechtungen können in einer liberalen Gesellschaft nicht verboten werden. Ein solches Verbot würde sich auch negativ auf den Forschungsplatz Schweiz auswirken. Doch ist ihnen mit der Forderung nach Transparenz national und international zu begegnen.

*Direkte und indirekte Interessenverflechtungen zwischen Leistungsanbietern und der Industrie sind zwingend offen zu legen.*

Handlungsoptionen:

*a) Offenlegen der Interessenverflechtungen*

Von den Leistungsanbieterinnen und -anbietern ist ein Offenlegen der wirtschaftlichen Interessenverflechtungen zu verlangen. Die Resultate solcher Erhebungen sind allgemein zugänglich zu veröffentlichen.

*b) Entflechtung international*

Die Schweiz setzt sich international dafür ein, dass die Beeinflussung von Forschungsergebnissen durch die Industrie bekämpft wird. Auch international ist die

Publikation wirtschaftlicher Verflechtungen zwischen Leistungsanbietern und Industrie im Gesundheitswesen anzuregen.

### **Regel 7: Verbesserung des Zusammenspiels von Bund und Kantonen**

Divergierende, föderalistische Tendenzen und Strukturen in der Schweiz verunmöglichen einen optimalen Mitteleinsatz.

Handlungsoptionen:

#### *a) Koordination*

Die Koordination im Gesundheitswesen ist gesamtschweizerisch (z.B. Sanitätsdirektorenkonferenz) zu harmonisieren.

#### *b) Verschärfung der Leistungspflichten und -begrenzungen*

Die Leistungspflichten und Leistungsbegrenzungen der national gültigen Grundversicherung (besonders die restriktive Positivliste für Medikamente und Apparate) sind neu und streng zu formulieren.

#### *c) Verschärfung der Zulassungsbewilligung für Berufe im Gesundheitswesen*

Die Bedingungen zum Erwerb von Fähigkeitsausweisen für alle Berufe im Gesundheitswesen sind zu verschärfen.

### **Regel 8: Institutionsübergreifende Gestaltung der Handlungsabläufe bei der Behandlung und/oder Betreuung eines Menschen**

Derzeit werden die verschiedenen Institutionen des Gesundheitswesens einzeln und nicht gesamtheitlich als Glied einer Kette verschiedener sich ergänzender Institutionen im Dienste von kranken Menschen betrachtet. Beispielsweise werden die Institutionen im Akutkrankenbereich anders bewertet und stärker gefördert als diejenigen im Chronischkrankenbereich. Dadurch kommt es zu nicht hinnehmbaren Ungerechtigkeiten und z.T. unhaltbaren Zuständen in einzelnen Institutionen.

*Die Strukturen des Gesundheitswesens sind unter gesamtheitlichen Gesichtspunkten zu betrachten und abgestimmt mit Verpflichtung zur breiten Zusammenarbeit der Leistungserbringer zu organisieren*

Handlungsoptionen:

#### *a) Umfassende Beurteilung des Einzelfalles*

Behandlung und Betreuung der Menschen ist von ganzheitlicher Warte von A bis Z zu organisieren und zu strukturieren, d.h. die einzelnen Leistungen (vom Hausarzt

bis zum Pflegeheim) sind im Gesamtkontext der Behandlung und Betreuung eines Menschen zu betrachten. Dabei sind alle Folgekosten zu bedenken.

#### *b) Zusammenfassung der Spitäler und Pflegeinstitutionen in übergreifenden Strukturen*

Die Spitäler und Pflegeinstitutionen sind in übergreifenden Strukturen zu organisieren, damit Synergien genutzt werden können. So ergeben sich auch neue Möglichkeiten der Zusammenarbeit und eine Stärkung der Verhandlungspositionen mit der Industrie.

## **2. Individuelle Leistungs- und Mittelrationierung**

Die Gesellschaft wird langfristig nicht darum herumkommen, sich zu entscheiden, wie viel sie sich ein statistisch zu gewinnendes Lebensjahr mit guter Lebensqualität in Franken kosten lassen will, und dann die Leistungen und Mittel zu bestimmen, welche sie zur Anwendung im Einzelfall zur Verfügung stellt. Diese Entscheidung ist vorgängig und unabhängig vom individuellen Einzelfall auf der Grundsatzebene zu fällen.

So ist die Anwendung von sehr teuren Behandlungs- und/oder Betreuungsmethoden im Einzelfall geboten, wenn mit ihnen mehrere Lebensjahre mit guter Lebensqualität gewonnen werden. Hingegen ist die Anwendung von teuren oder sehr teuren Behandlungs- und/oder Betreuungsmassnahmen aus der Grundversicherung auszuschliessen, wenn sie die Lebenszeit nur wenig verlängern und die Lebensqualität kaum verbessern.

Medizinische Massnahmen sind auf ihr Verhältnis zwischen Kosten, gewonnenem Lebensjahr und gewonnener Lebensqualität mittels dafür geeigneter Methoden (z.B. QUALYS) zu prüfen.

*Beispiel: Angenommen, ein Patient kann nur mit einem Medikament, dessen Anwendung Fr. 500 000.– kostet, in einer lebensbedrohlichen Situation gerettet werden. Das Grundleiden dieses Patienten ist aber derart, dass er auf Grund einer sorgfältig erstellten Prognose nur mehr einige Monate leben wird. In dieser Situation würde weniger als ein Lebensjahr für Fr. 500 000.– gewonnen.*

# V Leistungsebene: Beispiele von Massnahmen zur Rationalisierung und Eindämmung nicht angemessener Behandlung und/oder Betreuung

Anlass und Gegenstand dieses Manifestes ist die verdeckte Rationierung im Gesundheitswesen und nicht die Rationalisierung. Die Gruppe geht davon aus, dass auch wenn alle Rationalisierungspotenziale ausgeschöpft werden, die Gesellschaft trotzdem nicht umhin kommt, klare Prioritäten für den Mitteleinsatz zu formulieren. Mit solchen Prioritäten werden immer Möglichkeiten ausgeschlossen, was faktisch eine Rationierung ist. Trotzdem kamen bei der Gruppenarbeit die Rationalisierungsmassnahmen immer wieder zur Sprache, und sie werden von der Gruppe auch voll unterstützt. Im Folgenden werden deshalb einige Vorschläge von Rationalisierungen vorgeschlagen. Die Zusammenstellung ist keineswegs vollständig. Wir sind uns bewusst, dass wichtige Bereiche, wie z. B. neue Versicherungsmodelle, nicht ausdrücklich erwähnt sind. Die Rationalisierungsmassnahmen sind durch die Leistungserbringer zu fördern und auszuweisen. Unter folgenden drei Stichworten sind Rationalisierungsmassnahmen voranzutreiben:

## Transparenz/Qualität/Wirtschaftlichkeit

### 1. Transparenz

1. Kostentransparenz: Die Spitalkosten sind allgemein und nicht mittels individueller Kostenanalysen pro Patient zu untersuchen (als sogenannte Gemeinkostenanalyse) und transparent zu machen

2. Interessentransparenz: Den Interessenverflechtungen zwischen der Industrie und den Leistungserbringern ist mit geeigneten Massnahmen zu begegnen:

a) Die Bindungen der Leistungsanbieter an die Industrie sind offen zu deklarieren. Die Spitäler publizieren jährlich diese Verbindungen ihrer Angestellten. Sponsoring muss benannt werden.

b) Die Medikamentenabgabe ist so zu reglementieren, dass ein Abgabeanreiz wegfällt.

c) Die Schweiz setzt sich international dafür ein, dass bei der Publikation von Studien die jeweiligen Forscherinnen und Forscher ihre Bindungen an die Industrie offen legen müssen.

3. Entscheidungstransparenz: Die Angemessenheit medizinischer Betreuung und Behandlung im Einzelfall soll Gegenstand bewusster medizin-ethischer Urteilsbildungen sein:

a) Die Institutionen stellen die notwendigen Rahmenbedingungen (Raum und Zeit) für eine verantwortliche medizin-ethische Urteilsbildung zur Verfügung.

b) Die Angemessenheit von Behandlungs- und Betreuungsentscheiden ist von den Betreuenden interdisziplinär und zusammen mit den Patientinnen und Patienten und deren Lebenskontext mittels bewusster medizin-ethischer Urteilsbildung herauszuarbeiten.

c) Die Tarifordnung ist so zu gestalten, dass Gespräche mit und über Patientinnen und Patienten gegenüber anderen medizinischen Leistungen angemessen vergütet werden (Unterstützung des GRAT<sup>4</sup>).

## 2. Qualität

1. Arbeitsqualität: Die Leistungserbringer arbeiten nach klar definierten Qualitätsstandards:

a) Leistungsanbietern, deren Arbeit nicht den vorgeschriebenen Qualitätsstandards entspricht, wird die Arbeitsbewilligung entzogen.

b) Die Ausbildung und Schulung der Leistungserbringer ist so zu gestalten, dass die Leistungserbringer die notwendigen Arbeitsqualifikationen bekommen (medizinisches und pharmakologisches Fachwissen und Können, Kommunikationsschulung, Schulung in medizin-ethischer Urteilsbildung, Auseinandersetzung mit der Sterblichkeit und der menschlichen Handlungsmacht, Förderung des Kostenbewusstseins).

2. Angebotsqualität: Die Angebote der Leistungserbringer haben den nach den Regeln der Kunst verbindlichen Qualitätsstandards zu genügen:

a) Für die Anwendung von Medizinaltechnik werden Fähigkeitsausweise verlangt.

<sup>4</sup> GRAT bezeichnet die Gesamtrevision der Arzttarife. Entsprechend dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) wird eine einheitliche gesamtschweizerische Tarifstruktur für ärztliche Leistungen definiert. Diese basiert einerseits auf den betriebswirtschaftlich definierten/berechneten Infrastrukturkosten (technischer Teil) und andererseits auf der eigentlichen ärztlich-intellektuellen/praktischen Leistung, entsprechend der aufgewendeten Zeit (ärztlicher Teil).

b) Die Wirksamkeit ist auszuweisen: Ein objektiver Beleg für die Wirksamkeit einer medizinischen Massnahme muss erbracht werden, und zwar durch wissenschaftliche Methoden: z.B. muss ein diagnostisches oder therapeutisches Prozedere durch mindestens drei voneinander unabhängige und nachvollziehbare sowie mittels korrekter und nachvollziehbarer Methodik erarbeitete Studien belegt sein (alle vier Regeln gleichzeitig notwendig); EBM<sup>5</sup>.

c) Die Zweckmässigkeit ist auszuweisen: Die Zweckmässigkeit von Massnahmen muss auf Rückfrage begründet werden. Dabei werden sich bald Standardverfahren herauskristallisieren, die nicht mehr hinterfragt werden müssen (und damit auf einer Liste von zweckmässigen Massnahmen aufgeführt sein können).

d) Bei schwierigen Entscheidungen ist eine Zweitmeinung einzuholen.

### 3. Wirtschaftlichkeit

Die Spitäler haben ihre Arbeitsabläufe soweit als möglich zu rationalisieren, indem die Aufgaben konsistent zugeordnet werden, die Verantwortlichkeiten und die Kompetenzen klar bezeichnet und die Strukturen reorganisiert werden:

a) Spitalverwaltungen sind neu zu organisieren.

b) Die Spitalleitung als Gremium mit den jeweiligen Interessenbindungen ist durch einen unabhängigen Geschäftsführer oder eine unabhängige Geschäftsführerin (Tabubrecher) mit den notwendigen Kompetenzen und entsprechenden Entflechtungen zu ersetzen. Dies führt zu Ausgliederungen und Verselbstständigungen (Profit- und Kostenzenter).

c) Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der durchgeführten Massnahmen: Betreuungs- und Behandlungsmassnahmen sind auch auf ihre Wirtschaftlichkeit hin zu prüfen.

d) Die Notwendigkeit von Untersuchungen ist zu begründen; sie sind nicht einfach selbstverständlich durchzuführen.

e) Medikamente sind auf ihre Wirtschaftlichkeit hin zu prüfen, zu vergleichen und zu verschreiben.

### 4. Kontrolle

Die Leistungsebene ist durch Vertrauensfachleute auf allen Gebieten darauf zu kontrollieren, ob die von der Grundsatzebene beschlossenen Grundsätze, Regeln und Handlungsoptionen auch tatsächlich angewendet werden.

<sup>5</sup> EBM ist die Abkürzung für «evidence based medicine». Die EBM ist die genaue und gewissenhafte Anwendung medizinischen Wissens für medizinische Entscheidungen. Die EBM liefert ein Instrumentarium, um wissenschaftliche Informationen auf ihre Aussagekraft und klinische Relevanz hin zu prüfen.



## VI Schlussbemerkungen

Das vorliegende Manifest ist als Denk- und Handlungsanstoss gedacht und versteht sich nicht als der Weisheit letzter Schluss. Für die Fragen einer fairen Mittelverteilung im Gesundheitswesen besteht ein grosser Reflexions- und Handlungsbedarf, der wohl kaum je ganz abgedeckt werden kann. Währenddessen erweitern sich die medizinischen Handlungsmöglichkeiten ständig und vergrössern die Verteilungsproblematik. Eine fatalistische Haltung dieser Entwicklung gegenüber wäre genauso verfehlt wie einseitiger Optimismus. Es muss etwas geschehen. Dass es nicht einfach ist, diesbezüglich Konsense innerhalb der Gesellschaft zu finden, haben wir auch als Arbeitsgruppe erfahren. Um jeden Satz, um jedes Wort dieses Manifestes wurde gerungen. Gerade deshalb bleibt es ein Stückwerk und anfechtbar. Trotzdem haben wir als Mitglieder die Zusammenarbeit in dieser so heterogenen Gruppe positiv erlebt. Nur schon die Tatsache, dass wir uns zum Schluss auf einen gemeinsamen Text einigen konnten, ist bei der Komplexität und Schwierigkeit der Thematik, die alle Menschen betrifft, sehr erfreulich. Sie, liebe Leserin und lieber Leser, hoffen wir mit diesem Manifest zum Weiterdenken und Weiterhandeln ermutigt zu haben!

### **Unabhängige, interdisziplinäre Arbeitsgruppe Gerechte Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen**

PD Dr. Max Baumann, Rechtsanwalt, Küsnacht

Dr. Ruth Baumann-Hölzle, Ethikerin, Wolfhausen

Barbara Brühwiler, Oberschwester Gynäkologie, USZ

Dr. Annemarie Bucher, Ärztin, Zürich

Ulrike Büchs, Spitalpfarrerin, Kantonsspital Winterthur

Christina Durgiai, Krankenschwester Radio-Onkologie, USZ

Dr. Gustav Egli, Verwaltungsdirektor Diakoniewerk Neumünster, Zollikerberg

Dr. Max Giger, Arzt, Winterthur

Dr. Francesca Giuliani, Pharmazeutin, Zürich

Irene Hasler, Oberschwester Intensivpflegestationen, USZ

PD Dr. Christian Kind, Leitender Arzt, Kantonsspital St. Gallen

Prof. Dr. Oswald Oelz, Chefarzt Triemli, Zürich

Dr. Christoph Pachlatko, Verwaltungsdirektor Epilepsieklinik, Zürich

Dr. Werner Pletscher, Kantonsapotheker, Zürich

Dr. Judit Pók Lundquist, Oberärztin Dept. Frauenheilkunde, USZ

Prof. Dr. Reinhard Saller, Leiter Abt. Naturheilkunde, USZ

PD Dr. Peter Schaber, Ethiker, Zürich

lic. iur. H. P. Sinniger, Jurist, USZ

Dr. Peter Spinnler, ehem. Chefarzt Spital Sta. Maria/Münstertal, Baden

Jacques F. Steiner, Spitaldirektor, Kantonsspital Winterthur

PD Dr. Johann Steurer, Oberarzt, Dept. Innere Medizin, USZ

Dr. Urs Strebel, Chefarzt, Spital Männedorf

Dr. Werner Widmer, Verwaltungsdirektor, USZ

lic. oec. Rolf Zehnder, Direktionsassistent, USZ

13. Januar 1999

Damaliges Sekretariat war:

«Gerechte Mittelverteilung im Gesundheitswesen»  
Hans-Peter Sinniger, lic. iur.  
UniversitätsSpital Zürich  
8091 Zürich







DIALOG ETHIK

Interdisziplinäres Institut für Ethik  
im Gesundheitswesen

Sonneggstrasse 88  
8006 Zürich  
Telefon 044 252 42 01  
Fax 044 252 42 13  
[www.dialog-ethik.ch](http://www.dialog-ethik.ch)

© DIALOG ETHIK, Zürich, 2. Auflage 2006  
Inhaltsgleiche Erstauflage 1999  
Print: OnShop, Zürich, Switzerland  
ISBN-10: 3-905757-00-1  
ISBN-13: 978-3-905757-00-2