ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of
ZBW
Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Noll, Bernd; Wolf, Sascha

Article

Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen aus ethischer Perspektive

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Noll, Bernd; Wolf, Sascha (2017) : Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen aus ethischer Perspektive, Wirtschaftsdienst, ISSN 1613-978X, Springer, Heidelberg, Vol. 97, Iss. 4, pp. 272-278, https://doi.org/10.1007/s10273-017-2129-y

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/196508

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

DOI: 10.1007/s10273-017-2129-y

Bernd Noll, Sascha Wolf

Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen aus ethischer Perspektive

In jeder Gesellschaft müssen Entscheidungen getroffen werden, die zwischen begrenzten Ressourcen auf der einen Seite und unbegrenzten Bedürfnissen auf der anderen abwägen. Für die Gesundheitswirtschaft gilt das in besonderem Maße. Dabei wird die demografische Entwicklung diesen Konflikt verschärfen. Die Innovationskraft der Gesundheitswirtschaft ist zugleich Ziel und Ursache eines zunehmenden Ressourceneinsatzes und damit steigender Gesundheitsausgaben. Die Autoren sehen Regeln für eine Rationierung als notwendig an, um eine gerechte und angemessene Verteilung der Ressourcen vornehmen zu können.

Der Einzug von Ökonomie und Wettbewerb in die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat ebenso wie staatliche Kostendämpfungsmaßnahmen dazu beigetragen, dass gemessen am Bruttoinlandsprodukt (BIP) die Gesundheitsausgaben in den letzten Jahren weitgehend stabil geblieben sind. Die eigentlichen Herausforderungen stehen jedoch erst noch bevor: Wenn in absehbarer Zeit die ersten Jahrgänge der sogenannten Baby-Boomer-Generation ein höheres Lebensalter erreichen, sind steigende Gesundheitsausgaben vorprogrammiert. Die Politik wird daher nicht umhinkommen, über weitere Reformmaßnahmen nachzudenken.

Doch der Widerstand gegen eine weitere Ökonomisierung des Gesundheitswesens wächst zusehends. Insbesondere die für das öffentliche Meinungsbild wichtige Ärzteschaft propagiert einen grundlegenden Konflikt zwischen Medizin und Ökonomie. Deren Einwände, wirtschaftliche Anreize stünden im Widerspruch zur patientenorientierten Behandlung und führten zu Qualitätsverlusten in der Versorgung,[1] müssen ernst genommen werden und bedürfen einer sorgfältigen Überprüfung. Die Bereitstellung von mehr Ressourcen ist jedoch kein Garant für ein leistungsfähigeres System. Im Gegenteil: Vorhandene strukturelle Probleme würden durch ein üppigeres Finanzierungspolster weiter verfestigt und verschärft. Internationale Vergleiche zeigen zudem, dass höhere Ausgaben nicht unbedingt zu höherer Versorgungsqualität führen.[2]

Angesichts der anstehenden Herausforderungen ist es an der Zeit, eine gesellschaftliche Diskussion über die Verteilung öffentlicher Mittel sowie die Chancen und Grenzen der Ökonomisierung des Gesundheitswesens zu führen.[3] Folgende Zusammenhänge sind dabei zu beachten: Der Gesundheitszustand der Bevölkerung insgesamt ist ein öffentliches Gut: Das Arbeitskräftepotenzial wird gestärkt, Ansteckung und Invalidität mit negativen Kosten für die Allgemeinheit vermieden. Höhere Gesundheitsausgaben haben in der Vergangenheit auch für mehr Lebensqualität und für eine ständig steigende Lebenserwartung gesorgt. Dabei hat sich in den letzten Jahrzehnten fast unmerklich ein Bedeutungswandel vollzogen. Ging es in den 1950er und 1960er Jahren noch darum, ein elementares Versorgungsniveau sicherzustellen, so ist der Anspruch heute, ein möglichst hohes Maß an Verwirklichungschancen (= Capabilities) zu realisieren.[4] Da die öffentliche Finanzierung der daraus abgeleiteten Handlungsvorgaben früher oder später an Grenzen stößt, sind die normativen Koordinaten und damit der öffentliche Auftrag zu reflektieren und gegebenenfalls neu zu justieren. Anders formuliert: Das Gesundheitswesen benötigt einen gesellschaftlich akzeptierten, normativ zu bestimmenden Rahmen, in dem es sich bewegen kann. Erst dann kann entschieden werden, auf welcher Ebene und in

1 Bundesärztekammer (Hrsg.): Beschlussprotokoll, 119. Deutscher Ärztetag, 24.-27.5.2016.

2 Health Consumer Powerhouse: Euro Health Consumer Index 2015, http://www.healthpowerhouse.com/en/news/euro-health-consumer-index-2015 (30.12.2016).

3 Vgl. R. Busse, D. Ganten, S. Huster, E. Reinhardt, N. Suttorp, U. Wiesing: Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem, Diskussion, Nr. 7, Leopoldina 2016.

4 Zum Capability-Ansatz vgl. A. Sen: Ökonomie für den Menschen. Wege zur Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft, 3. Aufl., München, Wien 2005, S. 13, S. 28 ff.

Prof. Dr. Bernd Noll lehrt Wirtschaftsethik und Volkswirtschaftslehre an der Hochschule Pforzheim.

Prof. Dr. Sascha Wolf lehrt dort Volkswirtschaftslehre und Gesundheitsökonomik.

welcher Form über Allokations- und Verteilungsfragen im Gesundheitswesen entschieden werden sollte.

Ausgangstatbestände

Über 15 Jahre sind nunmehr vergangen, seit der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen den Begriff der gleichzeitigen Über-, Unter- und Fehlversorgung geprägt[5] und damit die Weichen für eine partielle Neuorientierung der gesundheitspolitischen Strategie gestellt hat. Das seit Mitte der 1970er Jahre dominierende Ziel der staatlich administrierten Kostendämpfung wich dem neuen politischen Paradigma des Wettbewerbs in der GKV. Doch trotz merklicher Erfolge bleiben die zentralen Probleme, hohe Gesundheitsausgaben bei gleichzeitig ineffizientem Mitteleinsatz, bestehen.

In der Rangfolge der weltweit teuersten Gesundheitswesen hat sich Deutschland in den vergangenen Monaten um eine Stufe nach oben gearbeitet und teilt sich nun gemeinsam mit Schweden mit 11,1% am BIP den dritten Platz.[6] Festzuhalten bleibt allerdings, dass die Ausgabenquote seit der deutschen Wiedervereinigung weitgehend konstant geblieben ist.[7] Im Gegensatz hierzu ist in den kommenden Jahren jedoch mit überproportional stark anwachsenden Gesundheitsausgaben zu rechnen. Das Statistische Bundesamt schätzt, dass der Altenquotient 65, d.h. die Zahl der Menschen, die 65 Jahre und älter sind, im Verhältnis zu 100 Personen im erwerbsfähigen Alter von 20 bis unter 65 Jahren, von 34 (2013) auf 54 bis 58 (2035) steigen wird.[8] Die vorhersehbare Erosion der Finanzierungsbasis der GKV wird ab dem Jahr 2020 zutage treten, wenn die ersten Kohorten der geburtenstarken Jahrgänge sukzessive in das Rentenalter eintreten. In Kombination mit einer altersbedingt zunehmenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen erscheint es unter der Annahme sonst gleicher Bedingungen unausweichlich, dass der GKV-Beitragssatz deutlich ansteigt.[9] Welche Höhe der Beitragssatz letztlich erreichen wird, ist und bleibt eine politische Variable, die abhängig von normativen gesellschaftlichen Allokations- und Verteilungsentscheidungen ist.

Während sich das deutsche Gesundheitswesen auf der Ausgabenseite an der Spitze in der Europäischen Union befindet, bleibt es auf der Leistungsseite den Nachweis einer entsprechend hohen Versorgungsqualität schuldig. Zumindest bei den von der OECD ausgewählten Indikatoren zur Messung von Effektivität und Qualität der Versorgung landet Deutschland fast durchgehend im europäischen Mittelfeld.[10] Die vergleichsweise großen Kapazitäten schlagen sich weniger in besseren medizinischen Ergebnissen als vielmehr in einer höheren Aktivität nieder: Die Deutschen gehen laut internationaler Vergleichsstatistiken weit überdurchschnittlich häufig zum Arzt.[11] Ähnliches gilt für den stationären Bereich: In Deutschland kommen auf 1000 Einwohner 256 Krankenhausentlassungen im Jahr, in den Niederlanden gerade einmal 119.[12] Einzelne Indikationsbereiche fallen besonders auf: So werden in Deutschland pro 100 000 Einwohner anderthalb mal so viele Knieprothesen eingesetzt wie im EU-Durchschnitt.[13]

Während Kennziffern wie diese und eine noch immer vergleichsweise hohe Bettendichte sowohl Überkapazitäten als auch Überversorgung im stationären Sektor vermuten lassen, mehren sich gleichzeitig die Indizien für partielle Unterversorgung. Zwar lassen sich die medial gerne kolportierten sogenannten „blutigen Entlassungen“ anhand der im internationalen Vergleich noch immer eher hohen Verweildauern im Krankenhaus statistisch nicht bestätigen. Wohl berechtigte Befürchtungen von Versorgungslücken beim Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich haben jedoch den Gesetzgeber wiederholt dazu veranlasst, das Entlassmanagement systematisch auszubauen und zu verbessern.[14]

Insgesamt ist festzuhalten, dass die Gemengelage aus hohen Gesundheitsausgaben, hoher medizinischer Aktivität bei durchschnittlichen Ergebnissen und zumindest partiellen Versorgungslücken bei großzügigen Kapazitäten erhebliche Zweifel daran aufkommen lassen, dass die Gesundheitsleistungen im deutschen Gesundheitssystem effizient erbracht werden.

5 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Jahresgutachten 2000/2001, Baden-Baden 2001, Bd. III.
6 OECD: Health at a Glance: Europe 2016, S. 117.
7 Ausführlich hierzu S. Erbe: Gesundheitsausgaben: Kostenexplosion und Alterslasten?, in: Wirtschaftsdienst, 92. Jg. (2012), H. 6, S. 420-422, http://archiv.wirtschaftsdienst.eu/jahr/2012/6/gesundheitsausgaben-kostenexplosion-und-alterslasten/ (29.3.2017).
8 Statistisches Bundesamt: 13. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, 2015, S. 7.
9 Die Prognose zukünftiger Beitragssätze hängt von zahlreichen Annahmen, insbesondere hinsichtlich der Korrelation von Alter und Morbidität sowie der Höhe des kostentreibenden Einflusses des medizinisch-technologischen Fortschritts, ab. Im Extremfall wäre ein hypothetischer Beitragssatz von über 50% möglich; vgl. z.B. F. Beske: Gesundheitsversorgung von morgen: Was kommt auf Versicherungen, was auf Ärzte und was auf Patienten zu?, Stuttgart 2014.
10 OECD, a.a.O., S. 126-148.
11 S. Mangiapane et al.: Verwirrung um Arztkontakte – wie oft gehen die Deutschen tatsächlich zum Arzt?, 12.4.2013, http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/pdf/Statement_Arztkontakte.pdf (19.1.2017).
12 OECD, a.a.O., S. 168.
13 Deutschland 2014: 194, EU-Durchschnitt: 130; vgl. ebenda, S. 173.
14 Seit dem Versorgungsstrukturgesetz 2012 ist das Entlassmanagement ein Teil der Krankenhausbehandlung. Mit dem im August 2015 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sind alle Krankenhäuser verpflichtet worden, für jeden Patienten ein Versorgungsmanagement zu initiieren.

Die ordnungsethische Sicht: eine fragwürdige gesundheitspolitische Debatte

Das Gesundheitswesen ist in vielen Bereichen noch immer marktwirtschaftlichen Prinzipien entzogen.[15] Für den normalen Arbeitnehmer besteht eine Zwangsmitgliedschaft in einer der Gesetzlichen Krankenversicherungen. Die Prämien sind zum großen Teil hoheitlich fixierte Beiträge. Sie hängen nicht von den individuellen Krankheitsrisiken, sondern von dem erzielten Arbeitseinkommen ab. Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen basiert nicht auf der Zahlungsbereitschaft und der damit offen gelegten Wertschätzung, sondern auf einem gesetzlich definierten Leistungsanspruch.

Dieses institutionelle Design beruht auf drei zumindest impliziten Wertentscheidungen:

- Leistungen des Gesundheitswesens sollen über eine solidarische Finanzierung erfolgen. Der Zugang zu Gesundheitsgütern nach Zahlungsfähigkeit und -bereitschaft wird als ungerecht bewertet, weil Gesundheit als Voraussetzung für ein gelingendes Leben angesehen wird. Gesundheit ist zu wichtig, um sie dem Markt und der Zahlungsfähigkeit des Einzelnen zu überlassen. Die Frage nach Mitverantwortung für gesundheitsbewusstes Verhalten oder Selbstverschuldung von Krankheiten wird nicht gestellt. Auch einen Selbstbehalt soll es grundsätzlich nicht geben.

- Alle Menschen sollen zudem eine möglichst umfassende und den anerkannten medizinischen Standards entsprechende medizinische Versorgung zur Heilung von Krankheiten und zur Linderung ihrer Leiden erhalten. Die Leistungsversorgung ist vom Egalitätsprinzip geprägt. Jeder soll in einer vergleichbaren Situation die gleiche Versorgung erfahren. Das Gesundheitssystem wird damit zur egalitären Insel innerhalb einer ansonsten wenig egalitären Gesellschaft.

- Das Ziel Beitragssatzstabilität besagt schließlich, dass die Einnahmen der GKV sich parallel zur Lohnsumme und nicht stärker entwickeln sollen. Diese Wertentscheidung ist primär der Einsicht geschuldet, dass die Sozialversicherungsbeiträge Lohnnebenkosten darstellen und eine weitere Erhöhung der Lohnnebenkosten die Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft und vieler Arbeitsplätze beeinträchtigt.

Denkt man diese Wertentscheidungen zu Ende, kann dies nur als ein unmoralisches Spiel auf der Ordnungsebene interpretiert werden, denn statt selbst Entscheidungen zur Lösung der Diskrepanz zwischen der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung zu fällen, weichen die politischen Entscheider dieser genuin politischen Aufgabe aus. Stattdessen wird der Druck bisher auf die Anbieter von Gesundheitsleistungen weitergegeben.

Zum Vorrang der Rationalisierung

Wenn die Finanzierungsbasis für das Gesundheitswesen aufgrund der politischen Vorgaben nicht erweitert werden soll, bleiben als Strategien zur Beseitigung der Finanzierungsprobleme nur Rationalisierung und Rationierung. Rationalisierung bedeutet das Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven, um ein gegebenes Versorgungsniveau mit geringerem finanziellem Aufwand zu gewährleisten. So können Doppeluntersuchungen, z.B. bei ambulanter Behandlung und dann bei Einweisung ins Krankenhaus, mit verbesserter Kommunikationspolitik der Leistungserbringer untereinander reduziert werden. Rationalisierung ist vom Grundsatz her ein moralisches Vorgehen. Ärzten, die ihr Recht auf Therapiefreiheit dagegen ins Spiel bringen, muss entgegengehalten werden, dass es keinen Anspruch auf Verschwendung gibt.[16] Es herrscht ein großer Konsens, dass Rationalisierung vor Rationierung geht.[17] Mit Rationalisierung wird man die Rationierungsdebatte allerdings nur aufschieben, aber nicht vermeiden können. Es gibt nicht beliebig viel Rationalisierungspotenzial bei personenbezogenen Dienstleistungen wie dem Gesundheitswesen. Hinzu kommt, dass die Unterscheidung von Rationalisierung und Rationierung häufig nicht trennscharf ist: Die Zusammenlegung von Krankenhäusern oder die Konzentration von Fachabteilungen an einem Standort sind als Rationalisierung gedacht, können unter der Fragestellung: „Erreichbarkeit im Notfall“ aber auch als Rationierungsmaßnahme interpretiert werden.

Rationierung – Instrumente und Ansätze

Es gibt bereits verschiedene Formen der Rationierung, die auch praktiziert werden:[18]

- Die GKV kennt offene, explizite Formen von Rationierung wie den Leistungsausschluss. Gewisse Leistungen wie Schutzimpfungen bei Urlaubsfernreisen, Zahnersatz,

15 J.-M. Graf von der Schulenburg, K. Damm: Ökonomisches Handeln ist ethisches Handeln: Werturteile als Rahmen gesundheitsökonomischer Forschung, in: G. Rüter et al. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie und Wirtschaftspolitik, Festschrift zum 70. Geburtstag von Prof. Dr. Dr. h.c. Peter Oberender, Stuttgart 2011, S. 416.

16 B. Schöne-Seifert: Was sind „gerechte“ Verteilungskriterien, in: J. Mohr, C. Schubert (Hrsg.): Ethik der Gesundheitsökonomie, Heidelberg u.a.O. 1992, S. 35.

17 Vgl. z.B. Deutscher Ethikrat: Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung, Berlin 2011, S. 18.

18 Einen systematischen Überblick über Rationierung medizinischer Leistungen geben F. Breyer, P. Zweifel, M. Kifmann: Gesundheitsökonomik, 6. Aufl., Berlin u.a.O. 2013, S. 231 ff.

Brillengestelle oder Massagen werden aus dem Leistungskatalog ausgenommen oder die Leistung wird begrenzt. Auch Arzneimittel zur Behandlung geringfügiger Gesundheitsstörungen sind von der Erstattung ausgenommen, z.B. Abführmittel, Hustensaft oder Nasenspray.

- Implizite Rationierung wird bei kapazitätsbedingten Knappheiten praktiziert, bei denen nicht alle legitimen Ansprüche befriedigt werden können.[19] Dies gilt z.B. bei langen Wartezeiten für gewisse Fachärzte, die strukturell vorgegeben und daher politisch gewollt sind. Dies wird auch bei der Vorhaltung von Intensivbetten verschiedentlich behauptet, die z.B. bei kontingenten Geschehnissen mit mehreren bedürftigen Patienten nicht ausreichen, um allen Patienten eine adäquate Gesundheitsversorgung zu gewähren.

- Bei der expliziten Rationierung lässt sich zwischen harter und weicher Rationierung unterscheiden: Man kann von harter Rationierung beispielsweise in der Transplantationsmedizin sprechen. Hier besteht ein absoluter Mangel an Spenderorganen.[20] Das Angebot an Organen ist durch die Zahl hirntoter Patienten und deren Spendenbereitschaft determiniert. Die Ressourcen sind nicht ausdehnbar, weil ein Zukauf illegal wäre; die Knappheit ist also nicht zu beheben.[21] Eine weiche Rationierung gibt es demgegenüber beim Zahnersatz. Hier ist die Erstattung durch die Sozialversicherung beschränkt, der Zukauf an gesundheitlichen Leistungen ist jedoch erlaubt und unterliegt privater Disposition (z.B. durch Abschluss einer zusätzlichen Privatversicherung).

Rationierung setzt, wenn dies auch nicht immer explizit gemacht wird, eine Priorisierung voraus,[22] d.h. die Feststellung einer bestimmten Vorrangigkeit von Indikationen, Verfahren oder Patientengruppen. Nur wenn Prioritäten gesetzt werden, lässt sich darauf aufbauend rationieren. Von der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) sind medizinethische Priorisierungskriterien vorgestellt worden, die sich an drei „medizinnahen“ Kriterien, also an Indikationen orientieren:[23]

- Medizinische Bedürftigkeit: Schweregrad der Erkrankung und die Dringlichkeit des Eingreifens. Dahinter steht das humanitäre Anliegen, schwer leidenden Menschen zu helfen.

- Erwarteter medizinischer Nutzen einer Behandlung: Die medizinische Behandlung muss eine gesundheitsfördernde Wirkung haben. „Auch in Grenzsituationen kann es nicht um die Erfüllung persönlicher Wünsche nach bestimmten Heilmethoden gehen, für die jeglicher Wirksamkeitsnachweis fehlt.“[24] Hier kommt der Grundgedanke der evidenzbasierten Medizin ins Spiel.

- Kosteneffektivität: Dieses Ziel stellt darauf ab, dass unter der Bedingung insgesamt begrenzter Mittel zu berücksichtigen ist, welche Kosten ein medizinischer Nutzengewinn verursacht. Mit den begrenzt verfügbaren Ressourcen soll ein möglichst großer gesundheitlicher Effekt, gemessen am Zugewinn an Lebenszeit und Lebensqualität, erzielt werden. Wenn Maßnahmen mit einem sehr ungünstigen Kosten-Nutzen-Profil unterbleiben, können die freiwerdenden Ressourcen anderen Patienten mit einem größeren zu erwartenden Nutzen zugutekommen.

In der Gesundheitsökonomik werden diese Kriterien durch das Konzept des qualitätskorrigierten Lebensjahres (Quality Adjusted Life Year, QALY) präzisiert und operationalisierbar gemacht. Ein QALY repräsentiert ein Lebensjahr in vollkommener Gesundheit. Bei jeder medizinischen Behandlung wird nun überprüft, wie viele QALYs durch diese gewonnen und welche Kosten dadurch verursacht werden.[25] Auf diese Weise lassen sich Prioritätenlisten, sogenannte League-Tables, erstellen, anhand derer die knappen Ressourcen verteilt werden können.[26]

19 46% der befragten Chefärzte einer bundesweiten Studie in deutschen Krankenhäusern gaben an, aus ökonomischen Gründen bereits nützliche Maßnahmen vorenthalten oder durch weniger effektive, aber kostengünstigere Alternativen ersetzt zu haben. Vgl. A. Reifferscheid, N. Pomorin, J. Wasem: Ausmaß von Rationierung und Überversorgung in der stationären Versorgung. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage in deutschen Krankenhäusern, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 140. Jg. (2015), e129.

20 Postmortale Organe werden als Gemeineigentum behandelt; vgl. H. Kliemt: Ethische Konflikte im Gesundheitswesen, 2005, S. 5, https://www.socialpolitik.de/docs/oldtag/2005/Kliemt%20Vortrag.pdf (30.12.2016).

21 In Europa sterben schätzungsweise 15% bis 30% der Patienten auf den Transplantationslisten, bevor sie ein Spenderorgan erhalten können.

22 Priorisierung wird im Übrigen seit jeher praktiziert: So wird im Regelfall dem Aspekt der Dringlichkeit Rechnung getragen, und so haben lebensbedrohende Wunden Vorrang bei der Versorgung vor kleinen Wunden und Patienten müssen auf die ärztliche Behandlung warten, weil ein Notfall dazwischenkommt.

23 Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer: Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 2007, http://www.zentrale-ethikkommission.de/page.asp?his=0.1.53 (30.12.2016).

24 Ebenda, S. 6.

25 Vgl. O. Schöffski: Lebensqualität als Ergebnisparameter in gesundheitlichen Studien, in: O. Schöffski, J.-M. Graf von der Schulenburg (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Evaluation, 4. Aufl., Berlin 2012.

26 Kosten-Nutzwert-Analysen wie das Konzept des QALY haben den Vorteil der Praktikabilität, werden dem Anspruch der Objektivität jedoch nur eingeschränkt gerecht. So muss die Möglichkeit einer wertneutralen Messung von Lebensqualität infrage gestellt werden. Auch methodische Probleme hinsichtlich der systematischen Diskriminierung von alten und behinderten Menschen, der Annahme der Linearität des Nutzens oder die Fokussierung auf die Maximierung des Kollektivnutzens durch Aggregation der QALYs sind bislang noch nicht gelöst; vgl. z.B. Deutscher Ethikrat, a.a.O., S. 37 ff.

Ethische Konfliktlinien bei Rationierung

Das Thema „Rationierung der Leistungen im Gesundheitswesen“ gilt häufig noch als Tabuthema, um vermeintliche Bezüge zum dunkelsten Kapitel unserer Geschichte zu vermeiden. In einem liberalen Rechtsstaat, in dem alles staatliche Handeln subsidiären Charakter haben soll, ist dies nicht unproblematisch, zumal Patienten über Art und Umfang der Inanspruchnahme bei den meisten medizinischen Leistungen durchaus selbst entscheiden könnten und sollten. Das gebietet der Respekt vor der Autonomie des Patienten.[27] Allerdings müssen Wertkonflikte erkannt und diskutiert werden.

Eine Absenkung des öffentlich garantierten Leistungsniveaus ist nicht per se ethisch fragwürdig.[28] Knappheit an verfügbaren Ressourcen ist ein Grundtatbestand, mit dem die Menschen seit vorgeschichtlicher Zeit stets umgehen mussten. Für jeden privaten Haushalt ist es eine Notwendigkeit, das Einkommen auf verschiedene Verwendungszwecke aufzuteilen, zu priorisieren und zu rationieren. Das Problem der Knappheit kann nicht dadurch aufgehoben werden, dass es auf gesamtgesellschaftliche Ebene transponiert wird. Wer diesen Zusammenhang dennoch aufzulösen versucht und dem öffentlichen Gesundheitswesen mehr Ressourcen zur Verfügung stellen will, muss dann gegebenenfalls bei der Bildung oder der inneren Sicherheit Ressourcen einsparen. Rationierung ist also auf lange Frist gesehen unumgänglich, daher stellt sich nicht die Frage nach dem „Ob“, sondern nach dem „Wie“. Auch aus dem Grundgesetz wird man für den Bereich der Gesundheit nur die öffentliche Gewährleistung des „soziokulturellen Existenzminimum“, also eine gesundheitliche Mindestversorgung, zwingend einfordern können.[29]

Verschiedene Vorschläge knüpfen bei der Suche nach Rationierungskriterien an persönlichen Kriterien an, um zwischen gewissen Patientengruppen und der Legitimität ihres Anspruchs auf medizinische Leistung zu unterscheiden. Allerdings sind diese Kriterien recht umstritten: Der frühere Präsident der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, forderte 2009, dass Krankheiten, die durch einen gesunden Lebensstil vermieden werden können, künftig nicht mehr mit oberster Priorität behandelt werden sollten.[30] Er fordert damit die Einbeziehung des Kriteriums „Selbstverschuldung von Krankheiten“ bei einer Priorisierung. Darin steckt das verständliche moralische Anliegen einer Gesellschaft, ein höheres Maß an Eigenverantwortung einzufordern und die Bedeutung von Prävention gegenüber Heilung zu stärken. Die Kosten eines bewusst risikoorientierten Verhaltens könnten im Krankheitsfall – partiell oder vollständig – privatisiert werden. Allerdings setzt dieses Vorgehen gesicherte Kausalitäten voraus. Das ist bei einem Skiunfall oder bei einem misslungenen Gleitschirmsprung noch einigermaßen klar. Für solche Risiken muss die Allgemeinheit nicht zuständig sein, hier könnte eine Pflicht zur privaten Absicherung installiert werden. Doch die Zusammenhänge sind selten so eindeutig. Was gilt für Manager, Chirurgen oder Journalisten, die sich den Stress in ihrem Beruf mehr oder weniger selbst auferlegen, was häufig zu Magengeschwüren, Bluthochdruck oder Hörstürzen führt?

Gegen das Selbstverschuldungsprinzip wird zu Recht eingewandt, dass Krankheiten häufig multifaktoriell verursacht sind, also meist auf einem Zusammenwirken von Veranlagung und eigenem Verhalten beruhen. So ist z.B. der Zusammenhang zwischen Rauchen und Lungenkrebs zwar statistisch signifikant, aber individuell niemals konkret nachzuweisen. Auch ist die Frage nach der Freiwilligkeit des Handelns bei Suchtkrankheiten schwer zu beantworten. Erschwerend kommt hinzu, dass es sich häufig um langfristige Prozesse handelt, bis eine medizinische Maßnahme notwendig ist, sodass auch deshalb ein „Selbstverschuldungsgrad“ nur schwer zu bestimmen wäre. Den Ärzten käme daher bei der Beurteilung des Einzelfalles eine moralisch heikle Entscheidungskompetenz zu. Die sozialen Kosten einer solchen Verschuldungsregelung wären also hoch.

Ethisch problematisch als Form expliziter Rationierung wäre auch eine Altersbegrenzung, z.B. bei 75 Jahren, bis zu der kostenintensive Therapien wie Dialysebehandlungen oder kostspielige Operationen bei Herz- und Krebserkrankungen durchgeführt würden. Die medizinische Betreuung sollte – so die Vorstellungen – ab dieser Altersgrenze nicht mehr auf lebensverlängernde medizinische Leistungen abstellen, sondern sich auf stärker komfortstabilisierende Hilfe beschränken, also z.B. auf schmerztherapierende Maßnahmen. Hierin wäre nicht zwingend eine Altersdiskriminierung zu sehen, denn eine allgemeine Entscheidung zugunsten einer reduzierten Altersmedizin benachteiligt ja nicht eine bestimmte Bevölkerungsgruppe, da alle Menschen einmal alt werden. Sie ließe sich gegebenenfalls mit John Rawls über eine vertragstheoretische Ethik rechtfertigen, weil je-

27 Vgl. zu diesem ethischen Prinzip auch Deutscher Ethikrat: Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus, Stellungnahme, Berlin vom 5.4.2016, S. 68, http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf (8.1.2017).

28 Vgl. hierzu auch Deutscher Ethikrat: Kosten und Nutzen ..., a.a.O., S. 19. Die Grundfrage muss umgekehrt lauten: In welchem Umfange bedarf es im Gesundheitswesen öffentlicher Versorgungsgarantien? Dazu auch H. Kliemt, a.a.O., S. 14 f.

29 Dazu mit weiteren Nachweisen Deutscher Ethikrat: Kosten und Nutzen ..., a.a.O., S. 78.

30 O.V.: Spiegel-Streitgespräch „Ärzte würden zu Polizisten“, in: Der Spiegel vom 13.7.2009, http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-66055497.html (30.12.2016).

de Einzelperson unter dem „Schleier des Nichtwissens“ bei einem für sie begrenzten Gesundheitsbudget eine Präferenz für eine umfassende Abdeckung von Gesundheitsrisiken in frühen Lebensjahren besitzen wird.[31]

Brisant wäre allerdings die Festlegung einer starren Grenze für altersbezogene Rationierungen, da sich die fernere Lebenserwartung von Altersjahrgang zu Altersjahrgang erhöht. Sollten dementsprechend auch die Altersgrenzen regelmäßig angehoben werden? Einen Wertungswiderspruch mag man überdies darin erkennen können, dass man Demenz oder Gebrechlichkeit ein Leben lang nicht zum Ausschlusskriterium macht, wohl aber im Alter. Aus Sicht einer Care-Ethik ist zudem zu bedenken, dass die individuelle Bedürftigkeit des Menschen ignoriert wird, denn jeder möchte den nächsten Tag erleben – ob er 20 oder 90 Jahre alt ist. Allerdings ließe sich diese neue Regel als weiche Form der Rationierung ausgestalten. Wenn man bestimmte Leistungen auch im hohen Lebensalter erhalten möchte, könnte man dies über eine private Absicherung erreichen. Auf diesem Wege würde der Umfang der nachgefragten Leistungen von den Patienten mitbestimmt.

Differenz zwischen Pflichtethik und Folgenethik

Die öffentliche Diskussion um Veränderung institutioneller Vorkehrungen zeigt, dass Deontologen (= Pflichtethiker) und Teleologen (= Folgenethiker) in dieser wichtigen gesellschaftspolitischen Frage nicht zusammen kommen.[32] Die Vertreter der Ärzteverbände sprechen von einer menschenverachtenden Debatte und formulieren strikt deontologisch: „Wir sind Heiler, keine Selektierer“. Die Teleologen weisen umgekehrt darauf hin, dass die Knappheit der Mittel nun einmal ein Faktum ist und man um Kosten-Nutzen-Abwägungen im teleologischen Sinne nicht umhin komme. Allerdings kann diese Abwägung auf zweierlei Weise erfolgen:

- Die Handlungsteleologie empfiehlt ein Abwägen im konkreten Fall und bei konkreter Betroffenheit. Dies wäre als Regelfall ethisch jedoch kaum vertretbar, da Menschen quantitativ nach Würdigkeit bemessen und somit relativiert würden.[33]

- Stattdessen kann ein transparenter Diskurs im Sinne der Regelteleologie vorgeschaltet werden, in dem Priorisierungsregeln fixiert werden. Hier folgt eine abstrakte Abwägung eines ethischen Konflikts, die der Erkenntnis geschuldet ist, dass Ressourcen für die Krankheitsversorgung begrenzt sind und daher der Umgang mit ihnen allgemeiner Regeln oder Prinzipien bedarf. Solche abstrakte Abwägung findet im Übrigen auch heute schon statt, wenn man beispielsweise an kapazitätsbedingte Knappheiten bei Rettungshubschraubern oder Intensivbetten denkt.[34]

Explizite Rationierung bevorzugen!

Die offene, explizite Rationierung auf der Ordnungsebene ist gegenüber der impliziten Rationierung vorzuziehen. Dafür gibt es gewichtige Gründe:

- Die implizite Rationierung wälzt Rationierungsentscheidungen ganz im Sinne des handlungsteleologischen Ansatzes auf den einzelnen Arzt oder ein kleines Team in einer konkreten Situation für konkrete Personen ab. Der behandelnde Arzt wird mit schwerwiegenden und schwierigen ethischen Dilemmata konfrontiert, die aber nicht er, sondern die Gesellschaft zu verantworten hat. Daher haben Ärzte einen moralischen Anspruch an die Gesellschaft, von solchen Entscheidungen entlastet zu werden. Allerdings verbleibt ihnen als Experten die Pflicht, an der Gestaltung von Rationierungsregeln mitzuwirken.

- Bei impliziter Rationierung gibt es überdies keine Gewähr für eine gleichförmige Anwendung der Rationierungskriterien. In gewichtigen medizinischen Dilemma-Situationen sollte indes eine konsistente und damit faire Handhabung für alle gewährleistet sein.

- Hinzu kommt, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, auf dem die Produktion von Gesundheitsgütern basiert, beeinträchtigt würde. Die für Vertrauensgüter typische asymmetrische Information auch nach der medizinischen Behandlung gewinnt dadurch an Schärfe, dass der Patient den Arzt als „Doppelagenten“ wahrnimmt: Dieser nimmt zum einen eine Agentenstellung für den Patienten wahr, denn dieser erwartet von ihm, dass er eine sorgfältige Diagnose stellt und fachlich kompetent und umfassend medizinische Versorgungsmaßnahmen einleitet. Der Patient wird zum anderen aber auch die Agentenstellung des medizinischen Personals gegenüber ihrem Krankenhaus bzw. dem Gesundheitssystem erkennen und misstrauisch fragen, ob die Behandlung primär gewissen ökonomischen Zielvorgaben genügen muss.

31 Ausführlicher dazu B. Schöne-Seifert, a.a.O., S. 42 ff.
32 Vgl. zu diesen beiden Positionen B. Noll: Wirtschafts- und Unternehmensethik in der Marktwirtschaft, 2. Aufl., Stuttgart 2013, S. 59 ff.
33 C. Fuchs, E. Nagel, H. Raspe: Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – was ist gemeint?, in: Deutsches Ärzteblatt, 106. Jg. (2009), A 557.
34 Dazu H. Kliemt, a.a.O., S. 9.

Rationierungen sind also an den Kriterien anonym, unpersönlich, transparent und im Voraus zu orientieren.[35] Willkürliche und uneinheitliche Entscheidungen der Leistungserbringer werden als illegitim erachtet, wie die heftige Diskussion um die sogenannten „Transplantationsskandale" erkennen lässt.[36] Man mag es zwar als menschlich verständlich erachten, wenn Ärzte Patientendaten fälschen, um diese auf der Warteliste für Spenderorgane nach vorne zu bringen. Die Ärzte haben im günstigsten Falle aus Fürsorge oder Nächstenliebe gehandelt, wenn sie ihr Handeln nicht aus moralisch fragwürdigen Motiven wie Eitelkeit oder Geldgier praktizierten.[37] Damit sahen sie sich subjektiv einem gravierenden ethischen Konfliktfall gegenüber, der aus ihrer doppelten Agenten-Beziehung resultierte: Sie haben die Interessen „ihres" leidenden Patienten stärker gewichtet als die aus dem Verhältnis gegenüber ihrem Arbeitgeber respektive den Krankenversicherungen erwachsenden Treuepflichten. Nächstenliebe ist ein ethisch respektables Motiv, doch in den konkreten Fällen inakzeptabel: Die praktizierte Solidarität des Arztes entstammt der Kleingruppenethik von Gemeinschaften, wonach „der Nächste" der Nähere ist. Nach dem Transplantationsgesetz wurde indes ein auf der universalistischen Ethik basierendes System gesellschaftlicher Solidarität zur Verteilung von Spenderorganen etabliert. Danach sind Ärzte verpflichtet, ihre Patienten gemäß einem Kriterienkatalog einzustufen, um Organe an diejenigen Patienten zu vermitteln, bei denen Dringlichkeit und Erfolgsaussicht am größten sind. Diese universalistischen moralischen Pflichten besitzen Vorrang vor der aus partikularistischen Motiven gespeisten Moral der Kleingruppe.

35 Rationierungen produzieren Gewinner und Verlierer. Sie erhöhen z.B. in der Regel den Nutzen der gesunden Versicherungsnehmer. Ihre Beitragslast sinkt. Aber sie mindern den Nutzen der von der Rationierung betroffenen Patienten.

36 Auch sind die Organspendezahlen nach Bekanntwerden der Manipulation der Wartelistendaten erheblich zurückgegangen; vgl. Deutsche Stiftung Organtransplantation: Jahresbericht 2015, http://www.dso.de/uploads/ tx_dsodl/DSO_JB_2015_Web_2.pdf (8.1.2017).

37 Welche Motivationslage dominierte, ist kaum von außen erkennbar. Eitelkeit könnte im Spiel gewesen sein, wenn Ärzte die Patientendaten manipulierten, um mehr „Fallmaterial" für ihre Forschungsaktivitäten zu erhalten. Geldgier kommt als Motiv infrage, weil Krankenhäuser in der Vergangenheit mit ihren Chefärzten ergebnisorientierte Vergütungsmuster vereinbarten, sodass sich für letztere ein ökonomischer Anreiz zur Leistungsausweitung ihrer Abteilung ergeben hat.

Die universalistische Moral muss die partikulare Moral domestizieren, soll der sukzessive Rückfall in eine anarchische Gruppengesellschaft verhindert werden.[38]

Fazit

Im deutschen Gesundheitswesen treffen zwei Paradigmen aufeinander: Auf der einen Seite das ökonomische Prinzip der Knappheit. Es müssen Entscheidungen getroffen werden, die zwischen unbegrenzten Bedürfnissen und begrenzten Ressourcen abwägen. Auf der anderen Seite steht die auf einer universalistischen Ethik basierende Maxime der gesellschaftlichen Solidarität, die ihren Ausdruck in gemeinschaftlicher Finanzierung bei individuell gleichem Zugang zur medizinischen Versorgung findet. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung ist zu erwarten, dass sich das Knappheitsproblem zukünftig merklich zuspitzen wird. Es müssen somit Wege gefunden werden, wie der drohende Ausgabenanstieg begrenzt werden kann, ohne dabei das ethische Wertegerüst zu untergraben.

Hierzu können aus der ethischen Diskussion zwei Lehren gezogen werden: Erstens ist die Etablierung allgemeiner Priorisierungs- und Rationierungsregeln auf Ordnungsebene gegenüber diskretionären Entscheidungsspielräumen auf Arztebene vorzuziehen. Denn die Befugnis, im Einzelfall über Gewährung oder Ausschluss von Therapien zu entscheiden, gefährdet die Legitimität des Gesundheitssystems und würde das sensible Verhältnis zwischen Arzt und Patient schwer belasten. Zweiter zentraler Baustein ist die Transparenz. Offene und für jeden klar verständlich formulierte Priorisierungs- und Rationierungsregeln geben dem Betroffenen darüber Auskunft, welche Handlungsoptionen dem Leistungserbringer zur Verfügung stehen. Nur so wird die Grundlage für ein vertrauensvolles Arzt-Patient-Verhältnis gelegt und der Patient in die Lage versetzt, als souveräner Nachfrager mitzuentscheiden, welche Behandlungsoption in seinem Sinne ist.

38 Zur Unterscheidung von Kleingruppen- und Großgruppenethik eingehend B. Noll: Wie viel gemeinsame Ethik braucht eine Weltwirtschaftsordnung?, in: Ordo, 62. Bd. (2011), S. 524 ff.

Title: *Rationalisation and Rationing in Health Care – an Ethical Perspective*

Abstract: *Demographic ageing and technological progress leads to rising health care costs. Under the assumption that the solidarity-based financing of the German Statutory Health Insurance System will reach its limits, the authors discuss how and on which level questions about rationing should be answered. From an ethical point of view, rationing should be based on general and consistent rules at the governance level rather than on casebycase decisions by healthcare providers. Moreover, transparency is inevitable to maintain the relationship of trust between physicians and patients and to improve the patient's wellbeing.*

JEL Classification: *A13, H51, I13*