



Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin
Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine
Commissione nazionale d'etica per la medicina
Swiss National Advisory Commission on Biomedical Ethics

Gerechtigkeit im Gesundheitswesen

Eine Problemskizze aus ethischer Sicht

im Auftrag der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK)
erstellt von Dr. Markus Zimmermann-Acklin
Institut für Sozialethik (ISE) der Universität Luzern

Vorbemerkung

Die Arbeitsgruppe „Gerechtigkeit im Gesundheitswesen“ der Nationalen Ethikkommission hat mich gebeten, eine Auslegeordnung von Konflikten und ethischen Problemen zum Thema Gerechtigkeit im Gesundheitswesen zu erstellen. Dabei sollte ich insbesondere das berücksichtigen, was mir persönlich auffällt, also eine Problemskizze aus meiner subjektiven Sicht und nicht einen möglichst objektiven Literaturbericht erstellen. Entsprechend dieser Vorgabe habe ich weitgehend auf die Angabe von Literatur und die Darstellung von detaillierten Begründungen verzichtet und einen kleinen Überblick über die unterschiedlichen ethischen Positionen in der Rationierungsdebatte lediglich als Anhang beigefügt. Grundlagen des vorliegenden Textes waren zum einen das Ideenpapier, das ich der erwähnten Arbeitsgruppe im Februar 2005 vorgelegt hatte, zum andern ein Thesenpapier, welches ich am 28. April 2005 in einer Sitzung der NEK in Luzern vorstellen konnte.

1. Der Kontext

Gerechtigkeitsfragen erhalten in der Regel dann besondere Aufmerksamkeit, wenn individuelle oder gemeinschaftliche Kontrasterfahrungen, d. h. eine Konfrontation mit offenkundig ungerechten Verhältnissen wie beispielsweise mit persönlichen Benachteiligungen, Ungleichbehandlungen, mangelnder Solidarität oder gesellschaftlichen Ausschlussmechanismen gemacht werden. Darüber hinaus tragen aber auch Befürchtungen vor gesellschaftlichen Veränderungen, insbesondere dem Abbau sozialer Einrichtungen oder Leistungen, zu einer verstärkten Aufmerksamkeit für Gerechtigkeitsfragen bei, wie sie in Zeiten wirtschaftlicher Stagnation oder Rezession gewöhnlich entstehen. Die Auseinandersetzungen um die Einrichtung einer Mutterschaftsversicherung in der Schweiz haben überdies gezeigt, dass es in den sozialpolitischen Debatten nicht nur um die Einführung quasi „objektiver“ gesellschaftlicher Gerechtigkeitsstandards geht – eine Mutterschaftsversicherung kennen die meisten europäischen Länder seit vielen Jahrzehnten –, sondern auch um die Veränderung eines historisch gewachsenen sozialstaatlichen Status quo.

Im europäischen Vergleich zeichnet sich die Schweiz als ein relativ schwach ausgebauter Sozialstaat aus, auch wenn die Eidgenossenschaft in den letzten Jahren mit der Arbeitslosenversicherung, dem Obligatorium in der Krankenversicherung, dem Ausbau der Sozialhilfe und dem Prämienentlastungssystem und nicht zuletzt der erwähnten Mutterschaftsversicherung aufholen konnte bzw. – je nach Perspektive – aufholen musste. Im Bereich der gesundheitlichen Versorgung fallen im Vergleich mit den umliegenden Ländern insbesondere der hohe Anteil von out of pocket-Leistungen inklusive der gesamten zahnärztlichen Versorgung ins Gewicht (hier ist die Schweiz nach Angaben der OECD noch vor den USA weltweit Spitzenreiterin), der fehlende Arbeitnehmeranteil bei der Finanzierung der Krankenkassenprämien, die hohen Franchisen und Selbstbehalte, das sozial nicht abgestufte Kopfprämienystem und auch die großen regionalen Unterschiede hinsichtlich der Höhe der Krankenkassenprämien.

Wenn heute auch im Bereich der gesundheitlichen Versorgung verstärkt über Gerechtigkeitsfragen diskutiert wird, sind diese Auseinandersetzungen im Kontext der gesamten sozialpolitischen Debatten zu verstehen, welche gegenwärtig im Zeichen der wirtschaftlichen Rezession bzw. Stagnation und der demographischen Entwicklung in der Schweiz geführt werden und neben der gesundheitlichen Versorgung namentlich die Altersversorgung (Pensionskassen und AHV), die Invalidenversicherung, die Arbeitslosenversicherung, die erwähnte Mutterschaftsversicherung und nicht zuletzt die Sozialhilfe (Neuformulierung der SKOS-Richtlinien, Kürzung des Grundbedarfs und Neugewichtung der Eigenverantwortung) betreffen. Die solidarisch finanzierte gesundheitliche Versorgung nimmt dabei aber eine Sonderstellung ein, stellt für viele einen Tabubereich dar, insofern jede und jeder unvermittelt aufgrund eines Unfalls oder einer Krankheit auf das Versorgungssystem angewiesen sein könnte – im Unterschied beispielsweise zur Sozialhilfe also ein sehr viel breiter gestreutes Risiko abzusichern ist – und der Gesundheit als Bedingungsgut zurecht ein hohes Gewicht beigemessen wird.

Grundsätzlich stehen dabei aus ethischer Sicht Fragen der Umverteilung und damit der *Verteilungsgerechtigkeit* im Vordergrund. Bei einem kleiner werdenden Gesamtanteil des zur Verfügung stehenden Kuchens oder auch bei steigenden Ansprüchen, die bei gleich bleibender Größe des zu verteilenden Kuchens eine Neuaufteilung notwendig machen, werden diese Umverteilungsfragen naturgemäß heftiger ausgetragen. Beruht die Finanzierung sozialstaatlicher Leistungen auf der Grundlage eines Ausbaus der staatlichen Verschuldung, erhält zusätzlich der Aspekt der *Generationengerechtigkeit* Bedeutung, da diese Lösung mit sich bringt, dass in den nächsten Jahren aller Voraussicht nach (v. a. in Abhängigkeit zum Ausmaß der Einwanderung) zunehmend kleiner werdende Nachfolgegenerationen für die Finanzierung heutiger Sozialleistungen aufzukommen haben werden; der Aspekt der Generationengerechtigkeit spielt im Übrigen auch dann eine Rolle, wenn beispielsweise zugunsten von Leistungen im Gesundheitsbereich auf den Ausbau von Bildungseinrichtungen verzichtet wird, wie es im Kanton Luzern zur Zeit konkret zur Debatte steht.

Wird als Maßstab für den Grad der sozialstaatlichen Entwicklung eines Landes der Grad der weiblichen Abhängigkeit von einem männlichen Familienernährer gewählt (Kriterien sind dann z. B. der Anteil eigenständiger Sicherheitsansprüche der Frauen, der Umfang der öffentlichen Betreuungsleistungen und das Ausmaß der Müttererwerbstätigkeit), zeigt sich deutlich, dass der schweizerische Sozialstaat nach wie vor von dem Haushaltsmodell mit einem männlichen Hauptverdiener mit 100% Erwerbstätigkeit ausgeht und damit neben Deutschland und Großbritannien und im Unterschied zu Frankreich und den skandinavischen Staaten (noch?) zu den stark männlich orientierten Sozialstaatssystemen gehört. Wie kürzlich in einer empirischen Analyse des schweizerischen Gesundheitssystems, durchgeführt durch das Konjunkturforschungsinstitut der ETH Zürich, hingewiesen wurde, hat diese Ausgangslage sehr wahrscheinlich auch einen direkten Einfluss auf die Entwicklung der Gesundheitskosten: Der größer werdende Anteil erwerbstätiger Frauen und Mütter trägt gegenwärtig zur Auflösung traditioneller sozialer Netze bei, so dass Pflegeaufgaben, die bislang im familiären Bereich von den Frauen (Müttern, Ehefrauen, Lebenspartnerinnen, Schwestern, Töchtern oder Schwiegertöchtern) erfüllt wurden, zusehends zu öffentlichen Aufgaben werden.¹ Neben der Verteilungsgerechtigkeit kommt daher auch der *Gender-Gerechtigkeit* zunehmend Bedeutung zu (nicht zuletzt prägen diese auch die sich ebenfalls auf die Gesundheitskosten niederschlagenden Veränderungen im Berufsverständnis von Ärztinnen und Ärzten, insofern diese nur mehr bedingt dazu bereit sind, siebzig oder achtzig Wochenstunden im Spital zu verbringen und aus diesem Grund auf eine „moderne“ Familie mit diversifizierter Rollenverteilung zu verzichten²).

¹ Vgl. Y. Abrahamsen/J. Hartwig/B. Schips, Empirische Analyse des Gesundheitssystems Schweiz, Zürich 2005, 67 und 118.

² Vgl. beispielsweise F. Kurth, Gedanken eines Oberarztes zu den Arbeitszeiten der Ärzte im Spital, in: SÄZ 86 (2005) 1364f.

2. Das Ausgangsproblem

Das Ausgangs- oder Grundproblem besteht in der *Finanzierung der solidarisch finanzierten gesundheitlichen Versorgung*, wobei die Gründe für die zunehmend gravierender werdenden Finanzierungsprobleme vor allem im medizinisch-technischen Fortschritt und der demographischen Entwicklung zu suchen sind³. Der Druck macht sich gegenwärtig insbesondere in zwei Bereichen bemerkbar: Zum einen stellen die jährlich steigenden Krankenkassenprämien und Eigenanteile (Franchisen, Selbstbehalte, out of pocket bezahlte Leistungen wie Zahnbehandlungen) für viele private Haushalte zunehmend ein Problem dar; so erhalten im Kanton Luzern bereits heute etwa 40% aller Haushalte Prämientlastungen. Zum andern stehen die Kantone vor der Aufgabe, die seit vier Jahren signifikant steigenden Spitalkosten zu Lasten anderer Posten im Kantonsbudget finanzieren zu müssen.

Wo liegen die Gründe für diese Finanzierungsprobleme? Die beiden hauptsächlichen Faktoren sind im medizinisch-technischen Fortschritt und in der demographischen Entwicklung zu suchen.

Zunächst zum *Fortschritt*: Selbstverständlich ermöglicht der technische Fortschritt auch viele Einsparungen, wie beispielsweise die Entwicklung der Laparoskopie und der minimal invasiven Chirurgie belegen, die zu einer massiven Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer bei stationären Behandlungen beigetragen haben. Insgesamt scheinen allerdings die Teuerungseffekte die Einsparungen (weit) zu übertreffen, und zwar beispielsweise deshalb, weil viele neue Errungenschaften z. B. in den Bereichen Neonatologie, Intensivmedizin, Herzchirurgie oder Onkologie dazu führen, dass Menschen, die noch vor wenigen Jahren mit großer Wahrscheinlichkeit an den Folgen ihrer Krankheiten gestorben sind, heute dank neuer Interventionsmöglichkeiten überleben. Diese Interventionen führen allerdings nicht selten zu einer Chronifizierung von Krankheitsverläufen und damit zur Kostensteigerung, wobei diesen zusätzlichen Kosten selbstverständlich der Gewinn an Lebensjahren und -qualität gegenüberzustellen ist, der sich nur bedingt in monetären Einheiten ausdrücken und quantifizieren lässt.⁴ Ein weiteres Beispiel bietet die Entwicklung neuer Medikamente beispielsweise im Bereich der Onkologie: Neue Medikamente und Therapien bringen zwar häufig einen zusätzlichen Nutzen für die Patientinnen und Patienten, kosten allerdings weitaus mehr als die gebräuchlichen Mittel, so dass sich die Frage nach der Bewertung des zusätzlichen Nutzens in Abhängigkeit zu den Kosten stellt. Ein komplexes Beispiel bieten derzeit zudem die Forschung und Erkenntnisse im Bereich der Pharmakogenetik: Einzelne, nunmehr individuell ausgerichtete Behandlungen werden aller Voraussicht nach sehr viel teurer werden als die bislang bestehenden Standardbehandlungen, führen allerdings bei gezielter Anwendung gleichzeitig zu großen Einsparungen, insofern aufgrund der genetischen Erkenntnisse auf viele sinnlose Behandlungen oder Überbehandlungen verzichtet werden kann. Ähnlich wie bei der flächendeckenden Einführung telemedizinischer Techniken und der E-Health⁵, neuer diagnostischer Verfahren wie der PET-Diagnostik (Positronen-Emissions-Tomographie), der Genchips zur Präzisierung der Diagnosen, neuer Techniken in den Bereichen Gelenk- und Gewebeersatz, Transplantationsmedizin oder Herzchirurgie bezweifle ich allerdings, dass sich unter dem Strich tatsächlich Spareffekte ergeben werden. Selbstverständlich ist es notwendig, für jede technische Neuerung zuverlässige empirische Untersuchungen über

³ Ich gehe von der Annahme aus, dass die *Medikalisierungsthese* eher zutrifft als die *Kompressionsthese*, dass also die Kosten der gesundheitlichen Versorgung mit zunehmendem Durchschnittsalter der Bevölkerung eher zunehmen als abnehmen.

⁴ Einblicke in die hohe Wertschätzung der gesundheitlichen Versorgung ermöglichen beispielsweise die Studie von Plaut-Economics „Was ist unser Gesundheitswesen den Versicherten wert“ von 2004 oder der jährlich publizierte Gesundheitsmonitor.

⁵ Vgl. C. Baer, Electronic Health Care – ein Einführung, in: Schweizerische Ärztezeitung 84 (2003) 2085–2088: Als Zielvorgabe erwähnt der Autor die Vorstellung, mittels E-Health lasse sich im Bereich der medizinischen Maximalversorgung die Behandlungsqualität um 25% steigern, die Kosten gleichzeitig um 50% senken; diese Zielvorgabe dürfte allerdings nicht nur gemäß eines Berichts von TA-Swiss zur Telemedizin aus dem Jahr 2004 unrealistisch sein.

deren Wirksamkeit (unter Anwendung der Kriterien der Evidence Based Medicine), Wirtschaftlichkeit (Kosteneffektivität) und Zweckmäßigkeit (Angemessenheit) gemäß KVG/LAMAL Art. 32 durchzuführen. Genauso klar ist allerdings auch – das haben die Auseinandersetzungen um die Integration von Kosten-Nutzwert-Analysen und die Bewertung von QALYs⁶ besonders deutlich gezeigt – dass dabei nicht auf die Berücksichtigung von Werthaltungen (englisch: social values, interests, feelings, preferences; deutsch: Vorstellungen von Gleichheit, vom guten Leben, Generationen-, Gender-, Leistungs- und Verteilungsgerechtigkeit etc.) verzichtet werden kann.⁷

Ein zweiter Hauptgrund für die zunehmenden Finanzierungsprobleme liegt in der *demographischen Entwicklung*: Zwar wurde in den letzten Jahren durch die Gesundheitsökonomie nachgewiesen, dass nicht Alter und Kosten, sondern vielmehr Todesnähe und Kosten miteinander korrelieren; da jedoch der Faktor „Nähe zum Tod“ nach neueren Forschungsergebnissen bereits 15 Jahre vor dem Tod zu wirken beginnt, bestätigt sich unter dem Strich, dass trotz aller Berechtigung der Kompressionsthese (Abnahme der Gesundheitskosten im Alter aufgrund der höheren Lebenserwartung und der Verbesserung der durchschnittlichen Lebensqualität) das zunehmende Durchschnittsalter der Bevölkerung zu einer Kostensteigerung beiträgt und in den nächsten Jahren weiterhin beitragen wird, insofern sich alte Menschen naturgemäß viel häufiger in Todesnähe befinden als junge Menschen (Stützung der Medikalisationsthese). Dazu kommt, dass die Kriegsgeneration, die in Kindheit oder Jugend noch am eigenen Leibe erlebt hat, was Knappheit und Rationierung im Ernstfall bedeuten, in den nächsten Jahren durch die Kohorte der Baby-Boomer-Generation abgelöst werden wird, womit sich aller Voraussicht nach auch die Anspruchshaltung hinsichtlich medizinischer und pflegerischer Versorgung im Sinne einer Ausweitung der Ansprüche verändern wird. Schließlich sind die bereits erwähnten Tendenzen zur Auflösung sozialer Netze und die zunehmende Realität von Single-Haushalten zu gewichten, welche zur Delegation von Pflegeaufgaben an öffentliche Institutionen beitragen werden.

Als Antworten auf diese Herausforderung werden – neben der Einführung neuer *Anreizstrukturen* (z. B. Managed Care) und der Verstärkung von *Rationalisierungsmaßnahmen* (effizienterer Einsatz der vorhandenen Mittel durch Elimination von Doppelspurigkeiten etc.), die zwar wichtig und auch aus einer Gerechtigkeitsperspektive zu begrüßen sind, aber das Finanzierungsproblem auf Dauer nicht lösen können⁸ – verschiedene *Finanzierungsmodelle* vorgeschlagen. Zentrale Fragen dabei lauten: Wer hat in Zukunft welchen Anteil an den Kosten der gesundheitlichen Versorgung zu übernehmen?

⁶ QALYs stehen für qualitätsbereinigte Lebensjahre, welche in der Gesundheitsökonomie als Maßstab zur Berechnung der Kosten-Effektivität einer Behandlung dienen. Ein Beispiel dafür, dass bei der Bewertung nicht auf Werthaltungen verzichtet werden kann, bietet folgende Überlegung: Aus ökonomischer Sicht ist es gleichwertig, ob durch eine Behandlung bei einem Patienten zehn qualitätsbereinigte Lebensjahre oder bei fünf Patienten jeweils zwei QALYs erzielt werden. Noch grundsätzlicher stellt sich zudem die Frage, aus wessen Sicht die Einschränkung der Lebensqualität bei einer bestimmten Krankheit oder Behinderung gemessen werden soll: Aus der Sicht eines von dieser Einschränkung betroffenen oder eines gesunden Menschen? In der Regel zeigt sich, dass die Bewertung einer Einschränkung sehr unterschiedlich beurteilt wird (eine Untersuchung im Rahmen des SNF-Forschungsprogramms „Sozialstaat“ hat beispielsweise das interessante Resultat ergeben, dass Menschen mit Behinderungen ihre eigene Lebensqualität im Durchschnitt höher einschätzen als Menschen ohne gravierende Behinderungen).

⁷ Vgl. dazu E. Nord, Cost-Value Analysis in Health Care. Making Sense out of QALYs, Cambridge 1999.

⁸ Rationalisierungspotentiale können nur einmal ausgeschöpft werden, die Kosten nehmen jedoch seit 1960 kontinuierlich und stärker als das BIP zu, so dass ein einmaliger Effekt das Problem nur hinausschiebt. Ähnliches gilt auch in Bezug auf die Einführung neuer Anreizstrukturen wie Managed Care: Diese werden zwar vermutlich einen einmaligen kostenreduzierenden Schub auslösen, jedoch – wie die Erfahrungen aus den USA deutlich zeigen – auf die Dauer zu einer Ökonomisierung der gesundheitlichen Versorgung beitragen, die letztlich nicht zu einer Reduktion der Kosten führt. Erfahrungen mit MC bestehen in der Schweiz bislang lediglich mit den so genannten guten Risiken (also den Patientinnen und Patienten, welche im gewohnten Versicherungssystem die höchsten Franchisen wählen).

Darin enthalten sind die heiklen Fragen: Soll der Umfang der solidarisch finanzierten Leistungen auf das heutige Maß beschränkt oder gegenüber heutigen Leistungen eingeschränkt (rationiert) werden? Wenn ja, nach welchen Kriterien? Mit welchen Folgen für die Betroffenen, aber auch die Forschung und den Forschungsplatz Schweiz?

Damit stehen zentrale Aspekte der *Verteilungsgerechtigkeit* zur Debatte, wie sie heute auch in anderen Bereichen der Sozialpolitik diskutiert werden, wobei aus Gerechtigkeitsperspektive die besondere Stellung des Gutes Gesundheit hervorzuheben ist. Die Gesundheit ist ein transzendentes Gut, insofern ihr Ermöglichungscharakter zukommt: Sie ist Bedingung der Möglichkeit zur Verwirklichung anderer Güter, die wir im Leben zu erreichen suchen. Norman Daniels hat im Anschluss an die vertragstheoretischen Überlegungen von John Rawls zur gerechten Verteilung grundlegender Güter in einer Gesellschaft die These begründet, ein für alle gleichermaßen geregelter Zugang zur Gesundheitsversorgung und eine gerechte Verteilung der knappen medizinischen Ressourcen seien die Grundbedingung zur Herstellung von Chancengleichheit in der Gesellschaft. Wie einige US-amerikanische Vorschläge zur Konkretisierung dieser Gerechtigkeitsforderung zeigen, fallen diese je nach nationalstaatlichem Kontext allerdings sehr verschieden aus: In einem System wie dem US-amerikanischen, in welchem ca. 40 Millionen Bürgerinnen und Bürger über keinerlei Krankenversicherungsschutz verfügen, würde eine solche gerechte Gesundheitsversorgung für alle vermutlich nur ein Minimalpaket umfassen, welches in keinem Verhältnis zur durchschnittlichen Versorgung in der Schweiz stünde.

3. Thesen

Im Folgenden stelle ich einige Thesen zur Diskussion, die einen Einblick in die gegenwärtigen Ethikdebatten und die dabei gewichteten Argumente ermöglichen sollen.

These 1

Gerechtigkeit im Sinne der Solidarität der Gesunden mit den Kranken fordert eine Ablehnung jeder Form von Rationierung!

Ausgangspunkt dieser Position ist die Überzeugung, dass die gesamte zur Verfügung stehende gesundheitliche Versorgung (lebensnotwendige, dringend notwendige und auch im engeren Sinne des Wortes nützliche Leistungen) weiterhin allen Behandlungsbedürftigen im Rahmen der Grundversicherung zur Verfügung gestellt werden kann und werden soll. Es wird davon ausgegangen, dass eine umfassende gesundheitliche Versorgung sowohl gerecht (Chancengleichheit), sinnvoll (in Hinblick auf ein gutes Leben) als auch finanzierbar (durch entsprechende Verteilung der Kosten) ist. Die Initiative der Ärztinnen und Ärzte für Solidarität im Schweizerischen Gesundheitswesen betont beispielsweise in diesem Sinne: „Wir lehnen jedoch Rationierung, das heisst Verweigerung von nützlichen und sinnvollen medizinischen Leistungen aus ökonomischen Gründen, als Angriff auf fundamentale gesellschaftliche Vorstellungen von Gerechtigkeit und Chancengleichheit ab.“⁹

Diese Position hat entweder die Einführung weiterer Umverteilungsmaßnahmen von Reich nach Arm (d. h. heute neu auch von Alt nach Jung) und/oder zusätzliche Verzichtleistungen im Konsumbereich insbesondere der Haushalte mit niedrigem Einkommen bzw. der Familien mit Kindern zur Folge.

These 2 (Gegenthese)

Die Rationierung der solidarisch finanzierten gesundheitlichen Versorgung ist unumgänglich und aus Gerechtigkeitsperspektive auch vertretbar!

Die zentrale Prämisse von These 1 („eine umfassende Versorgung ist sowohl sinnvoll als auch solidarisch finanzierbar“) wird heute von vielen in Frage gestellt, insofern davon ausgegangen wird, dass eine umfassende gesundheitliche Versorgung für alle entweder nicht sinnvoll (Sinnfrage, wie sie beispielsweise den Überlegungen von Daniel Callahan zur Altersrationierung zugrunde liegen, die der US-amerikanische Philosoph bereits in den achtziger Jahren vorgelegt hatte → Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Behandlungsbedürftigkeit¹⁰, Differenzen in den Vorstellungen von einem guten Leben) oder nicht finanzierbar (→ Finanzierung zulasten anderer Bereiche wie Bildung oder Arbeit sind nicht vertretbar) bzw. weder sinnvoll noch finanzierbar ist.

Angesichts der demographischen Entwicklung und der medizinisch-technischen Fortschritte ist es meines Erachtens realistisch, von diesem Szenarium auszugehen und rechtzeitig über

⁹ ASSG Ärztinnen für Solidarität im Schweizerischen Gesundheitswesen, Gesundheit ist keine Ware, in: SÄZ 83 (2002) 2235.

¹⁰ Derzeit lassen sich Verschiebungen im Gesundheits- und Krankheitsbegriff ausmachen, die insbesondere im Bereich von Public Health und den Überlegungen zu Aufgaben und Zielen der Medizin (→ Projekt der SAMW, vgl. zuletzt SAMW/FMH [Hrsg.], Projekt Zukunft Medizin Schweiz. Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts, Basel 2004) zum Ausdruck kommen. Neben der Krankheitsbekämpfung werden neu die Bedeutung der Gesundheitsförderung und die unterschiedlichen Einflüsse auf die Gesundheit (biologisch-genetische Gegebenheiten, medizinisch-technische Möglichkeiten, Lebensstil, Umweltfaktoren) hervorgehoben. Finanziell dürfte der Ausbau präventiver Maßnahmen zur Gesundheitsförderung allerdings kaum Entlastung bringen, da eine Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung sich nicht in einer Senkung der Behandlungskosten niederschlägt (eher das Gegenteil dürfte der Fall sein, wie Studien zu den Folgekosten des Rauchens aufzeigen). – Auch der Begriff der Behandlungsbedürftigkeit wird in Abhängigkeit zu kulturellen Hintergründen und „Normalitätsvorstellungen“ unterschiedlich interpretiert.

mögliche Regeln und Kriterien zur Rationierung öffentlich und insbesondere auch in interdisziplinär zusammengesetzten Expertenkreisen zu debattieren.

These 3

Eine Herausforderung für beide Positionen besteht in der Bestimmung der Grenzen bzw. der Definition von Rationierung!

Meines Erachtens ist erst dann zu Recht von Rationierung die Rede, wenn es um einen Verzicht auf *sinnvolle* (im Unterschied zu sinnlosen oder gar schädlichen, „futile or harmful treatments“) bzw. eine Einschränkung des Zugangs zu *nützlichen* Behandlungen (im Unterschied zu solidarisch finanziertem Luxus) geht. Diese beiden Abgrenzungen sind jedoch in der Praxis sehr schwierig zu klären und anzuwenden, so dass es auch in den Rationierungsdebatten regelmäßig zu (absichtlichen oder unabsichtlichen) Missverständnissen hinsichtlich der Rationierungsdefinition kommt.

Die erste Abgrenzung spielt deshalb eine große Rolle, weil die Behandlungskosten in den letzten Lebenswochen eines Menschen und damit auch das mögliche finanzielle Einsparungspotential bei Patienten in der Terminalphase sehr hoch sind. Besonders herausfordernd sind Entscheidungen, die dazu führen, dass ein Patient in die Sterbephase eintritt. Zu denken ist beispielsweise an den Verzicht auf die Fortsetzung der Hämodialyse bei einem polymorbiden, schwer dementen Patienten, der künstlich ernährt wird: Hier trägt die Antwort auf die Frage, ab wann die Dialyse für den Patienten sinnlos („futile“) oder gar schädlich („harmful“) wird, unmittelbare Konsequenzen für den Sterbeprozess und gleichzeitig auch für die Behandlungskosten. Ähnlich ist es bei Patientinnen oder Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen, die auf eine künstliche Beatmung angewiesen sind: Entscheidungen über den Abbruch der Beatmung beruhen zwar auf Überlegungen zur Patientenautonomie, dem Fürsorge- und Nichtschadensprinzip, haben gleichzeitig aber auch beträchtliche finanzielle Konsequenzen. Kommt es in den praktischen Auseinandersetzungen zu einer Vermischung der beiden Fragekreise der Sterbehilfe und der Rationierung, ist ein Gespräch meistens vorzeitig beendet, da die Befürchtung aufkommt, Entscheidungen über die Sinn- oder Nutzlosigkeit einer weiteren Behandlung könnten aufgrund finanzieller Überlegungen gefällt werden.¹¹

Die zweite Grenzziehung zwischen dem Nützlichen¹² („need to have“) und dem bloß Wohltuenden („nice to have“, Luxus) ist deshalb zentral, weil Beispiele, die von Rationierungsbefürworterinnen und -befürwortern in die Debatten eingebracht werden, nicht selten in den Bereich „Verzicht auf Luxus“ gehören und darum den eigentlichen Punkt nicht treffen. Auch wenn die Berücksichtigung der QALYs bis zu einem gewissen Grad weiterhelfen kann und in gewissem Maße „objektive“ Angaben zur Kosteneffizienz von Behandlungen ermöglicht, ist im Hinblick auf die Bestimmung der Lebensqualität (es geht ja um *qualitätsbereinigte* Lebensjahre) und auch die gerechte Verteilung der zu gewinnenden Lebensjahre die Bedeutung des Verständnisses von Gesundheit, Krankheit, einem guten Leben (und insbesondere auch Sterben) und in Abhängigkeit davon von der Behandlungsbedürftigkeit nicht zu unterschätzen. Ein Beispiel bietet die

¹¹ In Neuseeland wurden in diesem Sinne in den neunziger Jahren einzelne Dialyse-Entscheidungen öffentlich diskutiert, wobei aus ärztlicher Sicht die ökonomischen Gründe, von politischer Seite hingegen die medizinischen Aspekte hervorgehoben wurden. Die Nephrologen wollten wohl deutlich machen, dass sie mehr Geld zur Finanzierung der Dialysezentren benötigen, während die Politiker betonten, dass eine weitere Behandlung nicht immer im Sinne des Patientenwohls sei, vgl. dazu C. M. Feek/W. McKean/L. Henneveld/G. Barrow/W. Edgar/R. J. Paterson, Experience With Rationing Health Care in New Zealand, in: BMJ 318 (1999) 1346–1348.

¹² Einige Ethiker wie z. B. Dieter Birnbacher schlagen vor, von Rationierung nur dann zu reden, wenn ein Verzicht auf *notwendige* Leistungen erwogen wird, es wird also zwischen (lebens-)notwendigen und nützlichen Leistungen unterschieden. Ich halte diese Unterscheidung für unpraktikabel und in unserem Zusammenhang (im Unterschied zu Triage-Entscheidungen in Entwicklungsländern z. B. angesichts der AIDS-Medikation) für nicht entscheidend und plädiere zugunsten einer besseren Verständigung für eine weite Definition von „Rationierung“, welche Maßnahmen zur Einschränkung zu bloß nützlichen Leistungen (z. B. Schmerzbehandlung chronisch Kranker) mit einschließt.

Reproduktionsmedizin, insofern die unfreiwillige Unfruchtbarkeit von Paaren in der Schweiz gemäß einem Publifocus von TA-Swiss¹³ von manchen als Krankheit, von anderen als Invalidität und von einer dritten Gruppe als natürliche Vorgegebenheit verstanden wird. Je nach Interpretation wird vorgeschlagen, Sterilitätsbehandlungen wie Hormonbehandlungen oder die In-vitro-Fertilisation von der Krankenkasse, der Invalidenversicherung (IV) oder weiterhin durch die betroffenen Paare selbst finanzieren zu lassen.

Die Frage nach der Rationierung lautet demnach: Welche Leistungen sollen nicht mehr solidarisch finanziert werden, *obgleich* sie sinnvoll und nützlich wären und auch zur Verfügung stünden („weiche Rationierung“¹⁴)?

These 4

Zwar wird heute in der Schweiz bereits implizit rationiert, jedoch geht es dabei im europäischen Vergleich um Leistungseinschränkungen auf einem extrem hohen Versorgungsniveau!

Ein großes Problem besteht im Mangel empirischer Daten zur Rationierungspraxis in der Schweiz. Davon auszugehen ist, dass in der Schweiz erstens im Vergleich städtischer (z. B. Zürich, Genf, Basel) und ländlicher Regionen (z. B. Goms oder Bündner Seitentäler) große Versorgungsunterschiede alleine aufgrund der unterschiedlichen Distanzen zu Spezialistinnen und Spezialisten bestehen. Eine SNF-Studie hat kürzlich zweitens gezeigt, dass Personen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status klar benachteiligt sind, insofern sie stärker von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen sind als andere und eine niedrigere Lebenserwartung haben. Im Sinne der Gerechtigkeit als Chancengleichheit sollte diese eine primäre Zielgruppe für die Gesundheitsförderung sein.¹⁵ Weitere Einschränkungen bestehen drittens z. B. bei Wartezeiten von mehreren Wochen für grundversicherte Patienten, die eine Hüft- oder Gelenkoperation benötigen oder einer eingeschränkten Versorgung am Krankenbett aufgrund der Reduktion von Pflegepersonal.

Die Behauptung, wir hätten heute bereits ein System, in welchem rationiert wird, trifft also zu, jedoch geschehen diese Einschränkungen im europäischen Vergleich auf einem extrem hohen Versorgungsniveau. Im Vergleich mit Rationierungsmaßnahmen in Neuseeland (Ausschluss z. B. von Bypassoperationen oder der Hämodialyse aufgrund eines persönlichen Scoringsystems mit einer Punktzahl zwischen 1 und 100, in welchem neben der körperlichen Befindlichkeit auch soziale Faktoren wie die Arbeitsfähigkeit oder die Fähigkeit, ein selbstständiges Leben führen zu können, gewichtet werden; die Entscheidung darüber, bis zu welcher Punktzahl behandelt wird, wird zudem über die jährlich für diese speziellen Bereiche vom Staat zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel bestimmt¹⁶) oder England

¹³ Publifocus zur In-vitro-Fertilisation: Wenn Kindersegen keine Selbstverständlichkeit ist (Autorin: L. Rey), Bern 2003: Grundsätzlich votierte die Mehrheit zugunsten einer solidarisch finanzierten IVF, die Meinung differierte allerdings je nach persönlicher Betroffenheit und Landesteil: die Befragten aus der italienischsprachigen Schweiz waren gegen eine solidarische Finanzierung, die Betroffenen und die Westschweizer dafür und die Deutschschweizer in ihrer Meinung gespalten. Klar allerdings war für alle Befürworter einer solidarischen Finanzierung, dass diese nur unter Einhaltung bestimmter Bedingungen einzuführen wäre (insbesondere unter Berücksichtigung einer Altersgrenze der Eltern und unter Beschränkung auf eine bestimmte Anzahl von bezahlten Befruchtungszyklen).

¹⁴ Dagegen meint „harte Rationierung“, dass der Zugang zu Leistungen auch über eine private Finanzierung oder Zusatzversicherungen verhindert wird. Solche Maßnahmen würden in der Schweiz vermutlich zu einem Gesundheitstourismus größeren Ausmaßes führen und sind alleine von daher wenig ratsam.

¹⁵ B. Bisig und F. Gutzwiller betonen, dass diese Situation nur teilweise durch das eigene Verhalten bedingt und zum guten Teil auf soziale und psychische Einflüsse zurückzuführen sei, vgl. B. Bisig/F. Gutzwiller, Gesundheitswesen Schweiz. Gibt es Unter- oder Überversorgung, Band 1, Zürich/Chur 2004, 225.

¹⁶ Vgl. D. C. Hadorn/A. C. Holmes, The New Zealand Priority Criteria Project. Part 1: Overview, in: BMJ 314 (1997) 131–134; *dies.*, The New Zealand Priority Criteria Project. Part 2: Coronary Artery Bypass Graft Surgery, in: BMJ 314 (1997) 135–138.

(lange Wartezeiten auch bei akuter Behandlungsbedürftigkeit¹⁷ und Einbezug sozialer Faktoren wie das Alter¹⁸) sind diese Einschränkungen bislang noch weitgehend ohne gravierende Folgen.

These 5

Die explizite Rationierung ist nur bedingt umzusetzen, realistischer ist eine implizite oder teilweise implizite Rationierung!

Je mehr planwirtschaftliche Elemente in einem Gesundheitssystem bestehen, desto einfacher ist die gesundheitspolitische Durchsetzung bestimmter (zuvor festgelegter) Entscheidungskriterien. Und umgekehrt: Je mehr marktwirtschaftliche Elemente das System prägen, desto schwieriger ist es, bestimmte Kriterien gesundheitspolitisch durchzusetzen. Beispiele für explizite Rationierungsmodelle, die bislang erprobt wurden, sind ausschließlich in planwirtschaftlich geprägten Systemen durchgeführt worden und darum, wenn überhaupt, nur bedingt auf die schweizerische Situation übertragbar (Oregon im Bereich der Medicaid, Neuseeland, mit Einschränkungen auch Großbritannien und Kanada).

Je transparenter Rationierungsdebatten zudem geführt werden, desto stärker wird der politische Druck in Richtung einer Mengenausweitung im Bereich der Grundversorgung („politisches Paradox der Rationierung“¹⁹). Dabei spielt die „rule of rescue“ (das Gebot der Hilfeleistung: Eine Gesellschaft räumt unmittelbar lebensrettenden Maßnahmen stets Priorität ein, und zwar unabhängig von Überlegungen zur Kosten-Effektivität einer Behandlung) und der Einsatz der Massenmedien eine wichtige Rolle.

Eine teilweise implizite Rationierung könnte darin bestehen, dass die Kriterien in öffentlich zugänglichen Verfahren festgelegt, jedoch nicht in jeder Entscheidungssituation am Krankenbett offen ausgesprochen würden. Auch die Einführung eines Systems mit „Diagnostic Related Groups“ (DRGs) mit Fallpauschalen funktioniert de facto im Sinne einer impliziten Rationierung, insofern die Behandlungsteams in Absprache mit der Spitalverwaltung im konkreten Einzelfall darüber zu entscheiden haben, welche Leistungen angesichts des festgelegten Budgets bezahlt werden sollen und können. Die Gefahr eines solchen Vorgehens besteht in erster Linie darin, dass die Patienten, die sich durchzusetzen und bemerkbar zu machen wissen, gegenüber den ruhigen oder resignierten Patienten bevorzugt behandelt werden (könnten).

These 6

Eine zentrale ethische Auseinandersetzung ist zwischen Nützlichkeits- versus Gerechtigkeitskriterien auszutragen!

Unabhängig von der Art (implizit oder explizit) und der Methode (Budgetierung, Standardisierung von Behandlungen, Priorisierung) sind inhaltliche Entscheidungskriterien zu bestimmen, nach welchen rationiert werden soll. Konkrete Vorschläge sind z. B. die Anwendung gesundheitsökonomischer Kriterien wie Kosten-Nutzen-Analyse²⁰, Kosten-

¹⁷ Beispielsweise hinsichtlich der ärztlichen Versorgung von MS-Patienten vgl. A. Jain, NICE Recommends Faster, Easier Access to Care for MS Patients, in: BMJ 327 (2003) 1247.

¹⁸ Vgl. dazu den jüngst erschienenen Bericht des NICE, Social Value Judgements. Guidelines for the Institute and its Advisory Bodies. Draft for Consultation, April 2005, im Internet unter folgender Adresse zu finden: http://www.nice.org.uk/pdf/CC_SVJ_0405.pdf (zuletzt geprüft am 31.5.2005).

¹⁹ Vgl. dazu J. Oberlander/T. Marmor/L. Jacobs, Rationing Medical Care: Rhetoric and Reality in the Oregon Plan, in: Canadian Medical Association Journal 164 (2001) 1583–1587, hier: 1586: “The political paradox of rationing, as we term it, is that the more public the decisions about priority setting and rationing, the harder is it to ration services to control costs. Paradoxically, more discussion about substantial limits on medicare’s benefit package could actually increase costs, as it did in Oregon, because legislators and health ministers are placed in the precarious position of confronting public pressures not to cut services, as well as to include future services.”

²⁰ Kosten monetär, Outcomes ebenfalls monetär berechnet.

Effektivitäts-Analyse²¹ oder Kosten-Nutzwert-Analyse²², darüber hinaus die Anwendung sozialer Kriterien wie Alter, Selbständigkeit, gesellschaftliche Verantwortung oder Arbeitsfähigkeit. Diese gewichten jeweils auf unterschiedliche Weise die *Nützlichkeit von Behandlungen*. Dagegen besteht ein *Gerechtigkeitskriterium* in der Forderung nach der Gleichbehandlung aller Patientinnen und Patienten, und zwar unabhängig von sozialem Status, Risikoverhalten, genetischer Vorbelastung, angeborener oder erworbener Behinderung etc., welche der Berücksichtigung von Nützlichkeitskriterien im Einzelfall durchaus widersprechen kann.

Angesichts dieses ethischen Grundkonflikts scheint die Regel zu gelten: Je prekärer eine Situation, d. h. je knapper die zur Verfügung stehenden Ressourcen und je größer die Anzahl Bedürftiger, desto eher werden Nützlichkeitsabwägungen akzeptiert (→ im Extremfall handelt es sich um eine Triage-Entscheidung; entsprechende Erfahrungen ergeben sich in den gegenwärtigen Ethikdebatten über eine gerechte Verteilung der antiretroviralen Medikamente an Menschen mit HIV/AIDS in Entwicklungsländern, die bei der WHO geführt wird²³: Je prekärer die Situation beispielsweise in Ländern mit einer HIV/AIDS-Ansteckungsrate von über 20%, desto eher wird akzeptiert, dass zuerst das Gesundheitspersonal, Lehrer und Mütter behandelt werden, um zu gewährleisten, dass die bestehende Gesundheitsversorgung aufrecht erhalten werden kann, welche dann auch die Versorgung der ärmsten Bevölkerungsteile mit antiretroviralen Medikamenten ermöglicht).

Einen Ausweg bietet die Anwendung prozeduraler Gerechtigkeitskriterien (→ „accountability of reasonableness“²⁴). Diesem Modell liegt allerdings ein gewisser Vernunftoptimismus zugrunde, insofern davon ausgegangen wird, dass die Teilnahme an der Festlegung der Kriterien und damit auch die Einsicht in die Gründe von Rationierungsentscheidungen bei den Betroffenen auch zu deren Akzeptanz beiträgt. Darüber hinaus zeigt die erwähnte Diskussion über den gerechten Zugang zu den antiretroviralen Medikamenten zur Bekämpfung von HIV/AIDS, dass die Umsetzung solcher prozeduraler Ethikkonzepte die Demokratie als Staatsform zur Voraussetzung hat.

²¹ Kosten monetär berechnet und mit physischen Outcomes verglichen.

²² Kosten monetär, Nutzwert in QALYs berechnet.

²³ Vgl. *UNAIDS/WHO, Consultation on Ethics and Equitable Access to Treatment and Care For HIV/AIDS*, Genf 2004.

²⁴ Etwa: „Rechenschaft ablegen für die Vernünftigkeit bzw. Angemessenheit von Entscheidungen zur Prioritätensetzung“. Vgl. *N. Daniels/J. Sabin, Setting Limits Fairly. Can We Learn To Share Medical Resources?*, Oxford/New York 2002. Die Autoren halten folgende vier Bedingungen für entscheidend: „Publicity Condition“: Rationierungsentscheidungen und deren Begründungen müssen öffentlich zugänglich sein (Transparenz). „Relevance Condition“: Diese Gründe müssen durch gesprächsbereite Leute („fair-minded people“) als für den jeweils betroffenen Kontext relevant angesehen werden (Evidenz). „Appeals Condition“: Es muss die Möglichkeit bestehen, Einsprache oder Beschwerde gegen einen Entscheid erheben und neue Gründe und Aspekte einbringen zu können (Rekursmöglichkeit). „Enforcement Condition“: Es muss eine freiwillige oder öffentlich geregelte Einrichtung geben, welche die Durchsetzung der ersten drei Bedingungen absichert (Durchsetzung).

4. Schlussbemerkungen

Angesichts der demographischen Entwicklung, des medizinisch-technischen Fortschritts und der Verschiebungen im Verständnis von Gesundheit und Krankheit ist es aus ethischer Sicht sinnvoll und nötig, über Gerechtigkeit im Gesundheitswesen verstärkt nachzudenken, und das heißt angesichts der Finanzierungsprobleme auch, über mögliche Regeln und Kriterien der Rationierung öffentlich und in interdisziplinär zusammengesetzten Expertengruppen zu debattieren. Dazu abschließend drei Gedanken:

Wichtig scheint mir *erstens* die Verständigung über die Disziplinengrenzen hinaus, die in den bisherigen Auseinandersetzungen in der Schweiz noch zu wenig gesucht wird. Im Rahmen eines integrativen Ethikverständnisses wären namentlich folgende Aspekte einzubeziehen:

- *Sozialwissenschaftliche Studien*, wie sie beispielsweise durch das Schweizerische Gesundheitsobservatorium in Neuenburg (<http://www.obsan.ch>) oder im Rahmen von Public Health (→ Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen, <http://www.public-health.ch/>) durchgeführt werden;
- Kosten-Nutzwert-Analysen aus dem Bereich der *Gesundheitsökonomie*, die beispielsweise bei der Beurteilung neuer diagnostischer und therapeutischer Verfahren eine Grundlage zur Entscheidungsfindung bieten;
- Wissen und Erfahrung aus dem Bereich der *Medizin*, wozu insbesondere die unterschiedlichen Bereiche der Pflege (von der Intensivpflege bis zur Spitex), die ärztlichen Tätigkeitsbereiche (von den Fachgesellschaften bis zum Bereich des Managed Care) und nicht zuletzt die grundsätzlichen Überlegungen zu den Aufgaben und Zielen der Medizin und des Gesundheitswesens (→ Projekt der SAMW) gehören;
- einzubeziehen ist auch der Sinn für das politisch Machbare und damit der gesamte Bereich der *Gesundheitspolitik* (→ Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP);
- *rechtliche Überlegungen* sind nicht nur nötig, wenn es um die Frage nach einer rechtlichen Basis für Rationierungsmaßnahmen geht (und die Beurteilung möglicher Schadensersatzklagen), sondern beispielsweise auch im Bereich der KVG-Revision oder der Sicherung der Pflegefinanzierung (Pflegeversicherung?);
- ohne den angemessenen Einbezug der *Pharmaindustrie*, der *Medizintechnik-* bzw. *Biotech-Unternehmen* fehlen wichtige Informationen über den mutmaßlichen Verlauf der weiteren Fortschritte im Bereich der gesundheitlichen Versorgung, auch wenn klar ist, dass die Industrie in erster Linie ihre spezifischen ökonomischen Interessen vertritt (→ auffällig ist, dass viele der heute vorliegenden Studien wie die erwähnte ETH-Studie zur Analyse des Gesundheitssystems Schweiz, die Plaut-Studie „Was leistet unser Gesundheitswesen?“ von 2004, der GfS Gesundheitsmonitor oder die regelmäßig erscheinende Übersicht „Das Gesundheitswesen in der Schweiz“ vor allem oder ausschließlich von der Pharmaindustrie in Auftrag gegeben und finanziert wurden);
- weitere wichtige Interessensvertreter, die von Beginn an mit einzubeziehen sind, sind die *Krankenversicherer* (→ Santésuisse) und *Patientenorganisationen*;
- schließlich die *Ethik* im engeren Sinne der philosophischen oder theologischen Disziplin, die sich um die Klärung von Argumentationsgängen und Begründungen, das Einbringen ethischer Traditionen und entsprechender Prinzipien wie der Menschenwürde, Gerechtigkeit, Freiheit und Solidarität und nicht zuletzt um einen fairen Entscheidungsfindungsprozess unter Einbezug der unterschiedlichen Expertisen bemüht.

Daneben möchte ich *zweitens* an die auch aus vielen anderen Bereichen der angewandten Ethik bekannte Schwierigkeit der Konkretisierung von sehr grundlegenden ethischen Prinzipien erinnern. Das Gerechtigkeitsprinzip bildet hier keine Ausnahme, im Gegenteil: Als sozialetisches Basisprinzip hat die Gerechtigkeit (darin durchaus vergleichbar mit dem Prinzip der Achtung der Menschenwürde) viele Facetten (Verteilungs-, Tausch-, Leistungs-, Vertrags- oder Beteiligungsgerechtigkeit) und bedarf der Auslegung in konkrete Entscheidungssituationen hinein, die je nach ethischem Ansatz, zugrunde gelegter Gesellschaftstheorie und eingenommener Perspektive sehr unterschiedlich ausfallen. Selbst das Prinzip der Nutzenmaximierung, das nicht selten als Gegenprinzip zur Gerechtigkeit verstanden wird, trägt einen Gerechtigkeitsaspekt in sich, insofern vorhandene Mittel auch im Sinne der gerechten Behandlung aller möglichst effizient einzusetzen sind bzw. nicht leichtsinnig zu verschleudern sind.

Schließlich bleibt *drittens* an die Bedeutung des gesellschaftlichen Kontexts bzw. der gesellschaftlichen Hintergrundtheorien zu erinnern, die nicht nur in konkreten Fragen wie dem Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Behandlungsbedürftigkeit, sondern auch in Hinblick auf sozialpolitische Maßnahmen und deren Begründung allgemein eine wesentliche Rolle spielt (beispielsweise, ob hinsichtlich der staatlichen Aufgaben eher Freiheit und Selbstverantwortung oder Solidarität und Fürsorge betont werden sollten).

5. Anhang: Ethische Grundpositionen zur Rationierung

- a. Ablehnung jeder Form von Rationierung oder Einschränkung der gesundheitlichen Versorgung. Plädoyer zugunsten der gleichen Versorgung aller im Zeichen der Solidarität und Gerechtigkeit (→ Franco Cavalli, 2004: „Solange ich in der Politik tätig bin, wird es mit der SP keine Rationierung geben“; → Ärztinnen für Solidarität im Schweizerischen Gesundheitswesen, s. o.).
- b. Rationierung nein, Prioritätensetzung ja! Variante: Rationierung nein, Rationalisierung ja (→ Stellungnahme des BSV von 2003). Die Abgrenzungen bleiben allerdings weitgehend unklar. Meines Erachtens ist die Prioritätensetzung eine wichtige Methode, um Rationierungsentscheide praktisch umzusetzen. Die Stellungnahme des Bundesamtes für Sozialversicherung stammt noch aus der „Ära Otto Piller“ und dürfte inzwischen aus Sicht des heute in erster Linie zuständigen Bundesamtes für Gesundheit differenzierter formuliert werden (z. B. von dessen Vizedirektor Hans Heinrich Brunner).
- c. Wenn Rationierungsmaßnahmen unumgänglich sind, dann sollen sie transparent und auf der Grundlage demokratischer Verfahren durchgeführt werden (→ explizite im Unterschied zur impliziten Rationierung, wichtig ist dabei die Einhaltung prozeduraler Gerechtigkeitsregeln; Standpunkt vieler gesundheitsethischer Beiträge).
- d. Rationierung ist angesichts des medizinisch-technischen Fortschritts und der demographischen Entwicklung in den nächsten Jahren unumgänglich. *Variante I:* Die beste Alternative zum eleganten Durchwursteln, bei dem die Schwächsten das Nachsehen haben werden, ist die Festlegung eines Grundleistungskatalogs. Alle anderen Leistungen müssen dann über private Versicherungen eingekauft werden (→ Otfried Höffe u. a.). *Variante II:* Die beste Alternative zum eleganten Durchwursteln, bei dem die Schwächsten das Nachsehen haben werden, ist die Altersrationierung: Bestimmte oder alle Leistungen werden ab einer bestimmten Altersgrenze nicht mehr solidarisch finanziert, können aber im Laufe des Lebens mit einer Zusatzversicherung eingekauft werden (→ Friedrich Breyer, in Varianten auch von Daniel Callahan, Norman Daniels u. a. in der amerikanischen Debatte vertreten).
- e. Rationierung muss sein, weil die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen potentiell unendlich ist; sie ist aber nur über das elegante Durchwursteln zu realisieren. Transparente Rationierung ist an ein planwirtschaftlich orientiertes System gebunden und scheitert u. a. an der „rule of rescue“ (die Gesellschaft räumt unmittelbar lebensrettenden Maßnahmen stets Priorität ein), dem Rationierungsparadox (öffentliche Aufmerksamkeit für bestehende und sinnvolle Interventionsmöglichkeiten, die allein aus Kos tengründen verweigert werden, führen auf die Dauer aufgrund des öffentlichen Drucks zu einer Ausweitung der Gesundheitsbudgets) und dem Einfluss der Medien (→ u. a. Jürg H. Sommer im Anschluss an David Mechanic und David Hunter).
- f. Knappheit und damit Einschränkungen des Zugangs zu Ressourcen (Rationierung) ist eine selbstverständliche Grundbedingung des menschlichen Miteinanders; auch der Bereich der gesundheitlichen Versorgung ist am besten über mehr Markt und Stärkung der Eigenverantwortung zu regeln; Gesundheitsversorgung ist tendenziell Sache jedes Einzelnen oder von (nichtstaatlichen) homogenen Wertegemeinschaften (→ liberalistische Konzepte, Tristram Engelhardt Jr.).

Luzern, am 2. Juni 2005