

Knappheit – Grenzerfahrungen in der Gesundheitsversorgung

Markus Zimmermann-Acklin

Im Zentrum der gegenwärtigen gesundheitsethischen Auseinandersetzungen steht die Frage, wie angesichts der knappen Ressourcen eine qualitativ hochstehende und sozial finanzierte Gesundheitsversorgung für alle auf Dauer gesichert werden kann. Debattiert wird zum einen über unterschiedliche Finanzierungsmodelle, wobei kontroverse Ansichten darüber bestehen, wer aus Gründen der Fairness und des Outputs welchen Anteil der Kosten übernehmen sollte. Diskutiert wird zum anderen über Modelle der Leistungsbegrenzung oder Rationierung, wobei sowohl die Verständigung über die gerechte Ausgestaltung einer Grundversorgung als auch über angemessene Kriterien und Methoden der Leistungsbegrenzung im Zentrum der Auseinandersetzungen stehen. Der Beitrag stellt die Debatten vor und präsentiert die verschiedenen Strategien zum Umgang mit Knappheitsproblemen im Gesundheitswesen. Da Maßnahmen zur Effizienzsteigerung und die Aufstockung der Mittel zukünftig kaum ausreichen werden, wird grundsätzlich zugunsten expliziter Rationierungsformen und öffentlicher Entscheidungsprozesse plädiert.

1. Wahrnehmungen: Absolute und relative Knappheit

Knappheit von Gütern kann in zweierlei Hinsicht wahrgenommen werden: im Sinn einer grundsätzlichen Begrenztheit von Mitteln (absolute Knappheit) oder als Resultat eines bewussten Vorenthaltens oder Verteilens von Gütern (relative Knappheit, siehe Kasten). Beide Formen von Knappheit dürften sich angesichts der gegenwärtigen *demografischen Entwicklung* verschärfen. So ist sicher, dass in den meisten hochindustrialisierten Staaten in einigen Jahren bedeutend weniger Erwerbstätige als heute für die Finanzierung der sozialstaatlichen Einrichtungen zuständig sein werden, wobei sowohl die vom Wirtschaftsverlauf abhängende Knappheit *finanzieller* Mittel als auch die höchstens durch Migration abzufedernde Knappheit *personeller* Ressourcen

Knappheit und
Demografie

anzunehmen bzw. zu gestalten sein werden. Die Beschäftigung mit diesen Szenarien zeigt zudem, dass sich beide Knappheitswahrnehmungen bzw. -perspektiven ergänzen, sich also nicht vollständig voneinander trennen lassen und damit zwei Dimensionen desselben Problems markieren:

zwei
Dimensionen:

existenzielle
Knappheit

(1) Eine *vertikale Dimension*, welche für die absolute Knappheit oder Kontingenz des menschlichen Lebens steht – und zwar materiell wie existenziell. Inhaltlich geht es in diesen Debatten im Wesentlichen um die Bestimmung der Ziele der Gesundheitsversorgung und der Medizin, um die Kritik an der Medikalisierung vieler Lebensbereiche, der «Erfindung neuer Krankheiten» (Elliot 2003), um die Infragestellung des Fortschrittsparadigmas und nicht zuletzt um Vorschläge, Altern und Sterben auf neue Weise in die Vorstellungen von einem gelungenen menschlichen Leben zu integrieren (Callahan 1999).

relative
Knappheit

(2) Eine *horizontale Dimension*, welche die relative Knappheit oder die Notwendigkeit der Zuteilung der Ressourcen beschreibt, wobei Gleichheit (z.B. Chancengleichheit) und Nützlichkeit (die Optimierung des Outputs) als Ziele miteinander konkurrieren, wenn es um den Entwurf von Handlungsstrategien geht. Inhaltlich stehen sozialpolitische Aspekte im Zentrum, also die angemessene Verteilung von Gütern, sowie das Spannungsverhältnis Solidarität und Egalitarismus versus Individualismus, Freiheit und Selbstverantwortung. Gesundheit ist ein Ermöglichungsgut – sie bildet die Grundlage sowohl zur individuellen Verwirklichung anderer Güter im Leben als auch zur Umsetzung kollektiver Ziele. Demnach sollte die Verteilung der zur Gesundheitsversorgung nötigen Ressourcen nicht ausschließlich über den Markt geregelt werden, sondern bedarf der sozialpolitischen Gestaltung.

Während in der vertikalen Dimension eine systemische Perspektive eingenommen wird und die *Anerkennung der Knappheit* und damit auch der Rationierung als systemimmanente Vorbedingung im Zentrum steht, ist in der horizontalen Dimension die Handlungsperspektive entscheidend, denn es geht – je nach Sichtweise und dem Verständnis von Gleichheit und Solidarität – um das *Vorenthalten oder Zuteilen* von Ressourcen. Eine Verbindung beider Perspektiven hat der Ökonom und Nobelpreisträger Amartya Sen mit seiner «Equality of what»-Debatte initiiert, insofern er das Grundanliegen des Egalitarismus («Equality») mit der Frage nach dem Objekt der Gleichheit («of what?») verknüpft hat – einer Frage, die er selbst mit der Forderung nach der Entfaltung der grundlegenden menschlichen Fähigkeiten beantwortet hat, die jedem Menschen ermöglichen soll, ein eigenes Leben zu führen (Sen 1993).

Verbindung
beider
Perspektiven

Formen von Knappheit

Ethische Überlegungen zum Umgang mit Knappheit bedürfen zunächst eines klaren Begriffs von «Knappheit». Dazu existieren zwei Zugangsweisen. Zum einen wird Knappheit im Sinne einer «objektiv» vorgegebenen Begrenztheit aller Mittel verstanden – entweder materiell bzw. gemäß dem ökonomischen Prinzip der grundsätzlichen Knappheit aller Ressourcen, oder existenziell im Sinne der grundsätzlichen Begrenztheit von Lebensraum und -zeit. Aus dieser Sicht werden Überlegungen zur gerechten Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung auf der Basis von *Kontingenzerfahrungen* angestellt, wie sie beispielsweise bei der Zuteilung knapper Organe oder angesichts des Sterbens eine entscheidende Rolle spielen. Zum anderen wird Knappheit im Sinne einer bewusst herbeigeführten Knappheit, eines bewussten Vorenthaltens oder Zuteilens wahrgenommen. Diese beispielsweise aufgrund staatlicher Steuerpolitik eintretende Ressourcenknappheit kann dazu führen, dass eine Patientin oder ein Patient nicht das erhält, was ihr bzw. ihm aus Gründen der Gerechtigkeit eigentlich zustehen würde. In dieser Perspektive prägen darum *Ungerechtigkeiterfahrungen* das Nachdenken über den Umgang mit lediglich relativ knappen Mitteln. Deren gerechte Verteilung (Allokation) und die Gleichbehandlung aller bilden damit zentrale Themen der Sozialpolitik.

Je nachdem, welche Knappheitserfahrung zum Ausgangspunkt genommen wird, wird auch der zentrale Begriff der «*Rationierung*» unterschiedlich verstanden: Während die Realität der Rationierung beim Zugang über die Kontingenzerfahrungen – also die gleichsam objektiv vorgegebene Knappheit – als eine alltägliche Normalität, als eine systemimmanente Vorgabe aufgefasst wird, die es grundsätzlich *anzuerkennen* gilt, wird Rationierung aufgrund von Kontrasterfahrungen als ein Übel erlebt und beschrieben, die Rede von Rationierung dann als ein Signal für drohende oder bereits existierende Ungerechtigkeiten verstanden, die es darum *umzugestalten* gilt. Eine kritische Auseinandersetzung aus der erstgenannten Perspektive bieten seit den 1980er-Jahren die Schriften Daniel Callahans (Callahan 1999), kritische Beiträge im Sinne der zweitgenannten Sicht knüpfen an sozialpolitische Debatten und die Verteilungskämpfe in spätmodernen Gesellschaften an, wie es beispielsweise im Aufruf der «Ärztinnen für Solidarität im Schweizerischen Gesundheitswesen» (ASSG) geschieht, in welchem das grundsätzliche Recht auf die Gesundheitsversorgung und die Gleichbehandlung aller im Zentrum stehen (ASSG 2002).

2. Konkretisierung: Erfahrungen von Knappheit

Problemzonen:

steigende
Kosten

Mit Blick auf das schweizerische Gesundheitswesen lassen sich hinsichtlich der Erfahrung von Knappheit gegenwärtig mindestens drei Problemzonen benennen. Erstens wird es für einen großen Teil der Haushalte schwierig, für die jährlich steigenden Krankenkassenprämien aufzukommen: Im Jahr 2003 nahmen bereits über 40% aller Haushalte steuerfinanzierte Prämientlastungen in Anspruch (in einigen Kantonen werden diese automatisch zugeteilt), jährlich können oder wollen zudem 150 000 Versicherte ihre Prämien nicht bezahlen. Erstmals seit Einführung der Versicherungspflicht wurde von Regierungsseite der – aus ethischer Sicht höchst problematische – Vorschlag gemacht, einigen Behandlungsbedürftigen, nämlich den säumigen Zahlern, die gesundheitliche Versorgung zu verweigern. Zweitens wird es für die Kantone zusehends zum Problem, die jährlich steigenden Budgets für die Spitäler aufzubringen. Nachtragskredite zur kantonalen Finanzierung der Gesundheitseinrichtungen führen in den letzten Jahren regelmäßig zur Kürzung anderer Haushaltsposten, womit das Problem der Opportunitätskosten (Kosten, die durch den Verzicht auf eine alternative Verwendung der Mittel entstehen) offenkundig wird. Drittens geraten die Behandlungsteams zusehends unter Druck, aufgrund fehlender finanzieller Mittel am Krankenbett nicht mehr alle nützlichen bzw. sinnvollen Leistungen zu erbringen, das heißt implizit zu rationieren (Santos-Eggimann 2005; SAMW 2007).

Spitalbudgets

implizite
Rationierung

Dass sich angesichts dieser Entwicklungen Gerechtigkeitsfragen stellen, ist offenkundig (Schöne-Seifert 2006; Rauprich et al. 2005): Gibt es ein Recht auf eine solidarisch finanzierte Gesundheitsversorgung? Wer sollte gerechterweise welchen Anteil an den Behandlungskosten bezahlen? Darf einem Patienten aufgrund mangelnder Zahlungsfähigkeit eine Behandlung verweigert werden? Welche Haushaltsposten sollten zugunsten der Finanzierung der Gesundheitsversorgung gekürzt werden? Ist es zu rechtfertigen, dass Patientinnen und Patienten am Krankenbett ungleich behandelt werden, ohne die zugrunde gelegten Entscheidungskriterien transparent zu machen?

Folge des
Fortschritts

Eine Besonderheit dieser Gerechtigkeitsprobleme, die zum großen Teil auch rechtlich relevant sind (Steffen 2002), besteht darin, dass sie in erster Linie Konsequenzen *erwünschter* Entwicklungen sind. Die beiden Hauptursachen für die langsame, aber stete Ausweitung der Gesundheitskosten sind der medizinisch-technische Fortschritt und der wachsende Wohlstand (Breyer 2002) und damit beides Ursachen, die im Prinzip begrüßt und auch weiterhin angestrebt werden (zu einem gewissen Maß haben auch die wachsenden Ansprüche der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf die Zunahme der Kosten – ein Aspekt, der aber bisher kaum quantifiziert worden ist). Seit den 1960er-Jahren hat mit den Kosten auch die durchschnittliche Lebenserwartung mar-

kant zugenommen. Viele Menschen, die noch vor einigen Jahren an den Folgen ihrer Krankheiten oder Unfälle gestorben sind, überleben heute dank neuer diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten, sind dann allerdings nicht selten auf kontinuierliche ärztliche oder pflegerische Betreuung angewiesen. Beeindruckende Beispiele bilden die Entwicklung der antiretroviralen Medikamente zur Aidsbekämpfung, Fortschritte im Bereich der medikamentösen Tumorbekämpfung und die Fortschritte in der Intensivmedizin, die gegenwärtig dazu führen, dass in den Hochlohnländern weltweit über die Notwendigkeit einer angemessenen Begrenzung der sozial finanzierten Leistungen diskutiert wird. Schließlich bleibt zu bedenken, dass der Kostendruck in den nächsten Jahrzehnten auch aufgrund der demografischen Entwicklung aller Voraussicht nach steigen wird. Drei Faktoren, welche die Kosten in die Höhe treiben und die Knappheit insbesondere personeller Ressourcen mit sich bringen werden, sind relativ unumstritten (Hessel 2006):

- Erstens wird in einer Gesellschaft, in der die Anzahl älterer Menschen zunimmt und die durchschnittliche Lebenserwartung nicht weiter ansteigt, auch die Anzahl der Menschen größer, die sich in ihrer letzten Lebensphase und damit aus Sicht der Gesundheitsversorgung in dem mit Abstand teuersten Lebensabschnitt befinden;
- zweitens nimmt mit einem höheren Anteil sehr alter Menschen in einer Gesellschaft auch die Anzahl der chronisch Kranken und Pflegebedürftigen zu und
- drittens werden in den nächsten Jahren grundsätzlich immer weniger Erwerbstätige für immer mehr Menschen im Ruhestand ökonomisch, vor allem aber auch personell zuständig sein.

Kostenfaktoren:

mehr alte Menschen

mehr Pflegebedürftige

weniger Erwerbstätige

3. Systematik: Gerechtigkeitsfragen im Gesundheitswesen

Angesichts der Komplexität der Debatten um die Gerechtigkeit im Gesundheitswesen ist der Vorschlag Wolfgang Kerstings hilfreich, folgende drei Diskussionsebenen zu unterscheiden (Kersting 2003): Grundlegend sind zunächst die «großen Gerechtigkeitsdiskurse»; hier geht es beispielweise um die Begründungen des Rechts auf Gesundheit bzw. auf eine gesundheitliche Versorgung. Auf dieser Ebene der Gerechtigkeitstheorien wird z. B. die erwähnte *Equality-of-what*-Debatte geführt: In Absetzung zu einer Begründung des Rechts auf Gesundheitsversorgung, die davon ausgeht, dass zur Wahrung der Chancengleichheit in der Gesellschaft jede und jeder *ein Recht auf den gleichen Zugang* zu den Ressourcen der Gesundheitsversorgung haben sollte, plädiert Amartya Sen für eine Orientierung am Output politischer Maßnahmen: Eine gerechte

drei Diskussionsebenen

Begründung von Grundrechten

Gesundheitsversorgung sollte seines Erachtens so gestaltet werden, dass jede und jeder *die grundlegenden menschlichen Fähigkeiten entfalten kann*, um ein eigenes Leben führen zu können (Sen 1993). In dieser outputorientierten Perspektive, die genügend Spielraum für eine individuelle Lebensführung belässt, wird der Disput um die angemessene Größe eines Grundleistungspakets relativiert. Vielmehr findet im Sinne der Public-Health-Idee eine Ausweitung der Perspektive auf Aspekte statt, die nicht die unmittelbare Gesundheitsversorgung betreffen, jedoch die Gesundheit der Bevölkerung ebenfalls stark beeinflussen (Anand et al. 2006).

Ausgestaltung
des Sozial-
staates

Von diesen relativ abstrakten Theoriedebatten unterscheidet W. Kersting die «mittleren Diskurse», in welchen es um die Ausgestaltung sozialstaatlicher Einrichtungen und damit um Konkretisierungen von Freiheits- und Solidaritätsvorstellungen geht. Hier sind auch die eingangs erwähnten Finanzierungs- und Rationierungsdebatten anzusiedeln. In den «kleinen Diskursen» schließlich werden konkrete gesundheitspolitische Einzelfragen diskutiert, beispielsweise der Ausbau von Managed-Care-Angeboten, die Festlegung einer angemessenen und gerechten Höhe von Selbstbehalten und Franchisen oder die konkrete Ausgestaltung des Grundleistungskatalogs.

Selbst wenn auf der Ebene der großen Gerechtigkeitsdiskurse Einigkeit darüber hergestellt werden kann, dass ein grundlegendes Recht auf Gesundheitsversorgung besteht, welches der Staat im Rahmen eines solidarisch finanzierten Systems für alle sichern sollte (vgl. dazu Zimmermann-Acklin 2006a), können auf der Ebene der mittleren Gerechtigkeitsdiskurse große Meinungsverschiedenheiten über die Architektur der sozial finanzierten Gesundheitsversorgung entstehen. Da in der Schweiz – im Unterschied beispielsweise zu den USA (Callahan/Wasunna 2006, Kap. 1, 2) – im Bereich der grundlegenden Fragen von einem weitgehenden gesellschaftlichen Konsens ausgegangen werden kann, konzentrieren sich die Debatten gegenwärtig auf die Ebene der mittleren Diskurse, wobei namentlich traditionelle liberale Ansichten in der schweizerischen Sozialpolitik mit der sozialen Finanzierung der steigenden Kosten für die Gesundheitsversorgung kollidieren. Zu vermuten ist, dass gesundheitspolitische Dissense auf der Ebene der kleinen Gerechtigkeitsdiskurse (z.B. in der Debatte über die Reformen des Krankenversicherungsgesetzes im Parlament) deshalb als unlösbar erscheinen, weil bei einigen grundlegenden Fragen auf der mittleren Ebene, beispielsweise im Hinblick auf die Bedeutung von Solidarität und Eigenverantwortung (Widmer et al. 2007), die Vorstellungen zu weit auseinanderliegen. Mit Blick sowohl auf die internationalen (Ham/Robert 2003) als auch die schweizerischen Rationierungsdebatten ist zu vermuten, dass ein Konsens über eine menschen- und sachgerechte Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung in einer pluralistischen Gesellschaft und einem föderalen politischen System wie der Schweiz nur in Ansätzen erzielt werden kann. Zwar ist die Schweiz ein klei-

Solidarität
versus Eigen-
verantwortung

nes Land, jedoch sind die regionalen Unterschiede, gerade auch im Hinblick auf die Ausgestaltung und Finanzierung der Gesundheitsversorgung, überraschend groß (OECD 2006). Aufgrund dieser Differenzen gewinnen prozedurale Ansätze, welche über die Anwendung gerechter Verfahren zu legitimen Entscheidungen zu kommen versuchen, stark an Bedeutung (Daniels/Sabin 2002; Daniels 2008).

4. Definition: Der umstrittene Rationierungsbegriff

Die Rede von Rationierung in einer Wohlstandsgesellschaft ist zu Recht umstritten, da der Rationierungsbegriff zunächst mit Notsituationen in Kriegszeiten assoziiert wird. Es ist darum nicht erstaunlich, dass sowohl im politischen als auch im wissenschaftlichen Diskurs um einen angemessenen Rationierungsbegriff gestritten wird. Die Auseinandersetzungen um verschiedene Rationierungsdefinitionen sind zwar aufschlussreich und zur Förderung der Verständigung zwischen so verschiedenen Disziplinen wie den Pflegewissenschaften, der Medizin, den Rechtswissenschaften und der Ökonomie auch notwendig, doch ist gleichermaßen klar, dass sich die bestehenden Probleme nicht über die Auswahl einer bestimmten Definition lösen – gleichsam wegdefinieren – lassen. Im besten Fall bietet eine Definition eine geeignete Ausgangsbasis, um bestehende Probleme zu analysieren, Ver- und Zuteilungsprobleme zu diskutieren und Handlungsstrategien zu entwerfen.

De facto lassen bereits die Vorlieben bei der Wahl der Rationierungsdefinition die unterschiedlichen normativen Positionen und Werthaltungen durchscheinen, die in den Debatten vertreten werden. Moralisch stark aufgeladene Definitionen, welche beispielsweise alles das als Rationierung bezeichnen, was aus moralischen Gründen abzulehnen ist, dienen kaum als geeignete Ausgangsbasis für ethische Debatten: Hier wird nämlich das, was aus ethischen Gründen abzulehnen ist, bereits als bekannt vorausgesetzt. Definitionsvorschläge, die Rationierung mit der Allokation knapper Mittel gleichsetzen, für die aufgrund der sozialen Finanzierung tendenziell eine Übernachfrage besteht (Breyer 2007), sind ebenfalls ungeeignet, da sie so umfassend sind, dass sie es nicht ermöglichen, die genannte Problemstellung deutlich anzusprechen.

Eine systemische Definition, wie sie von Peter Ubel und Susan Goold vorgeschlagen wird, bietet hier eine weiterführende Alternative: Sie verstehen unter Rationierung implizite oder explizite Mechanismen, die dazu führen, dass einer behandlungsbedürftigen Person nützliche Leistungen nicht zur Verfügung stehen (Ubel/Goold 1998; SAMW 2007). Dieser Vorschlag hat den Vorteil, dass sowohl die willentlich herbeigeführte (horizontale Dimension) als auch die materiell und existenziell vorgegebene Knappheit (vertikale Dimension) von

Begriffe
von
«Rationierung»

Ressourcen im Begriff enthalten sind. Der Rationierungsbegriff wird somit nicht einseitig für eine bestimmte politische oder moralische Position vereinnahmt, sondern auf einer übergeordneten Ebene angesiedelt und auf diese Weise «systemtheoretisch entschärft». Das nicht oder erst nach einer gewissen Wartezeit Zurverfügungstehen einer nützlichen Leistung geht gemäß diesem Verständnis nicht immer auf spezifische Entscheidungen in Einzelfällen zurück, sondern kann auch als Folge allgemeiner Entscheidungen auf der Makroebene oder der grundsätzlichen (materiellen wie existenziellen) Begrenztheit aller Mittel und des menschlichen Lebens verstanden werden.

Diese Definition ermöglicht es, zwischen gerechter und ungerechter Rationierung zu unterscheiden und die zentralen ethischen Fragen nach fairen Grenzziehungen bzw. der Bestimmung einer gerechten Zuteilung möglichst offen anzugehen. Sie beinhaltet ebenfalls die wichtige Unterscheidung zwischen impliziten und expliziten Mechanismen der Rationierung: Implizite Rationierung beschreibt unregelte, explizite Rationierung geregelte Mechanismen, die dazu führen, dass Menschen für sie nützliche Gesundheitsleistungen nicht erhalten.

5. Anwendungsebenen: Mikro-, Meso- und Makroebene

Die Verständigung über die Rationierung setzt die Unterscheidung verschiedener Anwendungsebenen voraus, wobei zwischen Makro-, Meso- und Mikroebene unterschieden wird (Schmidt/Gutmann 2002, 7-40). Bei gesundheitspolitischen Entscheidungen auf der Stufe der Gesellschaft (Makroebene), der Gestaltung von Institutionen (Mesoebene) und bei Therapieentscheidungen am Krankenbett (Mikroebene) sind unterschiedliche Personen und Instanzen beteiligt, kommen verschiedene Kriterien und Methoden zur Anwendung und werden unterschiedliche Fragen aufgeworfen – beispielsweise volkswirtschaftliche (z.B. bei der Gestaltung des Staatshaushalts), betriebswirtschaftliche (z.B. bei der Erstellung eines Jahresbudgets für eine Universitätsklinik) sowie interpersonelle Fragen (z.B. in der Arzt-Patient-Beziehung). Werden diese Unterschiede in den Rationierungsdebatten nicht ausreichend berücksichtigt, besteht die Gefahr von Missverständnissen und Kurzschlüssen. Dazu zwei Beispiele:

(1) Wird behauptet, die Berücksichtigung der Kosteneffektivität sei ein einseitig utilitaristisches Kriterium, d.h. ein dem Patientenwohl übergeordnetes, gesellschaftliches und einseitig finanzielles Folgenkriterium, dessen Berücksichtigung zur ungerechten Ungleichbehandlung von Patienten führe und darum die Menschenwürde missachte, kann dies durchaus zutreffen, falls es um eine einseitige Begründung von Entscheidungen am Krankenbett auf der Mikroebene geht: Wird beispielsweise einem älteren Patienten einzig aufgrund von

Gesellschaft,
Institutionen,
Krankenbett

Rolle der Kosten-
effektivität

Überlegungen zur Kosteneffektivität eine bestimmte Therapie (z.B. eine Bypass-Operation oder eine Chemotherapie) vorenthalten, widerspricht diese Entscheidung der Gleichbehandlung aller, ist daher diskriminierend und ungerecht. Kranken Menschen darf der Zugang zu bestimmten Therapien nicht allein aus Kostengründen verweigert werden. Kommt das Kriterium der Kosteneffektivität hingegen bei einer Entscheidung über die Einführung einer neuen Therapie auf der Mesoebene zum Zug, ist es in der Regel aus gerechtigkeithethischer Sicht als ein wichtiger Faktor zur Begründung einer Allokationsentscheidung zu begrüßen (Marckmann 2007).

(2) In den öffentlichen Rationierungsdebatten geschieht es nicht selten, dass die Verantwortung für Entscheidungen an die jeweils anderen Ebenen delegiert wird: Die Ärzteschaft ist der Meinung, die Politik oder allenfalls eine Spitaldirektion sollte entscheiden, welche Behandlungen für wen finanziert werden sollen, die Gesundheitspolitiker und Versicherungen hingegen nehmen die Behandlungsteams in die Pflicht und verweisen auf die Bedeutung alltäglicher Entscheidungen am Krankenbett. Diesen Strategien liegt zwar die Unterscheidung der Anwendungsebenen zugrunde, dies überdeckt jedoch die Tatsache, dass Entscheidungen einer übergeordneten Ebene auf der jeweils niedrigeren Ebene praktisch umgesetzt und damit auch verantwortet werden müssen. Dabei benötigen die Behandlungsteams am Krankenbett stets einen Entscheidungsspielraum, um die Umstände eines Einzelfalls angemessen berücksichtigen zu können (Hurst/Danis 2007). Aus ethischer Sicht wäre es allerdings auch problematisch, wenn Entscheidungen beispielsweise über den Zugang zur Intensivstation ausschließlich in Einzelfällen entschieden würden, ohne auf der Mesoebene verbindliche Leitlinien zu formulieren und bei der Gestaltung des Budgets eine verbindliche Planung über Anzahl der Betten und die Anstellung des nötigen Personals für die Intensivmedizin zu realisieren (Ward/Levy 2007).

Verantwortung delegieren?

6. Strategien: Vorschläge zur Problemlösung

6.1 Positionen

Hinsichtlich angemessener Strategien im Umgang mit der Ressourcenknappheit lassen sich die folgenden Grundpositionen unterscheiden (Daniels/Sabin 2002):

- Die «*Marktvertreter*» sind der Überzeugung, dass eine Lösung der Knappheitsprobleme in der Einführung bzw. Verstärkung von Marktelementen besteht. Sie möchten individuelle Wahlmöglichkeiten schaffen, indem sich beispielsweise jeder und jede ein Versicherungspaket nach eigenen Vorstellungen schnüren kann und auf diese Weise gleichsam «sich selbst rationiert».

mehr Markt

Vorgeschlagen wird, über die Erhöhung der Eigenanteile und Franchisen im Sinne der Stärkung der Eigenverantwortung Anreize zur Selbstbeschränkung zu schaffen oder auch nach dem Vorbild der US-amerikanischen «Health Saving Accounts» zu erreichen, dass die Menschen die Verantwortung für die eigenen Gesundheitskosten mehr oder weniger selbst übernehmen. Die Grundidee dieser Gesundheitssparkonten besteht darin, dass jede und jeder ein individuelles Gesundheitskonto betreibt und damit der Solidaritätsaspekt zugunsten eines starken Individualismus nahezu vollständig eliminiert wird.

weniger
Verschwendung

- Daneben ist eine häufig anzutreffende Einstellung diejenige der *Knappheits-Skeptiker*: Vertreterinnen und Vertreter dieser Position bestehen in einseitiger Betonung der eingangs als horizontale Dimension bezeichneten Perspektive darauf, dass es in Wirklichkeit gar keine Knappheit gebe, sondern lediglich Verschwendung von Ressourcen und unnütze Interventionen, welche es zu vermeiden und zu eliminieren gelte. In diesem Sinne plädieren sie zugunsten der Steigerung von Effizienz und favorisieren Maßnahmen der Rationalisierung (Humbel-Näf 2007).

mehr Geld

- Realistischer als die Knappheits-Skeptiker sind die von N. Daniels und J. Sabin so genannten «*Gesundheit hat keinen Preis*»-Vertreter (Daniels/Sabin 2002, 13f.): Sie unterstreichen die individuelle und gesellschaftliche Bedeutung der Gesundheitsversorgung und plädieren für eine Erhöhung der finanziellen Mittel für die sozial finanzierte Gesundheitsversorgung, sei dies zuungunsten anderer Budgetposten im Staatshaushalt, auf der Grundlage von Prämien- und Steuererhöhungen, durch Aufforderung zum individuellen Verzicht auf weniger wichtige Konsumgüter oder durch eine stärkere Umverteilung von wohlhabenden zu armen Bevölkerungsgruppen.

Knappheit
anerkennen

- Die «*Rationierer*» gehen davon aus – insbesondere mit Verweis auf die eingangs als vertikale Dimension bezeichnete Perspektive –, dass die Ressourcenknappheit eine Realität darstelle, die es anzuerkennen und zu gestalten gelte. Sie stehen damit im Gegensatz zu den Marktvertretern, den Knappheits-skeptikern und den *Gesundheit-hat-keinen-Preis*-Vertretern, welche Rationierungsmaßnahmen als unnötig ansehen. Die «*Rationierer*» warnen zudem vor den negativen Folgen einer Verdrängung dieser Gegebenheit (Caleb et al. 2004). Diese Gruppe lässt sich in zwei Positionen aufteilen:

«elegantes
Durchwursteln»

- Die «*impliziten Rationierer*» gehen davon aus, dass eine transparente und geregelte Praxis nicht realisierbar sei, und plädieren darum zugunsten einer unregelmäßigen Vorgehensweise – z.B. für das «elegante Durchwursteln» (Sommer 2001) bzw. die Favorisierung der unregelmäßigen Rationierung am Krankenbett auf der Mikroebene durch Einführung von Globalbudgets für Spitäler, Fallpauschalen, Managed-Care-Maßnahmen etc.

- Die «*expliziten Rationierer*» betonen die Bedeutung transparenter und öffentlicher Debatten und einer geregelten Rationierungspraxis. Hier sind insbesondere die so genannten «*gerechte Prozeduren*»-Vertreter zu nennen, insofern sie angesichts der unterschiedlichen Positionen, die heute im Hinblick auf Rationierungskriterien und -methoden vertreten werden, die Bedeutung der *Legitimierung* politischer Entscheidungen betonen und damit in gewisser Weise eine Metaposition vertreten. Vorgeschlagen werden gerechte Prozeduren zur Erarbeitung (moralisch, nicht nur demokratisch) legitimer Entscheidungen in einer Gesellschaft, wobei Resultate praktisch in einer Mischung aus expliziten und impliziten Rationierungsmaßnahmen bestehen dürften. Ein Modell einer solchen Verfahrensethik haben N. Daniels und J. Sabin unter der Bezeichnung «Verantwortung für die Vernünftigkeit [von Rationierungsentscheiden]» («*Accountability of Reasonableness*») vorgelegt und begründet. Ihnen geht es um die Einhaltung folgender vier prozeduraler Gerechtigkeitsbedingungen: *Transparenz*, insofern Rationierungsentscheidungen und deren Begründungen öffentlich zugänglich sein sollen, *Evidenz*, insoweit diese Gründe durch unparteiische Diskursteilnehmer als für den jeweils betroffenen Kontext relevant angesehen werden müssen, *Rekursmöglichkeit*, insofern die Möglichkeit bestehen muss, Einsprache oder Beschwerde gegen einen Entscheid erheben und neue Gründe und Aspekte einbringen zu können, schließlich *Durchsetzung*, insoweit es eine freiwillige oder öffentlich geregelte Einrichtung geben sollte, welche die Durchsetzung der ersten drei Bedingungen absichert (Daniels/Sabin 2002).

explizit
rationieren

6.2 Ethische Bewertung der Rationierung

Eine ethische Bewertung dieser Positionen zum Rationierungsproblem und der dazu gehörenden Strategien auf der Ebene der «mittleren Gerechtigkeitsdiskurse» hat folgende Überlegungen mit einzubeziehen:

- Zugunsten einer Verstärkung von Marktelementen spricht neben der Stärkung der Eigenverantwortung die Ermöglichung größerer Autonomie der «Konsumentinnen und Konsumenten» bei der Zusammenstellung ihrer persönlichen Absicherung gesundheitlicher Leistungen, insofern jede und jeder einkauft bzw. versichert, was sie oder er «sich leisten» möchte bzw. sich leisten kann. Allerdings stehen diesen Vorteilen eine Reihe gewichtiger Nachteile entgegen. Zunächst ist auf das Problem der eingeschränkten Marktübersicht kranker und sterbender Menschen hinzuweisen: In der Regel sind Kranke kaum in der Lage, das «beste Angebot» auszuwählen. Menschen in gesunden Tagen wiederum sind nur bedingt in der Lage abzu-

eingeschränkte
Marktübersicht
der Patienten

schätzen, worauf sie im Krankheitsfall genau verzichten möchten. Daneben – und das ist das schwerwiegendere Argument – führt eine Überbetonung von Marktmechanismen im Gesundheitswesen zu massiven Unterschieden in der Versorgung von Armen und Reichen. Zudem dürfte eine Stigmatisierung chronisch Kranker und besonders «teurer» Patientinnen und Patienten kaum zu verhindern sein.

Rationalisierung
unzureichend

- Auch Rationalisierung allein dürfte kaum zum Ziel einer sinnvollen und gerechten Grenzziehung in Hinblick auf den Zugang zu sozial finanzierten Leistungen der Gesundheitsversorgung führen. Klar ist, dass Rationalisierungsmaßnahmen sowohl aus ökonomischen als auch ethischen Gründen – wegen der Verhinderung von Überbehandlungen und eines möglichst effizienten Einsatzes der knappen Mittel – stets gefordert sind. Da jedoch die Hauptgründe für die stete Kostensteigerung in den letzten Jahrzehnten – nämlich der medizinisch-technische Fortschritt und die Wohlstandsentwicklung – durch die Effizienzsteigerung nicht beeinflusst werden können, ändern diese Maßnahmen das grundsätzliche Problem nicht. Dazu kommt die Prognoseunsicherheit im Gesundheitswesen als maßgeblicher Faktor, der die Verhinderung von Über- oder Fehlbehandlungen z.B. auf einer Intensivstation äußerst schwierig macht. Nicht selten stellen sich Behandlungen ex post, also nach Versterben eines Patienten, als nutzlos heraus, die sich ex ante als solche nicht eindeutig einschätzen ließen.

Problem der
Opportunitäts-
kosten

- Realistischer ist die Strategie, Maßnahmen der Effizienzsteigerung mit einer Erhöhung der finanziellen Mittel zu verbinden, um Grenzziehungen möglichst weit und ohne spürbare Einschränkungen gegenüber der heute bestehenden Situation vornehmen zu können. Diese Überlegung ist im Hinblick auf die hohe Wertschätzung einer qualitativ guten Versorgung aller Menschen aus ethischer Sicht zunächst zu begrüßen. Doch sind auch angesichts dieser Strategie Fragezeichen zu setzen, wobei insbesondere auf das Problem der Opportunitätskosten hinzuweisen ist: Aufgrund der gegenwärtigen Situation dürften in der Schweiz weder signifikante Steuererhöhungen oder Erhöhungen der Eigenanteile als Lösungen in Frage kommen, so dass als realistische Alternativen nur der Verzicht auf andere Budgetposten – beispielsweise in anderen sozialpolitischen Bereichen – oder der individuelle Konsumverzicht in Frage kämen. Unter diesen Umständen wären allerdings zwei Aspekte zu bedenken: Erstens wäre es Aufgabe der Politik, im Rahmen demokratisch angelegter Entscheidungsfindungsprozesse zu eruieren, ob eine signifikante Erhöhung des Gesundheitsbudgets zuungunsten anderer Bereiche überhaupt gewünscht wird; zweitens wäre aus der Public-Health-Perspektive zu bedenken, dass neben der Gesundheitsversorgung auch andere Bedingungen zur Gesundheit der Bevölkerung beitragen, namentlich die

Situation in der Arbeitswelt, Lebensstile und Bildung. Ab einem gewissen Punkt wäre also zu fragen, ob weitere Investitionen in den Bereichen Arbeit und Bildung nicht positivere Effekte zugunsten der Gesundheit der ohnehin benachteiligten Bevölkerungsteile nach sich ziehen würden als eine weitere Aufstockung des Gesundheitsbudgets.

Angesichts dieser eher skeptischen Beurteilung von Maßnahmen, welche ohne spürbare Grenzsetzungen bzw. Rationierungsmaßnahmen auskommen möchten bzw. die heute bestehenden Einschränkungen für akzeptabel halten, werden Strategien der expliziten und impliziten Rationierung auch aus gerechtigkeitsethischer Sicht unumgänglich.

Zugunsten der *expliziten* Rationierung – beispielsweise der Einführung von Behandlungsleitlinien, der Ausschlüsse bestimmter Therapien aufgrund mangelnder Kosteneffizienz oder der Berücksichtigung sozialer Kriterien wie des Alters – werden vor allem zwei Gründe genannt: erstens die Klarheit der Kriterien, die Transparenz von Entscheidungen und die darauf basierende weitgehende Gleichbehandlung aller Patientinnen und Patienten; zweitens die ebenfalls darauf basierende Möglichkeit, den Versicherungsschutz durch private Zusatzversicherungen zu ergänzen. So schlägt z.B. Friedrich Breyer ein System der Altersrationierung vor, welches aber mit einer Anlaufzeit von dreißig Jahren einzuführen wäre, damit alle, die weitere Leistungen im Alter wünschen, rechtzeitig privat vorsorgen können. Es sind allerdings auch gravierende Einwände gegen die explizite Rationierung zu bedenken: Durch vorgegebene Leitlinien wird die Entscheidungsfreiheit der Behandlungsteams im Einzelfall eingeschränkt, Methoden zur Evaluierung einzelner Therapien nach Kriterien der Kosteneffektivität, wie sie durch das «National Institute for Health and Clinical Excellence» (NICE) in Großbritannien durchgeführt werden, sind methodisch und zeitlich enorm aufwendig und enthalten stets auch soziale Wertungen. Dazu kommen ernüchternde Erfahrungen mit der expliziten Rationierung im US-Bundesstaat Oregon, insofern dort die Durchführung entsprechender Maßnahmen im Bereich von Medicaid dazu geführt hat, dass die Kosten noch stärker gestiegen sind als zuvor – das so genannte «politische Paradox der Rationierung» (Jacobs et al. 1999). Grenzen der expliziten Rationierung bestehen zudem aufgrund der «rule of rescue», dem Gebot der Hilfeleistung: Eine Gesellschaft räumt unmittelbar lebensrettenden Maßnahmen stets Priorität ein, unabhängig von Überlegungen zur Kosteneffektivität (Sommer 2001, 125f.). Schließlich bleibt anzumerken, dass die Berücksichtigung sozialer Kriterien wie Alter, soziale Aufgaben oder Bereitschaft zur Compliance bei einer Behandlung zur Diskriminierung der entsprechenden Gruppen führen kann und daher aus ethischer Sicht höchst fragwürdig ist (Halter 2007).

Gründe für
explizite
Rationierung

Probleme der
expliziten
Rationierung

Gründe für implizite Rationierung

Zugunsten der *impliziten* Rationierung, wie sie z.B. als Folge der Einführung von Globalbudgets oder von Behandlungspauschalen verstärkt wurde, sprechen der im Vergleich zur expliziten Rationierung größere Entscheidungsfreiraum der Behandlungsteams und die nicht unwesentliche Tatsache, dass sich diese Maßnahmen im Unterschied zu denjenigen der expliziten Rationierung politisch leichter umsetzen lassen. Allerdings führt der größere Entscheidungsspielraum der Behandlungsteams auch zu einem größeren Druck, bei Entscheidungen am Krankenbett eine Doppelrolle als «Anwalt des Patienten und des Spitalbudgets» übernehmen zu müssen. Diese Doppelrolle, welche die Berücksichtigung von dem Patientenwohl übergeordneten Kriterien mit sich bringt, kann zu einer Einschränkung der Patienteninformation und damit zu einer Gefährdung des Informed Consent führen. Sollen zudem nennenswerte Einsparungen erzielt werden, müssten Abstriche bei der Behandlungsqualität in Kauf genommen werden. Aufgrund drohender Haftpflichtprozesse und angesichts der patientenorientierten Bewerbung neuer Techniken und Medikamente bzw. des Internets als Informationsquelle dürften schließlich auch die Maßnahmen der impliziten Rationierung nicht problemlos umgesetzt werden können. Somit besteht letztlich die Gefahr, dass in einem solchen Konzept diejenigen Patientinnen und Patienten das Nachsehen haben werden, welche sich am wenigsten zu wehren wissen.

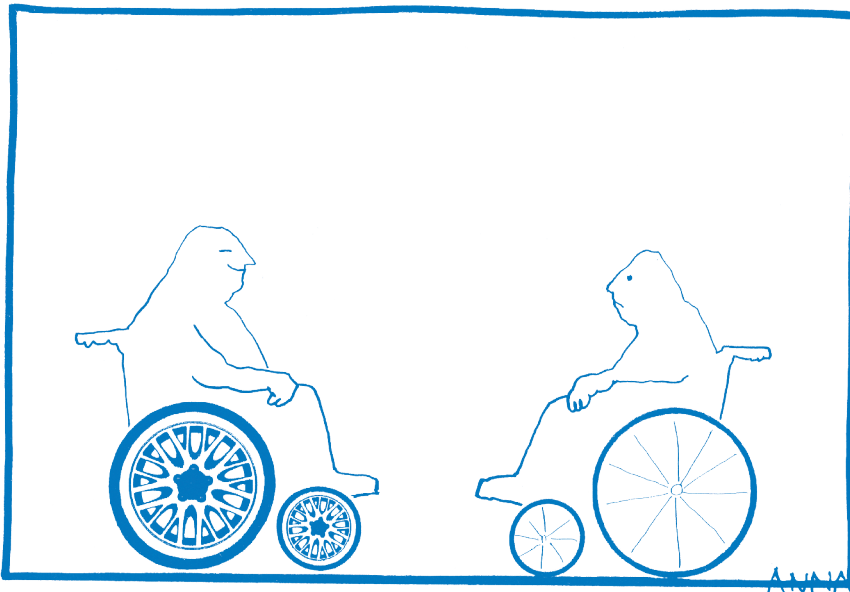
Vorteile der expliziten Rationierung

Die Überlegungen zu den Rationierungsmodellen zeigen insgesamt, dass die explizite Rationierung gegenüber der impliziten gewisse Vorteile hat: Sie ist gerechter, konsistenter und transparenter. Hingegen weist sie die Nachteile auf, dass die Entscheidungsfreiheit der Behandlungsteams im Einzelfall eingeschränkt und dass bei Anwendung sozialer Kriterien die Diskriminierung von Bevölkerungsgruppen zum Problem wird. Falls die Maßnahmen zur Rationalisierung sich als nicht ausreichend herausstellen und eine kontinuierliche Erweiterung der finanziellen Mittel für die Gesundheit weder sinnvoll noch politisch umsetzbar sein sollte, ist aus ethischer Sicht die explizite Rationierung der impliziten und sicher einer Marktlösung grundsätzlich vorzuziehen. Angesichts der unterschiedlichen Positionen, die vertreten werden, wird die ethische Legitimierung von Rationierungsentscheidungen und werden damit prozedurale Regeln zur öffentlichen Entscheidungsfindung wichtig, welche einerseits zu einer Mischung von impliziten und expliziten Rationierungsmaßnahmen und andererseits zu einem stärkeren öffentlichen Bewusstsein für die Komplexität der anstehenden Entscheidungen führen dürfte.

7. Fazit

Die offene Auseinandersetzung mit der Ausgestaltung sozial finanzierter gesundheitlicher Leistungen ist notwendig: Finanzielle, technische, aber auch personelle Ressourcen sind grundsätzlich begrenzt, die Regelung des Zugangs zu denselben betrifft sowohl sozialpolitische Aspekte als auch das Selbstverständnis der Medizin. Hinsichtlich der sozialpolitischen Ausrichtung wird eine in christlich-sozialethischer Tradition stehende Ethik zu egalitaristischen Modellen tendieren, den Schutz der Schwachen, Kranken, der Menschen mit Behinderungen, der Pflegebedürftigen betonen und zugunsten der Erhaltung von Solidaritätsstrukturen plädieren. Gleichzeitig aber sollte auch das Problem der Opportunitätskosten im Blick bleiben, insbesondere angesichts dessen, dass zur Förderung der am stärksten Benachteiligten in der Gesellschaft – derjenigen, die die höchste Morbiditätsrate und die niedrigste Lebenserwartung aufweisen – auch Maßnahmen außerhalb des Gesundheitssystems naheliegen, beispielsweise in den Bereichen Bildung, Schaffung von Arbeitsplätzen, Verbesserung von Arbeitsbedingungen und Prävention. Die teilweise völlig überzogenen Erwartungen an die Medizin bedürfen ebenfalls des kritischen Nachdenkens (Zimmermann-Acklin 2006b). Schließlich bleibt daran zu erinnern, dass wir in den hochtechnisierten, materiell reichen Ländern aus einer äußerst privilegierten Situation heraus nach Kriterien einer gerechten Verteilung und des fairen Zugangs zu gesundheitlichen Leistungen suchen, während in den ärmeren Ländern der Welt in der Regel das Nötigste fehlt, um das Überleben der Menschen zu sichern.

Rationierung
auf der Mikro-,
Meso- und
Makroebene



Literatur

- Anand, S.; Peter, F.; Sen, A. (Hg.) (2006): *Public Health, Ethics, and Equity*. New York
- Ärztinnen für Solidarität im Schweizerischen Gesundheitswesen (ASSG) (2002): *Gesundheit ist keine Ware*. SÄZ 83(42), 2235
- Breyer, F. (2007): *Zum Begriff der Rationierung*. Kommentar eines Gesundheitsökonomens. In: Zimmermann-Acklin, M.; Halter, H. (Hg.): *Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen*. EMH-Verlag, Basel
- Breyer, F. (2002): *Ökonomische Grundlagen der Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen. Status quo und Lösungsmöglichkeiten*. In: Aufderheide, D.; Dabrowski, M. (Hg.): *Gesundheit – Ethik – Ökonomik. Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven des Gesundheitswesens*, Berlin, 11-27
- Caleb Alexander, G.; Werner, R.M.; Ubel, P.A. (2004): *The Costs of Denying Scarcity*. *Archives of Internal Medicine* 164, 593-596
- Callahan, D. (1999): *False Hopes. Overcoming the Obstacles to a Sustainable, Affordable Medicine*. New Brunswick
- Callahan, D.; Wasunna, A.A. (2006): *Medicine and the Market*. Johns Hopkins University Press
- Daniels, N.; Sabin, J.E. (2002): *Setting Limits Fairly*. Oxford University Press
- Daniels, N. (2008): *Just Health. Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge
- Elliott, C. (2003): *Better Than Well. American Medicine Meets American Dream*. W.W. Norton & Company, New York/London
- Halter, H. (2007): *Anfragen zum Konzept der Altersrationierung aus ethischer Sicht*. In: Zimmermann-Acklin, M.; ders. (Hg.): *Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen*. 237-246
- Ham, C.; Robert, G. (Hg.) (2003): *Reasonable Rationing. International Experience of Priority Setting in Health Care*. Maidenhead/Philadelphia
- Hessel, F. (2006): *Die Abhängigkeit der Ausgaben für die medizinische Behandlung vom Alter und von der Restlebenszeit*. In: Schildmann, J.; Fahr, U.; Vollmann, J. (Hg.): *Entscheidungen am Lebensende in der modernen Medizin: Ethik, Recht, Ökonomie und Klinik*. Münster, 233-250
- Humbel-Näf, R. (2007): *Die Stärkung der Eigenverantwortung aus der Sicht der Krankenversicherer*. In: Zimmermann-Acklin, M.; Halter, H. (Hg.) (2007): *Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen*. EMH, Basel, 167-181
- Hurst, S., Danis, M. (2007): *A Framework for Rationing by Clinical Judgment*. In: *Kennedy Institute of Ethics Journal* 17(3), 247-266
- Jacobs, L.; Marmor, T.; Oberlander J. (1999): *The Oregon Health Plan and the Political Paradox of Rationing: What Advocates and Critics Have Claimed and What Oregon Did*. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 24, 161-180
- Kersting, W. (2003): *Gerechtigkeit. Die Selbstverewigung des egalitaristischen Sozialstaats*. In: Lessenich, S. (Hg.): *Wohlfahrtsstaatliche Grundbegriffe. Historische und aktuelle Diskurse*, Frankfurt, 105-135

Literatur

- Marckmann, G. (2007): Kosteneffektivität als Rationierungskriterium aus gesundheitsethischer Sicht. In: Zimmermann-Acklin, M., Halter, H. (Hg.) (2007): Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. 213-224
- OECD, Berichte über Gesundheitssysteme. Schweiz, Paris 2006, bes. 179f.: Reformempfehlungen für das schweizerische Gesundheitssystem
- Rauprich, O.; Marckmann; G., Vollmann, J. (Hg.) (2005): Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin. Paderborn
- SAMW (2007): Projekt «Zukunft Medizin Schweiz» – Phase III: Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen. Einschätzungen und Empfehlungen. Basel
- Santos-Eggimann, B. (2005): Is there evidence of implicit rationing in the Swiss health care system? BAG 2005: zugänglich unter www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung (zuletzt konsultiert am 27.4.2007)
- Schmidt, V.H.; Gutmann, T. (2002): Einleitung. In: Gutmann, T.; Schmidt, V.H. (Hg.): Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen. Weilerswist, Velbrück Wissenschaft, 7-40
- Schöne-Seifert, B.; Buyx, A.M.; Ach, J.S. (Hg.) (2006): Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen. Paderborn
- Sen, A. (1993): Capability and Well-Being. In: Nussbaum, M.C.; Sen, A. (Hg.): The Quality of Life, Oxford, 30-53
- Sommer, J.H. (2001): Muddling Through Elegantly. Rationierung im Gesundheitswesen. Basel
- Steffen, G. (2002): Droit aux soins et rationnement. Approche d'une définition des soins nécessaires. Bern
- Ubel, P.A.; Goold, S.D. (1998): «Rationing» Health Care: Not All Definitions Are Created Equal Arch Intern Med 158(3), 209-214
- Ward N.S.; Levy, M.M. (2007): Rationing and Critical Care Medicine. In: Critical Care Medicine 35, 102-105
- Widmer, W.; Beck, K.; Boos, L.; Steinmann, L.; Zehnder, R. (2007): Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität. Analyse und Reform der finanziellen Anreize im Gesundheitswesen. Zürich
- Wilking, N.; Jönsson, B. (2005): A Pan-European Comparison Regarding Patient Access to Cancer Drugs. Stockholm
- Zimmermann-Acklin, M. (2006a): Gesundheit – Gerechtigkeit – christliche Identität. Begründung und Gestalt der gesundheitlichen Versorgung aus der Perspektive einer theologischen Ethik. Jahrbuch der Christlichen Sozialwissenschaften 47, 103-128
- Zimmermann-Acklin, M. (2006b): Gesundheit, Gerechtigkeit, Glück. Ethische Bemerkungen zum Umgang mit den Errungenschaften der modernen Medizin. Bioethica Forum 51, 2-9