

# Wie können faire Allokationsentscheidungen auf der Makroebene getroffen werden?

## Problemstellung, Prinzipien und Handlungsmöglichkeiten\*

Markus Zimmermann-Acklin<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Departement für Moralthologie und Ethik, Theologische Fakultät der Universität Fribourg, Fribourg

### Zusammenfassung English and French abstracts see p. 86

Bei Allokationsentscheidungen auf der Makroebene geht es um die Herstellung möglichst fairer Rahmenbedingungen angesichts von Ressourcenknappheit. Diese sollten zum Ziel haben, trotz zunehmender Verteilungskonflikte eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung für alle und auf Dauer zu sichern. In einem ersten von vier Schritten wird die Ausgangslage und die ethische Problemstellung thematisiert: Mit den Bemühungen um eine angemessene Allokation der vorhandenen Mittel stellen sich angesichts der zunehmenden Gesundheitskosten sowohl Gerechtigkeitsfragen als auch Fragen nach dem guten Leben. Im zweiten Schritt werden einerseits Handlungsmöglichkeiten erläutert, wobei die Finanzierung von Leistungen und die Regelung des Zugangs zu denselben im Mittelpunkt stehen, und andererseits Allokationskriterien dargelegt, namentlich Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Massnahmen. Auf der Grundlage schwedischer Erfahrungen wird im dritten Teil mit dem Menschenwürde-, dem Bedarfs-, Solidaritäts-, Kosteneffektivitäts- und Verantwortungsprinzip auf wichtige sozialethische Prinzipien eingegangen, die eine ethische Prüfung von staatlichen Allokationsentscheidungen ermöglichen. Viertens wird eine engere Auslegung bereits etablierter Kriterien zur Mittelbegrenzung angeregt. Angesichts der vor auszusehenden Verschärfung des staatlichen Wettbewerbs wird im Fazit die Bedeutung öffentlicher Legitimierung von Allokationskriterien hervorgehoben und an die weltweite Perspektive erinnert.

**Schlüsselwörter:** Knappheit, Gesundheitspolitik, Prioritätensetzung, Rationierung, Verteilungsgerechtigkeit.

Ausgangspunkt der folgenden Überlegungen ist die Anerkennung von Knappheit, sei dies in Form existenziell vorgegebener Knappheit wie der Verletzlichkeit und Endlichkeit menschlichen Lebens oder im Sinne der politisch hergestellten Knappheit, die darauf beruht, dass alle Ressourcen endlich sind und nicht gleichzeitig für unterschiedliche Aufgaben eingesetzt werden können. «Scarcity is the mother of allocation.» [1] Insofern die erstgenannte Form von Knappheit anzuerkennen und die zweitgenannte gerecht zu gestalten ist, ist der Umgang mit knappen Ressourcen auch Thema der Sozialethik [2].

Peter Neher, Präsident des Deutschen Caritasverbandes, betonte letztes Jahr bei einer Ansprache in Berlin, die Unternehmen des Deutschen Caritasverbandes, zu denen viele Einrichtungen der Gesundheitsversorgung gehören, seien wie alle anderen auf «faire Rahmenbedingungen auf dem Markt sozialer Dienstleistungen» angewiesen [3]. Um diese Rahmenbedingungen geht es bei Allokationsentscheidungen auf der Makroebene, und damit um Entscheidungen, die nicht im Handlungsbereich von Institutionen wie Spitälern, Heimen oder Sozialunternehmen selbst, sondern in dem der Politik liegen.

### Ausgangslage und Problemstellung

Die Bemerkung von Peter Neher lautet in ihrem Kontext: «Die Unternehmen der Caritas sind wie alle anderen auf faire Rahmenbedingungen auf dem Markt sozialer Dienstleistungen angewiesen. Sorge bereitet mir das Ausbluten der öffentlichen Haushalte. Durch die Wirtschaftskrise und die hohe Verschuldung sind die öffentlichen Haushalte für viele Jahre stark belastet. Und am Sozialen, der ein grosser Ausgabefaktor ist, wird schnell und häufig gespart, ohne die Folgen abzuschätzen. Natürlich ist Sparsamkeit notwendig. Wenn aber beispielsweise in einer Kommune Jugendzentren geschlossen und die Schuldnerberatung zurückgenommen wird, mag dies kurzfristig die Kassen entlasten, langfristig bringt dies jedoch weitreichende Folgen mit sich.» [3] Damit erinnert er gleichzeitig an das Sparsamkeitsprinzip, das angesichts der Endlichkeit aller Ressourcen einen verantwortlichen und effizienten Umgang mit denselben einfordert, also Verschwendung und falschen Einsatz von Ressourcen verbietet, und an das Nachhaltigkeitsprinzip, das gebietet, über die kurzfristigen Folgen hinaus auch mittel- und langfristige Auswirkungen von Allokationsentscheidungen zu berücksichtigen. Angesichts der angesprochenen

\* Der Beitrag geht auf einen Vortrag zurück, der am 12.11.2010 am Symposium «Wie sollen, wollen und können Sozialunternehmen ethisch verantwortlich mit begrenzten Ressourcen umgehen?» im Schloss Liebenau (Deutschland) gehalten wurde. Wertvolle Hinweise verdanke ich den anonym erstellten Peer-Reviews.

wirtschaftlichen Herausforderungen, insbesondere der langfristigen Folgen einer zu hohen Staatsverschuldung, sehen sich heute auch viele Hochlohnländer der Welt vor schwierige Allokationsentscheidungen gestellt. Aufgrund der Höhe der Ausgaben für die Gesundheitsversorgung spielt dabei der Bereich Gesundheit stets eine grosse Rolle, wie gegenwärtig die heftigen finanzpolitischen Auseinandersetzungen sowohl in den USA als auch in Griechenland, Italien oder Grossbritannien zeigen. Im Vereinigten Königreich beispielsweise haben im letzten Jahr ein Drittel der Primary Care Trusts die Liste der Gesundheitsleistungen eingeschränkt, darunter Hüft- und Kniegelenkersatzoperationen, die ausschliesslich bei starken Schmerzen finanziert werden, oder Kataraktoperationen, die nur dann bezahlt werden, wenn die Sehprobleme zur substantiellen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen [4].

Politische Verteilungsentscheidungen stehen zum einen im Kontext grundlegender Fragen nach einer klugen Aufteilung des Staatsbudgets auf unterschiedliche staatliche Aufgabenbereiche wie Bildung, Wirtschaft und Soziales. Aus Public-Health-Sicht besteht hinsichtlich der Gesundheitsversorgung eine Besonderheit darin, dass Ziele wie die Förderung der Gesundheit und Lebenserwartung der Bevölkerung nur zu einem Teil über Massnahmen im Bereich der Gesundheitsversorgung erreicht werden; Massnahmen in den Bereichen Bildung und Arbeit sowie zur Förderung von gesellschaftlicher Gleichheit und Partizipation sind ebenfalls wesentlich zur Erreichung derselben Ziele [5, 6].

Zum andern stehen politische Verteilungsentscheidungen im Zusammenhang mit Allokationsentscheidungen auf der Meso- und Mikroebene, also in Institutionen, Verbänden und am Krankenbett. Auffällig ist, dass in den Leitbildern u.a. kirchlicher Sozialunternehmen die Makroebene meist unbeachtet bleibt, während Entscheide sowohl auf der Mesoebene (wie Personalführung, Betriebsführung usw.) als auch der Mikroebene (wie Umgang mit Klienten oder Patientinnen) im Zentrum stehen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass Entscheidungen auf der Makroebene eng mit Entscheidungen auf den anderen Ebenen zusammenhängen, weshalb die oft geforderte Delegation von Verantwortung an die jeweils anderen Ebenen nicht einleuchtet. Wird auf der Makroebene entschieden, gewisse Massnahmen nicht mehr zu finanzieren, muss ein Behandlungsteam dies am Kranken- oder Pflegebett erklären und auch ethisch vertreten können. Und umgekehrt: Wird das Budget eines Kantonsspitals am Jahresende überzogen, ist die Kantonsregierung im Januar gezwungen, einen Nachtragskredit zu sprechen und darüber zu entscheiden, welche anderen Budgetposten zugunsten dieses Kredits gestrichen werden, hat also das Problem der Opportunitätskosten zu lösen.

Die politische Kunst besteht darin, die vorhandenen Mittel angemessen auf einzelne Bereiche zu allozieren. «Angemessen» meint einerseits gerecht oder fair, zum Beispiel im Sinne der Gleichbehandlung aller, wobei

in der Gesellschaft und auch der Gesundheitsethik unterschiedliche Vorstellungen darüber bestehen, was Gleichheit oder Egalität genau meint und wie diese beispielsweise im Verhältnis zur Nutzenmaximierung, also einem utilitaristischen Prinzip, zu gewichten sei. Andererseits beinhaltet die Rede von der Angemessenheit aber auch Vorstellungen vom Guten, d.h. von einer guten Gesellschaft, die gelingendes Leben und das Glück der Menschen befördert oder ermöglicht. Auch hier bestehen verschiedene Vorstellungen darüber, worin dieses gelungene Leben genau besteht. Massgebliches Kennzeichen einer guten Gesellschaft ist beispielsweise, dass sie sich um ihre alten und gebrechlichen Mitglieder besonders kümmert. Das Vulnerabilitätsprinzip, das auf diesen Punkt aufmerksam macht, wird jedoch unterschiedlich beurteilt [7], wie beispielsweise die Debatten um die Altersrationierung zeigen [8, 9, 10]. Eine Gesellschaft muss sich auf jeden Fall darüber verständigen, was sie unter einer guten Gesellschaft verstehen will, auch wenn sich diese Vorstellungen nicht wie Grund- oder Menschenrechte einfordern lassen, sondern auf Überzeugungen beruhen und über gemeinsam vertretene Werthaltungen realisiert werden. Die schwedische Bevölkerung beispielsweise hat sich in einem ausführlichen öffentlichen Prozess zur Prioritätensetzung im Gesundheitswesen darauf verständigt, das Prinzip der Menschenwürde als oberstes Kriterium zu etablieren und so zu definieren, dass auch die Idee der Ermöglichung eines guten Lebens in dessen Anerkennung enthalten ist: «The human dignity principle implies that everyone has an equal right to the necessities for living a good life.» ([11], S. 119; vgl. auch [12])

## Handlungsszenarien und Allokationskriterien

Auf der obersten Allokationsebene ist zunächst eine prinzipielle Entscheidung zwischen einem marktförmigen und einem staatlich regulierten System zu treffen. Es geht um die Frage, ob die Gesundheitsgüter auf einem freien Markt oder im Rahmen eines zentral organisierten öffentlichen Gesundheitswesens verteilt werden sollten [13, 14]. Die meisten europäischen Länder haben sich aus guten Gründen zugunsten eines mehr oder weniger staatlich regulierten Systems entschieden, so dass politische Allokationsentscheidungen unumgänglich werden. Der Markt alleine kann die Verteilung der Gesundheitsressourcen nicht in einem angemessenen und fairen Sinn regeln.

Auf dieser Basis bestehen grundsätzlich zwei politische Handlungsmöglichkeiten: die Anpassung der Finanzierung von Leistungen und die Regelung des Zugangs zu Leistungen. Auf der Finanzierungsseite wird darüber entschieden, wer was zu bezahlen hat, auf der Leistungsseite, wer zu was Zugang erhalten soll. Grundsätzlich wird in der Politik lieber über die Finanzierungsseite geredet, denn wer sich offen über Leis-

tungsbeschränkungen (Rationierung) äussert, verringert seine Chancen auf eine Wiederwahl. Beispiele für Entscheidungen auf der Finanzierungsseite sind die Einführung lohnunabhängiger Kopfprämien, die Erhöhung der Selbstbehalte, der Franchisen und der Out-of-Pocket-Zahlungen [15], also Massnahmen, die in Deutschland umstritten diskutiert werden, in der Schweiz hingegen bereits seit einigen Jahren weitgehend umgesetzt sind. Unabhängig von der Finanzierungsstruktur zeigt sich aber in beiden Ländern, dass die Möglichkeiten auf der Finanzierungsseite weitgehend ausgereizt sind: In Deutschland belasten die Krankenkassenbeiträge aufgrund der Arbeitgeberanteile im zunehmenden Mass den Faktor Arbeit, in der Schweiz erhalten über 40 Prozent der Haushalte Prämientlastungen aus allgemeinen Steuermitteln, weil sie nicht mehr in der Lage sind, diese zu bezahlen. Der ehemalige Präsident der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, hat darum genauso wie die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften gefordert, über Einschränkungen auf der Leistungsseite offen zu diskutieren [16, 17].

Die beiden Hauptgründe, die die Knappheit und damit den Spardruck seit einigen Jahrzehnten verstärken, sind der medizinische Fortschritt und der diesen ermöglichende Wohlstand. Zunehmende Anspruchshaltungen, die häufig genannt werden, sind als Sekundäreffekte des Wohlstandswachstums zu verstehen; die demographische Entwicklung schliesslich wird sich erst in einigen Jahren und aller Voraussicht nach insbesondere in Form von Personalmangel auswirken. Beide kostentreibenden Ursachen sind also erwünschte Erscheinungen. Entwickeln sich medizinischer Fortschritt und gesellschaftlicher Wohlstand weiterhin wie in den vergangenen fünfzig Jahren, werden auch Knappheit und Rationierungsdruck ansteigen. Vorschläge, das Problem über Public-Health-Massnahmen wie Gesundheitsförderung und Prävention zu entschärfen, können ihr Ziel nicht erreichen, da sie keinen Einfluss auf die beiden Kausalursachen ausüben. Das heisst nicht, dass sie nicht trotzdem angemessen und dringlich sein können; das Phänomen der Kostenentwicklung allerdings werden sie nicht positiv beeinflussen, aufgrund der zunehmenden gesellschaftlichen Bedeutung von Gesundheit und körperlichen Steigerungsmöglichkeiten höchstens noch intensivieren.

Entscheidungen zur Leistungsbeschränkung auf der Makroebene bestehen nicht nur darin, bestimmte Massnahmen nicht oder nicht mehr zu finanzieren – z.B. den Out-of-Label-Gebrauch eines onkologischen Medikaments oder, wie jüngst im sogenannten Morbus-Pompe-Urteil des Schweizerischen Bundesgerichts, die solidarische Finanzierung eines teuren Medikaments aufgrund zu geringen Nutzens zu unterbinden [18] –, sondern sie bestehen massgeblich auch darin, gewisse Massnahmen zu unterlassen. Werden beispielsweise Intensivbetten in einer Region nicht

ausgebaut, keine Spezialklinik für Brandopfer eingerichtet, keine Rettungshelikopter angeschafft oder die Infrastruktur in Spitälern nicht modernisiert, dann haben auch diese Entscheidungen unter Umständen einen massiven Einfluss auf Morbidität und Mortalität der Menschen in einer Region. Obgleich der Einfluss solcher Verzichtentscheidungen oder Versäumnisse hoch zu veranschlagen ist, eignen sich diese – im Unterschied etwa zu einer Entscheidung über den Verzicht auf den Einsatz neu entwickelter Herzklappen – nicht für Skandalmeldungen in der Tagespresse und werden entsprechend öffentlich weniger wahrgenommen [19]. Ein Beispiel dafür, wie Architektur, Informatik und Prozessorientierung Einfluss auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten ausüben und Ansatzpunkte zur Bewältigung des anstehenden Personalmangels bei Ärzten und Pflegedienstleistenden bieten können, ist das niederländische Spital in Sittard: Alle Behandlungszimmer sind gleich eingerichtet, um einen optimalen Ablauf zu garantieren, wesentliche Handgriffe kann jeder Patient mit einem Computerpanel vom Bett aus selbst erledigen, jedes Zimmer bietet Schlaf- und Kochgelegenheiten für Angehörige, zentrale Dienste sind automatisiert usw. [20]. Dieses Beispiel zeigt, dass auf den anstehenden Personalmangel nicht nur mit der Ausbildung neuen Personals reagiert werden kann, sondern auch mittels struktureller Massnahmen.

Drei Kriterien, die im Schweizer Krankenversicherungsgesetz (KVG) genannt werden, um Allokationsentscheidungen zu treffen, sind die medizinische Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit von Massnahmen. Sie müssen kumulativ erfüllt sein, damit eine Massnahme sozial finanziert wird, und zwar im hierarchischen Sinne [21]: Zuerst muss die Wirksamkeit bzw. Evidenzbasiertheit feststehen; ist diese gegeben, muss die Zweckmässigkeit oder Angemessenheit nachgewiesen sein (es reicht beispielsweise nicht aus, dass eine Dialyse tatsächlich die Arbeit der Nieren ersetzt, ihr Einsatz muss angesichts des Zustands eines Patienten auch sinnvoll sein); ist diese gegeben, muss schliesslich auch die Wirtschaftlichkeit nachgewiesen werden. Letztere meint zunächst, dass bei Vorliegen zweier gleicheffektiver Varianten die billigere gewählt werden muss; darüber hinaus wird aber zusehends, wie auch im erwähnten Morbus-Pompe-Urteil [18], gefordert, dass die gewählte Variante an sich kosteneffektiv sein soll, also der zu erwartende Nutzen einer Behandlung in einem vertretbaren Verhältnis zu deren Kosten steht.

Soziale Allokationskriterien wie das Alter der Patienten oder andere soziale Merkmale wie gesellschaftliche Bedeutung oder familiäre Verpflichtungen sind dagegen zu Recht umstritten. Alle genannten Kriterien beinhalten auch moralisch relevante Aspekte, auf die im Folgenden eingegangen wird.

## Sozialethische Prinzipien

Nach Jahren öffentlicher Auseinandersetzungen um ethische Grundsätze, die bei der Priorisierung gesundheitlicher Leistungen zu berücksichtigen seien, wurden in Schweden fünf Ethikprinzipien festgehalten, denen zum einen symbolische und motivierende, zum andern handlungsleitende Funktion zukommt [11]: Das bereits erwähnte Prinzip der Menschenwürde, das grundlegend und den anderen vier Prinzipien übergeordnet ist, daneben das Bedarfs-, das Solidaritäts-, das Kosteneffektivitäts- und das Verantwortungsprinzip. Letztere vier werden als Prima-facie-Prinzipien verstanden, d.h., dass sie in konkreten Entscheidungen in Widerspruch zueinander geraten können und dann gegeneinander abgewogen werden müssen.

Das Menschenwürdeprinzip meint die Gleichheit hinsichtlich der allen Menschen zukommenden Würde und beinhaltet ein für alle geltendes Recht auf Zugang zu Lebensbedingungen, die ein gutes Leben (d.h. ein möglichst langes Leben bei vernünftiger Lebensqualität und möglichst intakter Integrität) ermöglichen. Zur Begründung wird darauf verwiesen, dass dieses Verständnis von Menschenwürde in der schwedischen Tradition stark verwurzelt sei. Auch Gesundheit wird ähnlich indirekt über die Befähigung zur Verwirklichung grundlegender Ziele definiert, nämlich als «the ability, under standard circumstances, to achieve one's vital goals» ([11], S. 129). Einerseits wird in diesem Menschenwürdeverständnis die Gleichheit und die Möglichkeit, ein gutes Leben zu führen, betont, andererseits inhaltlich aber weitgehend offengelassen, was unter einem guten Leben verstanden werden soll. In der Schweiz ist dieses Prinzip im Artikel 7 der Bundesverfassung ebenfalls grundgelegt, findet jedoch im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung selten Erwähnung, ist in seiner Auslegung eher umstritten und wird kaum im Sinne einer Gleichbehandlung aller interpretiert. Gemäss schwedischem Bericht schliesst die Einhaltung des Menschenwürdeprinzips die Möglichkeit der Berücksichtigung des chronologischen Alters (nicht hingegen diejenige des biologischen Alters) und auch die Anwendung anderer sozialer Kriterien wegen des Gleichheitsgrundsatzes kategorisch aus. Diese Interpretation bedarf natürlich der weiteren Begründung, ist sehr offen formuliert und dürfte je nach Interpretation der Kriterien «vernünftige Lebensqualität» und «intakte Integrität» unterschiedlich weitreichende Rechte begründen.

Das Bedarfsprinzip («need-principle») sieht vor, Ressourcen gemäss bestehendem Gesundheitsbedarf zu verteilen, wobei nach Schweregrad priorisiert werden soll. Das Solidaritätsprinzip zielt auf die Herstellung der Chancengleichheit beim Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle, nach Möglichkeit aber auch auf den Ausgleich ungleicher Lebenschancen. Mit der Chancengleichheit wird für alle eine möglichst gleiche Ausgangslage im Leben angestrebt, nicht hingegen die

Herstellung einer Output-Gleichheit. Es geht darum, allen Menschen zu ermöglichen, ihr Leben aus einer einigermassen vergleichbaren Situation heraus angehen zu können; was die Einzelnen aus ihrer Situation machen, ist ihnen überlassen, gesellschaftliche Ungleichheit als solche, insoweit sie die Chancengleichheit nicht tangiert [6], wird also nicht in Frage gestellt. Aufschlussreich ist ein 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.» ([11], S. 137)

Das an gesellschaftlicher Bedeutung zunehmende Kosteneffektivitätsprinzip fordert, dass unter vergleichbaren Massnahmen die kosteneffektivere gewählt wird, wobei nur zwischen unterschiedlichen Massnahmen, jedoch nicht zwischen verschiedenen Patienten verglichen werden soll. Das Prinzip soll nur auf der Makro- und Mesoebene und somit höchstens indirekt (beispielsweise über Leitlinien) auf Entscheidungen bei einzelnen Patienten am Krankenbett angewandt werden. Mit dem Verantwortungsprinzip wird schliesslich die Bereitschaft zur Übernahme der Verantwortung für die eigene Gesundheit betont.

Dieses Ensemble von einem plus vier Prinzipien kann mit Christian Lenk um das Vulnerabilitätsprinzip ergänzt werden, wie er im Zusammenhang mit Überlegungen zur sinnvollen Ausgestaltung einer medizinischen Grundversorgung vorgeschlagen hat [22]. Gemeint ist der Schutz besonders verletzlicher Menschen wie Kinder, Menschen im hohen Alter oder Menschen mit Behinderungen. Seines Erachtens kann eine privilegierte Behandlung vulnerabler Menschen mit dem Reziprozitätsargument begründet werden: Jeder müsse ein Interesse daran haben, diesen Menschen eine adäquate Behandlung zukommen zu lassen, weil jeder in eine ähnliche Lage kommen werde (Alter) bzw. kommen könnte (Behinderung). Zur Begründung sei kein Rückgriff auf spezifisch religiöse Argumente wie die sogenannte «Option für die Armen» nötig, meint der Göttinger Philosoph. Interessant und vergleichbar mit dem entsprechenden Hinweis im schwedischen Bericht zur Prioritätensetzung ist sein 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.» ([22], S. 258) Die Betonung eines Vulnerabilitätsprinzips kann sinnvoll sein, um der Gefahr der impliziten (ungeregelten) Rationierung zu begegnen, die darin besteht, dass denjenigen Menschen Behandlungen vorenthalten werden, die sich am wenigsten zu wehren wissen. Obgleich bereits die Einhaltung des Menschen-

würdeprinzips ein solches Diskriminierungsverbot materialiter enthält und überdies die Definitionen von Vulnerabilität sehr differieren können [7], macht die Formulierung eines Vulnerabilitätsprinzips zumindest symbolisch auf unter Umständen sehr heikle Folgen der impliziten Rationierung aufmerksam.

Dieses Set ethischer Prinzipien ist sicherlich unvollständig und bedarf der Konkretisierung. Es kann aber helfen, politische Allokationsentscheidungen ethisch zu überprüfen, und es hat eine umso stärkere Überzeugungskraft, je stärker es gesellschaftlich legitimiert ist und von einer Mehrheit der Bevölkerung de facto für wichtig gehalten wird. In der Schweiz sind die genannten Prinzipien zwar bereits entweder in der Bundesverfassung (mit der Achtung der Menschenwürde, dem Recht auf Hilfe in Notlagen und den Sozialzielen) oder im Krankenversicherungsgesetz (Wirtschaftlichkeit der Leistungen) verankert, werden aber beispielweise hinsichtlich der Betonung der Gleichheit teilweise anders ausgelegt und bisher kaum im Zusammenhang mit der Priorisierung und expliziten Einschränkung gesundheitlicher Leistungen diskutiert.

### Mögliche Veränderungen der Rahmenbedingungen

Eine Möglichkeit, auf der Makroebene gerechte Leistungseinschränkungen vorzunehmen, wäre, die genannten Kriterien aus dem Schweizer KVG enger als bisher auszulegen. Die Grundidee besteht darin, den Zugang zu denjenigen Massnahmen nicht mehr sozial zu finanzieren, die nur *wenig* wirksam, *wenig* zweckmässig und lediglich *bedingt* wirtschaftlich sind; letztgenanntes Kriterium liesse sich beispielsweise durch die Einführung kostensensibler Leitlinien umsetzen, deren Realisierbarkeit kürzlich im Rahmen eines deutschen Forschungsprojekts untersucht wurde [23]. Die beiden wesentlichen Ziele bestünden positiv darin, erstens den Anstieg der Gesundheitskosten zu bremsen, gleichzeitig aber, zweitens, nach wie vor eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung für alle zu gewährleisten. Dabei müsste die Anwendung der Kriterien möglichst transparent begründet werden, also soweit als möglich und sinnvoll umsetzbar die explizite an die Stelle der heute verbreiteten impliziten Rationierung treten [24, 25, 26]. Negativ formuliert ginge es darum, den Druck auf die Behandlungsteams, am Kranken- und Pflegebett implizit zu rationieren, abzuschwächen und diskriminierende Praktiken zu verhindern [27], die darin bestehen, diejenigen zu bevorzugen, die sich individuell oder auch mit Hilfe gesellschaftlich organisierter Interessengruppen am besten durchzusetzen wissen. Ähnlich schlagen Alena Buyx, Daniel Friedrich und Bettina Schöne-Seifert vor, mit Rationierungsentscheidungen bei medizinisch marginal wirksamen Mitteln anzusetzen [28, 29].

Einschränkungen aufgrund der Zweckmässigkeit oder Kosteneffektivität von Massnahmen lehnen sie hingegen als zu problematisch ab: Hinsichtlich der Zweckmässigkeit betonen sie zu Recht das Problem, dass hier individuelle Wertvorstellungen mit abzuwägen sind, ein Problem, das allerdings bereits in der Umsetzung des gegenwärtigen Rechts besteht. Gegenüber der mit einigen Problemen behafteten Berücksichtigung der Kosteneffektivität von Behandlungen unterstreichen sie als Vorteil ihres Vorschlags, dass die Anwendung des Kriteriums der marginalen Wirksamkeit von Massnahmen kostenblind durchgeführt werden könne. Eine Schwierigkeit bei der Umsetzung ihres Vorschlags besteht darin, Schwellenwerte für einen marginalen Nutzen im Hinblick auf eine potentielle Verlängerung des Lebens und die Verbesserung der Lebensqualität überindividuell festzulegen.

### Fazit

Die offene Beschäftigung mit Leistungsbeschränkungen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung ist heute aufgrund der Wohlstandsentwicklung und des medizinischen Fortschritts unabdingbar [30]. Das betrifft unter anderem die Makroebene mit ihren politischen Entscheidungen zu den Rahmenbedingungen, die sowohl gerecht sein als auch ein gutes Leben gewährleisten sollten. Entscheidungen auf der Makroebene stehen in starker Interdependenz zu Entscheidungen auf der Meso- und Mikroebene. Grundlegende Kriterien sind die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Massnahmen. Ethische Prinzipien zur Beurteilung der Entscheide betreffen die Menschenwürde, Not und Bedürfnisse, die Solidarität, die Wirtschaftlichkeit, die Eigenverantwortung und die besondere Beachtung vulnerabler Menschen. Ein Vorschlag könnte darin bestehen, nur marginalisiert wirksame Massnahmen aus der Basisversorgung für alle auszuschliessen. Notwendig ist die öffentliche Verständigung über solche Vorschläge, wobei auch überzogene Erwartungen an das System der Gesundheitsversorgung thematisiert werden müssen [31]. Bei allen Vorschlägen zur gerechten und sinnvollen Beschränkung gesundheitlicher Massnahmen sollte schliesslich nicht vergessen werden, dass es im Vergleich mit Situationen in Niedriglohnländern der Welt darum geht, im Kontext äusserst privilegierter Verhältnisse nach gerechten Lösungen zu suchen [32].

**Interessenkonflikt:** Der Autor bestätigt, dass hinsichtlich des vorliegenden Beitrags keine Interessenkonflikte bestehen.

## Abstract

### How can fair macro-level allocation decisions be reached? An outline of the problems, principles, and possibilities

Allocation decisions at the macro-level are about obtaining general conditions which are as fair as possible in a situation of resource scarcity. The purpose of this should be to secure the sustainable provision of high quality health care for all, despite increasing conflicts regarding how resources should be shared out. In the first of four consecutive steps, this paper describes our initial situation, and how the ethical issues can be outlined. With efforts towards a reasonable allocation of the available resources in a situation of rising health care costs, issues are raised regarding both questions of justice and questions related to the good life. In the second step, possible courses of action are outlined with a focus on financing and the regulation of access, and allocation criteria are described: the effectiveness, appropriateness, and cost-effectiveness of health care measures. On the basis of Swedish experience, the third step outlines the principles of human dignity, necessity, solidarity, cost-effectiveness and responsibility, important principles of social ethics which enable the evaluation of state allocation decisions. In the fourth step, a more restrictive definition of established criteria for resource limitations is encouraged. As it is predictable that competition over the allocation of state resources will become tighter, the conclusion highlights the importance of open legitimization of allocation criteria, and provides a reminder of the international perspective.

## Résumé

### Comment décider d'une répartition juste des ressources au niveau macro? Description des problèmes, principes et possibilités d'action

Lors de la répartition des ressources au niveau macro, l'enjeu est d'obtenir des conditions cadres aussi justes que possible avec des moyens limités. Le but devrait être ici, malgré des tensions croissantes autour du partage, de maintenir durablement des soins de santé de qualité élevée pour tous. Dans la première de quatre étapes, cet article thématise la situation de départ et comment en décrire les difficultés éthiques. Parallèlement aux efforts pour réaliser une répartition raisonnable des moyens disponibles alors que les coûts de la santé augmentent, des questions sont soulevées non seulement concernant la justice distributive, mais aussi concernant la bonne vie. Dans une deuxième étape, des possibilités d'actions sont décrites avec un accent sur le financement de la santé et sur la régulation de l'accès aux soins, et des critères d'allocation sont présentés: l'efficacité, l'adéquation et l'économicité des mesures de santé. Sur la base des expériences suédoises, la troi-

sième étape souligne la dignité humaine et approfondit les principes de nécessité, de solidarité, d'économicité, et de responsabilité, des principes importants d'éthique sociale permettant l'évaluation des décisions étatiques de répartition des ressources. Dans une quatrième étape, une définition plus serrée des critères établis est encouragée. Etant donné l'augmentation prévisible des tensions compétitives autour de la répartition des ressources, la conclusion souligne l'importance de la légitimation ouverte des critères de répartition et rappelle la perspective internationale.

## Korrespondenzadresse

PD Dr. theol. Markus Zimmermann-Acklin  
 Departement für Moralthologie und Ethik  
 Universität Fribourg  
 Avenue de l'Europe 20  
 CH-1700 Fribourg

E-Mail: markus.zimmermann@unifr.ch

Eingang des Manuskripts: 25.7.2011

Eingang des überarbeiteten Manuskripts: 4.8.2011

Annahme des Manuskripts: 5.8.2011

## Referenzen

- Persad G, Wertheimer A, Emanuel EJ. Principles for allocation of scarce medical interventions. *Lancet* 2009;373:423–31.
- Zimmermann-Acklin M. Bioethik in theologischer Perspektive. Grundlagen, Methoden, Bereiche. Freiburg i.Üe., Freiburg i.Br.: Academic Press, Herder; 2010, p.104–229.
- Neher P. Die Aufgabe als Wohlfahrtsverband im Spannungsbogen zwischen christlichem Ethos und ökonomischen Handeln. Vortrag an der Fachtagung «Mehr-Wert» Bildung, 3.3.2010, Berlin. Available from: [www.caritas.de/15248.html](http://www.caritas.de/15248.html) [accessed 24.7.2011].
- Wright O. Cataracts, hips, knees and tonsils: NHS begins rationing operations. *The Independent*. 28 July 2011.
- Anand S, Peter F, Sen A. (ed.). *Public Health, Ethics, and Equity*. New York: Oxford University Press; 2006.
- Marmot M. Social Determinants of Health Inequalities. *Lancet*. 2005;365:1099–104.
- Hurst SA. Vulnerability in research and health care. Describing the elephant in the room? *Bioethics*. 2008; 22:191–202.
- Schickanz S, Schweda M. (Hrsg.). *Pro-Age oder Anti-Aging? Altern im Fokus der modernen Medizin*. Frankfurt: Campus; 2011.
- Breyer F. Zum Konzept der altersbezogenen Rationierung von Gesundheitsleistungen: Zehn populäre Irrtümer. In: Zimmermann-Acklin M, Halter H (Hrsg.). *Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz*. Basel: EMH; 2007, p. 225–36.
- Halter H. Anfragen zum Konzept der Altersrationierung aus ethischer Sicht. Zimmermann-Acklin M, Halter H (Hrsg.). *Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz*. Basel: EMH; 2007, p. 237–46.
- National Centre for Priority Setting in Health Care. *Resolving Health Care's Difficult Choices. Survey of Priority Setting in Sweden and an Analysis of Principles and Guidelines on Priorities in Health Care*. Linköping: PrioriteringsCentrum; 2008.
- Raspe H, Meyer T. Vom schwedischen Vorbild lernen. Hierzulande wird zunehmend über die Priorisierung medizinischer Leistungen diskutiert. In Schweden hat sich aus dem Priorisierungsprojekt ein versorgungswirksames Steuerungsinstrument unter Führung und Beteiligung der Ärzteschaft entwickelt. *Dtsch. Ärztebl.* 2009;106: A1036–9.
- Marckmann G. *Verteilungsgerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung*. Düwell M, Steigleder K (Hrsg.). *Bioethik. Eine Einführung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp; 2003, p. 333–43.
- Sommer JH. *Gesundheitssysteme zwischen Plan und Markt*. Stuttgart: Schattauer; 1999.
- Greß S, Pfaff AB, Wagner GG (Hrsg.). *Zwischen Kopfpauschale und Bürgerprämie. Expertisen zur Finanzierungsform der gesetzlichen Krankenversicherung*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung; 2005.

16. Hoppe JD. Verteilungsgerechtigkeit durch Priorisierung – Patientenwohl in Zeiten der Mangelverwaltung. *Arzt und Krankenhaus*. 2009;6:170–3.
17. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.). Projekt «Zukunft Medizin Schweiz» – Phase III: Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen. Einschätzungen und Empfehlungen, Basel: SAMW; 2007.
18. BG 9C\_334/2010 vom 23.11.2010.
19. Brotschi M. Kostendruck zwingt Spital zur Rationierung moderner Herzklappen. Herzchirurg Thierry Carrel warnt, dass die neuen Fallpauschalen den Zugang zur Spitzenmedizin erschweren. *Tages-Anzeiger*. 16.1.2010.
20. [www.orbisconcern.nl/omc](http://www.orbisconcern.nl/omc) [accessed 25.7.2011].
21. Eugster G. Zu den Begriffen Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Meyer U (ed.). *Soziale Sicherheit*. Schweizerischen Bundesverwaltungsrecht. Bd. XIV. Basel, Genf, München: Helbing & Lichtenhahn; 2007, p. 494–9.
22. Lenk C. Worin könnte eine «medizinische Grundversorgung» bestehen? Rauprich O, Marckmann G, Vollmann J (ed.). *Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin*. Paderborn: Mentis; 2005, p. 247–66.
23. Strech D, Freyer D, Borchers K, Neumann A, Wasem J, Krukemeyer MG, Marckmann G. Herausforderungen expliziter Leistungsbegrenzungen durch kostensensible Leitlinien. Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie mit leitenden Klinikärzten. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*. 2009;14:38–43.
24. Santos-Eggimann B. Is there evidence of implicit rationing in the Swiss health care system?, Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Bern 2005. Available from [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) [accessed 25.7.2011].
25. Marckmann G, Strech D. Auswirkungen der DRG-Vergütung auf ärztliche Entscheidungen: Eine ethische Analyse. *Zeitschrift für medizinische Ethik*. 2009;55:15–27.
26. Ham C, Coulter A. International Experience of Rationing. In: Ham C, Robert G (eds). *Reasonable Rationing. International Experience of Priority Setting in Health Care*, Maidenhead, Philadelphia: Open University Press; 2003; p. 4–15.
27. Hurst SA, Reiter-Theil S, Slowther A-M, Forde R, Pegoraro R, Perrier A, Garrett-Mayer E, Danis M. Die Realität der ärztlichen Rationierung am Krankenbett am Beispiel von vier Ländern. Ergebnisse einer empirischen Studie. In: Zimmermann-Acklin M, Halter H (Hrsg.). *Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz*. Basel: EMH 2007; p. 67–79.
28. Buyx AM, Friedrich DR, Schöne-Seifert B. Marginale Wirksamkeit als Posteriorisierungskriterium – Begriffsklärungen und ethisch relevante Vorüberlegungen. *EthMed*. 2009;21:89–100.
29. Buyx AM, Friedrich DR, Schöne-Seifert B. Rationing by clinical effectiveness. *BMJ*. 2011;342:531–53.
30. Alexander GC, Werner RM, Ubel PA. The costs of denying scarcity. *Arch Intern Med*. 2004;164:593–6.
31. Callahan D. *False Hopes. Overcoming the Obstacles to a Sustainable, Affordable Medicine*. New Brunswick: Rutgers University Press; 1999.
32. Callahan D, Wasunna AA. *Medicine and the Market. Equity versus Choice*. Baltimore: John Hopkins University Press; 2006.