

Gesundheit und Gerechtigkeit

Gerechtigkeit im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit wird meist im Hinblick auf die Verteilung knapper Ressourcen in der Gesundheitsversorgung diskutiert. Diese Betrachtung greift jedoch insoweit zu kurz, als der Gesundheitszustand eines Menschen nur zum Teil vom Zugang zur medizinischen Versorgung im engeren Sinne abhängt. Andere Faktoren wie Bildung, Arbeitsbedingungen, sozialer Status, Umweltqualität und nicht zuletzt das individuelle Verhalten spielen eine mindestens ebenso wichtige Rolle für die Gesundheit der Menschen. Auch bei einem allgemein verfügbaren, uneingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung bestehen folglich erhebliche Diskrepanzen im Gesundheitszustand der Menschen, was aufgrund des besonderen Status der Gesundheit für die Chancengleichheit auch ethisch relevant ist. Gerechtigkeitsüberlegungen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit dürfen sich folglich nicht auf den Zugang zur medizinischen Versorgung beschränken. Der vorliegende Beitrag diskutiert deshalb neben der Verteilungsgerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung auch den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Krankheit. Zunächst ist aber die Frage zu klären, warum die Gesundheit einen besonderen moralischen Status genießen sollte.

Die moralische Bedeutung der Gesundheit

Die wohl prominenteste Theorie zum Thema Gesundheit und Gerechtigkeit hat der US-amerikanische Bioethiker Nor-

man Daniels entwickelt [1, 2]. Während sich Daniels in „Just Health Care“ zunächst auf die Verteilungsprobleme im Gesundheitswesen konzentrierte, versucht er in seinem jüngsten Werk „Just Health“ die gerechtigkeitsethischen Fragen im Zusammenhang mit Gesundheit umfassender unter Berücksichtigung der nichtmedizinischen Determinanten von Gesundheit zu diskutieren. Erhalten geblieben ist hingegen seine ethische Begründung, warum die Gesundheit eine besondere Rolle für die Menschen spielt und deshalb auch besonderer ethischer Aufmerksamkeit bedarf. Er greift dabei auf das von John Rawls in seiner Theorie der Gerechtigkeit begründete Prinzip der Chancengleichheit zurück [3].

Daniels verwendet einen biologisch-funktionalen Krankheitsbegriff, um die Bedeutung der Gesundheitsversorgung für die Chancenverteilung zu begründen. Er definiert Krankheit als Abweichung von der normalen funktionalen Organisation eines typischen Mitglieds einer Spezies. Eine Beeinträchtigung der normalen arttypischen Funktionsfähigkeit durch Krankheit und Behinderung schränkt die Chancen eines Individuums ein – und zwar im Verhältnis zu dem Anteil am normalen Spektrum an Lebenschancen, der dem Individuum aufgrund seiner Fähigkeiten und Begabungen bei Gesundheit zur Verfügung gestanden hätte.

Aus gerechtigkeitsethischen Gründen ist es nun geboten, die Voraussetzungen – sofern möglich – zur Verfügung zu stellen, die die normale arttypische Funktionsfähigkeit und damit eine faire Chancengleichheit aufrechterhalten oder wie-

derherstellen können. Daniels begründet mit seiner Theorie recht überzeugend die moralische Bedeutung der Gesundheit und liefert damit gute ethische Argumente für einen allgemeinen Zugang zur Gesundheitsversorgung und den Ausgleich sozial bedingter Ungleichheiten im Gesundheitszustand. Einwände richten sich aber gegen die normative Unbestimmtheit der arttypischen Funktionsfähigkeit und des normalen Spektrums an Lebenschancen.

Soziale Ungleichheit und Krankheit

Inzwischen ist in verschiedenen sozialepidemiologischen Untersuchungen nachgewiesen, dass soziale Ungleichheiten – gemessen an den Kriterien Bildung, Einkommen und beruflicher Status – einen wesentlichen Einfluss auf den Gesundheitszustand und damit die Verwirklichung von Lebenschancen haben [4]. Demnach besteht ein systematischer Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und der Mortalität: je ungünstiger der soziale Status, desto höher die Sterblichkeit. Dabei sind nicht nur die Mitglieder der untersten sozialen Schichten gegenüber dem Rest der Gesellschaft benachteiligt. Es existiert vielmehr ein sozialer Gradient über alle gesellschaftlichen Schichten hinweg. Die wegweisende britische Whitehall-Studie konnte bei Beschäftigten im öffentlichen Dienst auch für chronische Erkrankungen einen sozialen Schichtgradient nachweisen [4, 5]. Die Sterblichkeit infolge einer koronaren Herzkrankheit ist bei leitenden Beamten

deutlich geringer als bei angelernten Angestellten. Diese Diskrepanz kann dabei nur etwa zu einem Viertel durch klassische Risikofaktoren wie Blutdruck, Rauchen oder erhöhte Blutfette erklärt werden. Offenbar haben mit dem Berufsstatus verbundene psychosoziale Einflussfaktoren wie die relative soziale Ungleichheit oder Benachteiligung erhebliche Auswirkungen auf den individuellen Gesundheitszustand. Hierfür existieren stresstheoretische Erklärungsmodelle [4]. Besorgniserregend ist dabei, dass der soziale Gradient für die koronare Herzkrankheit in Großbritannien in den letzten 30 Jahren deutlich steiler wurde. Beim Rauchen manifestiert sich ein ähnlicher Trend: Während der Anteil der Raucher in der reichsten Bevölkerungsschicht von über 40 auf unter 20 % fiel, blieb der Anteil in der ärmsten Bevölkerungsschicht bei leicht steigender Tendenz bei über 70 %. Auch für Deutschland ist der Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheitszustand der Menschen empirisch nachgewiesen.

Ist dieser soziale Schichtgradient bei Mortalität und Morbidität unvermeidlich? Internationale Vergleiche zeigen, dass es keinen direkten Zusammenhang zwischen dem Wohlstand eines Landes – gemessen am Bruttoinlandsprodukt (BIP) – und den gesundheitlichen Outcomes gibt [6]. Ein Beispiel mag dies verdeutlichen: Das Pro-Kopf-BIP der USA übertrifft dasjenige von Costa Rica um ungefähr \$ 21.000, während die Lebenserwartung in Costa Rica höher ist als in den USA (76,6 versus 76,4 Jahre). Der soziale Gradient bei Morbidität und Mortalität ist folglich keine notwendige Folge der ökonomischen Entwicklung, sondern Resultat soziokultureller Faktoren und politischer Entscheidungen. Die internationalen Untersuchungen belegen: Je größer die Einkommensunterschiede in der Bevölkerung sind, desto steiler ist der soziale Gradient. Dabei erscheint der relative sozioökonomische Status als Gesundheitsdeterminante ebenso wichtig wie das absolute Einkommensniveau. US-Staaten mit einer ungleichen Einkommensverteilung investieren weniger in öffentliche Bildung und soziale Sicherungssysteme, was die schlechteren gesundheitlichen Outcomes erklären könnte [7]. Mit großen Einkom-

mensdiskrepanzen gehen häufig eingeschränkte politische Partizipationsmöglichkeiten einher, wodurch die Regierungen weniger auf die Gesundheitsbedürfnisse armer Bevölkerungsschichten reagieren.

Wie ist der Zusammenhang zwischen sozialen Ungleichheiten und Krankheit ethisch zu bewerten? Grundsätzlich sind hier 2 Argumentationslinien denkbar. Sofern die sozialen Ungleichheiten selbst eine Ungerechtigkeit darstellen, sind auch die damit verbundenen gesundheitlichen Diskrepanzen ungerecht. Alternativ kann die Argumentation am besonderen Status des Gutes Gesundheit ansetzen: Als transzendentes Gut stellt die Gesundheit eine Basisvoraussetzung für die Verwirklichung von Lebenszielen und damit für die Chancengleichheit in der Gesellschaft dar. Folgt man der oben vorgestellten Argumentation von Norman Daniels, so ist es aus Gerechtigkeitsgründen geboten, die Voraussetzungen für den Erhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit zu gewährleisten. Legt man die hier vorgestellten Forschungsergebnisse zu den gesellschaftlichen Determinanten der Gesundheit zugrunde, sprechen überzeugende gerechtigkeitsethische Argumente dafür, nicht nur einen allgemeinen, einkommensunabhängigen Zugang zur medizinischen Versorgung zu gewährleisten, sondern auch bevölkerungsbezogene Maßnahmen zu ergreifen, die darauf abzielen, soziale Ungleichheiten und Benachteiligungen zu reduzieren, die nachweislich mit schlechteren Gesundheitschancen verbunden sind.

Dabei erscheint es weder praktikabel noch ethisch zwingend erforderlich, alle sozial bedingten Ungleichheiten im Gesundheitszustand zu eliminieren. Soziale Ungleichheiten sollten dann nicht weiter reduziert werden, wenn dies die gesamtgesellschaftliche Produktivität so stark beeinträchtigt, dass nicht mehr genug Ressourcen für die Beseitigung gesundheitlicher Disparitäten übrig bleiben. In Anlehnung an das Rawlssche Differenzprinzip könnte man argumentieren, dass sozioökonomische Ungleichheiten und die damit verbundenen gesundheitlichen Disparitäten nur ethisch akzeptabel sind, wenn sie den am wenigsten Begünstigten den größtmöglichen Vorteil bringen [3].

Die sozioempirischen Befunde und gerechtigkeitsethischen Überlegungen haben politische Implikationen: Eine effektive und gerechte Gesundheitspolitik muss intersektoral ausgerichtet sein und einkommens-, arbeitsmarkt- und bildungspolitische Maßnahmen umfassen [8]. Nur auf diese Weise lassen sich gesellschaftliche Determinanten der Gesundheit wie die relative Benachteiligung von Bevölkerungsschichten beeinflussen und damit die sozial bedingten Ungleichheiten bei Gesundheit und Krankheit verringern. Erforderlich sind insbesondere Frühfördermaßnahmen für Kinder (Bildung und Ernährung), Verbesserungen der Arbeitsbedingungen und ein Ausgleich der Einkommensverteilung (Bekämpfung von Armut).

Gerechtigkeit im Gesundheitswesen

Probleme der Verteilungsgerechtigkeit ergeben sich im Gesundheitswesen auf 2 Ebenen [9]. Auf der Systemebene stellt sich zunächst die Frage, nach welchen Grundprinzipien eine gerechte Gesundheitsversorgung zu organisieren ist: Sollen die Gesundheitsgüter auf einem freien Markt oder im Rahmen eines zentral organisierten öffentlichen Gesundheitswesens verteilt werden? Sofern man sich für eine – zumindest teilweise – staatlich regulierte Gesundheitsversorgung entschieden hat, ergibt sich auf einer nachgeordneten Ebene ein zweites Gerechtigkeitsproblem: Wie, d. h. nach welchen Verfahren und Kriterien, können die begrenzt verfügbaren Mittel innerhalb des Systems gerecht verteilt werden?

Zunächst sei die Frage erörtert, ob und ggf. inwieweit die Verteilung von Gesundheitsressourcen dem freien Markt überlassen werden sollte. Der Reiz einer marktorientierten Verteilung liegt darin, dass – unter Bedingungen eines vollkommenen Wettbewerbs und hinreichend informierten Konsumenten – die Güter effizient produziert und nach den Präferenzen der Konsumenten, ausgedrückt in ihrer Zahlungsbereitschaft, verteilt werden. Der Markt regelt in vielen anderen Lebensbereichen die Verteilung knapper Güter, ohne dass in einem zentralen Verfahren festgelegt werden muss, wer nach welchen

Kriterien welche Güter erhalten soll. Mit einer marktorientierten Verteilung von Gesundheitsleistungen könnten folglich viele schwierige Entscheidungen über Verfahren und Kriterien der Verteilung vermieden werden. Versicherte bzw. Patientinnen und Patienten könnten ihren individuellen gesundheitsbezogenen Präferenzen auf dem freien Markt Ausdruck verleihen.

Ein ökonomisches und ein gerechtigkeitsethisches Argument sprechen jedoch dagegen, die Verteilung von Gesundheitsgütern dem freien Markt zu überlassen. Dem ökonomischen Argument zufolge weisen die Märkte für Gesundheitsgüter Eigenschaften auf, die zu einem Marktversagen führen. Ein wesentlicher Grund dafür liegt in der eingeschränkten Konsumentensouveränität. Patienten befinden sich häufig in einer existenziellen Notlage, die es ihnen erschwert oder unmöglich macht, verschiedene Angebote zu vergleichen und eine rationale Wahl zu treffen. Informationen über Qualität und Preise medizinischer Leistungen sind überdies nur sehr eingeschränkt verfügbar. Ohne staatliche Regulierung kann deshalb keine optimale Allokation erreicht werden.

Das gerechtigkeitsethische Argument setzt an den besonderen Eigenschaften des Gutes Gesundheit an: Im Vergleich zu Konsumgütern ist die Gesundheit ein besonders grundlegendes „transzendentes“ Gut: Was auch immer wir in unserem Leben erstreben, wir benötigen die Gesundheit als Voraussetzung, um unsere Ziele und Pläne zu verwirklichen. Ein gleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung und eine gerechte Verteilung knapper medizinischer Ressourcen kann damit als Grundbedingung für die Chancengleichheit innerhalb der Gesellschaft angesehen werden (siehe oben). Auf einem freien Markt werden Gesundheitsleistungen vor allem nach der individuellen Zahlungsfähigkeit verteilt, was aufgrund der sehr ungleichen Einkommensvoraussetzungen zu einer ungerechten Verteilung von Gesundheitsgütern führen würde. So lässt sich die Gewährleistung einer medizinischen Grundversorgung im Rahmen eines solidarisch finanzierten öffentlichen Gesundheitswesens unabhängig vom Einkommen begründen: Es ist gerechter, allen Bürgern einen begrenzten Zugang zu

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2008 · 51:887–894
DOI 10.1007/s00103-008-0610-x
© Springer Medizin Verlag 2008

G. Marckmann

Gesundheit und Gerechtigkeit

Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag erörtert Fragen der Gerechtigkeit, die sich im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit ergeben. Unter Rückgriff auf die Theorie einer gerechten Gesundheitsversorgung von Norman Daniels wird zunächst der besondere moralische Status der Gesundheit begründet. Da der Gesundheitszustand nicht nur vom Zugang zur medizinischen Versorgung abhängt, wird der Zusammenhang zwischen sozialen Ungleichheiten und Gesundheit empirisch beschrieben und normativ bewertet. Es gibt gute ethische und ökonomische Gründe, die Gesundheitsversorgung nicht allein nach Marktprinzipien zu organisieren. Damit stellt sich im Anschluss die Frage, welche Strategien es gibt, mit der

Mittelknappheit im Gesundheitswesen umzugehen. Drei Strategien werden vorgestellt und auf ihre ethischen Implikationen hin bewertet: (1) Effizienzsteigerungen („Rationalisierung“), (2) Mittelerhöhungen und (3) Leistungsbegrenzungen („Rationierung“). Diskutiert werden insbesondere die Vor- und Nachteile expliziter und impliziter Formen der Leistungsbegrenzung. Abschließend werden formale und inhaltliche Kriterien einer gerechten Verteilung knapper Gesundheitsressourcen vorgestellt.

Schlüsselwörter

Gesundheit · Ethik · Mittelverteilung · Gerechtigkeit · Rationierung

Health and justice

Abstract

The paper discusses issues of justice related to health and illness. The special normative status of health is justified based on Norman Daniels' theory of just health. As the health status of individuals is not only determined by access to health care services, the relationship between social inequalities and health status is described empirically and evaluated from an ethical perspective. There are good ethical and conomical reasons against a purely market driven organization of the health care system. As a result we have to answer the question how we can deal with the increas-

ing scarcity of health care resources. Three strategies are presented and ethically evaluated: (1) Increase efficiency ("rationalization"), (2) increase available resources and (3) limit access to services ("rationing"). Especially the pros and cons of implicit vs. explicit ways to limit services are discussed. Finally, the procedural and material ethical criteria for the just distribution of scarce health care resources are presented.

Keywords

Health · ethics · resource allocation · justice · rationing

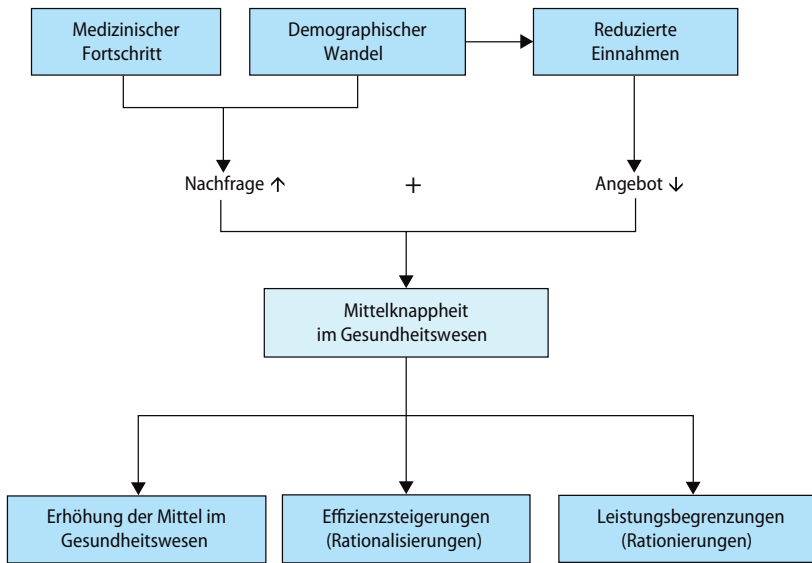


Abb. 1 ▲ **Bedingungen der Mittelknappheit im Gesundheitswesen und Strategien zum Umgang mit der Mittelknappheit [10]**

wichtigen Gesundheitsleistungen zu ermöglichen als nur einem Teil der Bevölkerung unbegrenzten Zugang zu allen verfügbaren Leistungen. Darüber hinausgehende, individuell unterschiedliche Versorgungspräferenzen können ihren Ausdruck in einem Markt für Zusatzleistungen finden. Nach welchen Verfahren und Kriterien die Grundversorgung zu bestimmen ist, wird weiter unten im Abschnitt „Gerechte Grenzen der Gesundheitsversorgung“ näher erläutert.

Strategien zum Umgang mit der Mittelknappheit

Sofern aus ethischen und ökonomischen Gründen die Entscheidung für ein (zumindest teilweise) staatlich reguliertes Gesundheitssystem gefallen ist, bieten sich grundsätzlich 3 verschiedene Strategien, um der zunehmenden Diskrepanz zwischen steigenden Ausgaben und sinkenden Einnahmen zu begegnen (vgl. **Abb. 1**): (1) Effizienzsteigerungen (Rationalisierungen), (2) eine weitere Erhöhung der Finanzmittel und (3) Leistungsbegrenzungen (Rationierungen).

Effizienzsteigerungen (Rationalisierungen)

Rationalisierungen erhöhen die Effizienz der medizinischen Versorgung: Der glei-

che medizinische Effekt wird mit weniger Mitteln oder ein größerer medizinischer Effekt mit den gleichen Mitteln erzielt. Da bei Effizienzsteigerungen die ökonomische und medizinisch-ethische Rationalität konvergieren, handelt es sich um die primär gebotene Strategie im Umgang mit Mittelknappheit. So wie es ökonomisch rational ist, einen gegebenen Effekt mit einem möglichst geringen Aufwand zu erzielen, so ist es auch durch das Prinzip des Nichtschadens ethisch geboten, mit möglichst wenig diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen einen bestimmten Gesundheitszustand zu erzielen.

Es ist allgemein anerkannt und mit vielen Beispielen belegt, dass im deutschen Gesundheitswesen noch erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven vorhanden sind. Welche Größenordnung sie haben und wie hoch dementsprechend die vorhandenen Einsparpotenziale sind, lässt sich aber nur schwer abschätzen. Wirtschaftlichkeitsreserven lassen sich nicht allesamt und schon gar nicht sofort ausschöpfen, da Rationalisierungen methodisch aufwendig sind (vgl. die evidenzbasierte Leitlinienentwicklung) und häufig strukturelle Veränderungen im Versorgungssystem erfordern, wie etwa eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung oder die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung.

Rationalisierungen reduzieren deshalb nur mit zeitlicher Latenz und ohne Erfolgsgarantie den Mittelverbrauch. Zudem erlauben sie in der Regel nur einmalige, im Ausmaß begrenzte Einsparungen, während medizinischer Fortschritt und demographischer Wandel die Kosten anhaltend in die Höhe treiben. Trotz aller Bemühungen werden Rationalisierungen deshalb ein weiteres Auseinanderklaffen von Machbarem und Finanzierbarem nicht verhindern können.

Erhöhung der Mittel im Gesundheitswesen

Da die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht ausreicht, um den absehbaren Mehrbedarf bereitzustellen, steht das Gesundheitswesen zwischen Skylla und Charybdis, d. h. vor 2 gleichermaßen unangenehmen Alternativen [10]: Entweder muss man die Mittel für die Gesundheitsversorgung weiter erhöhen oder das Leistungsspektrum begrenzen (**Abb. 1**). Mehrere Argumente sprechen dafür, die Gesundheitsausgaben nicht oder höchstens in begrenztem Umfang weiter zu erhöhen: Der Gesundheitssektor konkurriert mit anderen Bereichen wie Bildung, Umweltschutz, Bekämpfung von Armut, Arbeitslosigkeit und Wohnungsnot oder die innere Sicherheit um prinzipiell begrenzte öffentliche Finanzmittel. Eine weitere Erhöhung der Gesundheitsausgaben kann deshalb nur mit Einschränkungen in anderen sozialstaatlichen Bereichen erkaufte werden. Dies wäre nicht nur ethisch unververtretbar, sondern hätte auch negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung, da sozialer Status, Arbeitsbedingungen, Umweltqualität, Wohnverhältnisse und die verfügbaren Mittel für den Konsum einen erheblichen Einfluss auf Lebenserwartung und Morbidität haben. Zudem weisen viele medizinische Verfahren einen abnehmenden Grenznutzen auf: Der (oft geringe) Nutzensgewinn durch neue Behandlungsverfahren erfordert überproportional hohe Ausgaben. Höhere Beitragssätze sind wiederum wegen der zwangsläufig steigenden Lohnnebenkosten unerwünscht. Ein „Versorgungsmaximalismus“, der alle verfügbaren präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen

Leistungen umfasst, ist weder ökonomisch sinnvoll noch ethisch vertretbar. Eine konkrete Obergrenze der Gesundheitsausgaben lässt sich aus diesen Argumenten jedoch nicht ableiten, sondern muss vielmehr normativ festgelegt werden. Die Mittelknappheit im Gesundheitswesen ist folglich kein von Natur aus vorgegebener, sich unserer Verfügungsgewalt entziehender Zustand. Sie beruht vielmehr auf Wertsetzungen, die zum einen vom medizinischen Entwicklungsstand und der ökonomischen Leistungsfähigkeit der Gesellschaft abhängen, zum anderen aber auf die grundlegende Frage verweisen, wie viel wir bereit sind, für die Gesundheitsversorgung im Vergleich zu anderen Gütern auszugeben.

Leistungsbegrenzungen (Rationierungen)

Wenn Effizienzsteigerungen den Kostenanstieg nicht ausreichend kompensieren können und eine weitere Erhöhung der Gesundheitsausgaben ethisch und ökonomisch nicht vertretbar ist, bleibt als Alternative nur die Begrenzung des Leistungsumfangs. Nach Einschätzung vieler Ärzte sind Rationierungen im deutschen Gesundheitswesen bereits heute an der Tagesordnung [11]. Bislang konnte sich keine einheitliche Definition des Begriffs „Rationierung“ durchsetzen. Vielfach wird Rationierung verstanden als das Vorenthalten medizinisch notwendiger oder lebenswichtiger Maßnahmen [12, 13]. Diese Definition ist aber insofern problematisch, als sie fälschlicherweise suggeriert, man könne allein auf der Grundlage medizinischen Fachwissens mit wissenschaftlicher Objektivität bestimmen, welche Maßnahmen notwendig und lebenswichtig sind. Hierfür sind jedoch Bewertungen erforderlich, die u. a. davon abhängen, welchen Stellenwert man den Gesundheitsstörungen und den korrespondierenden medizinischen Leistungen beimisst. Der Rationierungsbegriff setzt hier folglich voraus, was eigentlich erst das Ergebnis eines ethischen Diskurses sein kann: die Bestimmung der relativen Wertigkeit verschiedener medizinischer Maßnahmen. Es erscheint deshalb sinnvoll, die anstehenden Wertentscheidungen transparent zu machen und den Begriff weiter

zu fassen. Von einer Rationierung sollte man demnach sprechen, wenn einem Patienten (vorübergehend oder dauerhaft) eine medizinische Maßnahme aus Kostengründen vorenthalten wird, die diesem im Vergleich zu anderen Maßnahmen einen Nutzensgewinn geboten hätte [14]. Einen Nutzen haben diejenigen Maßnahmen, die die Lebenserwartung und/oder die Lebensqualität eines Patienten verbessern. Auch beim Nutzen handelt es sich selbstverständlich um einen evaluativen, d. h. bewertenden Begriff. Aber die Bewertung präjudiziert im Gegensatz zur medizinischen Notwendigkeit noch nicht, ob die Maßnahme im Rahmen eines öffentlichen Gesundheitssystems angeboten werden sollte. Schließlich handelt es sich um zwei zwar aufeinander bezogene, aber keineswegs deckungsgleiche Fragestellungen: Im einen Fall steht – individualetisch – der Nutzen für den einzelnen Patienten im Vordergrund, im anderen die – gerechtigkeitsethische – Frage der solidarischen Finanzierung der Maßnahme.

Autoren mit ökonomischem Hintergrund schlagen mitunter eine andere Definition vor, die nicht das Vorenthalten, sondern den Aspekt der Zuteilung betont. Rationierung ist demnach ein Vorgang, bei dem medizinische Leistungen zu einem festgelegten Preis unterhalb markträumender Preise in einer geringeren Menge zugänglich gemacht werden, als sie von den Individuen zu diesem subventionierten Preis nachgefragt würden [15, 16]. Diese Begriffsdefinition rückt einen Grundgedanken von Rationierungen in den Vordergrund, der vor allem im nichtmedizinischen Bereich (z. B. Essensmarken im Krieg) geläufig ist: Die staatliche Zuteilung von Rationen zu festen Quantitäten und Preisen soll knappheitsbedingte Preissteigerungen verhindern und damit eine gleichmäßige, bedarfsorientierte Versorgung der Bevölkerung sicherstellen. Sofern Rationierungen zur Erfüllung wichtiger Grundbedürfnisse beitragen, stehen sie durchaus im Einklang mit Konzeptionen einer gerechten Güterverteilung. Auch im Gesundheitswesen können Rationierungen nicht eo ipso als ungerecht gelten. In der aktuellen gesundheitspolitischen Debatte ist der Rationierungsbegriff jedoch hochgradig negativ aufgeladen („Rationierungen sind

auf keinen Fall vertretbar“), was neben der definitorischen Vielfalt eine sachliche Diskussion über die bereits vorhandenen und in Zukunft unvermeidlichen Rationierungen erheblich erschwert. Hier könnte es hilfreich sein, auf die weniger kontroverse Bezeichnung „Leistungsbegrenzung“ auszuweichen.

Grundformen der Leistungsbegrenzung

Leistungsbegrenzungen werfen die zweite Gerechtigkeitsfrage auf: Wer soll nach welchen Kriterien über die Einschränkungen entscheiden? Im vorliegenden Abschnitt sei zunächst diskutiert, wer über Leistungsbegrenzungen entscheiden soll, der folgende Abschnitt widmet sich dann der Frage, an welchen Kriterien sich eine gerechte Verteilung knapper Gesundheitsressourcen orientieren sollte.

In Abhängigkeit von der Verteilungsebene kann man 2 Formen der Leistungsbegrenzung unterscheiden: explizite und implizite Leistungsbegrenzungen (■ **Abb. 2**). Explizite Leistungsbegrenzungen erfolgen „oberhalb“ der konkreten Arzt-Patient-Interaktion nach ausdrücklich festgelegten, allgemein verbindlichen Kriterien und können entweder zum generellen Ausschluss von Leistungen (Begrenzung des Leistungskatalogs) oder zur Einschränkung von Indikationen (Versorgungsstandards) führen (obere Mikroebene). Dieser Form der Leistungsbegrenzung sollte eine Bestimmung von Versorgungsprioritäten, d. h. der relativen Wichtigkeit unterschiedlicher medizinischer Maßnahmen bzw. Indikationen, vorausgehen.

Bei impliziten Leistungsbegrenzungen erfolgt die Zuteilung hingegen nicht nach allgemein verbindlichen Regeln, sondern jeweils im Einzelfall durch die Leistungserbringer – ggf. unter Beteiligung der Patienten (untere Mikroebene). Implizite Leistungsbegrenzungen resultieren aus Budgetierungen und finanziellen Anreizsystemen für die Leistungserbringer oder für die Patienten. Hierbei tragen letztlich die Ärzte Verantwortung für die Einschränkung medizinischer Maßnahmen, während bei der expliziten Form die Entscheidungen auf der Planungsebene des Gesundheitswesens gefällt werden. In der gesetzlichen Krankenversicherung ist

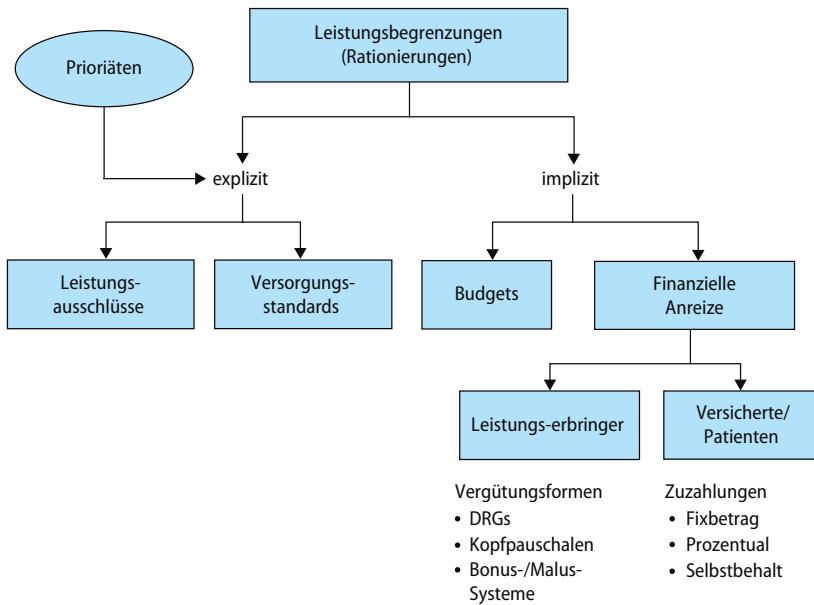


Abb. 2 ▲ Formen und Instrumente der Leistungsbegrenzung (Rationierungen) [10]

hierfür der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenkassen und Krankenhäusern, verantwortlich, der über die Zusammensetzung des GKV-Leistungskatalogs entscheidet. Welche Form der Leistungsbegrenzung ist nun zu bevorzugen?

Vor- und Nachteile expliziter Leistungsbegrenzungen

Explizite Leistungsbegrenzungen weisen aus ethischer Sicht mehrere gewichtige Vorteile auf: Sie sichern nicht nur die Transparenz, sondern auch die Konsistenz von Verteilungsentscheidungen. Wenn in Regeln ausdrücklich festgelegt ist, welcher Patient bei welcher Gesundheitsstörung welche Gesundheitsleistungen erhält, werden die Patienten in vergleichbaren Situationen auch gleich behandelt, womit eine wichtige Gerechtigkeitsforderung erfüllt wäre. Vermutlich würde das Bewusstsein der Gleichbehandlung auch die Akzeptanz von Leistungsbegrenzungen bei Versicherten und Patienten erhöhen. Zudem entlasten explizite Leistungsbegrenzungen das Arzt-Patient-Verhältnis, da die Zuteilungsentscheidungen nicht im Einzelfall getroffen werden müssen, sondern allgemein verbindlichen Vorgaben folgen. Entscheidungs- und Interessenskonflikte auf ärztlicher Seite lassen sich auf diese Weise reduzieren. Explizite Rationierungen in

Form von Standards oder Richtlinien bieten überdies den großen Vorteil, dass Kosten und Qualität der Versorgung gleichermaßen beeinflusst und damit bewusst gegeneinander abgewogen werden können. Bei der Erstellung von Versorgungsstandards auf der Grundlage der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz kann man überdies auch Kosten einsparende Qualitätsverbesserungen (d. h. Rationalisierungen) identifizieren.

Vor- und Nachteile impliziter Leistungsbegrenzungen

Implizite Leistungsbegrenzungen bieten eine größere Flexibilität, um auf die Besonderheiten des Einzelfalles einzugehen. Darüber hinaus sind Budgetierungen oder finanzielle Anreizsysteme, die implizite Rationierungen nach sich ziehen, politisch leichter umzusetzen; sie erfordern weder eine Einigung auf verbindliche Allokationskriterien noch die methodisch äußerst aufwendige Erarbeitung von Versorgungsstandards. Budgetierungen stellen das wohl effektivste und für die Politik am einfachsten zu implementierende Mittel zur kurzfristigen Ausgabenbegrenzung dar. Diesen vor allem pragmatischen Vorteilen stehen jedoch erhebliche medizinische und ethische Bedenken gegenüber. Da für die Zuteilungsentscheidungen im Einzelfall keine allgemein verbindlichen Kriterien vorgegeben sind, besteht die Ge-

fahr, dass medizinische Leistungen nach intransparenten, von Patient zu Patient und Arzt zu Arzt wechselnden Kriterien verteilt werden. Ein solches Vorgehen ist nicht nur medizinisch irrational, sondern auch ungerecht, da es zu einer Benachteiligung der schwächer gestellten Mitglieder der Gesellschaft führt. Der Arzt befindet sich bei impliziten Rationierungen in einem ethischen Konflikt zwischen den Verpflichtungen gegenüber seinem individuellen Patienten und den Verpflichtungen gegenüber anderen (aktuellen oder zukünftigen) Patienten. Für die Abwägung dieser konfligierenden Verpflichtungen besitzen Ärzte weder eine Ausbildung noch verbindliche inhaltliche Vorgaben. Nicht zuletzt erlauben implizite Leistungsbegrenzungen nur eine einseitige Kontrolle der Kosten, die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität entziehen sich weitgehend der Einflussnahme.

Explizit versus implizit: das Dilemma

Wägt man Vor- und Nachteile gegeneinander ab, so erweisen sich explizite Leistungsbegrenzungen aus ethischer Sicht als vorzuzugswürdig: Sie sind transparent, konsistent, medizinisch rationaler und durch die Gleichbehandlung der Patienten gerechter, sie entlasten die Arzt-Patient-Beziehung und erlauben eine simultane Steuerung von Kosten und Qualität der Versorgung. Diese ethisch vorzuzugswürdige Form der Rationierung ist aber – und hierin besteht das Dilemma – in der Praxis schwer umzusetzen. Hier sind implizite Leistungsbegrenzungen durch Budgetierungen oder finanzielle Anreizsysteme klar überlegen. In ethischer Hinsicht sind sie aber eher bedenklich, da die Leistungen nach intransparenten und häufig inkonsistenten Kriterien verteilt werden. Zusammenfassend kann man festhalten: Explizite Leistungsbegrenzungen sind ethisch zu bevorzugen, aber praktisch nur schwer zu realisieren; implizite Leistungsbegrenzungen lassen sich hingegen leichter umsetzen, bieten aber erhebliche ethische Probleme.

Gerechte Grenzen der Gesundheitsversorgung

Sowohl bei expliziten als auch impliziten Leistungsbegrenzungen stellt sich die Frage, wie die Grenzen der Gesundheitsversorgung auf eine gerechte Art und Weise gezogen werden können: Welche Maßnahmen sollen im Grundleistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sein? Welche Verteilungskriterien sollen den Versorgungsstandards bei der expliziten Leistungsbegrenzung zugrunde liegen? An welchen ethischen Prinzipien können sich Ärzte bei impliziten Leistungsbegrenzungen im Einzelfall orientieren?

Zunächst ist zwischen formalen und materialen Verteilungskriterien zu unterscheiden. Während die formalen Kriterien die Bedingungen eines fairen Verfahrens zur Leistungsbegrenzung definieren, markieren die materialen Kriterien die ethischen Maßstäbe, an denen sich die Verteilung inhaltlich orientieren sollte. Zu den formalen Kriterien einer gerechten Verteilung gehören [17, 18]:

Transparenz. Patienten und Versicherte sollten über Leistungsbegrenzungen und die zugrunde liegenden Kriterien informiert sein.

Konsistenz. Grundsätzlich sollten bei allen Patienten die gleichen Zuteilungsregeln und -kriterien angewendet werden, sodass Patienten in vergleichbaren medizinischen Situationen auch die gleiche Behandlung erhalten, sofern dem nicht individuelle Patientenpräferenzen entgegenstehen.

Legitimität. Verteilungsentscheidungen sollten durch demokratisch legitimierte Institutionen erfolgen.

Begründung. Jede Leistungsbegrenzung sollte auf einer nachvollziehbaren, relevanten Begründung beruhen, die den betroffenen Patienten und Versicherten zugänglich ist.

Evidenzbasierung. Jedes Allokationschema sollte die verfügbare Evidenz hinsichtlich des gesundheitlichen Nutzens

und der zu erwartenden Kosten berücksichtigen.

Partizipationsmöglichkeiten. Da sich Leistungsbegrenzungen nicht hinreichend konkret aus einer ethischen Theorie ableiten lassen, sollten für Bürger und Patienten Möglichkeiten zur Partizipation am Entscheidungsprozess zur Verfügung stehen.

Minimierung von Interessenkonflikten. Allokationsentscheidungen unter Knappheitsbedingungen sollten so geregelt sein, dass sie Interessenkonflikte möglichst vermeiden. Problematisch sind in dieser Hinsicht vor allem finanzielle Anreize für die Leistungserbringer.

Widerspruchsmöglichkeiten. Im Einzelfall sollten Patienten, denen der Zugang zu einer von ihnen gewünschten Leistung verwehrt wird, Widerspruchsmöglichkeiten offenstehen.

Regulierung. Durch eine freiwillige oder staatliche Regulierung sollte sichergestellt sein, dass die formalen Bedingungen einer gerechten Verteilung auch tatsächlich eingehalten werden.

Folgende materiale Verteilungskriterien, die sich auch im politischen Prozess der Prioritätensetzung in verschiedenen Ländern durchsetzen konnten, scheinen ethisch am besten begründbar [19]:

Medizinische Bedürftigkeit. Erste Priorität sollten diejenigen Patienten genießen, die am meisten der medizinischen Hilfe bedürfen, gemessen an der Dringlichkeit der Behandlung und dem Schweregrad ihrer Erkrankung.

Erwarteter medizinischer Nutzen. Darüber hinaus ist aber auch der zu erwartende medizinische Nutzen zu berücksichtigen. Wenn Leistungsbegrenzungen vorgenommen werden müssen, sollten diese zunächst bei denjenigen Maßnahmen und Indikationen ansetzen, die für den Patienten nur einen geringen Nettonutzen bieten.

Kosten-Nutzen-Verhältnis. Unter Knappheitsbedingungen ist auch das Verhältnis

von Ressourcenaufwand zu erwartetem medizinischem Nutzen für die Allokation hinzuzuziehen, um mit den verfügbaren Mitteln insgesamt einen möglichst großen gesundheitlichen Effekt, gemessen am Zugewinn an Lebensqualität und Lebenszeit, erzielen zu können [20, 21].

Als Metakriterium ist überdies der Evidenzgrad des erwarteten Nutzens und der Kosten zu berücksichtigen: Zunächst sollte man auf diejenigen Maßnahmen verzichten, deren Nutzen durch Studien nur schlecht belegt ist. Ethisch am ehesten vertretbar erscheint eine Kombination der drei Verteilungskriterien, die neben der Dringlichkeit und dem Schweregrad der Erkrankung den erwarteten medizinischen Nutzen und die Kosteneffektivität der Maßnahmen berücksichtigt. Zunächst sollte man auf solche Leistungen verzichten, die im Vergleich zur kostengünstigeren Alternative einen nur geringen Nutzensgewinn bei erheblichen Zusatzkosten bieten. Bei fehlender Alternative sollten jedoch auch Leistungen mit einem ungünstigeren Kosten-Nutzen-Verhältnis finanziert werden, um „teure“ Patienten nicht vollständig von der medizinischen Versorgung auszuschließen (Nutzenmaximierung mit gerechtigkeitsethischen Constraints) [21]. Die große ethische Herausforderung besteht dabei darin, das relative Gewicht der 3 Kriterien bei der Mittelverteilung zu bestimmen, da sich dieses nicht aus einer übergeordneten ethischen Theorie ableiten lässt.

Fazit

Aller Voraussicht nach werden medizinischer Fortschritt und demographischer Wandel die Finanzierungsschwierigkeiten im Gesundheitswesen weiter verschärfen [22]. Ökonomische wie gerechtigkeitsethische Argumente sprechen dafür, ein zumindest teilweise staatlich organisiertes und solidarisch finanziertes Gesundheitssystem aufrechtzuerhalten. Eine Begrenzung der Gesundheitsausgaben ist auch aus ethischer Perspektive grundsätzlich gerechtfertigt, „mehr Geld ins System“ ist auf Dauer keine Lösung. Dies bedeutet: Der verantwortungsvolle Umgang mit knappen Gesundheitsressourcen wird uns als medizinische, ethische und ökonomische Herausforderung auf absehbare

Zeit erhalten bleiben. Die primäre Verpflichtung besteht ohne Zweifel darin, trotz methodischer Schwierigkeiten und akutem Kostendruck noch vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven so konsequent wie irgend möglich auszuschöpfen (Rationalisierungen). Auch strukturelle Veränderungen der Versorgung, wie z. B. eine stärkere Integration von ambulanter und stationärer Versorgung, sind dabei in Betracht zu ziehen. Trotz aller Rationalisierungsbemühungen werden sich Leistungsbegrenzungen nicht vermeiden lassen. Explizite weisen gegenüber impliziten Leistungsbegrenzungen einige ethische Vorteile auf: Sie sind transparenter, konsistenter und damit gerechter, und sie entlasten die Arzt-Patient-Beziehung. Als Instrumente bieten sich vor allem kostensensible Leitlinien an, da sie eine simultane Steuerung von Kosten und Qualität der Versorgung erlauben. Die zugrunde liegenden Verteilungskriterien sollten auf expliziten Versorgungsprioritäten beruhen und prozeduralen Mindeststandards genügen [23]. Aufgrund des akuten Kostendrucks werden sich aber implizite Formen der Leistungsbegrenzung, wie sie durch Budgetierungen oder finanzielle Anreize für Leistungserbringer und Patienten hervorgerufen werden, wohl kaum gänzlich vermeiden lassen. Dies zeigen auch die Erfahrungen anderer Länder (z. B. Norwegen), die bereits seit mehreren Jahren einen öffentlichen Diskurs über eine explizite Prioritätensetzung führen [24]. Der Anteil impliziter Rationierungen sollte aber aus ethischer Sicht möglichst gering gehalten und in einer transparenten, konsistenten und medizinisch wie ethisch gut begründeten Art und Weise durchgeführt werden.

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH

Institut für Ethik und Geschichte der Medizin
Schleichstraße 8
72076 Tübingen, BRD
E-Mail: georg.marckmann@uni-tuebingen.de

Literatur

1. Daniels N (1985) *Just health care*. Cambridge University Press, Cambridge

2. Daniels N (2007) *Just health: meeting health needs fairly*. Cambridge University Press, Cambridge
3. Rawls J (1975) *Eine Theorie der Gerechtigkeit*. Suhrkamp, Frankfurt am Main
4. Siegrist J, Möller-Leimkühler AM (2003) Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R, et al. (Hrsg) *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. Urban & Fischer, München, Jena, S 125–138
5. Marmot M (2004) Social causes of social Inequalities of health. In: Anand S, Peter F, Sen A (eds) *Public health, ethics, and equity*. Oxford University Press, Oxford, pp 37–61
6. Daniels N, Kennedy B, Kawachi I (2004) Health and inequality, or, why justice is good for our health. In: Anand S, Peter F, Sen A (eds) *Public health, ethics, and equity*. Oxford University Press, Oxford, pp 63–91
7. Kaplan GA, Pamuk ER, Lynch JW, et al. (1996) Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *BMJ* 312:999–1003
8. Schwartz FW (2003) *Public Health – Zugang zu Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung, Analysen für effektive und effiziente Lösungsansätze*. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R, et al. (Hrsg) *Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. Urban & Fischer, München, Jena, S 2–6
9. Kersting W (2002) *Gerechtigkeitsethische Überlegungen zur Gesundheitsversorgung*. In: Schöffski O, von der Schulenburg J-M (Hrsg) *Gesundheitsökonomische Evaluationen*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 25–49
10. Marckmann G (2007) *Zwischen Skylla und Charybdis: Reformoptionen im Gesundheitswesen aus ethischer Perspektive*. *Gesundheitsökonomie Qualitätsmanagement* 12:96–100
11. Strech D, Börschers K, Freyer D, Neumann A, Wasern J, Marckmann G (2008) *Ärztliches Handeln bei Mitletknappheit. Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie*. *Ethik in der Medizin* 20(2):94–109
12. Fuchs C (1998) Was heißt hier Rationierung? In: Nagel E, Fuchs C (Hrsg) *Rationalisierung und Rationierung im deutschen Gesundheitswesen*. Georg Thieme, Stuttgart, S 42–51
13. Beske F, Hallauer JF, Kern AO (1996) *Rationierung im Gesundheitswesen? Zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung: Leistungskatalog, Selbstverwaltung, Fremdleistungen*. Triltsch, Winburg, S 15
14. Ubel PA, Goold SD (1998) „Rationing“ health care. Not all definitions are created equal. *Arch Intern Med* 158:209–214
15. Kliemt H (1998) *Gesundheitsversorgung bei Ressourcenknappheit – Ethische Aspekte*. In: Fuchs C, Nagel E (Hrsg) *Rationalisierung und Rationierung im deutschen Gesundheitswesen*. Georg Thieme, Stuttgart, S 109–114
16. Freyer F (2002) *Ökonomische Grundlagen der Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen: Status quo und Lösungsmöglichkeiten*. In: Aufderheide D, Dabrowski M (Hrsg) *Gesundheit – Ethik – Ökonomie*. Duncker & Humblot, Berlin, S 11–27
17. Daniels N, Sabin JE (2002) *Setting limits fairly*. Oxford University Press, Oxford
18. Emanuel EJ (2000) *Justice and managed care. Four principles for the just allocation of health care resources*. *Hastings Cent Rep* 30:8–16
19. Ham C (1997) *Priority setting in health care: learning from international experience*. *Health Policy* 42:49–66
20. Marckmann G, Siebert U (2002) *Kosteneffektivität als Allokationskriterium in der Gesundheitsversorgung*. *Z Medizinische Ethik* 48:171–190
21. Marckmann G (2007) *Kosteneffektivität als Allokationskriterium aus gesundheitsethischer Sicht*. In: Zimmermann-Acklin M, Halter H (Hrsg) *Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz*. EMH Schweizerischer Ärzteverlag, Basel, S 213–224
22. *Gesundheitsrat Südwest (2007) Sachstandsbericht*. *Ärzteblatt Baden-Württemberg* 62:122–128
23. *Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer (2007) Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)*. *Dtsch Ärztebl* 104: A2750–A2754
24. Coulter A, Ham C (2000) *The global challenge of health care rationing*. Open University Press, Buckingham