

**Zeitschrift:** Fachzeitschrift Heim  
**Herausgeber:** Heimverband Schweiz  
**Band:** 71 (2000)  
**Heft:** 2

**Artikel:** Vorlesungsreihe an der Universität Zürich : Rationierung im Gesundheitswesen - es muss diskutiert werden!  
**Autor:** Halder, Reimar  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-812030>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 02.04.2026

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

Vorlesungsreihe an der Universität Zürich:

# RATIONIERUNG IM GESUNDHEITSWESEN – ES MUSS DISKUTIERT WERDEN!

Von Reimar Halder

**Wenn mehrere Persönlichkeiten aus unterschiedlichen Fachgebieten über Rationierung im Gesundheitswesen referieren, dann beschreiben sie unterschiedliche Erfahrungen und sind sich doch in Vielem einig. Zum Beispiel dass es nichts hilft, sie abzulehnen und zu schweigen.**

## Kritische Zustände

In den Medien wurde auch schon Alarm geschlagen. Wenn in der Pflege rationiert wird, wird der Stress höher und die Fehler nehmen zu. Die Berner Zeitung schrieb am 16. November 1999, dass von 24 befragten Spitälern und Heimen im Kanton Bern nur drei ihrer Pflegequalität eine gute Note geben. Aus fünf Krankenhäusern wurde gar von kritischen Vorfällen berichtet, bei denen Patienten gefährdet worden seien. Personalengpässe wegen dem ausgetrockneten Arbeitsmarkt sind ein Grund für zunehmende Hektik in Heimen und Spitälern, Spardruck und Rationierung ein anderer.

Man hört in diesem Zusammenhang Stimmen, die sich grundsätzlich gegen Rationierungen wehren. Es wird zum Beispiel darauf verwiesen, dass durchaus zehn oder mehr Prozent der nationalen Gesundheitsausgaben, oder mehrere Milliarden Franken, einzusparen wären, wenn nur der Wille dazu bestünde. Andere leugnen nicht ein immenses Sparpotenzial, sind aber überzeugt, dass grössere volkswirtschaftliche Einsparungen gegen die verschiedensten Interessenvertreter politisch unmöglich durchzusetzen sind.

## Verdeckte Rationierung

Der Zürcher Stadtarzt *Albert Wettstein* und seine geladenen Referenten setzten sich an einer Vorlesungsreihe an der Universität Zürich ohne Scheuklappen mit dem Thema «Rationierung im Gesundheitswesen» auseinander.

Die Theologin *Ruth Baumann-Hölzle* vom Ethik-Zentrum der Universität Zürich wehrte sich vehement dagegen, dass die Verteilungsproblematik an die Entscheidungssträger am Krankenbett delegiert wird. Das Grunddilemma im

Gesundheitswesen ist für sie die weltweite Explosion des Wissens und der Handlungsmöglichkeiten in Medizin und Pflege, welche zu einer Kostenspirale führen, für welche die finanziellen Ressourcen nicht mehr ausreichen. Darum «bedarf es struktureller Änderungen und einer klaren, transparenten Prioritätensetzung im schweizerischen Gesundheitswesen.» Meist braucht sie aber den brisanteren Begriff «Rationierung», wenn sie Prioritätensetzung meint, weil es letztlich auch um den Verzicht auf unter Umständen sinnvolle Handlungen gehen könne.

Welche Thesen und Lösungsansätze man auch immer vertritt, für Baumann-Hölzle bestehen gewichtige Gegenargumente, die jeden Diskussionsteilnehmer in Erklärungsnotstand bringen. Beurteilt man die zur Verfügung stehenden Mittel als ausreichend und Rationierung als vermeidbar, so hat man das Problem zu lösen, dass es keine unbeschränkten Geldmengen gibt, der wachsende Bedarf somit anderswo abgezogen werden muss und dass die Gesundheitsbedürfnisse generell grenzenlos sind. Akzeptiert man Rationierung als unvermeidbar, so stellen sich die Probleme der Entscheidungswillkür und von allgemeinverbindlichen Kriterien in einer pluralistischen Gesellschaft.

“Rationalisiert wird, vereinfacht gesagt, wenn eine sinnvolle Leistung günstiger, rationiert, oder gar nicht mehr erbracht wird.”

Kritisch betrachtet sie die Versuche, der Kostenexplosion mit Globalbudgets beizukommen. Diese könnten zwar zu Qualitätsverbesserungen bei der Behandlung und Betreuung von kranken

Menschen führen, doch das Rationalisierungspotenzial sei dabei begrenzt, Rationalisierung werde zu Rationierung und führe schliesslich zu einer Qualitätsreduktion, indem Stellen nicht mehr besetzt, Teile von Intensivpflegestationen geschlossen werden und längere Wartezeiten für Allgemeinpatienten entstehen. «Diese Rationierungsmassnahmen werden aber nicht offen deklariert, sondern verdeckt im Namen der Rationalisierung durchgeführt.» Rationalisiert wird, vereinfacht gesagt, wenn eine sinnvolle Leistung günstiger, rationiert, oder gar nicht mehr erbracht wird.

Auch für *Oswald Oelz*, Chefarzt am Zürcher Triemlispital, werden durch die Globalbudgets die Spitäler gezwungen, vermehrt Allokationsentscheide (Zuteilungsentscheide von medizinischen Ressourcen) zu treffen, für die noch keine durch einen Konsens entwickelten Kriterien vorhanden sind. «Bei notwendigen, aber nicht unbedingt lebensnotwendigen Leistungen behandeln eine Reihe von Faktoren, einschliesslich des Versicherungsgrades eines Patienten die medizinische Versorgung.» Er fordert daher einen politischen Prozess, um dieses Manko zu beheben.

## Modelle und Kriterien

Albert Wettstein zitierte mögliche Kriterien und bestehende Prioritätenlisten\*. Mit der Garantie der Menschenwürde, der Rechtsgleichheit und dem Diskriminierungsverbot schränkt die Verfassung die möglichen Rationierungskriterien bereits erheblich ein.

Er erwähnte ein niederländisches Modell, das bereits vor Jahren eine breite öffentliche Diskussion über Prioritäten und Allokationskriterien ausgelöst habe. «Dabei entwickelte sich ein Grundkonsens, dass Entscheidungen für eine rationale Ressourcenallokation notwendig sind, d.h. dass unnütze und in einem schlechten Kosten-/Nutzenverhältnis stehende Leistungen zu reduzieren sind, dass aber keine Personengruppen vom Leistungskonsum ausgeschlossen werden dürfen.» Eine Kommission der Niederländischen Regierung schlug darauf vor, dass die gesetzliche Krankenversicherung nur noch Leistungen decken soll, bei denen vier Fragen aus

\* aus: Günter Feuerstein, Ellen Kuhlmann (Hrsg.): Rationierung im Gesundheitswesen; Ullstein Medical; Wiesbaden, 1998.

gesellschaftlicher Sicht positiv beantwortet werden können:

1. Ist die Leistung wirklich notwendig?
2. Ist die Leistung wirksam?
3. Wird die Leistung wirtschaftlich erbracht? (Leistungen, die hohe Kosten verursachen, wenig effizient erbracht werden und wenig effektiv sind, sollen nicht mehr durch die soziale Krankenversicherung gedeckt werden.)
4. Kann das Individuum für die Leistung verantwortlich gemacht werden? (Leistungen, welche individuell getragen werden können – Bagatell-Leistungen –, sollen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen entfernt werden.)

In Neuseeland wurde mittels Bevölkerungsbefragungen und Experten-Hearings eine Prioritätenliste festgelegt:

- *Höchste Priorität geniessen die medizinische Versorgung für geistig Kranke, die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, die Kinderheilkunde und die ambulante und stationäre Grundversorgung.*
- *Mit mittlerer Priorität folgen Leistungen der Notfalldienste, Sterbebegleitung, Rehabilitationsmassnahmen sowie Präventionsleistungen und medizinische Versorgung für Kinder und ihre Eltern.*
- *Niedrige Priorität haben rein lebensverlängernde Massnahmen ohne Wirkung auf die Lebensqualität, unabhängig von den eingesetzten Ressourcen und verursachten Kosten, aber auch die unnötige Nutzung teu-*

*rer Medizintechnik oder chirurgische Massnahmen, die nur wenigen Patienten etwas nützen sowie Leistungen mit einem schlechten Kosten-Nutzenverhältnis.*

Man kommt um die Feststellung nicht umhin, dass allen Fragen und Prioritätenlisten ungelöste Wertekonflikte und widersprüchliche Kriterien zugrunde liegen und dass sie einen beträchtlichen Interpretationsspielraum offenlassen.

In verschiedenen Untersuchungen wurden Prioritätenlisten mit Hilfe von repräsentativen Bevölkerungsumfragen erstellt. Dabei erlebte man stets sehr deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen gesellschaftlichen Gruppen und eine rasche Verschiebung der Prioritäten im Zeitablauf.

Kriterien für solche Listen werden viele erwähnt: Alter, sozialer «Wert», Finanzkraft, Eigenverschulden, Erfolgsprognose... Die Unvereinbarkeit mit grundlegenden ethischen Prinzipien braucht dabei gar nicht erwähnt zu werden. Es stellt sich die Frage, ob eine grössere gesellschaftliche Einigkeit entsteht, wenn die Rationierungsdiskussion erst einmal breit und ernsthaft geführt wird.

### Grundsatzfragen

Fragen nach dem Wert von Leben stellte sich alt Nationalrat *Otto Nauer*, dessen inzwischen verstorbene Frau vor rund 18 Jahren an Alzheimer erkrankte.

Schlimmste Verbrechen sind begangen worden, weil sich Machthaber anmassen, über wertiges und unwertes Le-

ben zu entscheiden. Die ethisch korrekteste Grundlage für medizinische Handlungen bilden zweifelsohne die Eigenentscheidungen. Doch was heisst das für Menschen, die nicht mehr in der Lage sind, eine Patientenverfügung zu machen oder sie zu erneuern? Auch für die Angehörigen ist es äusserst delikat, für einen anderen Menschen einen Entscheid von grösster Tragweite zu fällen. *Otto Nauer* erinnerte sich an die Frage, die nach dem dritten schweren Sturz seiner Frau an ihn gestellt wurde: Ob man ihr Antibiotika geben und damit das Sterben mit Alzheimer verlängern soll oder ob man ihr die Möglichkeit lassen soll, an der Lungenentzündung, die durch die Rippenbrüche auftrat, einen «schönen» Tod zu sterben. Im Wissen um den starken Lebenswillen seiner Frau entschied er sich für Antibiotika. Denn das kognitive Leben des Alzheimer-Patienten baue ab, doch das emotionale Leben verändere sich kaum. *Nauer* kritisierte die Form von Rationierung, wenn von den Krankenkassen für einen Vollpflegefall zu Hause nur eine Pflegestunde pro Tag vergütet wird.

### «Knappe Güter»

*Markus Weber*, Transplantationsmediziner am Universitätsspital Zürich, hat es mit ganz anderen Rationierungsursachen zu tun: Mit der Knappheit der Spenderorgane. Wenn auch beispielsweise eine Nierentransplantation sowohl gesundheitlich wie finanziell gegenüber einer Dialyse eine deutlich bessere Bilanz aufweise, so müsse aus Organmangel in zahlreichen Fällen eine Transplantation aufgeschoben oder eine alternative Behandlungsmethode gewählt werden. Zwar könnte durch eine Verbesserung der in der Schweiz recht mässigen Spendewilligkeit der Rationierungszwang etwas verkleinert werden, doch die Frage, wie ein «knappes Gut» verteilt werden soll, stellt sich für den Spezialist für Nierentransplantationen zwingend. Er beantwortet sie nach fünf Kriterien von Benefit (Nutzen): Der Grad, die Dauer und die Kosten des Benefits, die Wahrscheinlichkeit, dass ein Benefit eintritt und die Anzahl Leute, die davon profitieren. Doch daraus kann immer noch auf sehr verschiedene Allokations-Methoden geschlossen werden:

- a) Der Reihe nach
- b) Jene mit den besten Voraussetzungen zuerst
- c) Der Kränkste zuerst
- d) Der Kränkste zuletzt

Wiederum ist offensichtlich keine Methode wirklich objektiv und fair, und für fast jeden möglichen Entscheid lässt sich auf eine Methode zurückgreifen.

## Prioritäten setzen

Die Vorlesungsreihe war eher eine Bestandesaufnahme über die noch schwach entwickelte Rationierungsdiskussion, als eine kontroverse Auseinandersetzung unter Fachleuten. Dass alle eine breite Diskussion über das Thema forderten, ist immerhin schon etwas. Auch an der Feststellung, dass es im Gesundheitswesen knappe Güter gibt, die Entscheidungskriterien bedingen, rüttelte niemand. Die unterschiedlichen Ansichten werden sich im Verlauf der Diskussion sicher deutlicher herauskristalisieren. Und weil es einmal mehr um Verteilungskämpfe zwischen Bevölkerungsgruppen geht, ist anzunehmen, dass gelegentlich auch mit harten Bandagen gekämpft werden wird. Bis anhin verläuft die Diskussion sachlich, eher unter Spezialisten, was die Schwere der Aufgabe aller Entscheidungsträger im Gesundheitswesen aber keineswegs reduziert.

Auch um die gesellschaftliche Diskussion zu vertiefen, wird ein kommender Schwerpunkt *Albert Wettsteins* und der Zürcher Stadtmedizin sein, Alte vermehrt zu informieren und zu befähigen, Entscheide zu treffen. *Wettstein* möchte, dass aus «Behandlungsobjekten» handelnde Subjekte werden.

Und noch eine Einigkeit: In der Medizin müssen Prioritäten gesetzt werden. Dies meint grundsätzlich nichts anderes als Rationieren, klingt aber korrekter und weniger dramatisch, wenn man sich als Alternative den freien Wettbewerb unter den Leistungsanbietern vor Augen führt. Kritische Vorfälle wollen alle verhindern. Streiten wir also nicht über die Frage «Rationieren – ja oder nein?» sondern diskutieren wir, wie wir es transparent, sinnvoll und demokratisch tun.

*Reimar Halder*

## Benachteiligtes Alter

Klar ist nach solchen und ähnlichen Voten, dass die Kriterien der Zuteilung von knappen Gütern durchwegs die ältere Generation benachteiligen, wodurch sich für die meist älteren Zuhörer die brennende Frage stellte, wie man auch im Alter zu seinem Recht kommt.

Der leitende Arzt für Kardiologie am Triemlispital, *Osmund Bertel*, nahm diesbezüglich kein Blatt vor den Mund. Es sei selbstverständlich, dass rationiert werde, der Zugang der Nachfragenden zu bestimmten Dienstleistungen des Gesundheitswesens sei stets beschränkt und rationiert werde dabei vornehmlich auf undurchsichtige Weise. Er erwähnte Faktoren wie Informationsstand, Durchsetzungskraft, sozialer Status, Alter, Geschlecht und finanzielle Leistungsfähigkeit, die, nicht offiziell, zu Zugangsbeschränkungen zu medizinischen Leistungen führen können. Obwohl für eine Diskriminierung von alten Menschen nicht im Ansatz irgendwelche Grundlage besteht, sei mit dem Alter aus verschiedenen Gründen eine Zugangsbeschränkung verbunden: Die geringe verbleibende Lebenserwartung und -qualität, der tiefe soziale Wert als Leistungserbringer, der tendenziell hohe Aufwand der Leistungen, der oft tiefe Informationsstand und das vermutete geringe Durchsetzungsvermögen. Bertel macht sich keine Illusionen. Die gleiche

Qualität für alle sei unrealistisch und nicht erreichbar. Auch er plädiert für eine Demokratisierung und breite Auseinandersetzung mit dem Thema.

### Primat der Politik

Die politische Zunft vertrat der Zürcher Stadtrat und Vorsteher des Gesundheits- und Umweltschutzdepartements, *Robert Neukomm*. Die Einmischung der Bevölkerung in die Rationierungsdiskussion sei sehr wichtig, gerade jetzt, da sie erst von wenigen Politikern geführt werde und deren Meinungen noch keineswegs abschliessend gemacht seien. «Bevor eine Rationierung überhaupt in Frage kommt, sind alle anderen Möglichkeiten zur Kostendämpfung auszuschöpfen», sagte er, obwohl auch er weiss, dass Formen von Rationierung bereits existieren. Er hofft ausserdem, dass die zu führende gesellschaftliche Diskussion auch zu einer verstärkten Auseinandersetzung über die Sinnfrage des Lebens und die Anerkennung der Sterblichkeit beiträgt.

Ganz im Sinne der Zuhörer forderte er, es müsse verhindert werden, dass das Lebensalter für sich allein ein Rationierungskriterium sei. Dem Umstand, dass alte Menschen in jedem Rationierungsmodell benachteiligt werden, sei mittels speziellen Aufwendungen in der Altersmedizin Rechnung zu tragen. Ferner darf für ihn das Primat der Politik nicht angetastet werden, wenn es um

Politik  
wird immer noch  
mit dem Kopf  
und nicht mit dem  
Kehlkopf gemacht.

Kurt Tucholsky

Entscheide über Rationierungskriterien und -modelle geht. «Nicht irgendwelche Fachleute sollen entscheiden, sondern gegebenenfalls der Souverän.»

Schön, so wünschte man sich abschliessend, wenn Geboten wie dem Strategischen Leitsatz aus Neukomm's Departement konsequent nachgelebt wird: «Das Gesundheits- und Umweltschutzdepartement sorgt dafür, dass allen Stadtzürcherinnen und Stadtzürchern, unbesehen ihrer sozioökonomischen Situation, im Bedarfsfall ein adäquater Platz in einem Spital, in einem Krankenhaus oder in einer anderen geeigneten Einrichtung sowie ein gut ausgebautes Spitex-Angebot zur Verfügung stehen. Dabei werden sie in medizinischer, pflegerischer, therapeutischer und betreuungsrechtlicher Hinsicht qualitativ und quantitativ angemessen versorgt.» Niemand hätte mehr irgend etwas zu befürchten. ■

## PRESSEAUFRUF ZUM TAG DER KRANKEN 2000

von Frau Dr. G. H. Brundtland, Generaldirektorin der Weltgesundheits-Organisation WHO

### Kranke betreuen geht uns alle an

Der TAG DER KRANKEN: ein Tag der Solidarität mit Mitmenschen, denen das Leben nicht so offen steht, wie sie es sich wünschen möchten. Kranksein heisst, mit Einschränkungen fertig zu werden. Dies heisst meistens auch, auf andere angewiesen zu sein: auf liebevolle Angehörige, auf sorgsames Pflegepersonal, auf kompetente und einfühlsame medizinische Fachleute. Für kranke Menschen ist es wichtig, dass die Umgebung ihre spezifischen Bedürfnisse wahrnimmt und diesen entgegenzukommen versucht. Eine gute Betreuung von Kranken kann nicht einfach von oben verordnet werden: sie ist in erster Linie ein Akt der Mitmenschlichkeit.

In allen Kulturen haben sich seit jeher die Frauen der Pflege kranker Menschen angenommen. Frauen kümmern sich um kranke Kinder, pflegebedürftige Familienangehörige und Nachbarn. Frauen setzen sich ein als Krankenschwestern, Pflegerinnen, Therapeutinnen, Ärztinnen. Ein grosser Teil der Pflegearbeit wird von Frauen auch heute noch unentgeltlich geleistet, weibliche Berufe sind traditionell unterbezahlt.

Motto zum Tag der Kranken 2000,  
Sonntag, 5. März 2000:

**«Kranke betreuen – nur Frauensache?»**

Der WHO ist es ein Anliegen, dass diese unentbehrliche Arbeit gesellschaftlich mehr Anerkennung findet und die Betreuung von Kranken zu unserer aller Sache wird. Die Erfahrung und Anliegen von Personen, die sich in der Pflege engagieren, müssen in der Öffentlichkeit mehr Gehör finden, denn dadurch erhalten auch die Kranken eine stärkere Stimme. Eine Gesundheitspolitik, die ihren Namen verdient, darf nicht nur Kostenrechnung betreiben, sie muss auch zentrale Fragen der unmittelbaren Praxis aufnehmen. Der TAG DER KRANKEN ist deshalb auch ein Tag der Solidarität mit jenen, die die Hauptarbeit bei der Betreuung kranker Mitmenschen leisten.