



Markus  
Zimmermann-Acklin



# Wie lässt sich der Zugang zu medizinischen Ressourcen gerecht regeln?

## Kriterien der Priorisierung und Rationierung

Angesichts der aufgrund des medizinischen Fortschritts und des wachsenden Wohlstands zunehmenden Gesundheitskosten wird es zur Aufgabe, über die Gestaltung und Anerkennung von Grenzen nachzudenken. Soll eine qualitativ hoch stehende Gesundheitsversorgung für alle erhalten bleiben, besteht die ethisch relevante Frage heute nicht mehr darin, ob priorisiert und rationiert werden, sondern wie, nach welchen Methoden und Kriterien dies geschehen soll. Priorisierungen, das Anordnen medizinischer Leistungen nach sinkender Wichtigkeit, dienen letztlich der Vorbereitung von Rationierungsentscheidungen.

Unter Rationierung sind implizite oder explizite Mechanismen zu verstehen, die dazu führen, dass einer behandlungsbedürftigen Person nützliche Leistungen nicht zur Verfügung stehen. Ethisch relevante Entscheidungskriterien sind neben tugendethischen, prozeduralen und normativen auch evaluative. Neben dem fundamentalen Menschenwürdeprinzip sollten dabei das Bedarfs-, das Solidaritäts-, das Kosteneffektivitäts- und das Verantwortungsprinzip als zentrale normative Kriterien berücksichtigt werden, nicht zuletzt aber auch das Vulnerabilitätsprinzip, welches den Schutz besonders verletzlicher Menschen vorsieht.

Vorschläge zur Priorisierung und Rationierung gesundheitlicher Leistungen stellen in erster Linie eine Reaktion auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen dar. Ähnlich wie in anderen Hochlohnländern der Welt nehmen diese Kosten in der Schweiz seit Jahren kontinuierlich um etwa 4% jährlich zu. Da die Gesamtwirtschaft nicht im selben Maß wächst, steigt der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandsprodukt seit den sechziger Jahren des letzten Jahrhunderts zwar lang-

sam, aber stetig an. In der Schweiz liegt er gegenwärtig bei etwa 12%, in den USA bei knapp 16%. Eine grundsätzliche Änderung dieses Trends zeichnet sich nicht ab, die Auswirkungen der gegenwärtigen Finanzkrise dürften die Zunahme in den kommenden Jahren eher beschleunigen. Vergleichbare Tendenzen bestehen in allen Hochlohnländern der Welt, und zwar unabhängig davon, ob ein nationalstaatliches Gesundheitssystem eher staatlich oder marktwirtschaftlich strukturiert ist.

von den Auswirkungen der demografischen Entwicklung und zweitens auch von Systementscheidungen zwischen Markt und Plan – weiter verschärfen. Walter Krämer schreibt in diesem Zusammenhang darum zu Recht von einer Fortschrittsfalle (vgl. Krämer 2007). Es scheint wie ein Naturgesetz zu sein: Je größer der gesellschaftliche Wohlstand, desto mehr Aufmerksamkeit, Zeit und Energie gewidmet.

Dies erklärt auch, warum die gesundheitsethischen Priorisierungs- und Rationierungsdebatten seit Jahren zweigleisig verlaufen: Zum einen geht es um das sozialpolitische Ringen um eine *gerechte Verteilung* bzw. Zuteilung der zur Verfügung stehenden Mittel, zum andern stets auch um die existenziellen Fragen nach einem menschlich angemessenen Umgang mit vorgegebenen Grenzen und um deren *Anerkennung*. Folgerichtig stellen sich einerseits *normative* Fragen nach dem Richtigen, der gerechten Regelung des

### *Problemlage und Hintergrund der Debatte*

Hauptverantwortlich für die Kostenentwicklung sind zwei grundsätzlich zu begrüßende Erscheinungen: zum einen der enorme medizinische Fortschritt und zum andern der zunehmende Wohlstand. Vor fünfzig Jahren beispielsweise war die Knappheit in den Bereichen Neonatologie und Nephrologie um ein Vielfaches größer als heute,

aufgrund fehlender Interventionsmöglichkeiten jedoch sozialetisch kaum ein Thema. Da aber gewöhnlich weder der medizinische Fortschritt noch der wachsende Wohlstand als solche in Frage gestellt werden, dürften sich bei deren erwünschten Weiterentwicklung die Knappheit und das Kostenproblem zukünftig – unabhängig erstens