

# Die Rationierungsdiskussion in der Schweiz. Beobachtungen aus ethischer Perspektive

*Markus Zimmermann-Acklin*

## 1 Kontexte der Diskussion

Bis 2012 wird mit den sogenannten SwissDRG in allen Akutspitälern der Schweiz ein neues Vergütungssystem eingeführt, in welchem nicht mehr wie bislang nach Tages-, sondern neu nach Fallpauschalen abgerechnet wird.<sup>1</sup> Die im Vorfeld der Einführung geführten Debatten prägen und intensivieren gegenwärtig die Auseinandersetzungen um eine gerechte Mittelverteilung in der Gesundheitsversorgung der Schweiz. Deutlich wird, dass erstens in jedem Vergütungssystem, also auch dem heutigen, Gewinner- und Verliererbereiche bestehen, dass zweitens angesichts der seit den 1960er Jahren kontinuierlich stärker als das Bruttoinlandsprodukt steigenden Gesundheitskosten der Verteilungskampf heftiger wird und dass drittens aufgrund des Fortschritts und der zunehmenden Behandlungsmöglichkeiten die implizite bzw. unregelmäßige Rationierung am Krankenbett inzwischen zur alltäglichen Praxis geworden ist.

Eine ethische Analyse des DRG-Systems und erster Erfahrungen damit in Deutschland legt nahe, dass mit diesem System die Rationierung gefördert, d.h. der Zugang zur Gesundheitsversorgung auch im Bereich nützlicher Behandlungen restriktiver gehandhabt wird: «Bei der DRG-Vergütung handelt es sich um ein implizites Steuerungsinstrument, bei dem die Auswirkungen auf die Patientenversorgung ambivalent sind: Auf der einen Seite bietet sie einen Anreiz, auf unnötige Diagnostik und Therapie zu verzichten und damit die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung zu erhöhen. Auf der anderen Seite besteht die Gefahr, dass der Kostendruck neben den gewünschten Rationalisierungen auch zu Rationierungen führt, wenn Patienten Maßnahmen mit einem Nutzensgewinn vorenthalten werden. Empirische Studien belegen, dass es sich hierbei nicht nur um eine hypothetische Befürchtung, sondern um eine verbreitete, wenngleich für den einzelnen Arzt (noch) nicht häufige Realität handelt.»<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Vgl. [www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org) (Stand 23.4.2010).

<sup>2</sup> Marckmann/Strech, 2009, S. 22f.

Während in politischen, rechtlichen und ökonomischen Diskursen über die Schaffung von grösserer Transparenz, Qualitätssicherung, die Finanzierung von Forschung, Aus- und Weiterbildung, die Notwendigkeit einer Begleitforschung und damit gleichzeitig um viel Geld, Einfluss und Macht im Gesundheitssystem verhandelt wird, werden im Hintergrund der Debatten mehr oder weniger explizit Sinn- und Identitätsfragen thematisiert, welche das Selbstverständnis, die Ziele und Aufgaben des Gesundheitssystems und der medizinischen Versorgung betreffen. Inhaltlich geht es dabei um Themenkreise wie die folgenden:

- *Berufsbilder und -identitäten von Ärzten und Pflegenden*, insofern die Angehörigen dieser Berufsgruppen verstärkt auch Managementaufgaben zu übernehmen haben, ein Mangel an qualifiziertem Personal bereits heute besteht und mittelfristig massiv zu werden droht, der klassische Hausarzt verschwindet und gleichzeitig eine enorme Spezialisierung der ärztlichen und pflegerischen Berufe stattfindet.
- *Unterschiedliche Vorstellungen von Zielen und Aufgaben der Medizin*, insofern sich eine «Beziehungsmethodik», zentriert um eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung, gegen die Vorstellung effizienter medizinischer Versorgung von Kollektiven mit ihrer Konzentration auf die Optimierung von Abläufen zu behaupten versucht.
- *Die grundlegende Zielsetzung der Gesundheitsversorgung*, insofern anstelle der Krankheitsbekämpfung die Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne von Public Health treten soll und Machtkonflikte zwischen der «Monodisziplin» Medizin (inklusive der Pflegewissenschaften) und den multidisziplinären Gesundheitswissenschaften ausgetragen werden.
- *Fragen der Verteilungsgerechtigkeit* und der diesen zugrundeliegenden Gesellschafts- und Menschenbilder, wobei mit dem Hinweis auf nonegalitaristische Positionen und liberale Gesellschaftsmodelle die sozial finanzierte Gesundheitsversorgung für alle zusehends unter Rechtfertigungsdruck gerät.<sup>3</sup>

Offensichtlich werden hier Veränderungen thematisiert, welche die «Zukunft der Medizin»<sup>4</sup> bzw. des Gesundheitswesens insgesamt betreffen. Auch wenn es dabei inhaltlich um weit mehr als bloss um eine «Ökonomisierung der Medizin» geht, werden die Diskussionen in der Regel unter diesem Titel zusammengefasst. Die begriffliche Zuspitzung auf die *Ökonomie* dürfte vordergründig mit dem jährlich zunehmenden finanziellen Druck zusammenhängen, der auf allen Ebenen, am Krankenbett, im Spitalmanagement, bei den Krankenkassen, den Prämienzahlern und den für die Finanzierung zuständigen Kantonen, spürbar zunimmt. Doch offensichtlich geht es unter dem Titel der «Ökonomisierung der Medizin» darüber hinaus um eine Kritik an der Rolle der Ökonomie inklusive der dazugehörigen be-

triebswirtschaftlichen Managementtheorien als der neuen *Leitdisziplin* in der Gesundheitsversorgung.

Die ethischen Rationierungsdiskurse, welche den angemessenen bzw. gerechten Umgang mit knappen Ressourcen zum Inhalt haben, entstehen gleichsam an der Schnittstelle zwischen Ökonomie und Medizin. Sie sind zum einen selbst Ausdruck der zunehmenden Orientierung der Gesundheitsversorgung an den Wirtschaftswissenschaften, zum andern Ort teilweise heftiger Kritik an der zunehmenden Bedeutung derselben. Das dürfte ein Grund dafür sein, warum es in der Schweiz bislang nicht gelungen ist, den «Kampfbegriff Rationierung», das (auch im angelsächsischen Sprachraum) gefürchtete «R-Wort», so zu definieren, dass sich der Begriff als eine möglichst deskriptive Grundlage für ethische Auseinandersetzungen um eine gerechte Mittelverteilung im Gesundheitswesen eignet. Die Rede von der Rationierung weckt nicht nur ungute und im heutigen Kontext des materiellen Überflusses völlig unangebrachte Assoziationen an die Rationierung von Lebensmitteln in Kriegszeiten, sondern gilt in klinischen Kreisen auch als Symbol für die Infragestellung eigener Entscheidungskompetenzen durch die Ökonomie, gleichsam als «trojanisches Pferd der Manager und Ökonomen» inmitten der Kliniken.

## 2 Drei Diskussionsphasen

Die Rationierungsdiskurse in der Schweiz verliefen bislang in drei Phasen. In einer *ersten Phase* in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts wurde über Rationierung vor allem in Expertenkreisen diskutiert, wobei die Einführung des neuen Schweizer Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahr 1996 mit dem ersten Versicherungsobligatorium, der Einführung von Managed-Care-Systemen, Franchisen und Selbsthalten, Kopfprämien, Prämiensubventionen und der expliziten Absicht, auf diese Weise die Zunahme der Gesundheitskosten zu bremsen, massgeblich zur Forcierung der Debatten beigetragen hat.<sup>5</sup>

Eine *zweite Phase* lässt sich auf das erste Jahrzehnt des neuen Jahrtausends datieren. Enttäuschte Erwartungen an das neue KVG, die weiterhin im gleichen Masse wie zuvor steigenden Gesundheitskosten, die markante Zunahme der Kosten für stationäre Behandlungen, die Kopfprämien und Prämiensubventionen haben zu einer Ausweitung der Rationierungsdebatten geführt. Neu waren die Politik und unterschiedliche Interessengruppen wie Berufsverbände, Patientenvereinigungen und die Industrie an den Auseinandersetzungen beteiligt.<sup>6</sup> Inhaltlich wurde die Äusserung von gegenseitigen Vorwürfen und Empörung angesichts bestehender Ungleichbehandlungen bzw. Ängsten vor drohenden Ungerechtig-

<sup>3</sup> Vgl. Widmer et al., 2007; einen Überblick über die Positionen bietet Marckmann et al., 2003.

<sup>4</sup> Vgl. Stauffacher/Bircher, 2002; SAMW, 2004.

<sup>5</sup> Vgl. Hitzig/Gelser, 1997. Ein Mann der ersten Stunde war der Berner Ökonom Gerhard Kocher; vgl. Kocher, 1973, und für einen historischen Überblick Kocher, 2007.

<sup>6</sup> Vgl. Zimmermann-Acklin/Halter, 2007.

keiten zentral. Die meist medial inszenierten öffentlichen Debatten waren jedoch kaum von dem Willen zur interdisziplinären Verständigung oder zur sachlichen Analyse geprägt, sondern eher von der Vertretung partikularer Interessen. Ihr Grundmuster bestand darin, eine real existierende Knappheit der Mittel zu bestreiten, Vorschläge zur Begrenzung von Behandlungen («Rationierung») zu verwerfen und den zunehmenden Finanzdruck auf Überbehandlungen bzw. den Fehleinsatz vorhandener Ressourcen zurückzuführen. Angemessene Reaktionen wurden in der Regel unter dem liberalen Leitgedanken einer «Stärkung der Eigenverantwortung» in der Erhöhung der Franchisen und Selbstbehalte auf der Finanzierungsseite und der Effizienzsteigerung, also der Rationalisierung beim Einsatz der vorhandenen Mittel, auf der Leistungsseite gesehen. Auch die in dieser Phase erfolgte politische Durchsetzung des neuen Vergütungssystems nach Fallpauschalen ist Ausdruck solchen Effizienzdenkens, das häufig als probates Mittel zur Eindämmung der Gesundheitskosten vorgestellt wurde. Heute ist auch aufgrund der deutschen Erfahrungen klar<sup>7</sup>, dass die Kostenentwicklung mit Hilfe des neuen Vergütungssystems zwar abgebremst werden kann, allerdings nur unter Inkaufnahme einer intensiveren Praxis der unregulierten Rationierung am Krankenbett.

Die Einschätzung der Situation und die vorgeschlagenen Strategien verändern sich gegenwärtig, so dass vom Beginn einer *dritten Phase* die Rede sein kann. Nicht unabhängig von den Folgen der internationalen Finanzkrise wird die Frage der Mittelverteilung und die damit verbundene Rationierungsthematik ernsthafter, nüchterner und pragmatischer erkundet.<sup>8</sup> Angesichts der kontinuierlichen Zunahme der Behandlungskosten und der Einführung sehr teurer neuer Verfahren und Medikamente hat offenkundig der Druck auf die Behandlungsteams stark zugenommen, am Krankenbett implizit zu rationieren, und damit auch die Bereitschaft, nicht mehr ausschliesslich über Selbstbehalte, Effizienzsteigerung und Mittelserhöhungen, sondern auch über explizite Begrenzungen des Zugangs zu Behandlungen und die dabei zugrunde gelegten Kriterien zu diskutieren. Anzeichen für diesen Wechsel bieten beispielsweise die CVP-Resolution «Gesundheitsmarkt Schweiz: Qualität zu fairen Preisen» von 2010, in der die christliche Volkspartei Leistungsbegrenzungen in der letzten Lebensphase vorschlägt, oder auch die Warnung eines bekannten Schweizer Herzchirurgen, die neuen Fallpauschalen würden den Zugang zur Spitzenmedizin in der Schweiz erschweren.<sup>9</sup>

In seiner Rede zur Eröffnung des 112. Deutschen Ärztetages 2009 unterschied der Präsident der deutschen Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, für die deutsche Debatte ebenfalls drei Diskussionsphasen:<sup>10</sup> In einem ersten «Talkshowstadium» wäre das Problem lediglich erahnt und Symptome bloss zur Kennt-

<sup>7</sup> Vgl. Marckmann/Strech, 2009.

<sup>8</sup> Vgl. Ansätze bereits in SAMW, 2007.

<sup>9</sup> Vgl. CVP, 2010; Brotschi, 2010.

<sup>10</sup> Vgl. Hoppe, 2009, S. 170f.

nis genommen worden, ein zweites «Talkshowstadium» sei von ersten wissenschaftlichen Beiträgen, massgeblich aber von öffentlicher Empörung und politischen Reflexen geprägt gewesen. Erst gegenwärtig setze in Deutschland ein drittes Stadium mit einer mehr oder weniger offenen Diskussion über die Problembewältigung ein, die von wissenschaftlicher Arbeit, fundierter Analyse und konkreten Vorschlägen begleitet werde. Im Anschluss an diese Phase sieht Jörg-Dietrich Hoppe Möglichkeiten und Bereitschaft in der Politik, die angesichts des massiven Drucks auf die Behandlungsteams seines Erachtens dringend nötigen Therapieoptionen auch zu realisieren.

### 3 Zur Praxis der Mittelverteilung

Dass in der Schweiz heute eine Praxis der impliziten oder unregulierten Rationierung am Krankenbett besteht, gilt als empirisch belegt.<sup>11</sup> Verliererbereiche sind insbesondere die Psychiatrie, die Rehabilitation, die Versorgung chronisch Kranker, die Versorgung von Menschen mit Behinderungen und älterer Menschen ganz generell. Aufgezeigt wurde ebenfalls, wie weitgehend negativ sich Einsparungen im Bereich der Pflege auf die Befindlichkeit der Pflegenden, die Behandlungsqualität und das Ergehen der Patientinnen und Patienten auswirken.<sup>12</sup> Offensichtlich werden in der Gesundheitsversorgung Bevölkerungsgruppen benachteiligt, die auch in anderen gesellschaftlichen Sphären tendenziell marginalisiert sind. Obgleich das Idealbild der Gleichbehandlung aller für den Bereich der Gesundheitsversorgung gesellschaftlich aufrechterhalten und die Praxis einer Zweiklassenmedizin nach wie vor öffentlich angeprangert wird, wäre es überraschend, wenn soziale Segregationserscheinungen, die in gesellschaftlichen Sphären wie dem Wohnen, der Bildung, der Berufswelt, dem familiären und kulturellen Leben als selbstverständlich erlebt und grösstenteils akzeptiert werden, im Bereich der Gesundheitsversorgung keine Rolle spielen würden. Verstärkend kommt hinzu, dass eine Ausweitung der ausserhalb der sozial finanzierten Grundversorgung liegenden medizinischen Angebote festzustellen ist, angesichts deren sich wie beim Anti-Aging oder der plastischen Chirurgie grundlegende Sinn- und Grenzfragen stellen. Da in der Schweiz die «out of pocket» bezahlten Gesundheitsleistungen im internationalen Vergleich sehr hoch liegen<sup>13</sup>, ist zu erwarten, dass in diesem Bereich bereits heute eine starke soziale Segregation besteht. Auch wenn die zentrale ethische Frage gegenwärtig lautet, *wie eine sozial finanzierte, qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung für alle auf Dauer gesichert werden kann*, wird die Abgrenzung zur Enhancement-Medizin sowohl bei der Ausgestaltung des Grundleistungs-

<sup>11</sup> Vgl. Santos Eggimann, 2005.

<sup>12</sup> Vgl. RICH, 2005.

<sup>13</sup> Vgl. Kocher, 2010: Im Jahr 2007 wurden ca. 12 Milliarden Franken der gesamthaft gut 55 Milliarden Franken, die für die Gesundheitspflege in der Schweiz ausgegeben wurden, «out of pocket» bezahlt.

katalogs als auch bei der Abgrenzung des ärztlichen Selbstverständnisses eine Herausforderung bleiben.

Empirisch gezeigt werden konnte darüber hinaus, dass der Rationierungsdruck von Behandlungsteams am Krankenbett in den europäischen Ländern am stärksten empfunden wird, in welchen die meisten Mittel zur Verfügung stehen und die wenigsten Regulierungen vorgegeben sind: So wird der ökonomische Entscheidungsdruck von Behandlungsteams in der Schweiz offensichtlich stärker erlebt als in Grossbritannien.<sup>14</sup> Für die ethische Diskussion folgt aus dieser – aufgrund der strikten Zugangsbegrenzungen in England zunächst überraschenden – Einsicht die Bestätigung des bereits behaupteten Befundes, nämlich dass heute entgegen anderslautender Vermutungen in der Schweiz tatsächlich eine Rationierungspraxis besteht, dass dabei die Behandlungsteams involviert sind und dass diese Praxis hinsichtlich der zur Anwendung kommenden Kriterien, beispielsweise des Alters der Patienten, untersucht werden sollte, um zwischen gerechter und ungerechter Mittelbegrenzung unterscheiden zu können.<sup>15</sup>

Zuzutreffen scheint ausserdem, dass mit zunehmendem Alter die im Vergleich zu den Gesamtausgaben im Leben eines Menschen signifikant hohen Sterbekosten sinken.<sup>16</sup> Je älter wir sterben, desto kostengünstiger. Eine gesellschaftliche Herausforderung bleibt hingegen, dass mit der Hochaltrigkeit die Kosten für die Pflege ansteigen und dass auch der medizinische Fortschritt dazu beitragen könnte, dass die Gesundheitskosten mit der Alterung der Gesellschaft zunehmen, wobei diese Thesen in der Gesundheitsökonomie durchaus umstritten sind.<sup>17</sup>

Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht ist schliesslich hervorzuheben, dass der in den Rationierungsdebatten anvisierte Bereich der Gesundheitsversorgung die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger nur bedingt beeinflusst, nämlich nur zu ca. 10%; dagegen sind das familiäre, soziale und berufliche Umfeld bzw. der Lebensstil zu ca. 50%, die Umwelt und genetische Anlagen zu jeweils 20% ursächlich beteiligt.<sup>18</sup> Internationale epidemiologische Studien lassen zudem einen engen Zusammenhang zwischen sozialem Status, gesellschaftlicher Teilhabe und Gesundheit vermuten: Je egalitärer eine Gesellschaft im Hinblick auf Einkommensverteilung und politische Partizipation strukturiert ist, desto höher liegt offensichtlich die durchschnittliche Lebenserwartung ihrer Mitglieder, und dies relativ unabhängig von der absoluten Höhe des Lebensstandards.<sup>19</sup> Eine partizipativ strukturierte Gesellschaft, eine qualitativ hochstehende und sozial finanzierte Gesundheitsversorgung aller und eine hohe durchschnittliche Lebenserwartung stehen offenbar in einem engen Bedingungs Zusammenhang.<sup>20</sup>

<sup>14</sup> Vgl. Hurst et al., 2007a.

<sup>15</sup> Zur ethischen Diskussion der Altersrationierung vgl. Halter, 2007.

<sup>16</sup> Vgl. Felder, 2008.

<sup>17</sup> Vgl. Hessel, 2006; Steinmann/Telser, 2007.

<sup>18</sup> Vgl. Zeltner/Coullery, 2007, S. 28.

<sup>19</sup> Vgl. Anand et al., 2006.

<sup>20</sup> Vgl. Marmot, 2005.

## 4 Grundbegriffe der Rationierungsdiskussion

In den Rationierungsdebatten werden meist implizit, seltener explizit zwei unterschiedliche Formen von Knappheit thematisiert: Zum einen wird auf die *vorgegebene* oder existenzielle Knappheit angespielt, die es anzuerkennen gelte, und zum andern auf eine bewusst *hergestellte* Knappheit, die gerecht auszugestalten sei. Obgleich beide Phänomene eng miteinander zusammenhängen – so können beispielsweise der Mangel an Intensivbetten in einem Akutspital oder eine Notfallsituation, in der der nächste Arzt zu weit entfernt ist, um einen Patienten zu retten, sowohl Folge von vorgegebener als auch von bewusst herbeigeführter Knappheit sein –, erfordern sie aus ethischer Sicht grundlegend unterschiedliche Reaktionen: Während das Altern, Sterben und die grundsätzliche Endlichkeit des Lebens letztlich als «conditions humaines» anzuerkennen und in sinnvolle Lebensentwürfe zu integrieren sind, machen bewusst herbeigeführte Knappheitssituationen Überlegungen zur Verteilungsgerechtigkeit und politische, administrative und klinische Handlungsstrategien erforderlich. Aspekte des Gerechten bzw. der Verteilungsgerechtigkeit und des Guten bzw. gelungener Lebensentwürfe, die in einer liberalen und kulturell heterogenen Gesellschaft zunächst einmal getrennt zu behandeln sind, hängen bei entscheidenden Fragen wie der Bestimmung der Sinnlosigkeit von Behandlungen de facto eng miteinander zusammen. Medizinische Begriffe wie *Sinnlosigkeit* (engl. «futility») oder die Rede von *Indikationen* bzw. der *Indiziertheit* von Massnahmen, rechtliche Fachbegriffe aus dem KVG wie *Wirksamkeit* oder *Zweckmässigkeit* von Behandlungen, ökonomische Begriffe wie die *Wirtschaftlichkeit* oder *Kosteneffektivität* von Interventionen, schliesslich auch politisch eingesetzte Begriffe wie die in der erwähnten CVP-Resolution an entscheidender Stelle genannten Kriterien «*keine Aussicht auf menschenwürdiges Dasein*» oder «*keine Aussicht auf ein menschenwürdiges Leben*»<sup>21</sup> lassen sich nicht ausschliesslich über Aspekte des Gerechten und der Grundrechte abgrenzen, sondern sie enthalten auch wertende Vorstellungen vom Guten, von Lebensqualität und dem, was ein gelungenes oder glückliches Leben ausmacht.

Diese Ausgangslage bietet eine Erklärung für die Schwierigkeit, sich auf eine breite Rationierungsdefinition einigen zu können. Zwei Vorschläge eignen sich offensichtlich nicht, um die bestehenden Herausforderungen anzugehen: Erstens eine *moralische* oder *politische* Definition, bei welcher unter Rationierung das verstanden wird, was aus moralischen Gründen abzulehnen ist. Alle akzeptierten Formen von Leistungsbegrenzungen hingegen werden mit anderen Begriffen wie Rationalisierung, Stärkung der Eigenverantwortung, Beschränkungen auf ein sinnvolles Mass usw. umschrieben. Das Problematische an dieser Definition besteht darin, dass als bekannt vorausgesetzt wird, was die ethischen Diskussionen erst ergeben sollen, nämlich welche Formen von Leistungsbegrenzungen gerecht

<sup>21</sup> Vgl. CVP, 2010, S. 8.

und begründbar, welche hingegen ungerecht und zu verwerfen sind. Auch der zweite Vorschlag einer *deskriptiven* oder *ökonomischen* Definition ist unbefriedigend. Hier wird unter Rationierung die Zuteilung bzw. Allokation von Ressourcen in einem Bereich verstanden, in welchem kein Marktpreis existiert und in welchem daher grundsätzlich eine Tendenz zur Übernachfrage besteht. Das Rationieren wird in diesem Konzept mit der Allokation der Mittel im Bereich der sozial finanzierten Gesundheitsversorgung gleichgesetzt. Problematisch sind hier die einseitig ökonomische Ausrichtung der Definition und die Beschränkung auf bewusste Allokationsentscheidungen.

Eine praktikable Rationierungsdefinition, die auch in einer Stellungnahme der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) aufgenommen wurde, lautet im Anschluss an Peter Ubel und Susan Goold: «Unter Rationierung werden implizite oder explizite Mechanismen verstanden, die dazu führen, dass einer behandlungsbedürftigen Person nützliche Leistungen nicht zur Verfügung stehen.»<sup>22</sup> Diese Definition ist aufgrund der Rede von «Mechanismen» (anstelle von «Entscheidungen») und von «nicht zur Verfügung stehen» (anstelle von «vorenthalten») einerseits so weit gefasst, dass nicht nur bewusste Entscheidungen, sondern auch die vorgegebene Begrenztheit aller Ressourcen berücksichtigt werden, ist aber andererseits klar begrenzt auf das Nicht-zur-Verfügung-Stehen von *nützlichen* Leistungen. Nützliche Leistungen stehen schliesslich aus unterschiedlichsten Gründen häufig nicht zur Verfügung, und erst diese offene Definition macht es möglich, zwischen gerechter und ungerechter Rationierung zu unterscheiden, ohne die entscheidenden ethischen Fragen als bereits beantwortet vorauszusetzen. Es geht also nicht darum, *ob* Rationierung sein soll oder nicht, sondern *wie* angesichts bestehender Grenzen bzw. Knappheit der Zugang zu den Ressourcen gerecht ausgestaltet werden kann. Ein methodischer Unterschied in der Rationierungspraxis besteht darin, ob die Rationierung *explizit*, d.h. transparent und nach festgelegten Regeln, durchgeführt wird oder ob sie *implizit*, d.h. unregelmäßig am Krankenbett durch die verantwortlichen Behandlungsteams, praktiziert wird.

Der Versuch, eine in diesem Sinne weite Rationierungsdefinition in die Debatten einzuführen, ist in der Schweiz bislang misslungen. Angesichts der Hintergrundkonflikte um den Primat zwischen Medizin (den «Krankheitswissenschaften») und Gesundheitsökonomie bzw. den Gesundheitswissenschaften ist es naheliegend, alternative Begriffe zu suchen, um die Debatten um gerechte und ungerechte Leistungsbeschränkungen führen zu können.

In Deutschland hat sich in Anlehnung an skandinavische Länder und die 1996 in Schweden gegründete «International Society on Priorities in Health Care»<sup>23</sup> die Rede von der *Priorisierung* gesundheitlicher Leistungen etabliert, wobei unter

<sup>22</sup> Vgl. Ubel/Goold, 1998; SAMW, 2007, S. 9.

<sup>23</sup> Vgl. <http://org.uib.no/healthcarepriorities/> (Stand am 25.5.2010).

Priorisierung (und dem Pendant der Posteriorisierung) die Feststellung einer Vorrangigkeit (bzw. Nachrangigkeit) bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren verstanden wird.<sup>24</sup> Die Herstellung einer Rangreihe von Massnahmen aus einem bestimmten Behandlungsbereich (z.B. in der Versorgung von Herzkrankheiten) wird als vertikale, die Rangreihenherstellung zwischen unterschiedlichen Bereichen als horizontale Priorisierung bezeichnet.<sup>25</sup> Priorisierung oder das Erstellen von Ranglisten ist demnach nicht gleichzusetzen mit der Rationierung, sondern dient zunächst einmal dazu, Rangordnungen zu identifizieren und festzulegen. In diesem Sinne *kann* sie, *muss aber nicht* zur Rationierung führen, und zwar in Abhängigkeit dazu, wie viele Ressourcen zur Verfügung stehen. Entsprechend wird im bundesdeutschen Diskurs, der sich stark von der als negativ konnotierten Rede von Rationierung abhebt, hervorgehoben, wenn die Rationierung irgendwann tatsächlich einmal notwendig würde, dann beträfe dies zuerst den Bereich des wenig Wichtigen, den Bereich der Posterioritäten also.<sup>26</sup>

Gemäss Heiner Raspe und Thorsten Meyer unterscheiden sich die offene Priorisierung und die offene Rationierung in folgenden Punkten: Priorisierung informiere und orientiere, Rationierung dagegen vollziehe Versorgungsentscheidungen; Priorisierung folge einer klinischen Orientierung, konzentriere sich auf Krankheitszustände usw., während Rationierung in Public-Health-Perspektive die Gesundheit ganzer Bevölkerungen in den Blick nehme; Priorisierung ziele auf das Patientenwohl, Rationierung dagegen auf eine eng definierte Verteilungsgerechtigkeit; während die Priorisierung zunächst einmal nichts ausschliesse, schliesse die Rationierung definitiv Behandlungsmöglichkeiten aus; in der Priorisierung spielten schliesslich die klinischen Professionen eine dominante Rolle, während die Rationierung von der Gesundheitsökonomie angeleitet werde.<sup>27</sup> Diese Charakterisierung zeigt, warum der Priorisierungsbegriff vorzuziehen ist: Erstens aufgrund seiner pragmatischen Herangehensweise. Der Priorisierungsbegriff ist weniger negativ besetzt als der Rationierungsbegriff und möchte zunächst einmal Ordnung schaffen, bevor entschieden wird. Zweitens wird ein Vorteil im Primat der klinischen Perspektive gesehen, die sich gegenwärtig durch eine ökonomische Perspektive konkurrenziert sieht. Mit dieser sozialwissenschaftlichen Konkurrenz wird nicht zuletzt die ärztliche und pflegerische Definitions- und Entscheidungsmacht über die Indikation von Behandlungen und damit eine Kernkompetenz der Behandlungsteams in Frage gestellt.<sup>28</sup>

In der Schweiz konnte sich der Priorisierungsbegriff bislang nicht etablieren, was damit zu tun haben mag, dass erstens der finanzielle Druck noch geringer ist

<sup>24</sup> Vgl. dazu das seit 2007 bestehende Forschungsprojekt der DFG zum Thema «Priorisierung in der Medizin – DFG-Forschergruppe FOR655» mit einer Reihe einschlägiger Publikationen zum Thema (<http://www.priorisierung-in-der-medicin.de>, Stand 19.5.2010).

<sup>25</sup> Vgl. Fuchs et al., 2009, S. 555.

<sup>26</sup> Vgl. Raspe/Meyer, 2009, S. 1039; Buyx et al., 2009.

<sup>27</sup> Vgl. Raspe/Meyer, 2009, S. 1039.

<sup>28</sup> Eine integrative Vorgehensweise beider Seiten schlägt Beske, 2010, S. 227, vor.

als in Deutschland, zweitens die Rationierungsdiskurse im Sinne einer konstruktiven Auseinandersetzung noch nicht in den ärztlichen und pflegerischen Kreisen angekommen sind und drittens die Infragestellung der klinischen Perspektive durch die Gesundheitsökonomie bzw. die Gesundheitswissenschaften als weniger stark empfunden wird.<sup>29</sup>

## 5 Ethische Anhaltspunkte

In Schweden wurden nach Jahren öffentlicher Auseinandersetzungen um die ethischen Grundsätze, die bei der Priorisierung gesundheitlicher Leistungen zu berücksichtigen seien, fünf Prinzipien erarbeitet, welche gemäss Bericht des nationalen Priorisierungszentrums symbolische, motivierende und handlungsleitende Funktionen in der Gesellschaft übernehmen:<sup>30</sup> Das Prinzip der Menschenwürde, das grundlegend und den anderen vier Prinzipien übergeordnet ist, daneben das Bedarfs-, das Solidaritäts-, das Kosteneffektivitäts- und das Verantwortungsprinzip, die als Prima-facie-Prinzipien gehandhabt werden, d.h. in konkreten Entscheidungen in Widerspruch zueinander geraten können und dann gegeneinander abgewogen werden müssen.

Das *Menschenwürdeprinzip* meint in diesem Kontext die Gleichheit hinsichtlich der allen Menschen zukommenden Würde und beinhaltet ein für alle geltendes Recht auf Zugang zu Lebensbedingungen, die ein gutes Leben ermöglichen. Unter einem *guten Leben* wird – in Analogie zum Fähigkeiten- oder Capabilities-Ansatz<sup>31</sup> – ein möglichst langes Leben bei vernünftiger Lebensqualität und grösstmöglicher Integrität verstanden. Auch Gesundheit wird indirekt über die Befähigung zur Verwirklichung grundlegender Ziele definiert, als «[...] the ability, under standard circumstances, to achieve one's vital goals»<sup>32</sup>. Die Einhaltung des Menschenwürdeprinzips schliesst die Möglichkeit der Altersrationierung und ähnlicher sozialer Kriterien wegen des Gleichheitsgrundsatzes kategorisch aus. Das *Bedarfsprinzip* («need principle») sieht vor, dass Ressourcen gemäss bestehendem Bedarf verteilt werden, wobei nach Schweregrad priorisiert werden soll. Das *Solidaritätsprinzip* zielt auf die Herstellung der Chancengleichheit beim Zugang zur Gesundheitsversorgung und nach Möglichkeit auch auf den Ausgleich ungleicher Lebenschancen. Interessant ist der Hinweis auf die kulturell verankerte Werthaltung der Solidarität in Schweden: «The idea of solidarity

among people is anchored strongly in our culture and represented in most of the ethical principles that we discuss here. According to this idea, those with lesser needs give way to those with greater needs [...]»<sup>33</sup> Das *Kosteneffektivitätsprinzip* fordert, dass unter vergleichbaren Massnahmen die kosteneffektivere gewählt wird, wobei nur zwischen unterschiedlichen Massnahmen, jedoch nicht zwischen verschiedenen Patienten verglichen werden soll. Mit dem *Verantwortungsprinzip* wird schliesslich die Bereitschaft zur Übernahme der Verantwortung für die eigene Gesundheit eingefordert.

Dieses Ensemble von einem plus vier Prinzipien kann mit Hinweis auf Christian Lenks Überlegungen zur sinnvollen Ausgestaltung einer medizinischen Grundversorgung um das *Vulnerabilitätsprinzip* ergänzt werden<sup>34</sup>, obgleich der Schutz besonders verletzbaren menschlichen Lebens (z.B. von Kindern, Menschen in hohem Alter oder Menschen mit Behinderungen) bereits im Menschenwürdeprinzip enthalten ist. Seines Erachtens kann eine privilegierte Behandlung vulnerabler Menschen mit dem Reziprozitätsargument begründet werden. Denn jeder müsse Interesse daran haben, diesen Menschen eine adäquate Behandlung zukommen zu lassen, weil jeder in eine ähnliche Lage kommen werde (Alter) bzw. kommen könne (Behinderung); dazu benötige man keinen Rückgriff auf spezifisch religiöse Argumente wie die sogenannte «Option für die Armen». Interessant ist Lenks Hinweis auf eine besondere Werthaltung in Deutschland, die ein Grundanliegen der christlichen Sozialethik widerspiegelt, nämlich die besondere Aufmerksamkeit für das gefährdete menschliche Leben: «Eine wichtige Rolle in der öffentlichen Diskussion spielen immer wieder vulnerable Personen, die offenbar in der deutschen Tradition für besonders schutzwürdig gehalten werden.»<sup>35</sup> Angesichts der bestehenden Praxis der impliziten Rationierung ist die Betonung eines Vulnerabilitätsprinzips sinnvoll, um der Gefahr zu begegnen, dass denjenigen Menschen Behandlungen vorenthalten werden, die sich am wenigsten zu wehren wissen.

Ein Vorschlag zur gerechten, d.h. die erwähnten Prinzipien berücksichtigenden Rationierung in der Schweiz könnte darin bestehen, die im Krankenversicherungsgesetz vorgeschriebenen Kriterien zur Sicherung einer qualitativ guten Gesundheitsversorgung, die sogenannten WZW-Kriterien, enger als bisher auszulegen. Im zweiten Abschnitt «Voraussetzungen und Umfang der Kostenübernahme» des Schweizer Krankenversicherungsgesetzes heisst es heute im Art. 32, Abs. 1 und 2: «Die Leistungen (...) müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein. Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft.»

Die Grundidee dieses Rationierungsvorschlags besteht darin, den Zugang zu denjenigen Massnahmen nicht mehr sozial zu finanzieren (d.h. «weich» zu ratio-

<sup>29</sup> Letzteres mag damit zusammenhängen, dass die beiden Zentren für Gesundheitswissenschaften in der Schweiz an den Universitäten Lausanne und Zürich von Ärzten geführt werden, nämlich Fred Paccaud in Lausanne und Felix Gutzwiller in Zürich, die auch das einschlägige Schweizer Public-Health-Handbuch gemeinsam herausgegeben haben, das den vermittelnden Titel trägt: «Sozial- und Präventivmedizin – Public Health» (vgl. Gutzwiller/Paccaud, 2007).

<sup>30</sup> Vgl. National Centre, 2008, S. 99; Raspe/Meyer, 2009.

<sup>31</sup> Vgl. Dabrock/Ried, 2009.

<sup>32</sup> National Centre, 2008, S. 129.

<sup>33</sup> Ebd., S. 137.

<sup>34</sup> Vgl. Lenk, 2005.

<sup>35</sup> Ebd., S. 258.

nieren<sup>36</sup>), welche nur *wenig* wirksam, *wenig* zweckmässig bzw. sinnvoll und *nur bedingt* wirtschaftlich bzw. kosteneffektiv sind, allerdings in dem klaren Wissen, dass es sich dabei um Rationierungsentscheide handelt, also um Verzichtleistungen bei Behandlungen oder Massnahmen, die wirksam, sinnvoll und wirtschaftlich wären, wenn auch nur in einem äusserst eingeschränkten Sinn. Positive Ziele einer gegenüber heute restriktiveren Auslegung der gesetzlich geforderten Kriterien bestünden darin, den Anstieg der Gesundheitskosten und damit auch der Prämien zu bremsen, gleichzeitig eine nach wie vor qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung für alle zu gewährleisten, die Auslegung der WZW-Kriterien möglichst transparent zu gestalten und nicht zuletzt die nötigen Opfer möglichst gering zu halten und möglichst gleichmässig zu verteilen. Negativ formuliert ginge es darum, den Druck auf die Behandlungsteams abzuschwächen, am Krankenbett implizit zu rationieren, und diskriminierende Praktiken zu verhindern, die darin bestehen, dass diejenigen am meisten erhalten, die sich individuell oder auch als gesellschaftlich organisierte Interessengruppen am besten durchzusetzen wissen.

Ähnlich schlagen Alena Buyx, Daniel Friedrich und Bettina Schöne-Seifert vor, mit Rationierungsentscheidungen bei medizinisch marginal wirksamen Mitteln anzusetzen, lehnen allerdings Einschränkungen aufgrund der Zweckmässigkeit oder Kosteneffektivität von Massnahmen als zu problematisch ab.<sup>37</sup> Hinsichtlich der Zweckmässigkeit oder dem Sinn von Interventionen betonen sie zu Recht das Problem, dass hier individuelle Wertvorstellungen mit abzuwägen bleiben, ein Problem, dass allerdings bereits in der Umsetzung des gegenwärtigen Rechts als solchen besteht. Gegenüber der mit einigen Problemen behafteten Berücksichtigung der Kosteneffektivität von Behandlungen unterstreichen sie als grossen Vorteil ihres Vorschlags, dass die Anwendung des Kriteriums der marginalen Wirksamkeit von Massnahmen vollkommen kostenblind durchgeführt werden könne und daher ohne Rücksicht auf überindividuelle Vergleichsgruppen auskomme. Eine Schwierigkeit in ihrem Vorschlag bleibt hingegen, *Schwellenwerte* für einen marginalen Nutzen im Hinblick auf eine potentielle Verlängerung des Lebens und die Verbesserung der Lebensqualität *überindividuell* festzulegen.

## 6 Fazit und Ausblick

Die Rationierungsdebatten sind Teil eines umfassenderen Diskurses, in welchem die Umorientierung der gesamten Gesundheitsversorgung thematisiert wird und der vom Konflikt zwischen der Medizin und den Gesundheitswissenschaften geprägt ist. Aufgrund des zunehmenden finanziellen Drucks und der Betonung der Effizienzsteigerung im System der Gesundheitsversorgung tritt der Rationie-

<sup>36</sup> «Harte Rationierung» meint dagegen, dass bestimmte Massnahmen überhaupt nicht mehr zugänglich sind, auch nicht durch eigene Finanzierung oder die Finanzierung über eine private Zusatzversicherung.

<sup>37</sup> Vgl. Buyx et al., 2009.

rungsdiskurs gegenwärtig in eine neue Phase, welche nicht mehr durch die Verteidigung partikularer Interessen und die Abwehr interdisziplinärer Zusammenarbeit geprägt scheint, sondern von fundierten Analysen und der Erkundung konkreter Vorschläge zur expliziten Rationierung geprägt sein dürfte. Dabei wächst auf allen Ebenen, sowohl am Krankenbett, in der betriebswirtschaftlichen Organisation der Institutionen als auch in der Politik, der Entscheidungsdruck, der noch verstärkt wird vom sozialen Auseinanderdriften unterschiedlicher Milieus, dem medizinischen Fortschritt, der Einführung sehr teurer neuer Behandlungsmethoden, nicht zuletzt durch die Enhancement-Medizin (Anti-Aging, kosmetische Chirurgie, Neuro-Enhancement usw.). Nach den Erfahrungen in anderen Ländern ist auch für die Schweiz zu erwarten, dass der öffentliche und wissenschaftliche Diskurs über die gerechte Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgung in den nächsten Jahren zunächst über den Priorisierungsbegriff verlaufen wird. Nur auf diesem Weg der Verständigung über Prioritäten und Posterioritäten in der Gesundheitsversorgung dürfte es gelingen, die unterschiedlichen disziplinären Zugänge zum Thema zusammenzuführen und konkrete Vorschläge für eine explizite Rationierung zu evaluieren.

Aus ethischer Sicht ist dabei entscheidend, die unregelmässige, implizite und dadurch intransparente Rationierungspraxis durch Einführung expliziter Kriterien transparenter, konsistenter und damit gerechter zu gestalten. Ethisch relevante Grundprinzipien sind dabei die Achtung der Menschenwürde inklusive der Ermöglichung eines guten Lebens, darüber hinaus die Berücksichtigung des Bedarfs-, Solidaritäts-, Kosteneffektivitäts-, Verantwortungs- und Vulnerabilitätsprinzips. Auf dieser Basis dürften Rationierungskriterien wie Alter, Zahlungsfähigkeit oder individuelles Krankheitsrisiko grundsätzlich ausscheiden. Vertretbare Ansätze sollten dagegen bei den Posterioritäten ansetzen, bei Massnahmen, die nur bedingt wirksam, zweckmässig oder wirtschaftlich sind, welche nicht mit der Benachteiligung einzelner Patienten oder Patientengruppen verbunden sind, sondern von allen gleichermaßen einen gewissen Verzicht verlangen.

Zu erwarten bleibt, dass die Einführung des neuen Vergütungssystems nach Fallpauschalen in der Schweiz die Praxis der impliziten Rationierung verstärken und dadurch den Handlungsdruck erhöhen wird, auf allen Ebenen – am Krankenbett, im Management und in der Politik – Massnahmen zur expliziten Rationierung zu konkretisieren und Umsetzungsstrategien zu entwerfen.