

*Publiziert unter: Alexander Dietz, Rationierung und Gerechtigkeit. Strukturelle Fragen der Ökonomie im Gesundheitswesen, in: Andreas Frewer / Florian Bruns / Wolfgang Rascher (Hg.), Gesundheit, Empathie und Ökonomie. Kostbare Werte in der Medizin (Jahrbuch Ethik in der Klinik, Bd. 4), Würzburg 2011, 113-124.*

// Seite 113 //

Alexander Dietz

## **Rationierung und Gerechtigkeit Strukturelle Fragen der Ökonomie im Gesundheitswesen**

### **1. Unbefriedigende Diskussionskultur**

Gesundheitspolitische Fragen sind gegenwärtig in Deutschland von breitem öffentlichen Interesse und werden regelmäßig in Talkrunden im Fernsehen diskutiert. Mitunter drängt sich dem Zuschauer der Eindruck auf, dass ihm immer wieder dasselbe vorgesetzt wird. Die Diskussion scheint sich seit Jahren im Kreis zu drehen, was insbesondere mit der Vielzahl ungeklärter Begriffe zusammenhängt. Im Folgenden gebe ich Auszüge aus der Diskussion der Sendung »Anne Will – Operation Gesundheitsfonds – höhere Beiträge, weniger Leistungen?«, die am 4. Januar 2009 in der ARD zu sehen war. Sollte der Leser jemals irgendeine ähnliche Sendung verfolgt haben, wird er sich daran erinnert fühlen.<sup>1</sup>

*Anne Will (Moderatorin):* „Ist der Gesundheitsfonds eine radikale Operation, wie Frau Schmidt gesagt hat, oder ist es eine missglückte Notoperation? Besonders hart trifft es die Rentner.“

*Rentner (Interview):* „Wir zahlen zusammen künftig 30 Euro pro Monat mehr an Krankenkassenbeiträgen, das sind 360 im Jahr, und das wird ja noch nicht das Ende [sein], sondern es wurde von unserer Krankenkasse schon angekündigt, dass der Versicherte noch mal ein Prozent seines Einkommens selber dazu zahlen muss. Letztes Jahr hatten wir an Zuzahlungen 250 Euro noch extra. Wie soll das gehen, wir werden doch alle nicht mehr zum Doktor gehen können?“

// Seite 114 //

*Ulla Schmidt (damals Bundesgesundheitsministerin):* „Die Leistungen der Gesetzlichen Krankenkassen sind durch die letzten Reformen noch ausgeweitet worden. Zum Beispiel bauen wir gerade die palliativmedizinische Versorgung aus. In diesem Jahr wollen wir die ambulante Versorgung stärken. Wir müssen dafür sorgen, dass die Menschen, die krank sind, eine Behandlung auf der Höhe des medizinischen Fortschritts erhalten, und das Geld muss solidarisch aufgebracht werden.“

*Jens Spahn (CDU):* „Die Erhöhung des Beitragssatzes hat nichts mit dem Gesundheitsfonds zu tun, sondern mit Leistungsausweitungen. Die Leistungsverbesserungen und auch Honorarverbesserungen bei niedergelassenen

---

<sup>1</sup> Nach: <http://daserste.ndr.de/annewill/videos/index.html> (10.02.2009), Transkript des Verfassers. Dieser Textabschnitt wurde vom Autor erstmals veröffentlicht in seiner ausführlichen Studie „Gerechte Gesundheitsreform? Ressourcenvergabe in der Medizin aus ethischer Perspektive“, vgl. Dietz (2011), S. 13-15

Ärzten waren von vielen Verbänden gefordert worden, aber die müssen auch bezahlt werden. In einem Land, in dem wir alle gemeinsam älter werden, werden die Ausgaben steigen. Wer etwas anderes verspricht, lügt.“

*Ulrike Mascher (Sozialverband VdK):* „Aber die Rentner werden im Gegensatz zu den Arbeitnehmern nicht entlastet. Und warum beziehen wir nicht die Privatversicherten in den Risikostrukturausgleich ein? Dass es einen Unterschied gibt zwischen Privat- und Kassenpatienten, dass ist das, was die Leute in dieser Gesellschaft aufregt und wo sie merken: Das ist ungerecht.“

*Jens Spahn (CDU):* „Sie lösen das Problem, dass wir alle älter werden, nicht dadurch, dass sie die Private Krankenversicherung abschaffen. Wir müssen uns eher Gedanken über die Frage der Kapitaldeckung machen.“

*Anne Will (Moderatorin):* „Verschärft denn nun der Gesundheitsfonds den Trend zur ‚Zwei-Klassen-Medizin‘?“<sup>2</sup>

*Arzt (Interview):* „Der Fonds wird diese Tendenz verschärfen, weil ein großer Geldmangel im Fonds besteht.“

*Ulla Schmidt (Bundesgesundheitsministerin):* „In diesem Jahr stehen 11 Milliarden mehr zur Behandlung der gesetzlich Krankenversicherten zur Verfügung. Das System ist nicht unterfinanziert. Es ist ein Problem, dass laufend etwas behauptet wird, und jeder glaubt, Experte für das Gesundheitssystem zu

// Seite 115 //

sein. Aber es entspricht oft nicht der Realität. Es gibt Unterschiede, deswegen bin ich für die Bürgerversicherung, weil sie mehr Gerechtigkeit schaffen würde.“

*Ingo Kailuweit (Kaufmännische Krankenkasse):* „Das Gesundheitssystem wird nicht dadurch besser, dass die Beschäftigten mehr Lohn kriegen. Der Gesundheitsfonds löst keines unserer Probleme. Er tut nichts gegen die ‚Kostenexplosion‘.“

*Anne Will (Moderatorin):* „Werden die Menschen sich darauf einstellen müssen, dass bestimmte Leistungen nicht mehr gewährt werden? Setzt die Reform falsche Anreize, weil jetzt nur noch ein chronisch kranker Versicherter ein guter Versicherter ist?“<sup>3</sup>

*Ingo Kailuweit (Kaufmännische Krankenkasse):* „Jetzt ist es beim morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich so, dass der Arzt, das Krankenhaus und die Krankenkasse mehr Geld bekommen, wenn der Patient kränker wird. Wer soll jetzt darauf achten, dass wir nicht ein Volk von Kranken werden?“

---

<sup>2</sup> Die Diskutanten verwenden permanent Begriffe, die entweder inhaltlicher Näherbestimmung bedürften (z.B. Gerechtigkeit, Krankheit, Solidarität, Bürgerversicherung, notwendige Leistungen) oder deren prinzipielle Angemessenheit zu prüfen wäre (z.B. „Zwei-Klassen-Medizin“, „Kostenexplosion“).

<sup>3</sup> Die Diskutierenden sprechen offensichtlich parallel über verschiedene Themen, zum Beispiel Bewertung der letzten Gesundheitsreform, Situation der Rentner, Zuzahlungen, Beitragssätze, Ärztehonorare, demographische Entwicklung, neue Versorgungsschwerpunkte, Risikostrukturausgleich, Abschaffung der Privaten Krankenversicherung, Kapitaldeckung, Notwendigkeit von Rationierung oder Anreize.

*Anne Will (Moderatorin):* „Ist nicht jedes Gesetz, auch wenn es gut gedacht ist, immer missbrauchsanfällig, wenn, Frau Schmidt nennt es kriminell, andere nennen es betriebswirtschaftlich gedacht wird?“

*Ulrike Mascher (Sozialverband VdK):* „Es ist ein System, in dem Patienten, die sich nicht so gut durchsetzen können, notwendige Leistungen nicht erhalten. Zum Beispiel wird die alte Rentnerin abgewimmelt, wenn sie den Arzt überreden will, eine medizinische Begründung für eine Leistung zu schreiben“.<sup>4</sup>

Es wird an dieser Stelle meines Erachtens ein für die gesamte Allokationsdiskussion symptomatischer Bedarf in vierfacher Hinsicht deutlich: erstens ein

// Seite 116 //

Bedarf an Informationen über die komplexe Organisation des Gesundheitswesens (insbesondere Finanzierungsfragen, Allokationsmechanismen, rechtliche Grundlagen, Akteure und deren Interessen etc.) sowie über von Diskussionsteilnehmern verwendete Daten und deren verschiedene Deutungsmöglichkeiten (demographische Entwicklung, Rationalisierungspotenzial, internationale Kennzahlen etc.), zweitens ein Bedarf an Differenzierung und Redlichkeit (anstelle von strategischem aneinander Vorbeireden und irreführender Begriffspolitik), drittens ein Bedarf an Versachlichung, insbesondere durch eine Klärung der Verwendungsweise diskussionsleitender Grundbegriffe und ihrer ethischen Implikationen (Gerechtigkeit, Sozialstaat, Gesundheit und Krankheit, medizinische Notwendigkeit, Rationalisierung und Rationierung, Menschenwürde, Lebensqualität, meist wird – wenn überhaupt – von diesen Begriffen nur der Gerechtigkeitsbegriff näher beleuchtet) und viertens ein Bedarf an einer Verhältnisbestimmung medizinischer, politisch-rechtlicher, ethischer und ökonomischer Gesichtspunkte und Sichtweisen. Solange sich in Diskussionen wie der abgebildeten niemand um eine Verbesserung auch nur bemüht, muss dies letztlich als „babylonische“ Sprach- und Patientenverwirrung bewertet werden.

## **2. Umstrittene Gesundheitsreformen**

Im Zeitraum der letzten dreißig Jahre verabschiedeten die Regierungen in Deutschland durchschnittlich alle zwei Jahre eine neue Gesundheitsreform. Diese Reformfreudigkeit mit einer gewissen Tendenz zum Aktionismus führte bisher nicht zu den erhofften dauerhaften Lösungen für das Problem eines steigenden Kostendrucks. Solche Lösungen wurden jedoch auch in keinem anderen Land gefunden und sind möglicherweise angesichts der Systemkomplexität sowie sich permanent verändernder Herausforderungen gar nicht realistisch. Die einander widersprechenden Interessen der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen führen dazu, dass grundsätzlich jede Reform zunächst einmal öffentlich diskreditiert wird. Man kann der deutschen Gesundheitspolitik jedoch m. E. im Blick auf die vergangenen Reformen durchaus bescheinigen, dass sie im Großen und Ganzen an den richtigen Themen angesetzt hat. Lediglich ein entscheidendes Versäumnis muss man ihr vorwerfen, nämlich bisher einer notwendigen Finanzierungsreform ausgewichen zu sein, die konsequent alle Bevölkerungsgruppen und Einkommensarten für die solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung in die Pflicht nimmt.

Von diesem Ziel hat man sich durch die aktuelle Gesundheitsreform von 2010 eher noch weiter entfernt, als dass man sich ihm genähert hätte. Insofern wundert es nicht, dass diese Reform noch umstrittener ist, als dies üblicherweise

---

<sup>4</sup> Es wird immer wieder deutlich, dass die Diskussionsteilnehmer unterschiedliche Verständnisse grundlegender Gegenstände voraussetzen, zum Beispiel bezüglich Sozialstaat, Effizienz, Folgen der Ökonomisierung für die Rolle des Arztes und die Arzt-Patienten-Beziehung.

der Fall ist. Sie hat sogar eine regelrechte gesellschaftliche Gerechtigkeitsdebatte ausgelöst. Dieser Streit bezieht sich in erster Linie auf die Einführung einer nach oben offenen, einkommensunabhängigen Zusatzleistung zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung („Kopfpauschale“), aber auch auf die weitere Zurücknahme der paritätischen Finanzierung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern sowie auf Leistungsausgliederungen aus dem solidarisch finanzierten Regelleistungsbereich („Zwei-Klassen-Medizin“). Björn Böhning, Mitglied des SPD-Parteivorstands, bezeichnete die Reform als „sozialstes Reformwerk der letzten 50 Jahre“. Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler verteidigte sie dagegen als „notwendig und gerecht“.<sup>5</sup> Die Evangelische Kirche in Deutschland reagierte mit einer Orientierungshilfe unter dem Titel „Das Prinzip der Solidarität steht auf dem Spiel“, in der sie auf der Grundlage ihres Selbstverständnisses als „Anwältin für sozial Schwache“ Teile der Reform als „mit einem solidarischen Gesundheitssystem [...] nicht kompatibel“ bewertet.<sup>6</sup> Der Vorsitzende der katholischen Deutschen Bischofskonferenz, Robert Zollitsch, äußerte sich demgegenüber in einem Interview mit der Nachrichtenagentur dpa positiv zur Reform und zu seines Erachtens unausweichlichen weiteren Leistungseinschränkungen.<sup>7</sup> Der katholische Sozialethiker Friedhelm Hengsbach reagierte auf diese Äußerung scharf und warf dem Bischof mangelnde gesundheitspolitische Analysefähigkeit sowie mangelnde Sensibilität hinsichtlich der Folgen für die Schwachen vor.<sup>8</sup>

Der Gerechtigkeitsdiskurs im Blick auf die Gestaltung des Gesundheitswesens ist notwendig und muss differenziert geführt werden, wenn der Gerechtigkeitsbegriff nicht zur beliebig instrumentalisierbaren Hohlformel verkommen soll. Jeweils für sich genommen können die klassischen Gerechtigkeitstheorien (Gerechtigkeit als individuelle Tugend, prozedurale Gerechtigkeit, Tauschgerechtigkeit, Verteilungsgerechtigkeit, Teilhabegerechtigkeit) der Komplexität des Themas nicht gerecht werden. Die Debatte um die Gestaltung des Gesundheitswesens bzw. um Ressourcenallokation im Gesundheitswesen im weitesten Sinne ist letztlich eine „Debatte über die ethischen Grundlagen des Staates“.<sup>9</sup> Es geht um die Frage, in was für einer Gesellschaft wir leben möchten bzw. was unsere Vorstellung des guten Lebens ist, und dies setzt die Antwort auf die Frage voraus, wer wir (eigentlich) sind. Derzeit wird die Allokationsdiskussion durch die ökonomische Perspektive einseitig dominiert, doch Ulrich Körtner bemerkt zurecht, dass „die ganze Diskussion zu kurz greift, solange lediglich

unter den Schlagworten der Rationalisierung und Rationierung nach der Effizienz, nicht aber nach dem Sinn des Ganzen gefragt wird“.<sup>10</sup>

### **3. Verwirrung um die Begriffe „Rationierung“ und „Knappheit“**

Im bereits erwähnten dpa-Interview mit Bischof Robert Zollitsch äußerte dieser die These, dass Rationierung „im Rahmen individuell tragbarer und beeinflussbarer Risiken wohl unumgänglich sei, wenn die Solidargemeinschaft bei knapper werdenden Ressourcen vom

---

<sup>5</sup> dapd (2010)

<sup>6</sup> Kirchenamt der EKD (2010), S. 9 u. 18

<sup>7</sup> Vgl. dpa (2011)

<sup>8</sup> Vgl. Düperthal (2011)

<sup>9</sup> Bobbert (2004), S. 163

<sup>10</sup> Körtner (2002), S. 51f.

Einzelnen nicht tragbare Leistungen garantieren soll“.<sup>11</sup> Damit schließt er sich einer unter Gesundheitsökonomern, Politikern und Medizinethikern verbreiteten Sichtweise an, die jedoch keineswegs so unanfechtbar ist, wie sie auf den ersten Blick erscheint. Die häufig begegnende Schlussfolgerung von einer als nicht überwindbar angenommenen Knappheit auf die Unvermeidbarkeit von Rationierung greift jedenfalls zu kurz und offenbart lediglich einen grundlegenden terminologischen Klärungsbedarf im Blick auf die Begriffe „Knappheit“ und „Rationierung“. Diese Zeit zur Klärung sollte man sich unbedingt nehmen angesichts der erheblichen Konsequenzen, die sich aus einer Rationierung im Gesundheitswesen für die Frage nach der Gerechtigkeit in einer Gesellschaft ergeben.

Es lassen sich in der Allokations-Diskussion mindestens drei Definitionen von Knappheit unterscheiden (allgemeine, konkrete absolute, konkrete relative), von deren jeweiliger Verwendung es abhängt, ob Knappheit als überwindbar oder als unüberwindbar verstanden wird. Knappheit kann zunächst verstanden werden als allgemeine Knappheit (d.h. dass alle materiellen Ressourcen endlich bzw. begrenzt sind) oder als konkrete Knappheit (d.h. dass zu wenig von einer bestimmten Ressource zur Befriedigung eines bestimmten Bedarfs verfügbar ist). Bei der konkreten Knappheit kann zwischen absoluter Knappheit (d.h. die Ressourcen können nicht in dem Maße vermehrt werden, dass sie zur Befriedigung des entsprechenden Bedarfs ausreichen) und relativer Knappheit (d.h. die Ressourcen könnten in dem Maße vermehrt werden, dass sie zur Befriedigung des entsprechenden Bedarfs ausreichen) unterschieden werden. Die Grenze zwischen absoluter und relativer Knappheit ist fließend, da erstens Ressourcen bei entsprechend großem Aufwand meistens vermehrbar sind (z.B. selbst Spenderorgane) und zweitens Knappheit nicht nur durch Ressourcenvermehrung, sondern auch durch Nachfragesenkung überwunden werden kann (z.B. durch die gesellschaftliche Infragestellung der Sinnhaftigkeit bestimmter Behandlungen).

// Seite 119 //

gen). Konkrete Knappheit hat stets mit gesellschaftlicher Wahrnehmung und Wertung, nämlich den Fragen, welche Bedürfnisse als legitim gelten und wie viele Ressourcen zur Befriedigung welcher legitimer Bedürfnisse eingesetzt werden sollen, zu tun. Insofern kann nicht sinnvoll über Knappheit gesprochen werden, ohne gleichzeitig über die Ziele medizinischen Handelns und über das Verständnis von Gesundheit und Krankheit zu sprechen.

Sowohl aus dem allgemeinen Knappheitsverständnis als auch aus dem konkreten absoluten folgt, dass die Knappheit akzeptiert werden muss und nicht überwunden werden kann. Vertreter dieser beiden Knappheitsverständnisse folgern in der Diskussion daraus in der Regel auch eine Unvermeidbarkeit von Rationierung (im Sinne von Leistungsbeschränkung). Eine solche Unvermeidbarkeit lässt sich jedoch nur aus dem konkreten absoluten Knappheitsverständnis folgern, nicht aus einem allgemeinen, da die Begrenztheit erst in Verbindung mit einer Nachfrage oberhalb der Grenze zur Knappheit wird. Die allgemeine Knappheitsdefinition ist also nicht nur trivial und ohne Aussagekraft für konkrete Allokations- oder Rationierungsfragen, sondern grundsätzlich unsachgemäß. Die konkrete absolute Knappheitsdefinition wird häufig strategisch verwendet, um unter dem Deckmantel einer Sachzwang-Rhetorik die Diskussion über eine Vermeidbarkeit von Rationierung und über politische Gestaltungsalternativen bezüglich der Knappheit abzublocken sowie um den Sozialstaat einer Legitimationskritik zu unterziehen. Aufgrund des konstruierten Charakters von Knappheit ist jedoch die konkrete relative Knappheitsdefinition für die Allokations-Diskussion die angemessene. Danach kann Knappheit an Ressourcen im Gesundheitswesen als überwindbar zumindest gedacht werden. Ob sie tatsächlich überwindbar ist, hängt vom

---

<sup>11</sup> dpa (2011)

Umfang der Bedürfnisse und der akquirierbaren Ressourcen ab. Ob im Falle der Überwindbarkeit ihre Überwindung wünschenswert ist, hängt von der Legitimität der Bedürfnisse und den Opportunitätskosten im Blick auf die Verwendung der Ressourcen ab. Es lassen sich in der Allokationsdiskussion auch mindestens drei Definitionen von Rationierung unterscheiden (weite ökonomische, enge ökonomische, Leistungsbeschränkung), von deren jeweiliger Verwendung es abhängt, ob Rationierung als vermeidbar oder unvermeidbar sowie als akzeptabel oder als inakzeptabel verstanden wird. Weite ökonomische Definitionen verstehen Rationierung als Allokation begrenzter Ressourcen durch institutionelle Regelungen, danach wird der Begriff Rationierung synonym zum Begriff Ressourcenallokation verwendet.<sup>12</sup> Nach einer solchen Definition ist Rationierung unvermeidbar, da sie dann zu den grundlegenden Bedingungen des Lebens in einer Welt mit begrenzten Ressourcen gehört. Die Feststellung der Unvermeidbarkeit einer

// Seite 120 //

Allokation der begrenzten Ressourcen ist trivial. Eine solche Rationierungsdefinition wird in der Rationierungsdiskussion oft strategisch verwendet, um die Diskussion über die Frage der Vermeidbarkeit von Rationierung abzublocken. Der nächste Schritt einer solchen Argumentationsstrategie besteht in der Regel darin, festzustellen, dass nun, da fest stehe, dass Rationierung unvermeidbar sei, nur noch über die Kriterien der Leistungsbeschränkungen im Gesundheitswesen gesprochen werden müsse, d.h. es wird stillschweigend ein Wechsel von einer weiten ökonomischen Definition zu einer Leistungsbeschränkungsdefinition von Rationierung vollzogen, wobei die Frage nach der Unvermeidbarkeit von Rationierung im Blick auf die Leistungsbeschränkungsdefinition nicht diskutiert wurde.

Enge ökonomische Definitionen verstehen Rationierung als staatliche Zuteilung begrenzter Ressourcen.<sup>13</sup> Nach engen ökonomischen Definitionen ist Rationierung zwar außerhalb des Marktes unvermeidbar, aber grundsätzlich durch Privatisierung durchaus vermeidbar. Daher wird durch die Verwendung einer solchen Rationierungsdefinition in der Rationierungsdiskussion häufig das strategische Ziel verfolgt, Zustimmung zum Abbau staatlicher Gesundheitsversorgung hervorzurufen und diejenigen, welche die Gesundheitsversorgung nicht dem Markt überlassen möchten, in die Begründungs-Defensive zu drängen. Während dieses erste strategische Ziel am negativen Klang des Rationierungsbegriffs anknüpft und eine Vermeidung von Rationierung durch Privatisierung empfiehlt, verfolgt die Verwendung einer engen ökonomischen Definition von Rationierung häufig auch ein zweites strategisches Ziel (dessen argumentative Spannung zum ersten ignoriert wird), nämlich die Grundsatzdiskussion, ob Rationierung gesundheitspolitisch akzeptabel sei oder nicht, im positiven Sinne zu entscheiden, indem dem Rationierungsbegriff sein negativer Klang genommen wird. Rationierung soll nach dieser Definition nicht mehr mit Vorenthaltung, sondern mit Zuteilung in Verbindung gebracht werden. Wenn durch diese Argumentationsstrategie eine grundsätzliche Akzeptanz für den Rationierungsbegriff (als positive Zuteilung) geschaffen wurde, wird meist im weiteren Diskussionsverlauf stillschweigend ein Wechsel zu einer Leistungsbeschränkungsdefinition vollzogen.

Leistungsbeschränkungsdefinitionen, die im Blick auf die faktische Begriffsverwendung in der deutschen Diskussion angemessen sind, verstehen Rationierung als Vorenthaltung medizinisch notwendiger Leistungen im Gesundheitswesen. Wenn eine Leistungsbeschränkungsdefinition vorausgesetzt wird, ist Rationierung aus Sicht der meisten ethischen Ansätze (und im Blick auf die deutsche Rechtslage) etwas Negatives, und es besteht eine ethische Pflicht

---

<sup>12</sup> Vgl. Kopetsch (2001), S. 73

<sup>13</sup> Vgl. Kliemt (2006)

// Seite 121 //

zur Vermeidung von Rationierung, sofern dies möglich ist. Die Antwort auf die Frage, ob Rationierung vermeidbar ist, hängt bei Leistungsbeschränkungsdefinitionen davon ab, wie eng der Begriff der medizinischen Notwendigkeit gefasst wird, ob man die These einer wesenhaft unersättlichen Nachfrage nach Gesundheitsgütern für plausibel hält und wie viele Ressourcen der Staat (im Verhältnis zu seinen anderen Aufgaben) in das Gesundheitswesen investieren möchte.

#### **4. Effizienz als Rationierungskriterium?**

Ein unzweifelhaft sinnvoller Ansatz für den Umgang mit Kostendruck im Gesundheitswesen ist das verstärkte Bemühen um die Ausschöpfung von Rationalisierungs- bzw. Effizienzsteigerungspotentialen. Die Politik muss Regelungen schaffen, die einen effizienten Umgang mit den Ressourcen im Gesundheitswesen fördern. Ein solcher effizienter, also ökonomisch-verantwortungsvoller und nicht-verschwenderischer, Umgang mit ökonomischen Gütern ist auch ethisch gefordert. Ineffizienzen können sich ebenso aus fehlendem Wettbewerb an der richtigen Stelle wie aus Wettbewerb an der falschen Stelle ergeben, aus sogenanntem „Managerialism“ und überbordenden Dokumentationspflichten ebenso wie aus fehlenden Management-Kompetenzen, aus Korruption und Egoismus ebenso wie aus gutem Willen oder Gleichgültigkeit. Es wurden vom Gesetzgeber in den letzten Jahrzehnten zahlreiche Anreize geschaffen, welche die Akteure im Gesundheitswesen zu einem effizienten Umgang mit den Ressourcen veranlassen sollten, manche erwiesen sich als zielführend, andere nicht. Der Gesetzgeber darf dabei keinesfalls das Ziel der Effizienz (mit dem Nebeneffekt des Kosten-Sparens) mit dem Ziel des Kosten-Sparens (unter Inkaufnahme von Qualitätsminderung) verwechseln. Das Ziel einer möglichst niedrigen Gesundheitsquote ist volkswirtschaftlich nicht unbedingt sinnvoll.

Ein effizienter Umgang mit knappen, der materiellen Bedürfnisbefriedigung dienenden Ressourcen im Gesundheitswesen ist ethisch gefordert, in dem Sinne, dass die Realisierung eines bestimmten Nutzens mit weniger Kosten der Realisierung dieses Nutzens mit höheren Kosten vorzuziehen ist und dass die Realisierung eines höheren Nutzens bei bestimmten Kosten der Realisierung eines geringeren Nutzens bei diesen Kosten vorzuziehen ist. Dieses Wirtschaftlichkeitsprinzip, das in § 12 SGB V seinen gesetzlichen Niederschlag gefunden hat, dient der Beförderung des Ziels des Gesundheitswesens, das in einer guten Gesundheitsversorgung für alle Menschen besteht als Beitrag zur Ermöglichung eines Lebens in Würde. Von diesem Effizienzgedanken im Sinne einer ethischen Forderung nach Rationalisierung (u.a. mit dem Ziel der Vermeidung von

// Seite 122 //

Rationierung) ist der Effizienzgedanke im Sinne eines Rationierungskriteriums klar zu unterscheiden, nach dem Leistungen dann vorenthalten werden sollen, wenn sie ein bestimmtes Kosten-Nutzen-Verhältnis unterschreiten. Das Effizienz-Kriterium in diesem Sinne ist aus ethischer Sicht höchst problematisch.

Unabhängig von der Frage, ob man Rationierung derzeit für vermeidbar hält, ist eine differenzierte ethische Reflexion möglicher Rationierungskriterien (angesichts der ungewissen Zukunft und angesichts nicht ausreichend reflektierter gegenwärtiger Praxis) wichtig. Aufgrund zahlreicher ethisch zweifelhafter Aspekte (Monetarisierung und interpersonale Verrechnung des Werts von Gesundheit und Leben, Inkaufnahme der Diskriminierung bestimmter Personengruppen oder der Verletzung individueller Menschenrechte u.a.) hat sich Effizienz als ein vorgeordnetes Rationierungskriterium im

Gesundheitswesen in der Praxis bisher stets als untauglich erwiesen. Als klassisches Beispiel dafür kann die Erstellung mehrerer Prioritätenlisten in Oregon zwischen 1989 und 1993 gelten. Während das Kosten-Nutzen-Kriterium in der ersten Liste noch das Hauptkriterium darstellte, spielte es in der schließlich als umsetzbar akzeptierten Liste beinahe gar keine Rolle mehr.<sup>14</sup>

// Seite 123//

## Literatur

- Aufderheide, D./Dabrowski, M. (Hrsg.) (2002): Gesundheit – Ethik – Ökonomik. Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven des Gesundheitswesens. Berlin.
- Bobbert, M. (2004): Individuelle Rechte als Maßstab für eine gerechte Verteilung von Mitteln im Gesundheitswesen. In: Graumann/Grüber (2004), S. 163-196.
- dapd (2010): Gesundheitsreform. SPD verschärft ihre Kritik. Meldung vom 13.11.2010, unter: [http://www.focus.de/politik/weitere-meldungen/gesundheitsreform-spd-verschaerft-ihre-kritik\\_aid\\_571665.html](http://www.focus.de/politik/weitere-meldungen/gesundheitsreform-spd-verschaerft-ihre-kritik_aid_571665.html) (am 24.01.2011).
- Dietz, A (2011): Gerechte Gesundheitsreform? Ressourcenvergabe in der Medizin aus ethischer Perspektive. Frankfurt am Main u.a.
- dpa (2011): Zollitsch regt Debatte über Gesundheitsleistungen an. Gespräch: Jürgen Ruf. Meldung vom 02.01.2011, unter: <http://www.welt.de/wirtschaft/article11932704/Kirche-fordert-Selbstbeteiligung-beim-Arztbesuch.html> (am 24.01.2011).
- Düperthal, G. (2011): „Zollitsch stolpert in Röslers Falle“. Deutschlands oberster Katholik plädiert für Selbstbeteiligung der Patienten beim Arztbesuch. Gespräch mit Friedhelm Hengsbach. In: Junge Welt (05.01.2011), S. 2.
- Graumann, S./Grüber, K. (Hrsg.) (2004): Patient – Bürger – Kunde. Soziale und ethische Aspekte des Gesundheitswesens. Münster.
- Hadorn, D. C. (2003): Prioritäten in der Gesundheitsversorgung im US-Staat Oregon. Kosten-Effektivität und das Gebot der Hilfeleistung treffen aufeinander. In: Marckmann/Liening (2003), S. 282-294.
- Kirchenamt der EKD (2010): Das Prinzip der Solidarität steht auf dem Spiel. Eine Orientierungshilfe des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) zu den aktuellen Herausforderungen im Gesundheitswesen. Hannover.
- Kliemt, H. (2006): Budgetierung, Standardisierung, Priorisierung. In: Schöne-Seifert/Buyx u.a. (2006), S. 91-106.
- Kopetsch, T. (2001): Zur Rationierung medizinischer Leistungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Baden-Baden.
- Körtner, U. H. J. (2002): Gesundheit nicht um jeden Preis. Ziele und Kosten des medizinischen Fortschritts aus ethischer Sicht. In: Aufderheide/Dabrowski (2002), S. 51-75.

// Seite 124 //

- Marckmann, G./Liening, P. u.a. (Hrsg.) (2003): Gerechte Gesundheitsversorgung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen. Stuttgart u.a.
- Schöne-Seifert, B./Buyx, A. M. u.a. (Hrsg.) (2006): Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen. Paderborn.

---

<sup>14</sup> Vgl. Hadorn (2003)