

Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatriischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatriischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (2000-2001)

Heft: 72

Artikel: Gerechte Rationierung im Gesundheitswesen

Autor: Ziegler, Albert

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-790056>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 01.04.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Gerechte Rationierung im Gesundheitswesen

von Pater Dr. Albert Ziegler*

Die Rationierung im Gesundheitswesen wird kommen. Manche sehen darin ein Schreckgespenst. Besonnenes Nachdenken lässt - im Gegensatz dazu - fragen, ob die notwendige Rationierung im Gesundheitswesen nicht auch eine Chance für alle Beteiligten sein könnte, nicht zuletzt für die Ärzteschaft, die Patienten und deren Angehörige.

Aus ethischer Sicht könnten drei Thesen helfen, die Frage der Rationierung im Gesundheitswesen verantwortungsbewusst zu bedenken. Die Grundaussage lautet:

Die heutige Lage im Gesundheitswesen zwingt uns:

- rationaler zu denken,
- rationeller vorzugehen und
- rationierter zuzuteilen.

Drei Thesen

1. These: Wir müssen im Gesundheitswesen rationaler denken.

Wir kennen das Misstrauen, mit dem manche Menschen heute der sogenannten Schulmedizin begegnen. Oft geht der Vorwurf in die Richtung, die Schulmedizin sei zu rationalistisch und sei darum nicht imstande, die Patienten in ihrer Ganzheit zu würdigen. Diesem Vorwurf liegt die mangelnde Unterscheidung zwischen *rational* und *rationalistisch* zugrunde. In Wirklichkeit kann das Gesundheitswesen und damit auch die Medizin nicht rational genug sein. Nur sollte sie nicht rationalistisch werden. Doch was heisst dies?

1. Das Gesundheitswesen muss rational bleiben.

Ratio ist wörtlich verwandt mit jener *Rede*, die über das, was sie redet, redlich Rechenschaft zu geben vermag. Im Hintergrund steht die indogermanische Wurzel *re* oder *are*. - Die Wurzel bedeutet "zusammenpassend". Wahrscheinlich ging es ursprünglich um das Zusammenfügen von Bauhölzern. Die Wurzel des Wortes hat sich vielfach weiter entwickelt.

Im *materiellen* Sinne wurde daraus das griechische Wort *arthron* (Gelenk) mit der Arthritis. Im Lateinischen kam es zu *arma* bis hin zum Armaturenbrett. Im Deutschen entsteht das Wort *Arm*. - *Geistig* ging die Weiterentwicklung in das Zusammenfügen der Gedanken und damit in die lateinische *ratio* und die deutsche *Rede*. So

* Pater Dr. A. Ziegler, Hirschengraben 74, 8001 Zürich

verstanden geht es bei der ratio um den Menschen als um das *ens rationale*. Wer die Ratio leugnet, leugnet den Menschen.

In diesem Sinne muss das Gesundheitswesen als menschliche Sorge um die Gesundheit der Bevölkerung rational bleiben. So betrachtet, kommt der Schulmedizin innerhalb der Medizin der Vorrang zu. In ihr ist der medizinische Wissens- und Erfahrungsschatz des Abendlandes enthalten.

2. Das Gesundheitswesen darf aber nicht rationalistisch werden.

Den Vorrang in der Medizin hat die Ratio. Doch Vorrang ist noch nicht *Alleinanspruch*. Gerade dann, wenn die Ratio den Vorrang behält und *ganz* rational ist, weiss die Ratio auch, dass nicht *alles* rational ist. Es ist gerade die Ratio des schlussfolgernden Verstandes, die um die tiefere Einsicht der Vernunft und um die Notwendigkeit der gefühlsmässigen Emotion weiss.¹

Die Ratio schliesst folglich weder die *emotio* noch die *intuitio* aus. Sie weiss sich vielmehr von diesen notwendigerweise ergänzt. Eine Ratio, welche die Emotion nicht mehr sieht und die Intuition gering schätzt, ist nicht mehr rational, sondern rationalistisch.

So gesehen, schliesst die verständige Schulmedizin eine vernünftige *Alternativmedizin* keineswegs aus. Sofern sie sich nicht rationalistisch missversteht, sieht die Schulmedizin den rationalen, emotionalen und intuitiven Menschen inmitten seiner Natur mit ihren vielfältigen Kräften, die einerseits die Gesundheit des Menschen gefährden, andererseits fördern. Die Schulmedizin weiss zudem, dass der Mensch auch selber Natur ist und darum in, von und mit der Natur lebt.

Der Mensch ist innerhalb der Natur jenes Geschöpf, in dem die Natur zur Vernunft, zur Sprache und damit auch zur Verantwortung kommt. Als einziger Verantwortungsträger innerhalb der Natur trägt der Mensch deshalb treuhänderisch die Verantwortung auch für die übrigen Geschöpfe mitsamt deren Lebensgrundlage. Sofern die Alternativmedizin von dieser Grundeinstellung geleitet ist, darf sie mit dem Verständnis und der Unterstützung der Schulmedizin rechnen.

3. Das Gesundheitswesen muss rationeller denken.

Es liegt also im Wesen der Ratio, dass sie auf die *emotio* und auf die *intuitio* verweist. Es liegt aber auch im Wesen der Ratio, dass sie immer ganz und immer mehr rational zu sein sich müht. So kommt es, dass die Ratio nicht nur daran denkt, rational zu sein und damit *zielstrebig* zu handeln; vielmehr strengt sie sich auch an, ra-

¹ Wörtlich bedeutet *Intellekt* eigentlich (fast) das Gleiche wie *Ratio*. Denn einerseits heisst *intellegere* (inter-legere) wörtlich "zwischen etwas wählen", das heisst "durch kritische Auswahl charakteristische Merkmale einer Sache erkennen" oder einfacher "eine überlegte Wahl treffen". Andererseits bedeutet *ratio* "Rechnung, Berechnung; Erwägung, Überlegung". Im Hintergrund steht das lateinische Wort *rerum* (ratum). Es bedeutet "(Im Geiste) ordnen; schätzen, meinen".

tioneller zu werden und damit das Ziel *zweckmässig* zu erreichen. - Mit andern Worten: Die Ratio will ihr Ziel nicht nur *effektiv*, sondern auch *effizient* erreichen, indem sie mit knappen Ressourcen *wirtschaftlich* umgeht und entsprechend mit möglichst wenig möglichst viel zustande bringt. Kurzum: Das Rationelle liegt im Wesen der sich entwickelnden Ratio. Die Ratio, die nicht rationell ist, ist noch zu wenig rational.

In diesem Sinne müssen wir auch im Gesundheitswesen ohne Zweifel rationeller denken. Auch in diesem Bereich muss es um das Rationalitäts- oder Wirtschaftlichkeitsprinzip gehen. Wir müssen uns bemühen, was wir zu erreichen suchen, nicht nur effektiv, sondern auch effizient zu bewerkstelligen. Wir müssen mit möglichst wenig möglichst viel erreichen. Nur so gehen wir verantwortungsbewusst mit der Knappheit um, die unser ganzes Dasein durchwaltet. Damit ist schon die zweite These angedeutet.

2. These: Wir müssen im Gesundheitswesen rationeller vorgehen.

Ob wir in der Medizin, wenn wir rationeller vorgehen, die Rationierung umgehen können, bleibt fraglich. Jedenfalls zwingt uns alles, rationeller zu arbeiten. Was sind die Gründe?

1. Die medizinischen Mittel und die menschlichen Ansprüche steigen.

Die medizinischen Fortschritte sind nicht zu übersehen. Die Vielfalt der medizinischen Möglichkeiten, die uns heute zu Gebote stehen, sind kaum mehr überblickbar. Einstmals hiess es: Wir haben nur *wenig* Mittel zur Verfügung. Darum müssen wir möglichst *alle* anwenden. Heute stehen uns mehr Mittel zur Verfügung, als wir sinnvollerweise einsetzen können. Deshalb heisst es heute: Wir dürfen von den *vielen* Möglichkeiten, die uns heute gegeben sind, nur jene einsetzen, die für den Patienten *sinnvoll* sind. Kurzum: Früher hiess es: Alles Mögliche. Heute muss es heissen: Vom Möglichen das Sinnvolle.

Was aber ist sinnvoll? Das ist nicht leicht zu sagen. Denn es sind nicht nur die medizinischen Möglichkeiten gestiegen. Es sind auch die menschlichen Ansprüche an die Medizin gewachsen. Wir reden leichthin von einer Erlebnisgesellschaft. Sie ist vielfach zu einer Begehrlichkeitsgesellschaft geworden. Diese verbindet ihre Ansprüchlichkeit mit einer Vollkasko-Mentalität. Nicht nur *kann* die Medizin mehr. Es *wollen* auch die Patienten immer mehr. So weit, so gut. Doch nun kommt das grosse Aber.

2. Die finanziellen Möglichkeiten steigen nicht im gleichen Masse.

Spitzenmedizin ist teuer. Die neuen Heilmittel sind es auch. Die Kosten steigen. Was nicht steigt, sind die finanziellen Mittel, die Kosten zu begleichen. Angesichts dieser Situation ist nicht nur die Medizin, sondern auch guter Rat teuer. - Die Zahlen und

Deutungen aus der medizinischen und klinischen Praxis, aus der Literatur und nicht zuletzt aus den Medien sind bekannt. Häufig begegnen uns die Zahlen und Deutungen in Schlagwörtern. Ich erwähne nur deren drei.

Die erste Schlagzeile heisst: *Je mehr die Medizin kann, desto kränker werden die Menschen.* - Das scheinbare Paradox löst sich auf, wenn man daran denkt, dass dank der Medizin heute viele Menschen leben, die früher gestorben wären, aber heute - allerdings mit nicht völlig behobener Krankheit - weiter leben.

Die zweite Schlagzeile heisst: *Je mehr Ärzte wir haben, desto mehr Krankheiten treten auf* - Wer heute noch gesund ist, ist nur zu wenig untersucht worden. Die Ärztedichte steht in direktem Verhältnis zur Krankheitshäufigkeit.

Die dritte Schlagzeile besagt: *Die Ärzteschaft ist die einzige Berufsgruppe, die ihre Kunden selber bestellen kann.* - Nicht wenige Patienten lassen sich gerne bestellen. Schliesslich ist man versichert und hat entsprechend bezahlt. Nun will man eine entsprechende Leistung für sein gutes Geld. So denkt man in Leistung und Gegenleistung. Der Arzt ist nicht mehr als *medicus* "der weise Ratgeber", sondern ein Leistungserbringer. Der Patient ist nicht mehr ein *homo patiens*, sondern ein Leistungsempfänger. Die Pflegenden sind nicht mehr Pflegende, sondern Pflegeleistungserbringer. Spitäler und Kliniken sind nicht mehr Krankenhäuser, sondern Institutionen der Pflegeleistungserbringung. Wozu leben wir denn sonst in einer Leistungsgesellschaft?

In allem aber bleibt die nicht abweisbare Einsicht: Die medizinischen Möglichkeiten und die Ansprüche der Patienten steigen mehr als die dafür zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel. Was nun? Die erste Antwort ist: Wir müssen rationeller werden.

3. *Wir müssen im Gesundheitswesen rationeller vorgehen.*

Wenn die Kosten zu hoch werden, müssen wir die Kosten verringern. Mit andern Worten: Wir müssen *sparen*. Unser Wort *sparen* geht auf die indogermanische Wurzel *sp(h)e(i)* zurück. Sie bedeutet: "sich ausdehnen, gedeihen, vorwärts kommen". Dahinter steht die Einsicht: Wer vorwärts kommen und gedeihen will, muss mit den knappen Mitteln *sparsam*, nämlich schonend, umgehen und möglichst viel für später zurücklegen. Nur dann besteht auch noch für *später* eine gute Hoffnung (*spes*).

Wir müssen sparen. Das sagt sich leicht. Doch was heisst - gesamthaft - Kosten sparen? Die Schwierigkeiten sind bekannt. Darum seien nur Bereiche erwähnt.

Im ersten Bereich geht es um die Medikamente. Ein teures Medikament wird nur selten gebraucht. Unter dieser Voraussetzung ist es bezahlbar. Weil es aber ein gutes Mittel ist und sich bewährt, wird es auch dort eingesetzt, wo es zwar überaus nützlich, aber nicht unbedingt notwendig ist. Jetzt ist es nicht mehr bezahlbar. - Dazu kommen Medikamente, deren pharmakologische Wirksamkeit keineswegs erwiesen

ist und die allenfalls massenhaft konsumiert werden. Andere Medikamente sind zwar wirksam, aber im gegebenen Fall entbehrlich. Das einzelne Medikament ist nicht teuer. Der Massenkonsum kommt teuer zu stehen.

Beim zweiten Bereich geht es um das Spitalwesen. Einer älteren Patientin muss das Bein amputiert werden. Fände die Rehabilitation in der Klinik statt, könnte die Patientin in zwei Monaten mit der Prothese gehen. Aber das Budget der Klinik ist erschöpft. Darum wird sie ins Pflegeheim überwiesen. Auch nach einem Jahr ist sie noch nicht gehfähig. Hier geht es nicht um Medikamente, sondern um die Buchhaltung.

Beim dritten Bereich geht es um die Doppel- oder Vielfachuntersuchungen. Sicher ist sicher. So denkt man. Die Erfahrung zeigt: Man kommt als Ärztin oder Arzt weniger in den Kassensturz, wenn man zuviel Geld ausgegeben hat, als wenn der Kassensturz zur Ansicht kommen sollte, ein Patient sei nicht optimal behandelt worden. Also denkt man nicht mehr an die Gesundheit des Patienten und sein Wohlergehen, sondern an die Medien und an die Anwälte, die Mühe haben, den Ärzten jene *Fehlbarkeit* zuzubilligen, die sie für sich selber in Anspruch nehmen und für die sie ihrerseits kaum je belangt werden.

Auf diese Weise kommt es zu jener *Defensivmedizin*, die aus Angst vor möglichen Schwierigkeiten mehr unternimmt, als von der Gesundheit des Menschen her gefordert wäre. Das wirkt sich selbstverständlich kostenmässig aus. Alles in allem: Es gibt genug Gründe, dass die Medizin nicht billiger, sondern teurer wird. Angesichts dessen, gibt es nur eines: Wir müssen rationeller arbeiten.

Dies muss auf *dreifacher Ebene* geschehen.

1. *Wir müssen gesundheitsbewusster leben.*

Wir müssen uns als Bürgerinnen und Bürger und damit als Steuerzahlerinnen und Steuerzahler politisch einig werden, wie gross das Kuchenstück *Gesundheitswesen* sein darf. Wir erwirtschaften in einem Jahr einen grossen Kuchen. Nun soll der Kuchen auf alle möglichen und unterschiedlichen Bedürfnisse einigermaßen gerecht verteilt werden. Wie viel ist uns die Gesundheit, damit aber auch das Gesundheitswesen wert?

Unsere Politikerinnen und Politiker haben diese Frage mit allem Nachdruck den Bürgerinnen und Bürgern vorzulegen. Unter diesen Politikerinnen und Politikern müssen auch Ärztinnen und Ärzte sein. Die Notwendigkeit der Gesundheitspolitik muss ins allgemeine Bewusstsein gerückt werden und darf nicht zur Geheimwissenschaft der Professionellen werden.

2. *Wir müssen die Mittel im Gesundheitswesen bewusster verteilen.*

Wir haben also vom gesamtwirtschaftlich erarbeiteten Kuchen ein grosses Kuchenstück für das Gesundheitswesen abgeschnitten. Nun muss das Kuchenstück weiter verteilt werden. Wie viel kommt den Spitälern zugute und damit der stationären Behandlung der Kranken? Wie viel der ambulanten Krankenpflege und damit den Hausärzten?

3. *Die Mittel des Gesundheitswesens müssen in den einzelnen Spitälern bewusster zugeteilt werden.*

Vom Kuchenstück ist einem einzelnen Spital ein entsprechendes Stück zugeteilt worden. Nun ist es auf die einzelnen Abteilungen zu verteilen. Um nur ein Beispiel zu nennen: Wie viel bekommt die Pädiatrie, wie viel die Geriatrie?

Hinter all diesen Fragen stehen Wertungen. Was ist uns die Gesundheit politisch wert? Was darf uns die Prophylaxe und Rehabilitation kosten? Wie teuer darf uns die Gesundheit unserer Kinder oder unserer Senioren kommen? All diese Fragen lassen sich nur schwer beantworten. Sicher können wir sie so lange nicht beantworten, als wir bloss emotionell reagieren und nicht rational denken und rationeller vorgehen. Allein auch dies genügt nicht.

3. These: Die Mittel des Gesundheitswesens müssen rationiert(er) zugeteilt werden.

Für manche Zeitgenossen ist die Rationierung im Gesundheitswesen ein Schreckgespenst. Jene von uns, welche den Zweiten Weltkrieg noch miterlebt (und nicht bloss im nachhinein darüber geschrieben) haben, denken wohl anders. Ration - so steht's im Herkunftswörterbuch des Duden - ist der berechnete und zugewiesene Anteil (an Mundvorrat).

Denken wir an jene Kriegsjahre mit der Kriegswirtschaft zurück. Damals waren eine Vielzahl der Lebensmittel *rationiert*. Warum? Das Angebot war kleiner als die Nachfrage. Nun bestand die Gefahr, dass jene mit mehr Geld oder mehr Beziehungen sich aus dem schmalen Angebot den Löwenanteil erstehen würden, während die Ärmere leer oder fast leer ausgehen müssten.

Um dieser Gefahr zu begegnen, wurde die Rationierung eingeführt. Nun hatte jede und jeder den zugemessenen Anteil an Lebensmitteln. Keiner musste hungern. Alle kamen auf ihre Rechnung. Ich glaube fast, die Schweizer Bevölkerung war noch nie so gesund wie damals. So schlimm kann es also mit der Rationierung offenbar nicht sein. Allerdings muss die Rationierung ihren Zweck erfüllen und damit der Gerechtigkeit dienen, so dass jeder auf seine Rechnung kommt.

1. Die Rationierung im Gesundheitswesen muss gerecht sein.

Es versteht sich von selbst, dass wir immer eine Zwei-Klassen-Medizin gehabt haben und haben werden. Wer genügend Geld hat, kann nach Amerika fliegen. Ob ihm der Flug übers Meer freilich gesundheitlich Nutzen bringt, bleibt oft fraglich. Darüber brauchen wir nicht zu reden.

Zu reden aber gibt, wie wir denen gegenüber Gerechtigkeit tun, die nicht nach Amerika fliegen können und damit auf unser Gesundheitssystem angewiesen sind.

So viel ist unbestritten: Die medizinische *Grundversorgung* muss für alle gewährleistet sein. Die Frage bleibt allerdings, was jeweils zur Grundversorgung gehört. Denn die Entwicklung der Medizin und das Ansteigen der Anspruchshaltung macht vor der Grundversorgung keinen Halt. Dennoch wird die Hauptfrage dort bleiben, wo es um die Zuteilung der finanziellen Mittel und medizinischen Möglichkeiten in jenem Bereich geht, der über die medizinische Grundversorgung hinausreicht.

Denken wir noch einmal zurück.

Einstmals hiess es: Vom Wenigen möglichst alles. Bisher hiess es: Vom Vielen das für den Patienten Sinnvolle.

Nun muss es heissen: Vom für den Patienten Sinnvollen, was (für den Patienten oder die Versicherung) finanziell tragbar ist.

Was bildet - und das ist die Kernfrage - unter dieser Voraussetzung das Grundkriterium für die Zuteilung medizinischer Mittel?

2. Das Grundkriterium einer gerechten Rationierung ist der nachhaltige Gesundheitszustand.

Die medizinischen Ethiker haben alle möglichen Kriterien vorgeschlagen, um bei der unvermeidbaren Rationierung der Gerechtigkeit möglichst nahe zu kommen.² Die meisten dieser Kriterien taugen entweder wenig oder sind für den medizinischen Alltag reichlich theoretisch. Meines Erachtens gibt es nur ein praktikables Grundkriterium. Das ist der nachhaltige Gesamtgesundheitszustand eines Patienten.

Das heisst negativ: Nicht das Geld und nicht das biologische Alter sind Kriterien. Positiv geht es um den ganzheitlich betrachteten Gesundheitszustand und seine nachhaltige Verbesserung oder Erhaltung für einen bestimmten Patienten. Was bedeutet dies genauer? Drei Punkte können der Verdeutlichung dienen:

² Johannes Reiter, In der Rationierungsfalle. Medizinische Versorgung und ihre Finanzierung nach der Jahrtausendwende, in: Herder-Korrespondenz 53 (1999) 553-557.- Vgl. auch Klaus-Dirk Henke / Michael Hesse, Gesundheitswesen, in: Wilhelm Korff (Hrsg.) Handbuch der Wirtschaftsethik 4 (Gütersloh 1999) 249-289. Darin besonders: Verteilungswirkungen der medizinischen Versorgung (270-273).

1. *Die Gesundheit ist eine Gesundheitskette.*

Die Gesamtgesundheit kann man mit einer Kette vergleichen. Sie ist bekanntlich so stark wie ihr schwächstes Glied. Wenn ein Mensch krank wird, wird innerhalb seiner Gesundheitskette ein bestimmtes Glied krank. Daher muss man versuchen, dieses Glied so weit zu stärken, dass es - wenn immer möglich - nicht mehr das schwächste Glied ist. Man muss daher versuchen, es so zu stärken, dass es gleich stark wie die übrigen Kettenglieder wird. Dann ist die Gesamtgesundheit gewährleistet.

2. *Die jugendliche Gesundheitskette ist gesamthaft stark.*

Bei einem jugendlichen Menschen ist normalerweise die Gesundheitskette gesamthaft gut und stark. Nun wird ein einzelnes Glied krank. In diesem Falle ist das Bemühen angezeigt, das geschwächte Glied so weit zu stärken, dass es der jugendlichen Lebenskraft entspricht.

3. *Die alternde Gesundheitskette ist gesamthaft schwächer.*

Bei einem 85jährigen Menschen ist der Gesundheitszustand - altersgemäss - durchaus zufriedenstellend. Dennoch ist die Gesundheitskette in all ihren Glieder schwächer, als sie es früher war und als es bei einem jungen Menschen der Fall ist. Nun wird bei dieser eher schon schwachen Gesundheitskette ein einzelnes Glied noch zusätzlich schwächer. - Jetzt wäre es ein utopischer Unsinn, versuchen zu wollen, das geschwächte Einzelglied so weit zu stärken, wie es der Stärke einer jungen Gesundheitskette entspricht. Es ist sinnvoll und genügt, das zusätzliche Glied so weit zu stärken, dass es die Stärke der übrigen Gesundheitsglieder, die altersgemäss schon geschwächt sind, erreicht.

Das Beispiel zeigt: Es geht primär um die Gesundheit und nicht um das kalendarische Alter. Dabei ist allerdings die jugendliche Gesundheit etwas anderes als die Gesundheit eines alten Menschen. Deshalb spielt *sekundär* das (biologische) Alter im Sinne einer (in einem konkreten Falle gegebenen) Altersgesundheit durchaus eine Rolle.³

Auch bei diesem Grundkriterium bleibt die Entscheidung im Einzelfall oft schwierig. Wichtig aber ist: Das Gesundheitswesen hat es unmittelbar mit der Gesundheit zu tun. Darum kann einzig und allein die Gesundheit das Grundkriterium der Rationierung ergeben.

Nehmen wir aber den - wahrscheinlich recht theoretischen - Fall, dass gemessen an dieser nachhaltigen Gesamtgesundheit zwei Menschen in der gleichen Lage sind, aber nur ein Spenderherz für eine Transplantation zur Verfügung steht. Was nun?

³ Vgl. dazu die Kriterien, welche eine Seniorengruppe unter der Leitung des Zürcher Stadtarztes Dr. Wettstein erarbeitet hat, dargelegt in Intercura 65, S. 17-36

Die Frage zeigt, dass wir neben dem Grundkriterium weitere Hilfskriterien benötigen.

Die Hilfskriterien der Rationierung

- müssen sich zunächst unmittelbar am Patienten und seinen Angehörigen orientieren;
- dürfen in zweiter Linie der öffentlichen Bedeutung eines Patienten Rechnung tragen;
- dürfen sich aber nicht an seinen finanziellen Möglichkeiten ausrichten.

1. *Die Hilfskriterien müssen sich zunächst am Patienten und seiner Umwelt selber orientieren.*

Nehmen wir wiederum theoretische Beispiele:

- (1) Wir haben zwei Patienten in gleicher Lage. Der eine hat immer für seine Gesundheit selber gesorgt. Der andere hat an seiner Gesundheit Raubbau getrieben. In diesem Falle verdient der, der seine Gesundheit verantwortungsbewusst gepflegt hat, den Vorrang.
- (2) Der eine Patient hängt noch sehr an seinem Leben. Der andere steht seiner Lebensverlängerung gleichgültiger gegenüber. In diesem Falle hat der Patient mit dem grösseren Lebens- und Gesundungswillen den Vorrang.
- (3) Der eine Patient ist allein und hat für niemanden zu sorgen. Die andere Patientin ist die Mutter einer Familie mit einer grossen Kinderschar. Die Mutter verdient den Vorzug.

2. *Die Rationierung darf sich - nachrangig - an der öffentlichen Bedeutung eines Patienten orientieren.*

Wiederum zwei Patienten in gleicher Lage. Der eine hat in seinem Leben viel für die Öffentlichkeit getan, der andere nicht. Der, welcher mehr für die Öffentlichkeit getan hat, dürfte einen höheren Anspruch auf öffentliche Mittel auch im Gesundheitswesen stellen.

Ich denke dabei gar nicht in erster Linie an hochrangige Honorationen der Politik und Wirtschaft. Auch eine Mutter, die eine grosse Kinderschar erzogen hat, hat viel für die Öffentlichkeit getan, selbst wenn sie nie eines Fernsehauftrittes gewürdigt wurde. Oder denken wir an einen Patienten, der sich für den Todesfall als Organspender der Gemeinschaft zur Verfügung stellt. Er hat ohne Zweifel für die Öffentlichkeit in dieser Hinsicht mehr getan, als einer, der sich weigert, einen solchen Dienst zu erbringen.

Diesen Gedanken in der Wirklichkeit umzusetzen, ist ohne Zweifel äusserst schwierig. Allein ist er deswegen schon von der Hand zu weisen? Es geht dabei jedenfalls lediglich um ein *nachrangiges* Kriterium. Das heisst: Es steht überhaupt erst dann

zur Diskussion, wenn das Grundkriterium der Gesundheit und das vorrangige Kriterium des Patienten in seiner Umwelt zu keinem brauchbaren Ergebnis geführt haben. Wer ein solches Kriterium ablehnt, muss sich fragen lassen, an welchem Kriterium er sich dann orientiert, wenn das Grund- und das Hauptkriterium ergebnislos geblieben sind.

3. *In keinem Fall darf das Geld für die Zuteilung medizinischer Massnahmen eine entscheidende Rolle spielen.*

Freilich spielt Geld immer eine Rolle - auch im Bereich der Gesundheit. Wer genügend Geld hat, hat Zugang zur Erstklasse-Medizin. Er fliegt nach Amerika. Er soll es durchaus tun dürfen.

Worum es aber bei der Rationierung im Gesundheitswesen geht, ist die gerechte Verteilung der medizinischen und pflegerischen Ressourcen auf die Bevölkerung im allgemeinen. Hier darf das Geld, das der Einzelne beisteuern kann, keine *entscheidende* Rolle mehr spielen, und zwar in doppeltem Sinne.

Zum einen dürfen dem, der über genügend Eigenmittel verfügt, keine medizinischen oder pflegerischen Leistungen zur gesundheitlichen Grundversorgung abgesprochen werden - etwa mit dem Hinweis, er könne ja nach Amerika fliegen. Zum andern ist daran festzuhalten, dass für die, die sich finanziell nicht alles leisten können, die medizinischen und pflegerischen Leistungen für die Grundversorgung definiert werden und gewährleistet bleiben.

Drei Konsequenzen

Die Rationierung in der Medizin ist eine Notwendigkeit. Sie wird kommen, ob wir wollen oder nicht. Sie bringt uns in der Gesundheitspolitik und im Gesundheitswesen in eine Krise. Krise ist ein medizinischer Fachausdruck und bedeutet jenen Schwebezustand, in dem es sich entscheidet, ob die Krankheit eine Wende zum Besseren oder Schlimmeren nimmt. Wie nehmen wir die Krise als Chance wahr? Drei Konsequenzen drängen sich auf. Sie seien wiederum als Thesen formuliert.

1. *These: Wir müssen im Gesundheitswesen rationaler und rationeller zusammenarbeiten.*

(1) Die *Menschen* in der Gesellschaft müssen wieder deutlicher wissen: Das Leben ist befristet; die medizinischen Möglichkeiten sind beschränkt. Der Begehrlichkeit muss Grenzen gesetzt werden. Wenn ich 85 Jahre alt geworden bin, darf ich mir ruhig überlegen, welche Gesundheitskosten ich der Allgemeinheit noch zumuten darf. Die Grundversorgung ist gewährleistet. Aber muss es jetzt unbedingt das teuerste Medikament und die kostspieligste medizinische Massnahme sein?

Im Wecken und Stärken dieses Bewusstseins liegt eine grosse öffentliche Aufgabe. Eine besondere Bedeutung käme hier dem besonnenen Wort der *Kirchen* zu. Aber auch die *Medien* könnten einiges gegen den Jugendlichkeitswahn tun.

- (2) Die *Gesundheitspolitiker* müssen genügend Einblick haben nicht nur in die theoretischen Möglichkeiten der Medizin, sondern auch in den praktischen Alltag der Ärztinnen und Ärzte. Auch die Ärztinnen und Ärzte sollten einen Einblick gewinnen in das politische Kräftespiel.
- (3) Die *Medizinethiker* sollten aufhören, Parteichinesisch zu reden und sich bemühen, was sie zu sagen haben, so zu sagen, dass es eine Ärztin oder Arzt auch dann noch versteht, wenn sie abends müde von der Praxis heimkehren.

2. *These: Wir sollten im Gesundheitswesen gegenseitig die Kompetenzen der unterschiedlichen Berufsgruppen ernst nehmen.*

- (1) Wir haben Drogisten, Apotheker und Ärzte. So lange ich gesund bin, gehe ich in die Drogerie. Fange ich an zu kränkeln, suche ich eine Apotheke auf. Hält die Krankheit an, gehe ich zum Arzt.
- (2) Die Beratung des Apothekers ist notwendig und gut. Aber sie ist keine ärztliche Sprechstunde. Umgekehrt ist der Arzt gut beraten, gelegentlich den Apotheker anzurufen. In der Pharmakologie ist er im Bilde und oft mehr als der Arzt auf dem Laufenden.
- (3) Wir sollten auch das Verhältnis zwischen jungen und älteren Ärzten unverkrampft bedenken. Sind die alten Affen bereit, die jungen Affen pfeifen zu lassen? Sind die jungen Affen fähig, die Erfahrungskompetenz der älteren Affen zu würdigen?

3. *These: Wir brauchen eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und den sozialen Krankenversicherungen.*

- (1) Die *sozialen Krankenversicherungen* sind nur dann *sozial*, wenn sie auch die soziale Lage der Ärzte bedenken und das ihre zu deren standesgemässen Lebensunterhalt beitragen.
- (2) Die *Ärztenschaft* nimmt ihre soziale Verantwortung im Gesundheitswesen nur dann wahr, wenn sie das Wohlergehen ihrer Patienten innerhalb der heutigen Engpässe des Gesundheitswesens bedenkt und die Lage ihren Patienten entsprechend zu vermitteln imstande ist.⁴
- (3) Soziale Krankenversicherungen und eine sozial eingestellte Ärzteschaft können nur dann die notwendige und darum unweigerlich kommende Rationierung im Gesundheitswesen *gerecht* in die Wege leiten, wenn sie das Wohlergehen des

⁴ Vgl. dazu: "Respekt vor Krankheit und Tod". Ein Gespräch mit dem Münchner Klinikchef Wolfgang Hiddemann, in: Herder-Korrespondenz 54 (2000) 344-348.

einzelnen Patienten innerhalb der Gesundheitsvorsorge der gesamten Bevölkerung würdigen.

Ergebnis:

Das Gesundheitswesen ist optimal, wenn es drei Bedingungen erfüllt:

- (1) Es stehen so viele (finanzielle) Mittel für die Gesundheitsvorsorge zur Verfügung, dass einerseits jene Medizin vermieden wird, die nicht mehr nach dem menschlich Sinnvollen, sondern nur nach dem technisch Maximalen fragt, andererseits jene Medizin gefördert wird, die um eine gerechte Verteilung der medizinischen Mittel bemüht ist.
- (2) In der Bevölkerung ist das Bewusstsein wach, dass einerseits die Gesundheit kein absolutes und einklagbares Gut, wohl aber ein hoher, wenngleich vergänglicher Wert ist, dass andererseits zu einem grossen Teil jeder Einzelne zunächst selbst die Verantwortung für seine Gesundheit trägt.
- (3) Alle wissen sich jener Solidarität verpflichtet, welche einerseits die Schwächsten der Gesellschaft nicht noch zusätzlich benachteiligt und ausgrenzt, andererseits um die Begrenztheit aller menschlichen Hilfe weiss.⁵

⁵Zum Ganzen vgl. auch Bertrand Cassaigne, Dossier: La santé, l'expert et le patient, in: Project, Revue trimestrielle Nr. 263 (Automne 2000) 33-103.- Ausserdem behandelte das Thema das 3. Schweizerische Forum der sozialen Krankenversicherung am 14. September 2000 unter dem Titel "Maximieren, Optimieren, Rationieren - Das Gesundheitswesen im Clinch zwischen Ethik und Kostendruck" mit dem bedeutsamen Referat von Frau Regierungsrätin Verena Diener, Zürich: "Rationierungen im Gesundheitswesen aus der Sicht der Politik und des Rechts".