

Tagungsdokumentation
Gesundheit für alle – wie lange noch?

Gesundheit für alle – wie lange noch?

Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen

Vorträge der Jahrestagung des Nationalen Ethikrates 2006

INHALT

- Seite 13 >> **Eckhard Nagel**
Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Universität Bayreuth, Mitglied des Nationalen Ethikrates
Gesundheit für alle – wie lange noch?
Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen
- Seite 19 >> **Stefan Gosepath**
Professor für Philosophie, Justus-Liebig-Universität Gießen
Kann das Gut Gesundheit gerecht verteilt werden?
- Seite 35 >> **Walter Krämer**
Professor für Wirtschafts- und Sozialstatistik, Universität Dortmund
Was macht Rationierung unvermeidbar?
- Seite 45 >> **Hans-Peter Bruch**
Direktor der Klinik für Chirurgie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
Ärztliches Handeln unter den Bedingungen begrenzter Ressourcen
- Seite 53 >> **Heiner Raspe**
Direktor des Instituts für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
Prävention und Präzision: Was leisten wir uns in Vorsorge und Früherkennung bösartiger Tumoren?
- Seite 67 >> **Bettina Schöne-Seifert**
Professorin für Ethik in der Medizin, Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Mitglied des Nationalen Ethikrates
Strategien zur Rationierung im Gesundheitswesen – der internationale Kontext
- Seite 75 >> **Sir Michael Rawlins**
Vorsitzender des National Institute for Health and Clinical Excellence, London, Großbritannien
Das Beispiel Großbritannien
- Seite 83 >> **Per Carlsson**
Direktor des National Centre for Priority Setting in Health Care, Linköping, Schweden
Is it possible to be more systematic and transparent in priority setting in health care? Recent developments in Sweden

Herausgegeben vom Nationalen Ethikrat

Vorsitzende: Kristiane Weber-Hassemer
Jägerstraße 22/23 • D-10117 Berlin
Telefon: +49/30/203 70-242 • Telefax: +49/30/203 70-252
E-Mail: kontakt@ethikrat.org
www.ethikrat.org

Nationaler Ethikrat
Tagungsdokumentation
Gesundheit für alle – wie lange noch?

© 2007 Nationaler Ethikrat
Alle Rechte vorbehalten
Eine Abdruckgenehmigung wird auf Anfrage gern erteilt.
Gestaltung: BartosKersten Printmediendesign, Hamburg
Titelillustration: Manfred Bogner
Druck: Druckerei St. Pauli, Hamburg
Bindung: Buchbinderei Büge, Celle

Seite 93 >> **Steven D. Pearson**
*Direktor des Institute for Clinical and Economic Review, Harvard Medical School,
Cambridge (MA), USA*
Das Beispiel USA

Seite 103 >> **Julian Nida-Rümelin**
*Professor für Politische Theorie und Philosophie, Ludwig-Maximilians-Universität
München*
unter Mitarbeit von **Martin Rechenauer**
*Lehrbeauftragter für Philosophie der Sozialwissenschaften, Ludwigs-Maximilians-
Universität München*
Rationierung im Gesundheitswesen und die Grundlagen des Sozialstaats

Seite 121 >> **Literaturhinweise**

ECKHARD NAGEL

Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Universität Bayreuth, Mitglied des Nationalen Ethikrates

Gesundheit für alle – wie lange noch? Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen

Der Kreis bricht. Die Geschlossenheit, in deren Mitte das alte Symbol des Asklepiadentums steht, bröckelt.

Mit diesem Bild hat der Nationale Ethikrat zu seiner diesjährigen Jahrestagung eingeladen. Brüche sind in dem Feld, in dem ich mich als Chirurg bewege, pathologische Ereignisse, Krankheit breitet sich aus, Verletzung führt zu Behinderung und alles Bemühen der Beschäftigten in den Heilberufen ist darauf gerichtet, diese Behinderungen so klein wie möglich zu halten. Angesichts dieses Bildes und der zur Stabilisierung für das Gesundheitswesen Berufenen dürfte man hoffen, dass die Bemühungen der Politik zur Weiterentwicklung und zur Vermeidung langfristiger Einschränkungen innerhalb dieses Systems in gleicher Weise wirksam werden wie ein Gips oder eine Operation, die eine Heilung in Gang setzt. Aber die sogenannten Kausalitäten wie der medizinisch-technische Fortschritt, die demographische Entwicklung, die Globalisierung der Arbeitsmärkte, die Veränderung der sozialen Lebensräume usw., die die Brüche in den Sozialversicherungssystemen speziell im Bereich Gesundheit verursachen, scheinen so wenig behandelbar zu sein, die vorgeschlagenen Strategien so wenig zu wirken, dass die vorgegebenen Strukturen über kurz oder lang den Brüchen vermeintlich nicht mehr standhalten. So zumindest ist dieser Tage unsere Wahrnehmung von der Diskussion über den Erhalt der Gesundheitsversorgung in unserem Land und in vielen vergleichbaren Ländern auch.

Die Konzeption eines solidargemeinschaftlichen Prinzips im deutschen Gesundheitswesen war von der Hoffnung getragen, dass die Errungenschaften der modernen Medizin allen Kranken in gleicher Weise und in ausreichendem Maße zur Verfügung gestellt werden könnten. Diese Hoffnung erscheint heute – nicht nur angesichts begrenzter finanzieller Ressourcen – trügerisch. Begrenzte Ressourcen bedeuten eine Notwendigkeit zur Verteilung. Schlagworte wie „Rationalisierung“ und „Priorisierung“ oder „Rationierung“ und „Gerechtigkeit“ kennzeichnen den Diskurs. Dieser trifft die im Gesundheitswesen Tätigen wie auch die ihnen Anvertrauten trotz

jahrelanger Diskussion offensichtlich immer noch weitgehend unvorbereitet. Somit ist die Verunsicherung auf allen Seiten gleichermaßen groß.

In Zeiten, in denen man eine gesellschaftspolitische Debatte mit der Zielsetzung führen möchte, möglichst viel Zustimmung für die eigenen Gedankengebäude zu erringen, wird häufig versucht, komplexe Themen möglichst einfach darzustellen und Antworten auf Schlagworte zu reduzieren. So ist die derzeitige Diskussion über die Weiterentwicklung der Medizin besonders durch folgende Sätze charakterisiert:

- „Die Versorgung mit Spitzenmedizin für alle bleibt gewährleistet.“
- „Gleicher Zugang für alle zu allem!“
- „Es ist kein Geld mehr da.“
- „Wir werden zu alt.“
- „Der medizinische Fortschritt führt in eine Falle.“

Es ist völlig unfraglich, dass ökonomische Begrenzungen bei der Ressourcenallokation eine gravierende Rolle spielen. Theodor Fontane hat dies einmal unmissverständlich bildhaft die Offizierskameraden seines Romanhelden Bodo von Rienäcker in der Erzählung „Irrungen Wirrungen“ prägnant formulieren lassen, als es um die Frage ging, ob Emotionen oder ökonomische Zwänge prioritär über die Lebenszusammenhänge entscheiden: Da heißt es: „Rienäcker steht vor einer scharfen Ecke.“ – „Und vor welcher?“ – „Er soll heiraten.“ – „Das nennen Sie eine scharfe Ecke? Ich bitte Sie, ... Rienäcker steht vor einer viel schärferen: Er hat 9.000 jährlich und gibt 12.000 aus, und das ist immer die schärfste aller Ecken ...“ Sind es tatsächlich die ökonomischen Rahmenbedingungen, die die schärfste aller Ecken im Kontext unserer heutigen Diskussion darstellen?

Sie sehen an der Art und Weise, wie die Themen dieses Symposiums gewählt sind, dass die Kosten nur implizit genannt werden. Denn gerade in der Medizin ist bekannt, dass begrenzte Ressourcen nicht nur primär finanzieller Art sind, sondern bestehender Mangel auch in anderen Bereichen die Verantwortlichen in eine schwierige Situation und diejenigen, die Hilfe benötigen, in ein häufig unauflösbares Dilemma stürzt. Beispielhaft kann auf die Schwierigkeiten bei der Verteilung der zu wenigen Organe im Bereich der Transplantationsmedizin verwiesen werden. Welche Möglichkeiten gibt es, um angesichts der Besonderheit des Gutes Gesundheit, dem wir alle höchste Priorität in unserem Leben einräumen, Verteilungsentscheidungen gerade unter dem Aspekt der Gerechtigkeit herbeizuführen? Sicher: Das Gut Gesundheit ist Voraussetzung für die Realisierung vieler Lebensmöglichkeiten und Ziele. Auch ist die Frage zu stellen, wie innerhalb des Systems gerade von verantwortlicher Seite mit Mittelknappheit und den Sorgen der Patienten umgegangen wird und woran man sich

bei der Zuteilung knapper Mittel orientieren kann. Wo liegen die Grundlagen dafür, dass im Rahmen eines gesamtgesellschaftlichen und auch interindividuellen Konsenses Abwägungen zwischen Handlungs- und Behandlungsmöglichkeiten eröffnet werden? Ist die einzige Lösung eine rechtlich verordnete Rationierung oder gibt es alternative Konzepte, die eine transparente Zuordnung von Leistungen möglich machen?

Bei diesen Fragen wird deutlich, dass finanzielle Aspekte in dieser Diskussion wichtig, aber nur zweitrangig sind. Die Erhaltenswürdigkeit eines konkreten, individuellen Menschenlebens ist eine Wertvorgabe, die sich nicht an den dafür aufzuwendenden Kosten messen lässt. Das Grundrecht auf Leben, aber auch der grundrechtlich gebotene Schutz des Individuums in seiner Personalität und Individualität verbieten es, den Einzelnen zum Rechnungsposten eines ökonomischen Kalküls zu degradieren. Das Grundrecht auf Gesundheit – wenn es denn ein solches gibt – trägt in besonderem Maße egalitären Charakter. So orientiert sich der Schutz des Patienten im Behandlungsverhältnis an den Sachnotwendigkeiten des medizinischen Bereiches: Eine Ungleichbehandlung von Patienten nach dem Maßstab eines Kosten-Nutzen-Kalküls soll ausgeschlossen sein. Darüber hinaus ist für eine Gesellschaft wie die unsrige die Gemeinschaftsgebundenheit des Individuums in hohem Maße abhängig davon, inwieweit diese Gesellschaft dem Einzelnen in existentieller Not Hilfe bereitstellt. Gerade um dieses Grundverständnis zu erhalten, bedarf es der bestmöglichen Orientierung aller Beteiligten.

Die Basisvorgaben unseres Gesundheitswesens bleiben, so ist die allgemeine Aussage von vielen Seiten, etwas Schützenswertes. Praktizierte und praktikable Solidarität darf auf der einen Seite nicht dem Gespenst einer angeblich unkontrollierbaren Kostenexplosion geopfert werden und gleichzeitig nicht als Argument dafür herhalten, notwendige Veränderungen nicht durchzuführen. Die Umbruchphase, die die Gesundheitspolitik über nunmehr zwei Jahrzehnte mit ständigen Reformen begleitet, ist von dem Verlangen gekennzeichnet, in allen medizinischen Bereichen größtmögliche Transparenz bezüglich der Entscheidungsstrukturen und des Ressourcenverbrauchs herzustellen. Die im Gesundheitswesen Beschäftigten werden angemahnt, Bewertungsmaßstäbe und Wirksamkeitsanalysen für einzelne Therapieverfahren zu entwickeln, die auch unter ökonomischen Gesichtspunkten zu beurteilen sind. Ich persönlich bin der Überzeugung, dass hier fundamentale Veränderungen bereits erfolgt sind, über deren auch ethische Auswirkungen wir uns überhaupt noch nicht im Klaren werden konnten.

Die letzten Wochen haben deutlich gemacht, dass das komplizierte Zusammenspiel von gesunden, kranken, jungen und alten Beitragszahlern, von sozialstaatlich unterstützten Personen, von Ärzten und Pflegekräften, von Arbeitsmarkt, globalisiertem

Wettbewerb und medizinisch-technischer sowie pharmazeutischer Industrie es schwierig macht, innerhalb des bestehenden Systems Veränderungen vorzunehmen, ohne gleichzeitig eine der beteiligten Gruppen schlechter zu stellen, ihnen etwas wegzunehmen oder weniger zu geben, als dies vorher der Fall war. Wenn viele Stimmen gegen Veränderungen laut werden, so müssen offensichtlich viele etwas abgeben. Es stellt sich nur die Frage: Wer bekommt, was an anderer Stelle eingespart oder zugeordnet wurde?

„Im Mittelpunkt der Mensch!“, heißt es plakativ. Nur glauben kann der es nicht, denn *in praxi* erfährt er es anders.

Der medizinische Fortschritt kommt in dieser Diskussion bisweilen unter emotionale Räder. Er wird als Ursache von Problemen hinterfragt, deren man sich am liebsten entledigt hätte, und manche schlagen darum vor, diesem medizinischen Fortschritt Einhalt zu gebieten. Auf der anderen Seite ist die rasante Weiterentwicklung des medizinisch Machbaren, zum Beispiel durch Intensivmedizin, Organtransplantation, neue bildgebende Verfahren, Gentechnologie, Biotechnologie im weitesten Sinne, Grund zur Freude: Freude über Behandlungschancen für Menschen, für die es bisher keine gab, Freude über Lebensperspektiven, die so nicht bestanden hätten, Freude über menschliche Entwicklung zum Wohle Dritter, die vom Schicksal benachteiligt scheinen. Schicksal im Sinne von Krankheit richtet sich nun mal nicht nach der Nikomachischen Ethik. Der Mensch ist deshalb aufgefordert, hier schützend einzugreifen.

Politisch wird erklärt, eine explizite Rationierung oder Priorisierung habe bislang nicht stattgefunden. Eine implizite Rationierung findet allerdings, zum Beispiel im Rahmen von Budgets oder finanziellen Anreizsystemen, schon seit längerem statt. Inwieweit diese Anreizsysteme allerdings zu einer eingeschränkten Qualität der medizinischen Versorgung führen können, ist zumindest in Deutschland bislang noch nicht umfassend untersucht worden. Da die Diskussion im eigenen Land bisweilen durch vielfach wiederholte Argumente an Schwung verliert, erschien es dem Nationalen Ethikrat sinnvoll, durch den Blick nach außen die Lähmungserscheinungen im inneren Denken zu behandeln. Wir werden sehen, ob dies ein erfolgreicher Therapiepfad sein kann. Gerade der Blick über die Grenzen im Miteinander-Sprechen und Voneinander-Lernen kann hier vielleicht einen Ausweg aus dem *circulus vitiosus* der Selbstbetrachtung bieten.

All diese Fragen stellen sich uns unter der Maßgabe, dass wir definitionsgemäß in einem Sozialstaat zu leben glauben. Ein Sozialstaat ist etwas anderes als ein liberaler Rechtsstaat, und darum soll am Ende unserer Jahrestagung unter diesem Gesichtspunkt Rationierung im Gesundheitswesen noch einmal besonders reflektiert werden.

Wir werden die aufgeworfenen (für uns so wichtigen und existentiellen) Fragen zur gerechten Verteilung der Mittel im Gesundheitswesen in keiner Hinsicht vollständig befriedigend beantworten können, aber wir hoffen sehr und freuen uns darauf, inhaltlich und argumentativ ein Stück voranzukommen. Es wäre schön, wenn wir am Ende der Debatte ein Stück Blauäugigkeit verloren hätten, und dies dennoch mit der Zuversicht, dass die anstehenden Probleme in Achtung aller Beteiligten gelöst werden können.

Vielleicht interpretieren wir dann das eingangs erwähnte Bild, mit dem der Nationale Ethikrat zu dieser Tagung eingeladen hat, anders. Der Kreis stellt gleichzeitig eine Tablette dar: Bricht man ein Stück davon ab, so in der Regel deshalb, um eine angemessene Dosis zu erhalten. Dadurch werden die Medikamentenwirkungen optimiert und die Nebenwirkungen reduziert.

Kann das Gut Gesundheit gerecht verteilt werden?

Einleitung

Fragen der Gerechtigkeit und der Rationierung im Gesundheitswesen sind ein beständiges moralphilosophisches und politisches Thema. Allerdings ist in den letzten Jahren die politische Auseinandersetzung in dem Maße schärfer und das öffentliche Interesse daran größer geworden, in dem die Notwendigkeit zu Veränderungen im bestehenden Gesundheitssystem zum Zwecke des Erhalts der solidarisch-gemeinschaftlichen Gesundheitsversorgung in unserem Lande immer deutlicher wurde. Denn die Bedingungen haben sich verändert: Die Medizin wird immer effizienter und damit auch teurer. Die dafür nötigen Ressourcen sind nicht im gleichen Maße steigerbar und können so mit der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen nicht Schritt halten. Aus diesen Gründen entwickelte sich eine Debatte über den Umbau des bestehenden deutschen Sozialstaats und als Teil davon auch des Gesundheitssystems. Im Zuge dieser Debatte werden auch marktliberale Alternativen zum bestehenden sozialstaatlichen Gesundheitssystem vertreten. Das wirft die Frage nach Gerechtigkeit und Solidarität innerhalb der deutschen Gesellschaft, insbesondere mit Bezug auf ihre Gesundheitsversorgung, noch einmal ganz grundsätzlich auf: Auch wenn die Gesellschaft eine gerechte soziale Grundordnung anstrebt, impliziert das Ideal sozialer Gerechtigkeit auch Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung? Kann es eine Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung überhaupt geben? Ist denn Gesundheit überhaupt ein Gut, das gerecht verteilt werden kann?

Im Folgenden will ich aus gerechtigkeits-theoretischer Perspektive die Rolle des normativen Ideals der Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung ganz allgemein noch einmal in Erinnerung rufen. Es soll allgemein verständlich dargelegt werden, warum und in welcher Weise aus gesellschaftlicher Perspektive die Gesundheitsversorgung Gerechtigkeit und umgekehrt Gerechtigkeit eine solidarische Gesundheitsversorgung verlangt. Dazu werde ich zuerst thematisieren, warum Gesundheit ein besonderes Gut ist, um dann zweitens darzulegen, warum gerechte Mittelverteilung im Gesundheitswesen

gefordert ist. Das führt drittens zu der Charakterisierung der Umstände, in denen Gerechtigkeit erforderlich ist. Die Umstände sind ganz allgemein durch Knappheit charakterisiert; diese Umstände gelten auch im Gesundheitswesen. Wenn Knappheit unvermeidlich ist, müssen viertens die zu verteilenden Güter im Gesundheitswesen rationiert werden. Fünftens werden die Hauptgerechtigkeitsprobleme auf den drei Allokationsebenen der Verteilung der Gesundheitsgüter, der Makro-, Meso- und Mikroebene, kurz vorgestellt.

Gesundheit als besonderes Gut

Ist Gesundheit ein gerechtigkeitsrelevantes Gut und, wenn ja, was für ein Gut ist Gesundheit? Jeder von uns wird wohl Gesundheit als ein Gut ansehen, also als etwas, das für die jeweilige Person gut ist. Wir freuen uns, wenn wir gesund sind; wir leiden, wenn wir krank sind, und wollen wieder gesund werden. Gesundheit ist aber nicht nur ein Gut unter anderen, sondern ein besonderes Gut. Es ist dieser ausgezeichnete Status als Gut, der sie besonders gerechtigkeitsrelevant sein lässt. Den besonderen, weil für den Menschen und sein Leben wichtigen und damit gerechtigkeitsrelevanten Charakter teilt Gesundheit mit Gütern wie Frieden, Sicherheit und Freiheit. Diese Güter haben zunächst einen hohen subjektiven Stellenwert im menschlichen Leben. Wir streben diese Güter als Selbstzweck an. Ihr Wert ist intrinsisch, das heißt, er liegt in ihnen selbst begründet. Ihr Wert ist also nicht extrinsisch abgeleitet aus anderen Werten, für die diese Güter etwa Mittel zum Zweck wären. Güter wie Gesundheit, Frieden, Sicherheit und Freiheit sind allerdings nicht nur intrinsische Ziele neben anderen, sondern Güter, die verwirklicht sein müssen, damit andere Ziele, die für uns Selbstzweckcharakter haben, überhaupt die Chance haben, realisiert zu werden. Solche Güter haben also einen Ermöglichungscharakter. Man nennt sie wegen dieses Ermöglichungscharakters in der Philosophie auch transzendente oder konditionale Güter oder Grundgüter. „Transzendental“ werden sie genannt, weil sie die Bedingung der Möglichkeit des Genusses aller anderen Güter darstellen. „Konditional“ heißen sie, weil sie eine notwendige Bedingung aller Lebenspläne bilden. Ihr Besitz ermöglicht erst, dass Individuen ihre Lebensprojekte überhaupt mit einer Aussicht auf Minimalerfolg verfolgen können. Die Bezeichnung als „Grundgüter“ schließlich verweist darauf, dass diese Güter so basal sind, dass man sie besitzen muss, um überhaupt über die Verteilung anderer Güter sinnvoll nachdenken zu können. Solche Güter sind zwar nicht alles, aber ohne sie ist alles nichts.¹ Wenn sie ausreichend vorhanden sind – so die phänomenale Beobachtung, die jeder an sich selbst machen kann –, wenn wir

also gesund sind, dann achten wir nicht sonderlich auf sie. In Zeiten starken Mangels sind sie jedoch oft unsere einzige Sorge. Unter dem Eindruck einer ernsthaften Krankheit verblassen zunehmend alle anderen sinnvollen Projekte, die man sich im Leben gewählt hat. Wie wichtig Gesundheit uns ist, merken wir erst, wenn wir krank sind. Diese in Zeiten des Wohlergehens gängige Fehleinschätzung der Wichtigkeit von Gesundheit für das eigene Leben ist auch der Grund für einen gewissen Paternalismus, der für andere verantwortlich sorgt, indem er für diejenigen, die sich momentan leichtsinnig verhalten, vorsorglich zum Schutze ihrer Gesundheit Maßnahmen ergreift. Gesundheit ist zusätzlich ein öffentliches Gut, insofern man auch von der allgemeinen Gesundheit der anderen profitiert beziehungsweise unter deren Krankheit leidet, etwa durch Ansteckung, Arbeitsausfall etc. Die Gesundheit der anderen ist auch Bedingung der Möglichkeit für die Gesundheit des Einzelnen und umgekehrt. Die Gesundheit der Gesellschaft ist zugleich die Bedingung der Möglichkeit für die Produktionskraft eines Landes. Gesundheit hat aus diesen Gründen also einen besonderen konditionalen Charakter als Grundgut und als grundlegende Voraussetzung für die Realisierung von Lebensplänen.

Gerechte Mittelverteilung im Gesundheitswesen

Damit ist Gesundheit auch eine Grundbedingung für Chancengleichheit und Gerechtigkeit. Gerechte Chancengleichheit impliziert unter anderem gleiche Chancen, das Leben unter den Bedingungen von Krankheit und Tod erleichtert zu bekommen. Eine Gesellschaft, deren Mitglieder keine ausreichende Versorgung an konditionalen Grundgütern wie Gesundheit erhalten, kann keine gerechte Gesellschaft sein. Diese Gerechtigkeitsintuition stellt in unserer Gesellschaft eine im *common sense* verankerte Auffassung dar. Sie lässt sich durch folgende Überlegung plausibilisieren: Gesundheit ist in vielen Fällen (auch) stark schicksalsabhängig, es hängt also oft nicht von der eigenen Verantwortung ab, ob man krank wird, auch wenn man für bestimmte Krankheiten, aber eben nur für bestimmte, durchaus selbst und für andere die jeweilige Gesellschaft ursächlich mitverantwortlich ist. Gerechtigkeit – so kann man ganz allgemein sagen – dient unter anderem, aber ganz wesentlich, dem Ausgleich dieses Schicksals, das selbst jenseits der Gerechtigkeit liegt. Gerechtigkeit, oder allgemeiner: Moral, ist die Institution, die Menschen erfunden haben, um Ungleichheiten des Schicksals auszugleichen. Die Moral regelt gerade, dass man die Vorteile, die einem das Schicksal hat zukommen lassen, nicht gegenüber anderen nutzen darf und dass man Menschen, die unverschuldet in Not geraten sind, helfen soll.

Krankheiten, verstanden als Abwesenheit von Gesundheit, sind solche Notlagen, in die die betreffenden Personen in der Regel ohne eigene Schuld geraten sind und aus

¹ Diese Formulierung stammt von Wolfgang Kersting, vgl. Kersting 1999.

denen sie sich nicht ohne besondere Opfer aus eigener Kraft befreien können. Darauf gründet sich der Anspruch der Notleidenden auf Unterstützung im Krankheitsfalle durch andere. Solche Notlagen rechtfertigen nach weit verbreiteter Auffassung Ansprüche auf soziale Unterstützung durch andere als Hilfe in Not.

Was sind die Gründe dafür, Gesundheit als ein gerechtigkeitsrelevantes Gut anzusehen? Zwei Argumente sprechen besonders dafür. Das erste Argument ist eines gegen den reinen Markt und für eine kollektive solidarische Gesundheitsversorgung. Man könnte denken, dass jeder für das so wichtige Gut Gesundheit selbst eigenverantwortlich sorgen soll. Diese Idee führt zu der marktliberalen Auffassung, dass die Verteilung medizinischer Ressourcen dem freien Markt überlassen werden sollte. Für den Markt spricht natürlich vor allem seine Effizienz. Das bedeutet, dass in kürzerer Zeit mit weniger Kosten mehr und Besseres produziert wird. Dazu tragen wir zunächst als Produzenten bei, weil die Marktwirtschaft uns genügend finanzielle Anreize gibt, auf dem Markt nachgefragte Güter und Dienstleistungen anzubieten. Davon profitieren wir sodann als Kunden: Es gibt mehr der gefragten Produkte in besserer Qualität zur rechten Zeit, und wir bestimmen durch unsere Nachfrage die Preise. Auch als Bürgerinnen und Bürger profitieren wir schließlich. Egal in welcher gesellschaftlichen Position man sich befindet, selbst für die am schlechtesten Gestellten fällt in einer effizienten Marktwirtschaft ein größeres Stück des insgesamt größeren Kuchens ab. Ein idealer Markt steigert aufgrund seiner Effizienz die individuelle und allgemeine Wohlfahrt, er nutzt dem Einzelnen und der Allgemeinheit. Für den Markt spricht zudem, dass sein System von Angebot und Nachfrage bei wirklich gleichen Ausgangsbedingungen fair ist, weil es jede Person mit den Gütern versorgt, die die Person zu den marktgängigen Preisen wirklich haben will, und daher keiner das Bündel an Ressourcen eines anderen lieber besitzen will als sein eigenes. Individuen könnten sich am freien Markt individuell nach ihren Risikoeinschätzungen und Sicherheitsbedürfnissen privat genau so versichern, wie sie wirklich wollen.

Gegen die Idee, die Gesundheitsversorgung über den freien Markt zu regeln, spricht jedoch erstens, dass wesentliche Bedingungen des freien Marktes im Gesundheitswesen nicht erfüllt sind: Ein Patient kann Nutzen und Kosten medizinischer Leistungen oft nicht abschätzen. Nicht der Patient, sondern der behandelnde Arzt fällt in der Regel die Entscheidung über die Therapie – oft mit Einverständnis der Patienten, weil diese die medizinische Diagnose und Therapie letztlich nicht kompetent beurteilen können. Gegen den Markt spricht zweitens seine fehlende Gerechtigkeit. Denn es ist in der Realität fast nie der Fall, dass die Ausgangsbedingungen für alle Beteiligten gleich sind. Unter realen Bedingungen wird ein wirtschaftliches System, das freie Handlungen in einem freien Markt erlaubt, viele sozioökonomische Ungleichheiten hervorbrin-

gen, die ungerecht sind. Denn wir gehen in der Realität unvermeidlich von unterschiedlichen sozialen und natürlichen Ausgangspositionen aus in den Markt. Einige haben durch ihr soziales Umfeld bessere Startchancen, und andere werden durch ihre soziale Umgebung sogar daran gehindert, ihre Fähigkeiten zu entwickeln. Unter Marktbedingungen werden medizinische Leistungen nach der Zahlungsfähigkeit der Patienten verteilt. Das führt dazu, dass bestehende Ungleichverteilungen in der Einkommensverteilung in erheblichem Maße auf die Allokation der Gesundheitsleistungen übertragen werden. In einer freien Marktwirtschaft ist der Besitz an Grundgütern abhängig von der Marktmacht der Einzelnen. Wer im Marktgeschehen erfolgreich ist und dadurch ein höheres Einkommen erzielt, kann sich deshalb eine bessere Gesundheitsversorgung leisten. Diese Verteilungsungleichheiten, die sich aus den Ungleichheiten der Marktverteilungen zwangsläufig ergeben, scheinen aber nach weit verbreiteter Meinung im Gesundheitsbereich ungerecht zu sein. Denn so werden diejenigen, die in einem anderen, dem ökonomischen Bereich erfolgreich sind, auch im Gesundheitsbereich, bei der Kompensation des Schicksalsschlages Krankheit erfolgreicher sein können. Wenn Gerechtigkeit unter anderem darin ihre Funktion hat, Schicksalsschläge abzufedern, dann ist nicht zu begründen, warum einige dazu besser in der Lage sein sollen als andere, nur weil sie beispielsweise ökonomisch im Markt erfolgreicher sind. Selbst wenn die Verteilung, also die Höhe des privaten Einkommens und Vermögens, im freien Markt gerecht wäre, rechtfertigen diese verdienten finanziellen Unterschiede keine wesentlich ungleiche Versorgung mit dem Grundgut Gesundheit. Zudem ist die Gesundheitsversorgung mittels privater Krankenversicherungen im freien Markt für die Kunden, je nach ihren Gesundheitsrisiken, die wiederum oft nicht selbstverschuldet sind, ungleich teurer. Diese mangelnde oder grob ungleiche Versorgung im Gesundheitsbereich beschränkt die Chancengleichheit der Betroffenen. Diese haben aufgrund von Krankheiten, die sie nicht zu verantworten haben, keine ausreichenden Chancen mehr, ihre Lebensprojekte zu realisieren. Das aber verletzt das Prinzip fairer Chancengleichheit, das sich recht breiter Akzeptanz erfreut: Laufbahnen sollen den Tüchtigen und Fähigen unter gleichen Startbedingungen offenstehen. Deshalb ist die Gesellschaft durch rechtliche Rahmenbedingungen und sozial- und bildungspolitische Maßnahmen so einzurichten, dass alle faktisch die gleichen sozialen Startchancen haben und nutzen können.

Wer unverschuldet in eine Notlage geraten ist, hat Anspruch auf Unterstützung nicht nur durch seine ungleiche private Versicherung, sondern durch die Solidargemeinschaft. Die Verpflichtung zur Hilfe für alle in Not Geratenen richtet sich an alle und verlangt eine kollektiv-institutionelle Lösung. Denn zum einen sind Einzelne nicht immer in der Lage, die nötige Hilfe in ausreichendem Maße allein zu leisten. Zum anderen ist es mit Blick auf die Gesamtgesellschaft ungerecht, Einzelnen oder Gruppen,

die den sich in Not befindenden Opfern räumlich oder zeitlich nahestehen, mit der Aufgabe der Hilfeleistung allein zu lassen und ihnen so unverschuldet einen größeren als gleichen Anteil an den sozialen Lasten der Unterstützung aufzubürden. Gerade soziale Rechte sollten so verstanden werden, dass sie sich primär an Institutionen richten. Der Staat ist die gerechtigkeitstheoretische Korrekturinstanz für solche Ungerechtigkeiten, weil er – zumindest nach bisheriger Erfahrung – die Solidargemeinschaft am besten, zur Not mit Zwangsmitteln, so organisieren kann, dass alle zur Hilfeleistung im fairen Ausmaß herangezogen werden. Die Hauptaufgabe des gerechten Staates besteht in der kollektiv-kooperativen Bereitstellung der transzendentalen Grundgüter (wie Sicherheit, Frieden, Freiheit, Gesundheit) für jedes Mitglied in einem zumindest ausreichenden Maße. Nach der klassischen Staatsbegründung schließen sich Menschen zu einem Staat zusammen, um so innere und äußere Sicherheit zu gewährleisten. Diese Staatsbegründung muss und kann naheliegenderweise so erweitert werden, dass zum Zwecke des Staates auch die Sicherstellung der anderen konditionalen Grundgüter gehört, wie eben auch der Gesundheit. Damit hat der Staat, ganz anders als ein reiner Markt, bestimmte Leistungen (wie Sicherheit, Frieden, Freiheit, Gesundheit) unterhalb sonst marktgängiger Preise für seine Mitglieder zur Verfügung zu stellen.

Das vorgebrachte Argument lässt sich durch ein zweites, vertragstheoretisches Argument in Erweiterung der heute dominanten Gerechtigkeitstheorie von John Rawls weiter begründen.² Angenommen, wir könnten unseren Staat neu konzipieren, dann würden wir uns wechselseitig als im Prinzip moralische Personen und damit auch als Freie und Gleiche ansehen und als solche zusammenschließen, um die Grundprinzipien gesellschaftlichen Zusammenlebens und die staatliche Grundordnung nach den Prinzipien der Gerechtigkeit, auf die wir uns verständigen könnten, einzurichten. Als gerecht kann diejenige Grundordnung gelten, auf die sich ihre Mitglieder selbst unter fairen Bedingungen geeinigt hätten. Bei der Wahl der besten Grundordnung für ihre Gesellschaft dürfen die Individuen aus Fairnessgründen nicht wissen, welche Position sie später in der Gesellschaft einnehmen werden, welche Interessen, Anlagen, Fähigkeiten sie haben werden und welches die näheren Umstände der betreffenden Gesellschaft sein werden. Unterschiede der sozialen und natürlichen „Lotterie“ dürfen bei der Festlegung der Prinzipien keine Rolle spielen. Denn bei der Moral geht es im Wesentlichen um den Ausgleich vom moralischen Standpunkt aus zufälliger Unterschiede. Das ist recht allgemein akzeptiert für den Ausschluss sozialer Herkunft. Ungleichheiten in der sozialen Ausstattung oder Herkunft (wie das Einkommen oder

der soziale Status der Eltern) sollen auf keinen Fall Einfluss auf die Chancen der Kinder in Schule und Beruf nehmen. Wenn man sich die darin enthaltene Idee der Chancengleichheit einmal klarmacht, wird man einsehen, dass sie nicht nur für soziale, sondern auch für natürliche Determinanten gilt. Auch bestimmte natürliche Ausstattungen, wie zum Beispiel Behinderungen, sollen die Chancen der Betroffenen nicht beeinflussen. In der Realität haben die soziale Umgebung und die natürliche Ausstattung natürlich einen wesentlichen Einfluss. Von dem soll aber gedanklich mittels eines gerechtigkeitstheoretischen Gedankenexperiments abgesehen werden, wenn die Bürgerinnen und Bürger eines Staates die Grundprinzipien ihrer gesellschaftlich-politischen Ordnung, unter anderem auch die Prinzipien ihres Gesundheitssystems, festlegen. Dazu wird ein „Schleier des Nichtwissens“ angenommen, hinter dem die Gesellschaftsmitglieder um all jene persönlichen Merkmale nicht wissen können, die vom moralischen Standpunkt aus gesehen keinen relevanten Unterschied ausmachen. Hinter dem „Schleier des Nichtwissens“ weiß die jeweilige Person entsprechend nicht, welche Position sie in der Gesellschaft einnehmen wird, welche soziale Herkunft und welche natürliche Ausstattung sie hat, auch nicht, ob und welche Krankheiten sie hat oder haben wird. Die Subjekte werden durch diesen „Schleier des Nichtwissens“ so entindividualisiert, dass sie notwendig eine einmütige Entscheidung treffen, die sich allein aus ihrem Interesse an einem möglichst großen Anteil an sozialen Gütern ergibt. Mittels dieser gedachten Position der Unparteilichkeit kann man sich klarmachen, was wohl die Grundprinzipien eines gerechten Gesundheitssystems sind, weil die Prinzipien, auf die man sich in einer solchen Situation einigt, gerecht sein müssen. In einer solchen Situation werden sich die Menschen – so die These – für drei Prinzipien der Gesundheitsversorgung entscheiden:

1. Prinzip der Solidarität: Jede Person hat ein subjektives Recht auf Gesundheitsversorgung. Das Individuum hat dieses Recht auf Unterstützung in Notlagen gegenüber seinem Staat. Notlagen sind allgemein und wechselseitig als Benachteiligungen anerkannte Situationen, in denen eine Person objektiv daran gehindert wird, Dinge zu realisieren, die alle als wesentlich betrachten. Als objektiv kann eine Einschränkung gelten, wenn sie eine Person auf vorgegebene, das heißt nicht von dieser zu verantwortende Weise in ihren wichtigen Lebensumständen oder ihren physischen, psychischen oder kognitiven Fähigkeiten behindert, die ihr zustehenden Ressourcen zu ihrem Wohle zu nutzen. Was also als Notlage, etwa als Krankheit, in diesem Sinne gilt, hängt davon ab, was als solche allgemein anerkannt wird, und das wiederum hängt davon ab, was nach dem Stand der Wissenschaft und Technik, der gesellschaftlichen Entwicklung und der kulturellen Vorstellungen von allen als jene Funktionsweisen, Fähigkeiten, Möglichkeiten und Güter angesehen wird, die man haben sollte, um in der jeweiligen Gesellschaft nicht von vornherein benachteiligt

² Ausgehend von Rawls 1975 entwickelt Daniels 1985 eine Theorie der gerechten Gesundheitsversorgung. Einen Überblick über die gängigen alternativen Theorien liefern Marckmann/Liening/Wiesing 2003.

zu sein. Das Recht auf Gesundheitsversorgung hat seinen Grund darin, dass natürliche Benachteiligungen und Schlechterstellungen durch Notlagen den Anspruch auf Ausgleich durch alle anderen Nichtbenachteiligten rechtfertigt.

2. Prinzip der Gleichheit: Einzelne Benachteiligte (wie zum Beispiel Kranke) haben dabei maximal einen so großen Anspruch auf soziale Unterstützung, wie zur Verfügung stünde, wenn ebenso auch die aus Notlagen resultierenden Ansprüche aller anderen im Verhältnis zu ihrem jeweiligen Gewicht berücksichtigt würden. Ein Patient, der mit einer schweren Verletzung ins Krankenhaus eingeliefert wird und eine maximale Versorgung erwartet, ist beispielsweise nur zu einem so großen Anteil medizinischer Hilfe berechtigt, der es auch erlaubt, alle anderen Patienten im Krankenhaus entsprechend ihren medizinischen Bedürfnissen zu versorgen. Denn alle Patienten haben einen gleichen Anspruch.
3. Prinzip der Priorität: Dabei hat die Gesundheitsversorgung der gesundheitlich am schlechtesten gestellten Personen Vorrang. Die knappen Ressourcen zur moralisch erforderlichen Unterstützung müssen nach der Dringlichkeit der allgemein anerkannten Notlage zwischen verschiedenen Personen und verschiedenen Notlagen zugeteilt werden. Das mag das folgende vereinfachte Beispiel plausibilisieren: Eine Ärztin in der Notaufnahme darf die eingelieferten Notfallpatienten nicht einfach nach dem Warteschlangenprinzip „Wer zuerst kommt, mahlt zuerst“ behandeln, sondern soll den Patienten, der stärker leidet, vorziehen.

Diese solidarische Gesundheitsversorgung zielt dabei – wie schon betont wurde – nur auf eine (Wieder-)Herstellung einer bestimmten Gleichheit der Chancen. Durch Kompensation von Benachteiligungen dürfen nur diejenigen Chancen einer Person angeglichen werden, die auf die Realisierung jener allgemein positiv gewerteten Funktionsweisen und Fähigkeiten abzielen, bei denen die Einschränkung der entsprechenden Handlungsmöglichkeiten allgemein von allen als schweres Leid anerkannt wird, das besondere Unterstützung moralisch erforderlich macht. Der Sinn des solidarischen Gesundheitssystems ist es nicht, jemandem durch medizinische Maßnahmen einen Vorteil vor anderen zu sichern. Denn das wäre so unfair wie Doping im Sport. Es geht vielmehr nur darum, Einschränkungen von Handlungsmöglichkeiten, die allgemein als schwere Notlage anerkannt werden, so weit wie möglich auszugleichen. Dieser allgemeine Gesichtspunkt gibt einen *cut-off point* an, also ein Kriterium dafür, wann genug medizinische Versorgung geleistet ist. Statt des maximal Möglichen soll solidarische Gesundheitsversorgung nur allgemein anerkannte medizinische Notlagen lindern helfen.

Als Ergebnis der Argumentation ergibt sich also eine Forderung der Gerechtigkeit nach einer allgemeinen Krankenversicherung als Teil eines umfassenden Systems sozialer Absicherungen, indem die Gesundheitsgüter unter den allgemeinen, näher zu konkretisierenden Gesichtspunkten der Gleichheit und des Vorrangs verteilt werden. Die bisherige Argumentation lässt noch offen, ob es mit der Gerechtigkeit vereinbar ist, dass sich Individuen über Leistungen des allgemeinen Gesundheitssystems hinaus auf dem freien Markt Zusatzleistungen kaufen dürfen sollen oder nicht und ob sie sich dafür zusätzlich zur auf dem Solidarprinzip basierenden gesetzlichen Krankenversicherung noch bei einer auf dem Prinzip der Risikoäquivalenz basierenden privaten Krankenversicherung versichern dürfen. Das wäre mit der Gerechtigkeit vereinbar, wenn erstens die gesamte Einkommensverteilung nach Prinzipien der Gerechtigkeit fair verteilt ist und wenn zweitens die Zulassung eines privaten Gesundheitsmarktes über die gesetzliche Mindestsicherung hinaus dazu führt, dass die Lage der im Gesundheitssystem am schlechtesten Gestellten dadurch objektiv ein höheres Niveau erreicht als in einem vollkommen egalitären gesetzlichen Krankenversicherungssystem. Ob Letzteres der Fall sein wird, etwa dadurch, dass Besserverdienende aus ihrem privaten Einkommen den medizinischen Fortschritt bezahlen, der dann mit gewissen Verzögerungen allen zugutekommt, ist eine empirisch zu klärende Frage. Für eine private Zusatzversicherung spricht zudem, dass Personen, wenn die Rahmenbedingungen der Gesellschaft gerecht sind, vor allem das Einkommen gerecht geregelt ist, mit ihrem privaten Einkommen machen dürfen, was sie wollen, eben auch sich Zusatzversichern.

Generell sollte man noch zwei Punkte bedenken: Gesundheit ist nicht immer zu erhalten oder wiederherzustellen. Es liegt nicht in der Macht der Menschen, Krankheit und Tod vollständig zu überwinden. Es kann nur annäherungsweise versucht werden, Leid zu lindern oder zu beseitigen. Statt Medizin als Beseitigung von Krankheiten anzusehen, sollte man als realistischere Zielvorstellung besser die Erleichterung des Lebens unter den Bedingungen von Krankheit und Tod anvisieren. Deshalb gehören Pflege, palliative Betreuung und dergleichen auch zum geschuldeten medizinischen Leistungsspektrum.

Gesundheit beziehungsweise die Erleichterung des Lebens unter den Bedingungen von Krankheit und Tod ist selbst kein verteilbares Gut, sondern der erstrebte Zielzustand. Gerecht verteilt werden müssen hingegen die Ressourcen zur Gesundheitsversorgung, also jene Mittel, die nötig sind, um Gesundheit zu erhalten oder im Falle von Krankheiten wiederherzustellen oder wenigstens das Leben unter den Bedingungen von Krankheit und Tod zu erleichtern. Gesundheit ist ein Gut, und zwar ein besonderes, weil konditionales Gut, aber keines, das man verteilen kann, sondern es ist eine Zielvorstellung, zu deren Erreichung man Mittel verteilen kann und muss.

Knappheit der Gesundheitsgüter

Wann, also unter welchen Umständen, treten überhaupt Fragen, Gründe, Forderungen und Prinzipien der Gerechtigkeit auf? Die Umstände der Gerechtigkeit legen fest, unter welchen sozialen Bedingungen wir Gerechtigkeit benötigen. Im Himmel, im Paradies oder in einer idealen Welt bedarf es keiner Gerechtigkeit. Nur wenn es konfligierende Ansprüche auf knappe Güter gibt, wird eine gerechte Lösung verlangt. Uns Menschen ist es nicht gleich, wie die zur Verfügung stehenden Güter (und Lasten) verteilt sind, denn zur Verfolgung unserer Ziele bevorzugt jeder Mensch den größeren statt den kleineren Anteil an den Dingen, die ihm nützlich sind. Da die Gesundheitsgüter nicht im absoluten Überfluss vorhanden sind, in dem jeder seine Wünsche nach Gutdünken befriedigen könnte, ohne andere daran zu hindern, ihre Wünsche ebenfalls zu befriedigen, haben wir es mit Mittelknappheit im Gesundheitswesen zu tun. Jede Knappheit von Gütern führt zum Interessenkonflikt zwischen Individuen und verlangt deshalb nach einer gerechten Lösung. Die Knappheit der Gesundheitsressourcen liegt vor, weil die Nachfrage das im vorgegebenen Rahmen finanzierbare Angebot an medizinischen Leistungen übersteigt.

Die allgemeine Ursache der Knappheit an Gesundheitsressourcen liegt an der steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen bei gleichzeitig begrenzten finanziellen Ressourcen. Was ist hierfür die Ursache? Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steigt erstens aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts, der immer mehr medizinische Leistungen ermöglicht. Diese immer neuen Angebote, die auf dem Gesundheitsmarkt offeriert werden, rufen die Nachfrage danach (erst) hervor. Die demographische Entwicklung und die damit einhergehende Veränderung des Krankheitsspektrums, das heißt die steigende Lebenserwartung der zu versorgenden Kranken verbunden mit der Tatsache, dass Kranke aufgrund der Fortschritte der Medizin gerade in und mit ihren Krankheiten länger leben und alte Menschen überproportional häufig und schwer erkranken, führt zweitens zu einem steigenden Bedarf an Gesundheitsgütern. Daneben wachsen drittens die Ansprüche allgemein. Gerade wegen der Erfolge der Medizin und der damit verbundenen Ausgabensteigerung im Gesundheitswesen wird der Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung eher schlechter als besser und damit steigt der Bedarf an medizinischer Versorgung. Das Gesundheitssystem wurde zusätzlich noch viertens mit versicherungsfremden Leistungen belastet, die es zu erbringen hat, obwohl diese nicht eigentlich als medizinische Maßnahmen gelten.

Bei steigenden Ausgaben sind die finanziellen Ressourcen zugleich limitiert. Zunächst einmal sind sie natürlich durch den Umfang des Staatshaushalts begrenzt, wobei die Steuereinnahmen allgemein sowie die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversiche-

rung in den letzten Jahren eher sinken als steigen. Spezifischer werden sie dadurch eingeschränkt, dass die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung mit den Ausgaben für andere Bereiche konkurrieren, die auch wichtige, zum Teil sogar konditionale Güter enthalten. Um die zur Verfügung stehenden Finanzmittel der öffentlichen Haushalte konkurriert der Bereich der Gesundheitsversorgung mit anderen Bereichen wie Bildung sowie Bekämpfung von Armut und Arbeitslosigkeit. Diese Konkurrenz macht eine gesamtpolitische Festlegung der Obergrenze der Gesundheitsausgaben in Abgrenzung zu den Ausgaben für die anderen wichtigen Bereiche nötig.

Die finanziellen Mittel für das Gesundheitswesen sind also insgesamt begrenzt, da das Bruttosozialprodukt eines Landes begrenzt ist und man das gesamte Bruttosozialprodukt nicht ausschließlich für die Gesundheitsversorgung reservieren kann. Sobald das Gesamtbudget für Gesundheit einmal festgelegt ist, haben wir es aufgrund des begrenzten Budgets und der das Budget im Prinzip immer übersteigenden Nachfrage mit einer klassischen Knappheitssituation und damit mit den Umständen der Gerechtigkeit zu tun. Dieser Zusammenhang stellt eine weitere unauflösbare Verbindung zwischen Gesundheitsversorgung und Gerechtigkeitsüberlegungen her.

Rationierung der Gesundheitsgüter

Auf die Knappheit der Ressourcen im Gesundheitswesen kann auf verschiedene Weise reagiert werden: Naheliegender scheint erstens der Versuch, die verfügbaren Mittel zur Gesundheitsversorgung zu erhöhen. Hat man sich – wie von der Gerechtigkeit gefordert – für ein solidarisches Gesundheitssystem entschieden, wird dieses grob unterschieden über das allgemeine Steuersystem oder – wie zurzeit in Deutschland – über Beiträge finanziert. Im letzteren Fall ist eine Erhöhung des Budgets schlecht möglich, weil höhere Beitragssätze der Krankenversicherungen gesamtgesellschaftlich und politisch unerwünscht sind. Ein steuerbasiertes Gesundheitssystem wird zwar mehr Einnahmen haben, weil es die Last auf alle Schultern verteilen kann. Aber auch einer Erhöhung der Einnahmen durch Steuererhöhungen stehen politische Widerstände entgegen. Einer Verbesserung der Finanzierungsbasis des Gesundheitssystems sind so oder so Grenzen gesetzt, weil wir weder kollektiv noch individuell bereit sind, über eine bestimmte Schwelle hinaus Beiträge für das Gesundheitssystem zu entrichten.

Da sucht man dann zweitens Einsparungen durch Rationalisierung, also durch das Ausschöpfen von Wirtschaftsreserven und die Steigerung der Effizienz der medizinischen Versorgung, vorzunehmen. Es werden also Maßnahmen, wie beispielsweise Qualitätskontrollen und Wettbewerbssteigerungen, ergriffen, die zu einer reinen

Effizienzsteigerung führen sollen, um bei gleichbleibendem finanziellem Aufwand das Versorgungsniveau zu erhöhen oder bei geringerem finanziellem Aufwand das Versorgungsniveau zu halten. Rationalisierung führt also zu Einsparungen, die nicht auf Kosten der Art und Qualität des Versorgungsergebnisses geht. Die Maßnahmen der Effizienzsteigerung können, sofern erfolgreich, die Knappheit reduzieren und so das Gerechtigkeitsproblem mildern. Aber auch diese Möglichkeit wird sicherlich irgendwann erschöpft sein.

Kann man der Knappheit der Gesundheitsgüter nicht mehr entkommen, steht man vor der eigentlichen Frage der gerechten Verteilung der trotz allem knappen Güter. Damit ist man drittens bei der umstrittenen Rationierung angelangt. Unter Rationierung versteht man im Gesundheitssystem das Vorenthalten beziehungsweise die Erschwerung des Zugangs zu im weiten Sinne nützlichen oder im engeren Sinne medizinisch notwendigen medizinischen Leistungen aus Kostengründen. Bei Rationierung werden also Leistungen vorenthalten, die medizinisch nach allgemeiner Auffassung nützlich wären, manchmal sogar solche, die notwendig wären.³ Dieser Umstand macht sogleich auch deutlich, warum Rationierung unpopulär und umstritten ist. Ein Gesundheitssystem, in dem rationiert wird, gilt als suboptimale Gesundheitsversorgung. Man gibt sich lieber der illusionären Hoffnung hin, dass Rationierung vermeidbar sei. Aber Rationierung ist unvermeidbar, wenn Güter knapp und die Nachfrage größer als das Angebot ist. Denn dann kann nicht jeder bekommen, was er möchte. Es muss also eingeteilt, rationiert werden.

Im Falle der medizinischen Gesundheitsversorgung könnte man meinen, dass zwar nicht jeder bekommen kann, was er wünscht, dass aber jeder zumindest das medizinisch Notwendige erhalten sollte. Was „medizinisch nützlich“ oder „medizinisch notwendig“ ist, kann jedoch nicht nach medizinisch-wissenschaftlichen Kriterien allein entschieden werden, sondern nur politisch mit Bezug auf bestimmte Wertvorstellungen. Denn einerseits ist der Begriff der Gesundheit nicht rein objektiv naturwissenschaftlich zu fassen, sondern relativ zu einer Bestimmung von Lebensqualität, die ihrerseits relativ zu den sich wandelnden menschlichen Interessen, dem kollektiv Wünschenswerten und den medizinischen Möglichkeiten ist. Man denke beispielsweise an die Frage, ob und, wenn ja, welche Schönheitsoperationen sinnvoll sind und welche nicht. Das medizinisch Notwendige wird in Deutschland im Sozialgesetzbuch durch die Versorgungsansprüche gesetzlich Krankenversicherter bestimmt. Hier wird das, was als medizinisch notwendig gilt, ganz konsequent politisch geregelt. In eine

³ Als Überblick siehe Gutmann/Schmidt 2002. In der Einleitung werden auch die verschiedenen Formen der Rationierung vorgestellt.

solche Bestimmung des Notwendigen fließen dabei jedoch – meist unausgewiesen – stets schon Kosten-Nutzen- oder Kosten-Effektivitäts-Abwägungen mit ein. Wenn das Gesamtbudget für Gesundheitsversorgung nicht gesteigert werden kann oder soll und Knappheit (also eine das Angebot übertreffende Nachfrage) herrscht, ist Rationierung also auch in der Medizin beziehungsweise Gesundheitsversorgung unvermeidbar. Die Gerechtigkeit zwingt uns mit Bezug auf die knappen Mittel im Gesundheitswesen deshalb moralisch zu einer gerechten Verteilung und Rationierung.

Ebenen der Allokation und die dort angesiedelten Probleme

Durch die Knappheit der Gesundheitsmittel entsteht der Disput um die gerechte Verteilung und Rationierung dieser Mittel. Die Rationierung und Allokation knapper Gesundheitsgüter wird in unserer Gesellschaft keineswegs zentralisiert vorgenommen, sondern geschieht an vielen Stellen des Gesundheitssystems, in verschiedenen Formen und auf mehreren, strukturell jedoch voneinander abhängigen Ebenen. Die Konflikte um die Verteilung der Gesundheitsmittel lokalisiert man heute üblicherweise auf drei Verteilungsebenen der Allokation knapper Ressourcen im Gesundheitswesen:⁴

Die erste, medizinexterne Makroebene betrifft allgemeine gesellschaftliche Entscheidungen über den Aufbau des Gesundheitssystems und die Verteilung der öffentlichen Ausgaben insgesamt auf die einzelnen Haushalts- und Sachgebiete, darunter auf den Bereich der Gesundheitsversorgung.

Die zweite, mittlere, medizininterne Mesoebene betrifft die Verteilung der für die Gesundheitsversorgung reservierten Mittel innerhalb des medizinischen Bereichs, wenn das Gesamtbudget für die Gesundheitsversorgung auf der Makroebene schon politisch festgelegt ist.

Die dritte, konkrete Mikroebene betrifft die ärztlichen Entscheidungen der Frage, welche Patienten welche Gesundheitsleistungen erhalten sollen, wenn die Mittel, die dem Arzt und seinen Patienten in der jeweiligen Situation zur Verfügung stehen, schon festgesetzt sind.

Die Fragen, die sich auf diesen drei Ebenen stellen, seien im Folgenden noch etwas erläutert.

⁴ Diese Einteilung geht auf das 4-Ebenen-Modell von Engelhardt jr. 1996: 387 ff. zurück, aus dem das häufig (wie auch hier) verwendete 3-Ebenen-Modell abgeleitet ist, vgl. zum Beispiel Fuchs 1994: 5.

Auf der ersten, medizinexternen Makroebene geht es um allgemeine gesellschaftliche Entscheidungen über den Aufbau des Gesundheitssystems. Hier sind vor allem drei Entscheidungen wesentlich. Zuerst muss entschieden werden, ob eine gerechte Mittelverteilung für das Gut Gesundheit und ein solidarisches Gesundheitswesen eingerichtet werden soll oder ob man die Versorgung mit Gesundheitsgütern jedem individuell im freien Markt überlassen soll. Oben sind die Gründe dargelegt worden, die aus Gerechtigkeitstheoretischer Perspektive für ein solidarisches Gesundheitssystem für alle mit allgemeiner Beitragspflicht für alle sprechen. Wenn eine gerechte Mittelverteilung „gesollt“ und gewollt ist, dann muss zweitens auf dieser Ebene politisch entschieden werden, welche Art von kollektiv-solidarischem Gesundheitssystem man etablieren und wie dieses strukturiert sein soll. Dabei gilt es so umstrittene Fragen zu klären wie: Wird eine Grundversorgung oder Maximalversorgung angestrebt? In welchem Verhältnis sollen Effizienz und Gerechtigkeit zueinander stehen? In welchem Maß soll Eigenverantwortung berücksichtigt werden? Es haben sich bekanntlich in den verschiedenen Wohlfahrtsstaaten verschiedene Sozialstaatsmodelle herausgebildet und darin auch unterschiedliche Gesundheitssysteme, zwischen denen man theoretisch wählen kann. Bei der „Wahl“, die *de facto* bei den meisten Staaten eher auf einer historischen Entwicklung beruhte als allein auf rationaler Argumentation, spielten offenbar nicht nur Gründe der Gerechtigkeit oder der Wirtschaftlichkeit eine Rolle, sondern auch bestimmte kulturelle Wertvorstellungen und das jeweilige kollektive Selbstverständnis. Des Weiteren muss drittens auf dieser Ebene die Budgetierung des solidarisch finanzierten Gesundheitssektors insgesamt in Abgrenzung zu anderen Sektoren (wie Alterssicherung und Bildung) entschieden werden. Wie die öffentlichen Ausgaben insgesamt auf die einzelnen Haushalts- und Sachgebiete, darunter auf den Bereich der Gesundheitsversorgung, verteilt werden, legt den Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt fest.

Auf der Mesoebene entscheidet sich, in welcher Weise die Feinverteilung dieses auf der ersten Ebene fixierten Gesamtbetrages der für Gesundheitsversorgung reservierten Mittel innerhalb des Gesundheitssystems erfolgt. Hier müssen Ziel- und Verteilungskonflikte zwischen verschiedenen medizinischen Bereichen gelöst werden: Für welche Bereiche soll wie viel Geld zur Verfügung gestellt werden? Wie viel jeweils für die Spitzenmedizin oder die Breitenmedizin, für die Präventivmedizin oder die Kurativmedizin, für die niedergelassene oder für die klinische Medizin, für Intensivmedizin oder für Palliativmedizin, für Akutbetten oder für Hospizbetten? Die Mesoebene ist dabei der eigentliche Ort für Kosten-Nutzen-Analysen, weil von effizienter Mittelallokation in einem Gesundheitssystem fast alle profitieren. Die Kosten-Nutzen-Analyse wird üblicherweise mittels QALYs (*quality-adjusted life years*) vorgenommen und berücksichtigt somit die qualitätsberichtigten Lebensjahre, das heißt die Dauer von Lebensjahren einer bestimmten Mindestqualität, die sich bei einer gegebenen Geldmen-

ge und bei der Verwendung spezifischer Gesundheitsgüter im Vergleich mit anderen medizinischen Leistungen gewinnen lassen. Es kann allerdings nicht nur um Effizienz gehen, wenn daraus resultierend in einem Bereich mit schlechter Kosten-Nutzen-Relation überhaupt keine oder nur sehr wenige Mittel fließen würden. Das verstieße gegen das Gebot der Chancengleichheit beziehungsweise Gerechtigkeit (siehe oben).

Auf der Mikroebene geht es um diagnostische und therapeutische Entscheidungen des konkreten behandelnden Arztes hinsichtlich seiner konkreten zu heilenden Patienten. Hier ist zu entscheiden, wer in welcher Güte versorgt werden soll. Welcher Methoden der Diagnostik und Therapie soll sich der Arzt bedienen, um seine Aufgabe zu erfüllen, die Gesundheit des Patienten wiederherzustellen oder sein Leben zu erleichtern, wenn ihm nur begrenzte Gesundheitsmittel zur Verfügung stehen? Welche seiner Patienten soll er gegebenenfalls bei der Behandlung vorziehen? Nach welchen Kriterien soll die Priorisierung der Behandlung der Patienten vorgenommen werden: nach Gleichheit, Dringlichkeit, Verdienst, sozialer Würdigkeit, Warteschlangen, Losverfahren? Sollten die vorhandenen Ressourcen im Extremfall sogar nicht einmal ausreichen, um allen wenigstens basale Leistungen zukommen zu lassen, geht es um die Frage, wer leben soll und wer nicht (Triage). Zum Schutze des Arzt-Patient-Verhältnisses spricht sehr viel dafür, die Entscheidung über Art, Umfang und Kriterien der Rationalisierung nicht dem einzelnen Arzt zuzumuten, sondern auf der Mesoebene vorzunehmen, so dass den behandelnden Ärzten und den zu behandelnden Patienten begründete Regeln der Allokation von Gesundheitsgütern, die für alle gleichen Fälle gleichermaßen gelten, zentral vorgegeben werden.

Fazit

Mit meinen Ausführungen verfolgte ich zwei wesentliche Ziele: Zum einen sollten die Argumente für Gerechtigkeit im Gesundheitswesen ganz allgemein dargelegt werden. Zum zweiten sollte in jenem Teil des Vortrags, in dem es um die Ebenen der Allokation ging, deutlich werden, wie komplex auch die Fragen der Gerechtigkeit, neben den finanziellen und medizinischen Fragen, im Gesundheitswesen sind. Dennoch müssen wir, wenn es um die Gerechtigkeit im Gesundheitswesen geht, gesellschaftlich zu allen drei Fragen Stellung nehmen – auch zu denen der Gerechtigkeit –, denn das ist die gesellschaftliche Herausforderung, der wir uns stellen müssen. Wenn wir uns Mühe geben, hoffe ich, dass wir sie auch befriedigend beantworten können.

Was macht Rationierung unvermeidbar?

Als Statistiker und Ökonom bin ich eher ein Außenseiter im Kreis von Medizinern und Philosophen, die über Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen befinden. Aber Außenseiter haben auch ihr Gutes: Sie sind zum Beispiel eher vor Betriebsblindheit geschützt und können gerade aufgrund ihrer Außenseiterposition für Insider recht nützlich sein. Ich will also diese Außenseiterposition nutzen, um einmal als Statistiker die Dinge *sine ira et studio* zu sehen – nicht, wie wir sie gerne hätten, sondern wie sie wirklich sind. Dazu habe ich drei Thesen aufgestellt:

1. Das Hauptproblem der modernen Medizin ist nicht die immer wieder angeprangerte Korruption und Misswirtschaft, trotz aller Verschwendung und Irrationalität, die es hier an allen Ecken und Enden nur zu offensichtlich gibt. Das Hauptproblem der modernen Medizin sind nicht ihre Mängel, sondern ihre Möglichkeiten, das – in gewissem Sinne – Übermaß der guten Dinge, die sie heute anbietet.
2. Als Konsequenz dieses Übermaßes der guten Dinge ist die moderne Medizin schon heute unbezahlbar, und diese Lücke, diese Kluft zwischen Verheißung und Erfüllung, wird von Tag zu Tag nicht kleiner, sondern größer. Mit anderen Worten, wir steuern unausweichlich nicht nur auf eine Rationalisierung, sondern ganz dezidiert auf eine Rationierung von Gesundheitsgütern zu. Dazu eine ganz wichtige Klarstellung vorweg: Ich fälle hier keine Werturteile, sondern konstatiere zunächst einmal nur Fakten. Ich sage nicht: Die Medizin *soll* rationiert werden, sondern: Die Medizin *wird* rationiert werden, und das ist ein großer Unterschied. Das eine ist ein Wunsch oder ein Werturteil, das andere die völlig wertneutrale Feststellung eines Faktums, das ich als Referent genauso wenig verantworten muss wie etwa ein Klimaforscher das Ozonloch. Und genauso wenig wie Sie einen Klimaforscher beschimpfen, der sagt: „Über der Antarktis gibt es ein Ozonloch“, genauso wenig dürfen sie einen Statistiker schelten, der sagt: „In der modernen Medizin gibt es ein ‚Bedarfsloch‘“, eine Kluft zwischen theoretisch Machbarem und praktisch Finanzierbarem, denn in beiden Fällen wird völlig wertneutral allein eine Tatsache konstatiert.

3. Dieser Verteilungskampf, diese Rationierung im Gesundheitswesen ist nicht nur unabwendbar, sondern kann je nach Ausgestaltung auch human sowie sozialverträglich sein. Wenn wir die Sache vernünftig angehen, muss die Menschlichkeit dabei nicht auf der Strecke bleiben.

Mythos Kostenexplosion

Die moderne Medizin ist das Opfer ihres eigenen Erfolgs. Wäre die Medizin auf der Stufe des letzten Jahrhunderts, bei Koch und Röntgen, Sauerbruch oder Semmelweis, stehen geblieben, hätte sie heute eine Menge Probleme weniger.

Das erste dieser sozusagen hausgemachten Probleme ist die sogenannte Kostenexplosion. Denn diese „Kostenexplosion“ ist doch in Wahrheit keine Kosten-, sondern aller Korruption und Misswirtschaft zum Trotz vor allem eine Effizienz- und Leistungsexplosion. Ausgaben sind nämlich immer das Produkt von zwei Faktoren, nämlich von Preisen und von Mengen, und wenn Sie einmal die unbestreitbare Ausgabenexplosion der letzten 50 Jahre auf diese beiden Komponenten, auf die Preise und auf die Mengen, aufteilen, dann stellen Sie fest, dass nicht die Preise, sondern ganz klar die Mengen der Hauptfaktor gewesen sind. Die reinen Preise von Gesundheitsgütern steigen in aller Regel langsamer und nicht schneller als andere Preise; insbesondere bei Arzneimitteln sind die reinen Preise in den vergangenen Jahrzehnten fast durchweg langsamer gestiegen als der allgemeine Preisindex. Manche sind sogar gefallen. Wenn also im Gesundheitswesen die Gesamtausgaben steigen, dann in erster Linie der Mengen, nicht der Preise wegen.

Geradezu dramatisch ist diese Mengenausweitung bei medizintechnischen Großgeräten und Organverpflanzungen. Noch im Jahr 1971 gab es beispielsweise keinen einzigen Computertomographen in Deutschland, auch keine Nierenlithotripter, PET-Geräte¹ oder Kernspintomographen. Heute gibt es allein 1.500 Computertomographen. Und wenn es bei Organverpflanzungen nicht eine natürliche Bremse durch den Mangel an Spenderorganen gäbe, wäre die Zahl etwa der Leberverpflanzungen nicht von 0 im Jahr 1975 auf aktuell über 800 jährlich, sondern vielleicht auf über 8.000 jährlich angestiegen.

¹ Die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) ist ein bildgebendes Verfahren der Nuklearmedizin.

Die Explosion des sinnvoll Machbaren

Das Prinzip ist also äußerst einfach und zugleich der erste Grund dafür, dass Rationierung im Gesundheitswesen heute anders als früher unausweichlich ist: Was nicht existiert, das kostet auch nichts. Das fängt bei Antibiotika an und hört bei Zellseparatoren auf, und das unterscheidet die Medizin zum Beispiel von der EDV, die ja auch in den letzten Jahrzehnten einen rasanten Fortschritt zu verzeichnen hatte. Aber anders als in der Medizin hat der Fortschritt in der EDV das Angebot nicht verteuert, sondern ganz enorm verbilligt, denn er produziert vor allem sogenannte Ersatztechnologien, also Verfahren, mit denen eine gegebene Leistung – wie etwa die Addition von 1 und 1 – effizienter und damit auch billiger auszuführen ist.

Solche Ersatztechnologien gibt es in der Medizin zwar auch, etwa in der Arzneimitteltherapie. Ich habe mir zum Beispiel sagen lassen, dass man heute Magengeschwüre sowohl besser als auch billiger mit Medikamenten statt wie früher mit dem Messer kuriert. Und sicher gibt es auch noch andere Ersatztechnologien, die veraltete oder teure Diagnose- oder Therapiemethoden durch bessere ersetzen. Das sind aber Ausnahmen. In der modernen Medizin dominieren ganz eindeutig die sogenannten Zusatztechnologien, also Verfahren, die etwas bis dato prinzipiell Unmögliches auf einmal möglich machen. Zusatztechnologien wie Organverpflanzungen oder Operationen am offenen Herzen erzeugen einen Bedarf, der vorher allenfalls latent vorhanden war, und die meisten medizinischen Fortschritte sind genau von diesem Typ.

Ich lese Ihnen einmal einige einschlägige Schlagzeilen aus der deutschen Tagespresse vor:

- » Neues Medikament fördert die Gedächtnisleistung
- » Medikamente reinigen auch Herzschlagadern
- » Fortschritte bei Hörschneckenimplantaten
- » Hörtest schon bei Ungeborenen möglich
- » Bald künstliches Lebersystem
- » Auch Teilstücke der Leber jetzt erfolgreich übertragen
- » Per Computersimulation zur Hüftgelenkprothese
- » Fötus im Mutterleib am Herzen operiert
- » Herzschrittmacher für Babys
- » Herzschrittmacher mit 86
- » Herzschrittmacher mit 96
- » Herzschrittmacher mit 102
- » Neue Klinik für Handchirurgie
- » Fuß nach Monaten wieder angenäht

- » Blutwäsche auch bei Herzversagen
- » Herztransplantationen zunehmend auch bei kleinen Kindern
- » Vierjährige erhält fünf neue Organe
- » Transplantation von Gehirnzellen
- » Dünndarmtransplantat bei Zungenkrebs
- » Laser gegen Karies
- » Pille gegen Zahnausfall
- » Der schmerzlose Zahnbohrer

Vergleichen Sie das einmal mit der Medizin der ersten Nachkriegsjahre, und Sie werden sehen, wie der Horizont des Machbaren, des medizinisch sinnvoll Machbaren, sich ausgeweitet hat.

Zugleich haben wir damit den wichtigsten Grund, warum das Thema Rationierung erst in den letzten Jahrzehnten in den westlichen Gesundheitssystemen so in Mode gekommen ist: ganz einfach, weil es früher kaum etwas zu rationieren gab. Erst die Explosion des Machbaren hat die moderne Kluft zwischen theoretischer Machbarkeit und praktischer Finanzierbarkeit erzeugt, die uns heute beschäftigt.

Medizin macht krank

Damit komme ich zu einem weiteren Grund, der diese Unausweichlichkeit der Rationierung noch unausweichlicher macht, als sie ohnehin schon ist. Denn die Ausweitung des Angebots, die Explosion des medizinisch sinnvoll Machbaren auf der einen Seite wird noch verstärkt durch eine überproportionale Ausweitung der Nachfrage auf der anderen Seite. „Überproportional“ bedeutet: Durch das erweiterte Angebot wird die Nachfrage nochmals größer, als sie schon vorher, ohne Fortschritt war. Denn gerade durch ihre Erfolge macht die moderne Medizin die Menschen im Durchschnitt nicht gesünder, sondern eher kränker, und das meine ich vollkommen im Ernst, wenn auch in einem ganz anderen Sinn, als unsere progressive Presse gerne glaubt. Wie ich es meine, verdeutlicht am besten das Zitat eines alten Klinikarztes: „Früher hatten wir es einfach. Da war der Patient nach einer Woche entweder gesund oder tot.“

Das ist heute anders. Heute ist der typische Patient nach einer Woche weder gesund noch tot. Heute hält die Medizin im Gegensatz zu früher ein großes Arsenal von Abwehrwaffen vor, aber diese sind zu einem großen Teil, wie die Amerikaner sagen, nur *halfway technologies*: Sie halten uns zwar am Leben, aber machen uns nicht komplett gesund. Das ist zwar kein hundertprozentiger, aber trotzdem ein Erfolg – und schon haben wir damit das nächste Paradox. Denn ohne die moderne Medizin wären viele

von uns Älteren schon lange tot, aber die Überlebenden dafür im Durchschnitt – ich betone: im Durchschnitt – eher gesünder, als sie es heute sind.

Lassen Sie mich diesen zentralen Punkt an einem Beispiel verdeutlichen: Angenommen, jeder hier im Publikum, der weniger als tausend Euro mit sich führt, müsste diesen schönen Saal verlassen. Wie viel Geld haben dann die verbleibenden Personen im Durchschnitt in der Tasche? Nun, in jedem Fall doch mehr als tausend Euro! Das muss per Konstruktion so sein, denn alle, die weniger haben, sind ja gegangen. Jetzt senken wir diese Grenze von tausend auf hundert Euro. Das hat zwei Konsequenzen: Erstens verbleiben mehr Menschen hier im Saal, und zweitens haben diese im Durchschnitt weniger Geld bei sich. Das Vermögen der zuvor Verbliebenen (mit mehr als tausend Euro im Geldbeutel) bleibt zwar gleich, aber der Durchschnitt sinkt, weil jetzt viele Personen hinzukommen, die vorher nicht dabei gewesen sind.

Dieses Spiel können Sie beliebig weitertreiben: Bei einer Grenze von zehn Euro bleiben noch mehr Menschen im Saal, die aber im Durchschnitt nochmals ärmer sind, und genau diesen Effekt hat *mutatis mutandis* auch die moderne Medizin: Sie gibt vielen, die ohne sie den Saal hätten verlassen müssen, quasi eine Aufenthaltsverlängerung.

Diese massenhaften Aufenthaltsverlängerungen – die ich übrigens durchaus nicht negativ bewerte, allein schon deshalb, weil ich selbst einmal davon zu profitieren hoffe – bewirken, dass wir immer mehr zu einem Volk von Kranken werden.

Nehmen Sie Nierenversagen. Deutschland gehört zu den Ländern mit den höchsten Raten an Nierenkranken (mehr als tausend pro eine Million Einwohner), aber nicht etwa, weil unsere Medizin so schlecht ist, sondern weil sie so gut ist. Hätten wir nicht die weltweit vorbildlichen Möglichkeiten der künstlichen Blutwäsche für alle, die sie brauchen, gäbe es heute bei uns sehr viele Nierenkranke weniger. In Großbritannien zum Beispiel gibt es weniger als 600 Nierenkranke pro eine Million Einwohner, aber nicht, weil in Großbritannien diese Krankheit seltener auftritt, sondern weil dort viel seltener als hierzulande ein Nierenkranker seinen sechzigsten Geburtstag überlebt.

Oder nehmen Sie Diabetes. Heute gibt es rund fünf bis zehn Millionen Zuckerkrankte in der Bundesrepublik, je nachdem, wie man sie zählt, 50-mal so viel wie zu Kaiser Wilhelms Zeiten. Aber das liegt nicht etwa an der Unfähigkeit der Medizin, sondern daran, dass vor 70 Jahren das Insulin erfunden wurde. Auch hier das gleiche Resultat – und ich bitte Sie inständig, dies genauso zu interpretieren, wie es gemeint ist, nämlich als völlig wertneutrale Feststellung einer Tatsache: Ohne medizinischen Fortschritt wäre der Durchschnitt der Menschen heute gesünder.

Um es mit den Worten des Expräsidenten der Bundesärztekammer zu sagen: Je besser die Medizin ist, umso mehr Kranke wird es geben. Der moderne Arzt ist also weniger ein weißer Engel, der uns die Tür zum ewigen Leben aufschließt, als vielmehr ein Sisyphus, dessen Mühen und Sorgen mit jedem Erfolg nur immer größer werden. Es ist daher auch eine absolute Illusion zu glauben, und damit bin ich bei einer weiteren Lebenslüge des modernen Medizinbetriebs angelangt, dass ein medizinisch effizienteres Gesundheitswesen uns gesünder macht – den einzelnen Patienten ja, aber den Durchschnitt der Bevölkerung nein. Die Gleichung „Mehr Geld = mehr Gesundheit“ ist eindeutig falsch. Genauso könnten Sie versuchen, einen Brand zu löschen, indem Sie Benzin hineinschütten. Die moderne Medizin sitzt in der Fortschrittsfalle.

Irrweg Prävention

Bevor ich als Nächstes und Letztes zu meinem Fazit komme und einige Möglichkeiten andeute, diesem Dilemma auf humane Weise zu begegnen, möchte ich vor einem Irrweg warnen, den viele für einen Ausweg aus dieser Falle halten, der aber die Kluft zwischen Verheißung und Erfüllung im Gesundheitswesen leider nicht überbrückt. Dieser Irrweg heißt „Prävention statt Therapie“.

Der Grund für meine Skepsis ist ebenso trivial wie unangenehm. In einem englischen Andenkenladen habe ich einmal einen Aufkleber mit folgendem Spruch gesehen: „If you give up drinking, smoking and sex, you don't live longer. It just seems like it.“ Das ist natürlich falsch, denn Nichtraucher leben nicht nur subjektiv, sondern auch objektiv länger als Raucher. Trotzdem enthält dieser Spruch einen wahren Kern. Auch Nichtraucher müssen sterben, genauso wie Müslifreunde oder Antialkoholiker, und eine durch Prävention verhinderte Krankheit macht uns leider nicht unsterblich, sondern macht in erster Linie doch nur Platz für eine andere Krankheit.

Die Sterblichkeitsrate beträgt stets hundert Prozent, da kann die Medizin machen, was sie will. Ob daher die erfolgreiche Prävention einer bestimmten Krankheit das Gesundheitsbudget als Ganzes entlastet oder nicht, hängt entscheidend davon ab, was billiger ist: die verhinderte Krankheit oder die, die man stattdessen kriegt. Ich kenne einige sehr seriöse Modellrechnungen, die bezüglich des rein ökonomischen Nutzens von noch mehr Prävention zu eher skeptischen Ergebnissen kommen.

Eine Untersuchung der Universität Basel zum Zusammenhang von Rauchen und Gesundheitskosten in der Schweiz fand heraus, dass die Schweiz langfristig (über einen Zeitraum von hundert Jahren) eher mehr statt weniger für die Gesundheit ausgeben müsste, wenn es dort keine Raucher gäbe. So paradox das zunächst klingen mag, aber

die Kosten des Gesundheitswesens würden durch ein totales Rauchverbot nicht sinken, sondern langfristig sogar steigen (weil nämlich die Kosten, die in den zusätzlichen Lebensjahren jedes einzelnen Nichtraucher entstünden, die gesparten Ausgaben mehr als aufwiegen würden). Wenn man also ernst nimmt, was man über die geplanten Bonus-Malus-Regelungen beim Krankenkassenbeitrag liest, müsste man dafür plädieren, dass Raucher keinen Malus, sondern einen Bonus auf ihren Beitrag eingeräumt bekommen.

Unter reinen Kostenaspekten ist Prävention in der Regel ein Verlustgeschäft. Selbst in der Zahnmedizin sind die Argumente für verstärkte Vorbeugung längst nicht so stichhaltig, wie viele glauben, denn die kurativen Eingriffe werden durch eifriges Zähneputzen ja nicht prinzipiell verhindert, sondern nur um ein paar Jahre hinausgezögert. Statt mit 40 bekommt man sein Gebiss dann mit 60, aber zahlen muss die Kasse so oder so.

Fazit

Fazit: Rationierung ist unausweichlich. Und der ebenso triviale wie so gern verdrängte Grund liegt darin, dass der Rahmen des medizinisch sinnvoll Machbaren unsere Ressourcen inzwischen bei weitem übersteigt.

Im angelsächsischen Ausland, wo man das Verdrängen angenehmer Wahrheiten nicht so fleißig übt wie hierzulande, wird dieses Dilemma schon seit langem anerkannt, und es wird höchste Zeit, dass wir auch in Deutschland dieser Wahrheit in die Augen sehen. Ich zitiere Norbert Blüm: „Niemand muss Angst haben, dass ihm nicht geholfen wird, jeder bekommt die beste Medizin.“ Oder wie es Hans Jürgen Ahrens, der Vorstandsvorsitzende des Bundesverbandes der Allgemeinen Ortskrankenkassen, vor einigen Jahren formulierte: „Geld für die Versorgung aller Patienten ist ausreichend vorhanden.“

Mit solchen Aussagen verhindern wir, dass bei uns eine rationale Debatte über humane Rationierung im Gesundheitswesen überhaupt erst anfängt, so wie es sie in Schweden, Großbritannien oder den USA schon lange gibt. Es ist nämlich durchaus möglich, eine Verteilung knapper Gesundheitsgüter auch ohne einen Rückgriff auf Methoden durchzuführen, die der Veterinärmedizin entstammen, und mit der von mir bevorzugten Methode will ich auch mein Referat beschließen.

Das Stichwort lautet „Statistische versus individuelle Menschenleben“. Lassen Sie mich an einem Beispiel verdeutlichen, was ich damit meine. Angenommen, ein Schiff ist in Seenot. Es steht außer Frage, dass zur Rettung der bedrohten Besatzung alles

Menschenmögliche zu unternehmen ist. Bei einem individuellen, konkreten Menschenleben haben Kosten-Nutzen-Analysen keinen Platz. Ein konkretes Menschenleben ist kein ökonomisches Gut und hat daher auch keinen Preis. Punkt. Daran gibt es überhaupt nichts zu deuteln. Heißt das aber, dass wir in jedem Nordseehafen zehn Seenotrettungskreuzer stationieren müssen? Ich glaube, nein, und dieses Prinzip gilt auch im Gesundheitswesen. Auch hier sind zur Rettung einzelner Menschen keine Kosten und Mühen zu scheuen, Kostendämpfung hin oder her. Das heißt aber nicht, dass wir nicht vor Eintreten des Eventualfalls – ich betone: vor Eintreten des Eventualfalls – die Kapazitäten beschränken dürften, denn das träfe keine konkreten Patienten, sondern würde lediglich die Wahrscheinlichkeit eines frühzeitigen Todes für alle Bundesbürger erhöhen, und das ist ein ganz großer und zentraler Unterschied.

In New York zum Beispiel hat man in den achtziger Jahren eine geplante Spezialklinik für Brandverletzungen mit der Begründung abgelehnt, für die dadurch pro Jahr geretteten zwölf Menschenleben sei das Projekt zu teuer. Jetzt frage ich Sie: Ist der damalige Oberbürgermeister Edward Koch ein Massenmörder? Ich glaube, nein, denn durch die Nichtrealisierung der Klinik wurden ja nicht zwölf New Yorker jährlich zum Tode durch Verbrennungen verurteilt, sondern allein die Wahrscheinlichkeit, an Brandverletzungen zu sterben, hat für jeden New Yorker um einen zehntausendstel Prozentpunkt zugenommen, und das ist ein großer Unterschied.

So also könnte eine humane Rationierung im Gesundheitswesen idealerweise aussehen: weg von der Mikroebene, hinauf auf eine möglichst hohe, abstrakte Planungsebene, auf der es nur um Wahrscheinlichkeiten und nicht um individuelle Menschenleben geht.

Doch wie auch immer wir die knappen Gesundheitsgüter verteilen, ob per Versteigerung an den Meistbietenden, ob über Warteschlangen, ob über staatliche Zuteilung oder, wie ich hier vorgeschlagen habe, durch Sparen auf der Planungsebene – dass rationiert werden muss, steht fest. Wir haben überhaupt keine Wahl. Die enormen Erfolge der Vergangenheit haben die moderne Medizin und die Gesellschaft als Ganze in eine tragische Situation gebracht, aus der es wie in einer griechischen Tragödie nur sehr schwer einen ehrenvollen Ausweg gibt.

Diese Diagnose ist nicht neu, sie ist etwas über 200 Jahre alt. Lassen Sie mich schließen mit einem Satz von Goethe, den dieser schon 1798 aus Italien an Frau von Stein geschrieben hat: „Ich halte es für wahr, dass die Humanität endlich siegen wird, nur fürchte ich, dass die Welt ein großes Hospital und einer des anderen humaner Krankenwärter werden wird.“

Ärztliches Handeln unter den Bedingungen begrenzter Ressourcen

Ausgangssituation

Das Medizinsystem unterliegt derzeit einem dramatischen Wandel. Folgt man den Pressestimmen und vielen politischen Verlautbarungen, muss alles auf den Prüfstand gestellt werden – ganz so, als sei plötzlich eine Notlage entstanden, die umgehendes Handeln erfordert. Dabei entdeckt man bei genauerem Hinsehen Entwicklungen, die vor Jahrzehnten begannen, deren Auswirkungen längst bekannt sind, die aber nicht dazu angetan waren, die Politik zu nachhaltigen Reaktionen zu motivieren. Im Wesentlichen sind es vier gleichlaufende Entwicklungen, die eine desolante Finanzsituation und Ressourcenknappheit herbeiführen:

1. Die demographische Entwicklung
Nachwuchsmangel und Überalterung schmälern die Basis der Beitragszahler dramatisch, gleichzeitig steigt die Lebenserwartung, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit werden fast exponentiell zunehmen.
2. Versicherungsfremde Leistungen
Die gesetzlichen Krankenkassen werden als Verschiebebahnhöfe benutzt und mit einer Vielzahl versicherungsfremder Leistungen und Zusatzleistungen belastet, die das Budget für die wirklich Kranken schmälern.
3. Die medizinische Entwicklung
Das Wissen in der Medizin und verwandten Wissenschaften verdoppelt sich alle fünf Jahre. Eine kaum mehr überschaubare Zahl sinnvoller und weniger sinnvoller neuer Methoden in Diagnostik, Therapie und Nachsorge überschwemmt den Markt, wird von der Presse bekannt gemacht und damit nachgefragt.
4. Die relative Gesundheit
Descartes definiert Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit. Der medizinische Fortschritt verändert das Krankheitsspektrum laufend. Viele Erkrankungen

beobachten wir kaum mehr. Die Zahl chronisch Kranker aber – die Zahl von Menschen also, die dauerhaft auf medizinische Hilfe angewiesen bleiben, um ein Leben in relativer Gesundheit führen zu können – nimmt unaufhaltsam zu. Gesundheit in diesem Kollektiv kann also nicht mehr als Abwesenheit von Krankheit definiert werden, vielmehr handelt es sich um eine relative Gesundheit, da die Menschen dank moderner Therapiestrategien mit Krankheit zu leben lernen.

Diese für den Fortbestand unseres sozialen Gemeinwesens nicht ungefährliche und derzeit geradezu dramatische Entwicklung verschweigt die Politik bis heute. Mit medienwirksamen Zauberformeln und Konstrukten hofft man, die bösen Geister zu vertreiben. Man scheut den schmerzhaften großen Wurf, der Makroallokation möglich machen würde. Man gaukelt den Menschen vor, alles könne bleiben, wie es ist, und verlagert die Problematik auf die Mikroallokationsebene, das heißt das Administration-Arzt- und das Arzt-Patient-Verhältnis.

Primär bediente man sich dazu der Budgetierung medizinischer Leistungen. In extrem kurzer Zeit wurde dem gesamten Medizinsystem ein diagnoseabhängiges Abrechnungssystem übergestülpt, wie man dies in keinem anderen Land der Erde in so apodiktischer Form kennt – ein System, das, mit heißer Nadel gestrickt, himelsschreiende Ungleichgewichte erzeugt hat und, sollte nicht schnell gehandelt werden, etwa Maximalversorger mit Behandlungsauftrag und Behandlungsvertrag in den Ruin treiben könnte.

Folgen für das Gesundheitssystem

Druck von außen aber induziert stets mindestens zwei Handlungsstrategien – die Anpassungs- und die Ausweichstrategien.

Anpassungsstrategien zielen darauf ab, mit vorhandenen Mitteln mehr und bessere Leistungen zu erzielen, einen Donabedian-Zyklus¹ zur kontinuierlichen Verbesserung in Gang zu setzen, der in Japan unter dem Schirm des Kaizen seine erfolgreichste Ausprägung fand. Qualitätsmanagement, Effektivitäts- und Effizienzsteigerungen etwa durch institutionalisierte Kooperationen, Zentralisierung von Leistungseinheiten

oder Standardisierung medizinischer Leistungen, *clinical pathways*, Leitlinien etc. werden darunter subsumiert – wichtige Entwicklungen also, die, wenn man sich des Verfallsdatums aller medizinischen Vorschriften bewusst ist, nur positiv zu bewerten und zu unterstützen sind.

Ausweichstrategien dagegen sind deutlich kritischer zu bewerten, könnten sie doch sehr schnell einen Paradigmenwechsel einläuten – weg vom Primat der Medizin und der Frage nach dem medizinisch Notwendigen, hin zum Primat der Ökonomie oder der ressourcengeleiteten Entscheidungsstruktur.

Die beliebteste Ausweichstrategie der Kommunen, aber auch der Landesparlamente, ist die Privatisierung. Der Anteil der Gemeinkosten in öffentlichen Häusern liegt in der Regel zwischen 15 und 30 Prozent. Rationalisierungsreserven sind sicher allenthalben vorhanden, so dass man unter den gegebenen Umständen zumindest vorübergehend mit abgesenkten Haustarifen den Shareholder-Value, anlaufende Zins- und Tilgungslasten und eine Investitionsquote von mindestens sieben Prozent wird erwirtschaften können.

Wie eingangs dargestellt, ist die Entwicklung aber nicht statisch – sie ist exponentiell. Insofern ist dies wohl auch den Verantwortlichen in der Politik bewusst. Das Feigenblatt des Wettbewerbs unter den Krankenkassen soll die Blöße mangelnder Vision bedecken. Dieses Feigenblatt wird als Gesundheitsfonds bezeichnet, ein – wie es Renate Künast ausdrückte – bürokratisches Monster, dem man getrost das Adjektiv „staatsdirigistisch“ hinzufügen darf.

Bürokratische Monster erfüllen sehr oft all jene Bedingungen, die Rupert Lay der neuen Unredlichkeit zuordnet. Sie sind dogmatisch, empirisch ungeprüft und nicht verifiziert. Sie selektieren Menschen nach ungerechten Prinzipien. Die letzten 70 Jahre boten in Bezug auf bürokratische Monster reichlich Anschauungsmaterial. Alle sind sie den Beweis der Effektivität und Effizienz schuldig geblieben. Alle erlagen sie der Darwin'schen Auslese. Der Segen aber, den sie über die Völker bringen sollten, hielt sich in überschaubaren Grenzen.

Lösungsansätze?

Ein solches Monster enthebt die Politik sehr leicht der Notwendigkeit, über Systemveränderungen und Makroallokationen nachdenken zu müssen. Welche Ausweichstrategie aber könnte zielführend sein?

¹ Avedis Donabedian ist ein US-amerikanischer Wissenschaftler und gilt als Begründer der Qualitätsforschung im Gesundheitswesen. Von ihm stammt die definitorische Aufteilung von Qualität in die Bereiche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Die Antwort kann auf Dauer nur der Paradigmenwechsel sein. Der Primat der Ökonomie zwingt zur harten Rationierung. Man könnte mit Recht einwenden, dass alle mit der Rationierung zu leben gelernt haben. Die höchste medizinische Leistung ist nicht an jedem Ort und jeder Zeit gleichermaßen verfügbar. Der Organmangel ist in der Transplantationsmedizin eine viel beklagte Tatsache.

Wenn die Kapitaldeckung aber insgesamt nicht mehr ausreicht, um die Medizin zu finanzieren, die man sich wünschen würde, werden neue Arztbilder hilfreich sein, die sich derzeit bereits in Diskussion befinden. Denkbar ist etwa der Fallmanager, der den Zugang zur Diagnose und Behandlungskette sichert. Unter den Bedingungen ökonomisch notwendiger kartesischer Betrachtung wird man einer erheblich defekten, nicht mehr ganz neuen biologischen Maschine Mensch den Zugang zum Diagnose- und Reparaturbetrieb wohl in zunehmendem Maße verwehren müssen, wenn die Reparatur keinen Gewinn verspricht und auch eine Kostendeckung kaum erreicht werden kann – dabei stehen bereits heute Kosten- und Lebensqualitätsparameter zur Verfügung, die diesen Prozess erleichtern könnten.

Die medizinische Ethik wird, so man sie weiterhin im tradierten Sinne verstehen will, ihr Koordinatensystem gewaltig verschieben müssen, wie man dies in manchen hochzivilisierten westeuropäischen Ländern bereits beobachten kann.

Unglücklicherweise reicht das Problem aber weit über die Gegebenheiten des Administration-Arzt- und Arzt-Patient-Verhältnisses hinaus. Es werden immer neue Kontrollinstanzen errichtet, die gezwungen sind, Entwicklungen im Medizinsystem unter dem Eindruck von Daten, Fakten und Studienergebnissen zu bewerten. Studienergebnisse, die aus Sicht der reinen Mathematik nicht selten als bedenklich einzustufen und medizinisch – sofern die normative Kraft der großen Zahl wirksam werden darf – häufig nicht tragend sind. Statistiken verschaffen uns damit im besten Sinne Gewissheit, sie sind niemals Wahrheit. Man sollte sich immer der Tatsache bewusst sein, dass die Wahl der mathematischen Formel, die Darstellung des Sachverhaltes und die Interpretation der Ergebnisse den Keim von Irrtum und Täuschung in sich tragen. Gerd Gigerenzer hat dies im Jahre 2002 am Berliner Max-Planck-Institut für Bildungsforschung in einer aufsehenerregenden Testreihe deutlich gemacht.

Wer also wird das, was sich alle in einem modernen Industriestaat wünschen müssen – nämlich medizinischen Fortschritt, technische Verbesserung und wissenschaftliche Entwicklung – noch finanzieren wollen und können, wenn sich deren Relevanz und Überlegenheit gegenüber tradierter Erkenntnis nicht unmittelbar statistisch fassen lässt? Wer kann unter diesen Gegebenheiten das Ziel der patientenindividuellen Diagnostik, Therapie und Nachsorge noch verwirklichen, sieht man von den sogenannten

Standardmaßnahmen ab? Wie kann und soll ein zunehmend erstarrendes, bürokratisch dirigiertes System auf radikale Entwicklungssprünge, wie wir sie in Wissenschaft und Technik immer wieder erleben, adäquat reagieren?

Quo vadis?

Als Beispiel seien zwei Entwicklungen angeführt, die man unter den Oberbegriffen Präzision und Prävention zusammenfassen könnte. Am Beispiel der Leber soll erläutert werden, wie hochpräzise dreidimensionale prä- und intraoperative Bilddaten, die von unterschiedlichen Geräten, zum Beispiel Magnetresonanztomographen oder Sonographen, geliefert werden, fusionieren und den Operateur so in idealer Weise unterstützen. Wenn diese Bildfusion dann noch ergänzt wird durch eine hochpräzise Navigation, so dass dem Operateur der Operationsfortschritt, die ideale Dissektionsebene, aber gleichzeitig auch die Beziehung zu den Blutgefäßen und Gallewegen jederzeit dargestellt werden kann, bedeutet dies, dass man Fehler in Bezug auf Radikalität und Missdeutung der Anatomie vermeiden, also Prävention betreiben kann. Außerdem würde ein solches Modell gestatten, die patientenindividuelle Anatomie in einem Rechner zu simulieren, und dem erfahrenen, aber auch dem zu trainierenden Chirurgen die Möglichkeit geben, vor der operativen Intervention am Patienten den Fortgang der Intervention mit allen Problemen und Risiken zu üben. Wenn diese Entwicklung darüber hinaus noch unterstützt würde durch ideale Instrumente wie zum Beispiel den Thulium-Yak-Laser, der hervorragende Schneideigenschaften besitzt, und minimalinvasive Instrumente mit herausragenden haptischen Rückkopplungsmechanismen, würde dies vielleicht sogar eine sichere minimalinvasive Technik möglich machen, vor allem wenn man bedenkt, dass das infrarote Licht, welches der Thulium-Yak-Laser zum Schneiden verwendet, vom zu schneidenden Objekt partiell reflektiert wird. Gelangt die Schnittebene in die Nähe großer Blutgefäße, entsteht ein kühlender Effekt, die Wellenlänge des Lichts verändert sich. Dies kann man messen, so dass sich der Laser automatisch abschaltet, bevor er größere Blutgefäße verletzt.

Derartige Entwicklungen müssen ihre Sinnhaftigkeit in größeren Serien beweisen, und die technischen Systeme, die dazu erforderlich sind, bedürfen eines hohen Kapitaleinsatzes. Und dies gilt nicht nur für die Medizintechnik, sondern bei dem extremen Sicherheitsbedürfnis moderner Gesellschaften für fast alle Entwicklungen in der Medizin.

Das zweite Beispiel bezieht sich auf die Prävention fortgeschrittener Tumoren durch hochpräzise Untersuchungen von Tumormarkern im Serum von Patienten. Es hat sich in den letzten Jahren gezeigt, dass Tumoren Proteine produzieren, die im Blut unter Normalbedingungen entweder nur in extrem geringen Konzentrationen oder

gar nicht vorkommen. Dies gilt, wie man weiß, insbesondere für die Tumoren des Dick- und Enddarmes. Es gelingt heute schon, die Proteinkonzentration der wesentlichen dominanten Serummarker in Abhängigkeit vom Tumorstadium darzustellen. Die Sensitivität und Spezifität liegen jeweils bei weit über 90 Prozent. Wenn es gelingt, die Analyse der wesentlichen Proteine, die spezifisch sind für bestimmte Tumoren, und möglicherweise sogar das dazugehörige Genom auf einen industriellen Chip zu bringen, wird es möglich sein, Screening-Untersuchungen der Bevölkerung durchzuführen. Späte Tumorstadien würden damit zur Rarität. Das Medizinsystem würde einem revolutionären Wandel unterliegen. Vor dem Hintergrund derartiger Entwicklungen, die auf allen Gebieten der Medizin stattfinden, wird das Dilemma deutlich, welches unser Medizinsystem derzeit erlebt. Das Gesundheitssystem steht am Scheideweg. Es wird höchster medizinischer Standard verlangt, innovative Wissenschaft und revolutionäre Technik. Geboten aber werden standardisierte Prozesse, die ökonomische Bewertung eines Menschenlebens und starre Strukturen.

Fazit

Niemand wird bestreiten, dass sinnvolle Einsparungen im Gesundheitssystem unausweichlich sind. Es bleibt zu hoffen, dass die kritische Diskussion über Elastizität und Flexibilität dazu beiträgt, den wissenschaftlichen, technischen und medizinischen Fortschritt im Gesundheitssystem zu erhalten. Deutschland besitzt derzeit möglicherweise das beste Gesundheitssystem der Welt. Es ist notwendig, dieses System zu verbessern. Die Mikroallokationsebene darf nicht zur Verteilungsinstanz von Kapital und Gesundheit degenerieren. Industrielle Reparaturprozesse eignen sich nur bedingt, um einen Menschen gesund zu lassen. Es sei hier an ein sehr frühes Dogma erinnert, das während des Konzils von Vienne (1311–1312) aufgestellt wurde. Es lautet: *Anima est forma corporis* oder „Die Seele ist das organisierende Prinzip des Körpers“. Es ist also nie ein Organ allein erkrankt, es ist immer der Mensch. Diesem Prinzip muss man sich unterordnen, will man die Zukunft gewinnen. Dazu bedarf es der intelligenten Anwendung bekannter Diagnostik-, Therapie- und Nachsorgeverfahren. Es bedarf aber auch der stetigen Weiterentwicklung. Die Wissenschaft von heute ist – wie es Richard von Weizsäcker einmal ausgeführt hat – die Technik von morgen. Man könnte fortfahren: Sie generiert die Arbeitsplätze von übermorgen und, bezogen auf die Medizin, gewonnene Lebensjahre von überübermorgen.

HEINER RASPE

*Direktor des Instituts für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein,
Campus Lübeck*

Prävention und Präzision: Was leisten wir uns in Vorsorge und Früherkennung bösartiger Tumoren?

Ein innovativer Bluttest auf Darmkrebs zwischen Grundlagen-, klinischer und Versorgungsforschung

Die innovative Methode der Früherkennung bösartiger Darmtumoren wurde durch konzentrierte Grundlagenforschung möglich. Erste Erprobungen in der Klinik begründen die Aussage, dass der neue Test eine Sensitivität und Spezifität von jeweils 90 Prozent aufweise.

Ohne Grundlagenforscher keine Innovationen. Sie sind diejenigen, die dem Meer der Unwissenheit mühsam und Stück für Stück Land abgewinnen und es menschlicher Nutzung anbieten. Jeder Küstenbewohner weiß aber auch, dass das Neuland nicht unmittelbar belastbar und vielfältigen Gefährdungen ausgesetzt ist. Oft fällt es ans Meer zurück. Die gewonnenen Landflecken müssen gesichert, sinnvoll miteinander verbunden, eingedeicht und auf ihre Verwendbarkeit geprüft werden.

Besonders für die letzte Aufgabe wird eine weitere Gruppe von Wissenschaftlern gebraucht. Ihr Feld ist die klinische und die Versorgungsforschung. Klinische Forschung beschäftigt sich mit Determinanten und Folgen klinischer Entscheidungen, Versorgungsforschung hingegen mit Determinanten und Folgen von Systementscheidungen und des massenhaften alltäglichen Gebrauchs medizinischer Technologien. Die Ergebnisse ihrer Untersuchungen bilden das Substrat der evidenzbasierten Medizin und Versorgung (*evidence-based clinical medicine, evidence-based health care*). Dafür bedienen sich diese Forscher einer breiten Palette von Studiendesigns, oft kontrollierter Studien. Ihr methodologisches Fundament sind die klinische und die bevölkerungsbezogene Epidemiologie.

Auch wenn diese Forscher selbst nicht im engeren Sinne innovativ sind, sind sie dennoch unverzichtbar. In der Medizin ist es wie in der Küche: Die Probe auf den

Pudding ist das Essen. Dies gilt auch und vor allem dann, wenn Systementscheidungen zu treffen sind: ob zum Beispiel eine neue Methode in die ambulante oder stationäre Krankenversorgung eingeführt und kollektiv über Beiträge oder Steuern finanziert werden soll.

Im Folgenden geht es um zentrale Fragen, Konzepte und Methoden dieser zweiten Gruppe von Wissenschaftlern im Umfeld von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen bei bösartigen Erkrankungen. Der Unterschied zwischen Letzteren liegt darin, dass Früherkennung sich auf histologisch bereits bösartige Tumoren bezieht, während Vorsorge – zum Beispiel durch die Darmspiegelung (Koloskopie) – auch deren noch gutartige Vorstufen erfasst.

Welche Hürden liegen vor neuen Methoden dieser sogenannten Sekundärprävention, bevor sie für eine kollektive Finanzierung empfohlen werden können? Die der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur Verfügung stehenden Ressourcen sind nicht unbegrenzt. Ausgaben an einer Stelle stehen einem entgangenen Nutzen an einer anderen Stelle gegenüber.

Das Programm

Im Folgenden geht es mir im Einzelnen erstens um Strategien der Krebsfrüherkennung und ihre Evaluation. Es ergibt sich eine Reihe von Bewertungsschritten und -kriterien. Wichtige Kriterien und Kennwerte werden zweitens mit Daten zu einer anderen Früherkennungsmethode, dem Mammographie-Screening, veranschaulicht. Es handelt sich um ein national wie international besonders gut untersuchtes, aber nicht unumstrittenes Verfahren. Dennoch wurde sie 2004 als vorerst letzte Früherkennungsmethode in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen. Schließlich ist drittens zu diskutieren, wie diese Entscheidung zustande kam, ob sie uns heute noch einleuchtet und welche Konsequenzen sich aus der Bejahung und Verneinung dieser Frage ergeben könnten.

Strategien der Früherkennung und ihre Evaluation

Die Beurteilung von Früherkennungsmethoden ist anspruchsvoll. Evaluieren muss eine komplexe Strategie, nämlich die Kombination eines Screening-Tests für in der Regel noch gesunde Personen mit Maßnahmen der Diagnosesicherung und einer nachfolgenden Frühintervention im Rahmen eines oft bevölkerungsweiten Programms.

Sechs Stufen diagnostischer Studien			
Stufe	Inhalt	Frage	Kennwerte
1	Technische Machbarkeit, Richtigkeit, Genauigkeit	„Erfüllt der Test analytische Grundvoraussetzungen?“	Zuverlässigkeit, Validität
2	Nosographische Validität	„Do test results in affected patients differ from those in normal individuals?“	Sensitivität, Spezifität
3	Diagnostische Validität	„Are patients with certain test results more likely to have the target disorder?“ „Do test results distinguish patients with and patients without the target disorder among those in whom it is clinically sensible to suspect the disorder?“	Prädiktive Werte (efficacy, effectiveness)
4	therapeutic choice impact	„Wurde die Wahl der Therapie beeinflusst?“	Prä-Post-Differenz
5	patient outcome impact	„Do patients undergoing the diagnostic test fare better (in their ultimate health outcomes) than similar patients who are not tested?“	Effektmaße randomisierter Kontrollstudien
6	societal impact	„Ist die Testanwendung ökonomisch effizient?“	Kosten-Nutzen-Abwägungen

nach Wulff/Gøtzsche 2000, Sackett/Haynes 2002, Tatsioni et al. 2005

Tabelle 1

Dass ein Test „krank“ und „gesund“ unterscheiden kann, also sensitiv und spezifisch ist, ist notwendig, nicht aber hinreichend. Die Darstellung dieser Kennwerte der sogenannten nosographischen Validität, ist der zweiten von insgesamt sechs Stufen diagnostischer Studien zuzurechnen (Tabelle 1). Jeder frühere Schritt ist Voraussetzung für den nächsten. Gelingt jener erste nicht, braucht man nicht weiterzugehen.

Auf der dritten Stufe wird die diagnostische Validität untersucht. Gefragt wird nach dem sogenannten prädiktiven Wert eines positiven oder negativen Testergebnisses. Zu beantworten ist die Frage, wie wahrscheinlich es ist, dass eine Person mit positivem beziehungsweise negativem Test tatsächlich an der Zielkrankheit leidet (Tabelle 2).

Diagnostische Validität am Beispiel des Dick- und Enddarmtumors

Neuer Bluttest	KRK ja	KRK nein	Gesamt
Positiv	36	96	32
Negativ	4	864	868
Gesamt	40	960	1.000

KRK = kolorektales Karzinom (Dick- und Enddarmtumor);
Prävalenz [40/1.000] = 4%; Sensitivität [36/40] = 90%; Spezifität [864/960] = 90%

Tabelle 2

In der Gruppe der 50- bis 74-Jährigen wird dieser Wert – bezogen auf den neuen Test und bei einer angenommenen Prävalenz latenter Fälle von vielleicht vier Prozent (mehr als das Doppelte der Inzidenz klinischer Fälle) – trotz hoher Sensitivität und Spezifität nur bei 27 Prozent liegen (36 von 132 Personen). Von vier positiven Tests wären damit drei falsch positiv. Ein negatives Testresultat würde einen Tumor allerdings mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausschließen (99,5 Prozent für den prädiktiven Wert eines negativen Tests).

Damit ist nicht das einzige Problem einer Früherkennungsmethode bei einer relativ seltenen Krankheit angesprochen. An dieser Stelle zu übergehen sind Fragen nach:

- » der Genauigkeit, Richtigkeit und Qualitätssicherung des Tests und seiner Durchführung
- » einem geeigneten Grenzwert zur Unterscheidung von „unverdächtig“/„verdächtig“
- » der Häufigkeit uninterpretierbarer Ergebnisse
- » dem unausweichlichen Verlust von Sensitivität und Spezifität in der Massenanwendung

Relevanter scheinen Fragen nach:

- » der zeitlichen Entwicklung der durch den Test erfassten Karzinome (Gibt es genügend Zeit für eine erfolgreiche Frühintervention?)

- » der geeigneten Zielpopulation (untere/obere Altersgrenze?) und den günstigsten Screening-Intervallen (Zu fürchten sind Intervallkarzinome, die als rasch wachsende Tumoren zwischen zwei Screening-Runden auftreten.)
- » den Belastungen und Risiken der auf einen positiven Screening-Test folgenden Untersuchungen zur Diagnosesicherung
- » den ökonomischen und psychosozialen Kosten falsch positiver und falsch negativer Screening- und Untersuchungsergebnisse
- » der Verteilung der gefundenen Karzinome auf verschiedene Stadien und Risikoklassen (zum Beispiel „irrelevant, weil in der verbleibenden Lebenszeit nicht mehr symptomatisch“, „heilbar durch frühzeitige Behandlung“, „unheilbar“)
- » den Risiken der im eigentlichen Sinne therapeutischen Intervention
- » der Wirksamkeit, den Chancen (gemessen an der Wahrscheinlichkeit der Vermeidung spezifischer Todesfälle, am Gewinn an Lebensjahren und Lebensqualität) und den Risiken der Gesamtstrategie unter optimierten Bedingungen, wie sie typischerweise in Studien realisiert sind (*efficacy*)
- » nach der Evidenzbasis (Umfang, Einheitlichkeit, Sicherheit) des Nachweises der Effektivität der gesamten Strategie in Hinblick auf die spezifische und die Gesamtmortalität

Hinzu kommen Fragen, die aus bevölkerungsmedizinischer Sicht relevant sind, nämlich Fragen nach:

- » dem Anteil der durch die Früherkennung maximal identifizierbaren Karzinome
- » dem Nettonutzen und der Qualität der Strategie unter Bedingungen der Breitenanwendung (*effectiveness*)
- » der Akzeptanz von Test, Diagnosesicherung und Frühtherapie durch alle Beteiligten
- » der bevölkerungsweiten Verfügbarkeit der benötigten Infrastruktur
- » der für einen bevölkerungsbezogenen Erfolg notwendigen Beteiligungsrate
- » geeigneten Methoden der Qualitätssicherung des gesamten Programms

Wollte man die Fragen aller drei Blöcke auf den neuen Bluttest beziehen, dann wäre ein Vergleich mit der Screening-Koloskopie (Darmspiegelung zur Vorsorge) unvermeidlich. Sie ist eine bereits etablierte und vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) positiv beurteilte, wenn auch zu selten genutzte (Teilnahmerate bei uns noch unter 20 Prozent der Anspruchsberechtigten innerhalb einer Dekade) Methode; sie ist nicht risikofrei (1 Komplikation auf 250, 1 Todesfall pro 150.000 Anwendungen). Sie entdeckt und eliminiert aber, wie gesagt, nicht nur Karzinome, sondern auch

deren Vorläufer. Der Screening-Koloskopie wird das Potential zugeschrieben, die Sterblichkeit an kolorektalen Karzinomen um wenigstens 40 Prozent, vielleicht auch 60 Prozent zu senken.¹

Das Mammographie-Screening – ein geeigneter Maßstab?

Damit bin ich nach viel grauer Theorie bei meinem zweiten, anschaulicheren Programmpunkt, dem Blick auf das Mammographie-Screening, angelangt. In unserem System entscheidet die gemeinsame Selbstverwaltung in Form des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) über die Finanzierung von Früherkennungsuntersuchungen und -programmen durch die GKV. Der GBA hat dazu eine Reihe von Kriterien entwickelt.² Die letzte im Jahr 2004 zugelassene Methode war die Mammographie. Könnten ihre Kennwerte einen Maßstab liefern, an dem sich neue Methoden messen ließen? Über ihre Wirksamkeit ist international gestritten worden. Ich setze sie an dieser Stelle voraus, sonst würde sich jede weitere Diskussion erübrigen. Was nicht wirkt, kann auch nicht nützen.

Die folgende Darstellung des möglichen Nutzens eines mammographischen Früherkennungsprogramms orientiert sich an den jüngsten Daten (und Hoffnungen) des National Health Service in Großbritannien; er betreibt seit 1988 ein vorbildliches Programm. Die folgende Tabelle zeigt das Nutzenpotential von fünf Mammographie-Screenings für Frauen im Alter von 50 bis 69 im Abstand von je zwei Jahren. Nutzenparameter ist hier die Zahl der in einer Dekade vermiedenen Brustkrebstodesfälle (Tabelle 3).

Es ist schwer zu beurteilen, ob die Zahl der vermiedenen Todesfälle erfreulich hoch, enttäuschend niedrig oder optimal ist. Beurteilungsrelevant ist auch, dass in Großbritannien in jeder Screening-Runde drei bis acht Prozent der untersuchten Frauen wegen unklarer oder verdächtiger Befunde zurückgerufen werden. Bei mehr als einem Drittel dieser Frauen erfolgt eine zytologische oder histologische Abklärung. In einem Viertel dieser Fälle ergibt sich ein gutartiger Befund. Das Verhältnis Zahl der Rückrufe zu Zahl der schließlich entdeckten Karzinome liegt bei 10 zu 1.

¹ Vgl. Brenner et al. 2002.
² § 17 Abs. 1 der Verfahrensordnung.

Nutzenpotential des Mammographie-Screenings			
	Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren		
	100.000 Kein Screening	100.000 Screening alle 2 Jahre	
Brustkrebsmortalität über 10 Jahre	600	390	Reduktion 35%
Nutzen	210 Fälle pro 100.000 Frauen über 10 Jahre ARR = 0,21 Prozentpunkte		Vermiedene Todesfälle
Kein Nutzen	390		Tod trotz Screening
Irrelevant	99.400		Keine Brustkrebsmortalität
NNS	477		NNS

ARR = absolute Risikoreduktion
 NNS = Number Needed to Screen; in anderen Veröffentlichungen wird eine NNS von mehr als 1.000 angegeben
 (Nyström et al. 1993, Rembold 1998)

Tabelle 3

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass weniger als 50 Prozent aller Mammakarzinome durch das Screening erreichbar sind, der überwiegende Teil wird weiterhin außerhalb des Früherkennungsprogramms erkannt werden. Die Rate der Intervallkarzinome liegt bei einem Mammographie-Screening alle zwei Jahre zwischen 25 und 50 Prozent. Über andere negative Aspekte des Programms rede ich hier nicht.

Das Mammographie-Screening ist, wie gesagt, zur Finanzierung durch die GKV zugelassen; die Entscheidung ist gefallen, unter dem Druck von Bundesregierung, Bundestag und Bundesrat, also seitens demokratisch vollständig legitimer Institutionen. Ob sie aus Sicht der evidenzbasierten Medizin überzeugend war, ist eine andere Frage.

Mammographie-Screening: bevölkerungsbezogene und individuelle Perspektiven

Wollen wir diese Frage umfassend beantworten, dann sind noch einmal beziehungsweise zusätzlich wenige Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Zu nennen sind:

Art, Schwere und Gefährlichkeit der Krankheit: Das Mammakarzinom ist eine bösartige Erkrankung. Im fortgeschrittenen Stadium ist es inkurabel. Das Gleiche gilt für Darmkrebs.

Vermeidbarkeit der Krankheitsentstehung: Zu prüfen sind primärpräventive Möglichkeiten, die die Notwendigkeit einer spezifischen Vorsorge oder Früherkennung gänzlich erübrigen könnten. Für eine Primärprävention gibt es leider für beide genannten Tumorarten keine überzeugenden Ansätze.

Nutzenpotential: Als zentrale Erfolgsparameter der Früherkennung gelten, wie dargestellt, vermiedene Todesfälle. Hinzu kommen gewonnene Lebensjahre in Verbindung mit ihrer Lebensqualität. Man berücksichtigt beides in „qualitätsgleichen Lebensjahren“, sogenannten QALYs (*quality-adjusted life years*). Das mittlere Erkrankungsalter liegt beim Mammakarzinom mit 62 Jahren niedriger als beim Darmkrebs (etwa 70 Jahre). Entsprechend unterscheidet sich die Anzahl der Lebensjahre, die mit jedem vermiedenen Todesfall gewonnen werden. Aus ethischer Sicht wäre zu diskutieren, ob es akzeptabel ist, seltener und später im Leben auftretende Krankheiten nur deswegen anders zu beurteilen, weil sie seltener sind, später auftreten und im Falle ihrer Vermeidung weniger Jahre und möglicherweise auch QALYs gewinnen ließen.

Belastungen und Risiken der gesamten Strategie: Neben Ausmaß und Eintrittswahrscheinlichkeit von Lebensgewinnen müssen alle erkennbaren Belastungs- und Schadenspotentiale berücksichtigt werden, des Screenings, der Diagnosesicherung und der Frühtherapie. Sie spielen auch für die QALY-Berechnung eine Rolle. Mammographie und Koloskopie sind belastender als ein Bluttest; sie beinhalten unterschiedliche Risiken. Hierzu bedürfte es sehr viel genauerer Analysen, als sie an dieser Stelle möglich sind.

Erreichbarkeit der Zielgruppe: Ebenso wie andere Versorgungsangebote haben es Früherkennungsprogramme schwer, ein spezifisches Gerechtigkeitsproblem zu vermeiden. Faktisch nützen sie vor allem denen, die schon *a priori* die geringsten Risiken aufweisen: eine Variante des *inverse care law* (Tudor-Hart); dieses Gesetz postuliert,

dass gewöhnlich diejenigen von Gesundheitsleistungen am schlechtesten erreicht werden, die ihrer am dringendsten bedürfen. Das Mammographieangebot wird heute von gut 50 Prozent der Berechtigten in Anspruch genommen (notwendig wären mehr als 70 Prozent).

Wirtschaftlichkeit: Damit sind wir bei einem zentralen und auch gesetzlich vorgegebenen Parameter. Ebenso wie Nutzen- wird man Wirtschaftlichkeitsfragen erst dann abwägen, wenn eine Methode ihre Wirksamkeit gezeigt hat. Was nicht wirkt, ist nicht notwendig, nicht nützlich und nicht wirtschaftlich. Der Wirksamkeitsnachweis ist in kontrollierten Studien zu führen und, soweit ich sehe, bisher nur für die Mammographie (mit Restzweifeln) und (indirekt) für die Koloskopie gelungen. Für den neuen Bluttest zum Darmkrebs-Screening fehlen entsprechende Studien – verständlicherweise – noch vollständig.

Wirtschaftlichkeitsprüfungen beziehen direkte, indirekte und intangible Kosten ein. Sie ließen sich in *cost-effectiveness ratios* auf vermiedene Todesfälle, gewonnene Lebensjahre und auch QALYs beziehen. Für die Mammographie steht eine Schätzung aus Großbritannien zur Verfügung:³ Das englische Screening-Programm wendet für jedes gerettete Lebensjahr etwa 3.000 Pfund (das entspricht etwa 4.500 Euro) auf.

Je enger und unelastischer ein nationales Gesundheitsbudget, umso stärker drängt sich die Frage nach den Opportunitätskosten auf. Methoden der Prävention konkurrieren untereinander, aber auch mit allen anderen möglichen gesundheitsbezogenen und anderen Verwendungen, soweit sie kollektiv finanziert werden.

Für die Opportunitätskosten sind die Kosten pro untersuchtem Fall, der Umfang der Zielgruppe und natürlich die Zahl der tatsächlich untersuchten Fälle relevant. Für die Mammographie werden jährlich von den Krankenkassen direkt mindestens 150 Millionen Euro aufgewendet. Die Gesamtkosten des Programms werden sich nach Aussage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) auf rund 400 Millionen Euro pro Jahr belaufen, eine Beteiligung von weniger als 70 Prozent vorausgesetzt. Diese Summe stünde der GKV für andere Verwendungen nicht mehr zur Verfügung. Jeder der geschätzten 4.000 jährlich vermiedenen Todesfälle⁴ würde damit rund 100.000 Euro kosten, pro Jahr der jeweils gewonnenen 16 Lebensjahre mehr als 6.000 Euro.

³ NHSBSP 2006.

⁴ Lauterbach/Plamber 2002.

Sicherheit aller Feststellungen und Urteile: Abschließend soll die Frage nach der Evidenzbasis der getroffenen und in der Zukunft zu treffenden Entscheidungen behandelt werden. Beachten Sie bitte:

- » dass das Fehlen geeigneter Untersuchungen nicht als Beleg für die Unwirksamkeit und Nutzlosigkeit einer Methode genommen werden darf
- » dass Daten nicht mit Evidenz zu verwechseln sind
- » dass nicht nur randomisierte kontrollierte Studien „geeignet“ sind, sondern auch sogenannte qualitative Studien Evidenz geben, zum Beispiel dort, wo nach Gründen für die Nichtinanspruchnahme von Früherkennungsleistungen gesucht wird
- » dass auch kontrollierte Studien in unterschiedlicher Qualität durchgeführt werden und nicht immer homogene Ergebnisse liefern
- » dass auch die Ergebnisse kontrollierter Studien in unterschiedlichem Ausmaß verzerrt und unsicher sein können

Liegt belastbare Evidenz vor, dann lautet die wichtigste Frage, ob weitere Studien eine Chance hätten, deren Gesamtbeurteilung zu verändern beziehungsweise existierende Unsicherheiten deutlich zu reduzieren. Bei der Mammographie ist weder das eine noch das andere wahrscheinlich.

Die Entscheidung zum Brustkrebs-Screening wurde bei uns vor allem unter politischen Gesichtspunkten und vor Abschluss der deutschen Machbarkeitsstudien getroffen. Es gibt jedoch weltweit genügend kontrollierte Feldstudien; ihre Ergebnisse werden unterschiedlich, zum Teil sehr kritisch beurteilt.⁵ Man sprach sogar von einer Agonie⁶ beziehungsweise einer Krise⁷ der evidenzbasierten Medizin.

Eine neue – zeitlich und finanziell aufwändige – Studie würde hieran nicht viel ändern. Weder würde sie, bei negativem Ausgang, die vorherrschende positive Beurteilung entkräften noch die herrschende Unsicherheit wesentlich reduzieren. Ich schlage daher vor, sich *in dubio* an den günstigen oben genannten britischen Projektionen zu orientieren. Sie sind noch etwas positiver als die älteren empirischen Daten (zum Beispiel aus Schweden⁸).

⁵ Vgl. Gøtzsche/Nielsen 2006.

⁶ Vgl. den Artikel in BMJ aus dem Jahre 2001: The Agonies of Evidence, in: BMJ 323, 1136 (Editor's Choice).

⁷ Sox 2002.

⁸ Nyström et al. 1993.

Schlussbemerkung

Vor diesem Hintergrund erlaube ich mir die Frage, ob die Früherkennungsmammographie heute – in Kenntnis aller vorliegenden Evidenz und ihrer kritischen Diskussion und angesichts unserer Finanzierungsnot – noch einmal bevölkerungsweit eingeführt würde. Ich will die Frage nicht definitiv beantworten, sondern nur auf Implikationen der beiden möglichen Antworten hinweisen:

Wenn Sie mit Ja antworteten, dann wäre ein Maßstab, meines Erachtens eine Untergrenze, für alle weiteren Früherkennungsmethoden, und damit auch den oben angesprochenen Bluttest, gewonnen. Was der Mammographie recht ist, sollte neuen Methoden billig sein, in den Prüfungsmethoden und -parametern wie in den Prüfungsergebnissen. Wenn mit Nein, dann ergäbe sich die Frage, wie hoch die Hürde denn sein soll, die neue Methoden zu nehmen hätten. Aber muss diese Hürde immer auf derselben Höhe liegen? Wäre es nicht sinnvoll, die einem Gesundheitswesen zur Verfügung stehenden Mittel und ebenso (aber nicht verabsolutierend) die Kosten-Effektivitäts-Verhältnisse der einzelnen Methoden zu berücksichtigen?

Würde man dem zustimmen, dann sollten die verschiedenen Vorsorge- und Früherkennungsmethoden vergleichend untersucht und beurteilt werden. Dies würde zu einer Rangordnung, einer sogenannten vertikalen Priorisierung, führen. Zuoberst und einer kollektiven Finanzierung am nächsten wäre die Methode, deren Kennwerte – evidenzbasiert – insgesamt am günstigsten zu beurteilen sind. Zuunterst stünde diejenige, für die noch keine oder widersprüchliche Evidenz vorliegt, die im fachlichen Urteil wenig wirksam und nützlich ist oder nach allen vorliegenden Untersuchungen mehr schadet als nützt.

Was wäre mit einer solchen Priorisierung erreicht? Sehr wahrscheinlich auch eine Neutralisierung parteiischer Interessen. Evidenz hat das Potential des *de-politicizing*. Andererseits behielten Legislative und untergesetzliche Normgeber die ihnen zustehende Freiheit zu abweichenden Entscheidungen. Die Institutionen könnten sich dann aber nicht mehr auf Evidenz und Fachurteil stützen, sondern müssten ihre sicher auch legitimen, aber anders gearteten Gründe zur Diskussion stellen. Priorisierung schafft eine gedankliche Ordnung; sie bereitet Entscheidungen vor, trifft sie aber nicht.

Leider ist es der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) und der letzten Enquetekommission zu Ethik und Recht der modernen Medizin nicht gelungen, das Thema Priorisierung auf die gesundheitspolitische Tagesordnung zu setzen. Auch die Eckpunkte der aktuellen Gesundheitsreform gehen weiter

von der Lebenslüge aus, dass der GKV-Leistungskatalog in seinem bisherigen Umfang erhalten bleiben und zusätzlich für den medizinischen Fortschritt geöffnet werden kann.

Ein letzte Überlegung: Was würde mit fachlich und vom Normgeber posteriorisierten Vorsorge- und Früherkennungsleistungen geschehen? Kann man es Mitbürgern verwehren, sich von ihnen präferierte Leistungen auch dann – nach ihrer Zahlungsbereitschaft – zu verschaffen, wenn sie nicht im Leistungskatalog der GKV enthalten sind? Sicher nicht! Solche Verfahren gehörten damit zu den sogenannten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). Mir ist völlig bewusst, dass die IGeL zahllose ethische und rechtliche Probleme aufwerfen und geeignet sind, das Arzt-Patient-Verhältnis wesentlich zu verändern, aber ein transparentes Priorisierungsverfahren würde auch denen, die die zurückgestellten Leistungen privat finanzieren wollten, erhebliche Vorteile verschaffen. Sie wüssten, was sie kaufen, und ihre Ärzte, was sie verkaufen, anders als es heute bei fast vielen präventiven IGeL der Fall ist. Ein Blick in ein Gebührenverzeichnis für individuelle Gesundheitsleistungen offenbart zahlreiche Vorsorgeleistungen, von denen viele noch immer bar jeder belastbaren Evidenz sind (verschiedene Ultraschalluntersuchungen, computergestützte Risikoanalysen, Fluoreszenz-Endoskopien, diverse Computertomographien).

Geoffrey Roses humanitäres Argument für Präventivmedizin gilt nach wie vor: „It is better to be healthy than ill or dead. That is the beginning and end of the only real argument for preventive medicine. It is sufficient.“⁹ Ist es nicht aber auch ein Gebot der Humanität, die Notwendigkeit, Wirksamkeit, Chancen, Risiken, Wirtschaftlichkeit, Akzeptanz und Evidenzbasis von Vorsorge- und Früherkennungsmethoden so genau wie möglich zu untersuchen, bevor für sie – nach Prioritäten geordnet – eine kollektive Finanzierung erwogen wird?

9 Rose 1992: 4.

BETTINA SCHÖNE-SEIFERT

Professorin für Ethik in der Medizin, Westfälische Wilhelms-Universität Münster,
Mitglied des Nationalen Ethikrates

Strategien zur Rationierung im Gesundheitswesen – der internationale Kontext

Die Rationierungsdebatten, die in Deutschland höchstens in Fachkreisen, aber nicht auf der politischen Bühne und öffentlich hörbar geführt werden, finden in anderen Ländern in sehr unterschiedlicher Weise bereits statt. Bei uns wird – das sei noch einmal wiederholt – von Politikern aller Parteien beschworen, dass – aus ethischen Gründen – eine optimale Versorgung für alle bereitgestellt werden müsse und auch könne.

Wenn man nicht zynisch den Begriff des Optimalen bei dieser „optimalen Versorgung“ so umdeutet, dass er meint „optimal relativ zu den bestehenden Ressourcen-zwängen“, dann ist das – wie wir von verschiedenen Seiten gehört haben – falsch.

Längst gibt es die Vorgabe von Behandlungsbudgets. Längst werden Leistungen ausgegrenzt, und längst gibt es für manche Leute enorme und belastende Zuzahlungsforderungen, und, vielleicht unabänderlich in der Sache, das alles, ohne dass die beteiligten Instanzen – sei es der Gemeinsame Bundesausschuss oder seien es die Medizinischen Dienste der Krankenkassen oder aber die leistenden oder eben nicht leistenden Ärzte selbst – dies explizit als kostenbedingte Leistungsminderung im Bereich des andernfalls medizinisch Sinnvollen und Erwünschten deklarierten.

Dieses Faktum kann man in unserem Land wohl wirklich nur dann übersehen, wenn man entweder beruflich mit diesen Fragen nichts zu tun hat und außerdem gesund ist oder umgeben ist von Angehörigen und Freunden, die auch nicht Opfer solcher schleichenden Rationierungen sind, oder wenn man – wie viele von uns und wie über 50 Prozent der Bundestagsabgeordneten – privat versichert ist.

In manchen Ländern gibt es, wie gesagt, andere und ausgereifere Debatten. Dort beginnt man, Priorisierungskomitees einzusetzen. Man kreierte *rationing task forces*. Man schafft *ethics panels*, um die ethischen Grundlagen der anstehenden Entscheidungen zu diskutieren, sei es für die gesamte Nation, für einen nationalen Gesundheitsdienst oder aber für bestimmte Versicherungsadressaten, etwa *Medicare* in Oregon.

Ein Ergebnis des rawlsianischen Argumentationsgangs von Stefan Gosepath ist die Rechtfertigung eines solidarisch finanzierten Gesundheitswesens, jedenfalls, wie er sagt, in bestimmten Maßen. In Deutschland haben wir das bereits, wie schon mehrfach erwähnt, für die gesetzlich Krankenversicherten; das sind 92 Prozent der Bevölkerung. In vielen anderen Ländern gibt es ähnliche solidarisch finanzierte Teilbereiche oder Gesamtbereiche. Nur dann, wenn es so etwas gibt, kann man davon reden, dass „die Medizin“ unter Kostendruck steht. Ein unlimitierter freier Gesundheitsmarkt würde wohl zu Zahlungsdruck für Patienten und vielleicht zu Zeit- und Leistungsdruck für Ärzte führen, aber nicht zu einem Kostendruck für „die Medizin“ als solidarisch finanziertes System, das an die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit stößt.

Noch einmal ganz kurz und in systematisierender Absicht: Es gibt für die Medizin unter Kostendruck die Option, mehr Geld in das System zu pumpen, wo immer es herkommen mag. Es wurde mehrfach gesagt, das sei politisch nicht machbar. Aber wir sind uns darüber einig, dass es, wenn es plausible Zielbestimmungen samt ökonomischen Mittelberechnungen gäbe, Bewegung in dieser Frage geben könnte. Stellen Sie sich vor, man erfände eine hochwirksame Alzheimer vorbeugende Impfung, die sehr teuer wäre und die Kosten unseres Gesamtgesundheitsbudgets um ein Prozent steigern würde. Ich bin mir ziemlich sicher, dass man eine politische Mehrheit dafür bekäme, eine solche Impfung als *Add-on*-Leistung vorzuhalten.

Eine zweite Möglichkeit der Kostenersparnis ist, Unsinniges zu unterlassen. Dahinter steht die angloamerikanische Diskussion um *futility*. Dies ist aber nur dann eine Option – und eigentlich eine, die in guter Medizin selbstverständlich sein sollte –, wenn es sich dabei um eindeutig wirkungslose Maßnahmen handeln würde, von denen man hoffte, dass sie auch ohne Kostendruck nicht stattfänden. In dem Moment, in dem man einen weiten Begriff des „Unsinnigen“ benutzt, der normativ unterminiert wird und etwa die Behandlung eines Wachkomas oder eine nur sehr kurze Lebensverlängerung oder das Herstellen allenfalls schlechter Lebensqualität als „unsinnig“, und zwar wertend unsinnig, deklariert, wird das Ganze strittig, zu einer nicht konsensfähigen Frage und führt zu einer unsauberen, verdeckten Form der Rationierung.

Die nächste Option ist, Unerwünschtes zu unterlassen. Das heißt, etwas nicht zu tun, was Patienten eigentlich auch für sich selber nicht wünschen. Immer wieder wird beschrieben, dass trotz ethischer und rechtlicher Vorschriften, denen zufolge Patienten nur mit ihrer Einwilligung behandelt werden sollten, dennoch der Zeitpunkt, zu dem Patienten gefragt werden können, absichtsvoll oder fehlerhaft verzögert wird und dass Patientenverfügungen hier ein Instrument der Kosteneinsparung sein könnten. Denn dann würden viele Maßnahmen unterbleiben können, die bei nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten durchgeführt werden aus Sorge, ihnen etwas vorzuent-

halten. Das ist eine spekulative Option. Die Daten aus anderen Ländern lassen nicht unbedingt den Schluss zu, dass es sich dabei wirklich um eine Option zur Kosteneinsparung handelt.

Vierte Option: Rationalisierung, also Einsparen von Unwirtschaftlichem ohne Änderung der Ergebnisqualität.

Dann sind wir bei der Rationierung oder Posteriorisierung. Ich verzichte an dieser Stelle auf Ausführungen zur Begrifflichkeit. In der Rationierungs- und Posteriorisierungsdebatte geht es natürlich um die Frage, nach welchen Kriterien Leistungen aus der solidarisch finanzierten Grundversorgung ausgegrenzt werden sollen. Hier muss man unterscheiden zwischen inhaltlichen Kriterien, auf die ich weiter unten näher eingehen werde, und prozeduralen Kriterien. Letzteres wären Verfahren, die regeln sollen, was als gerecht angesehen wird. Je weniger man sich auf inhaltliche Kriterien einigen können, desto wahrscheinlicher ist das Ausweichen auf prozedurale Kriterien. Natürlich sind Mischformen sehr gut denkbar, indem man bestimmte Kriterien akzeptiert, andere ausschließt und dann die relative Gewichtung und Interpretation der Kriterien einer legitimierten Instanz überließe.

Schließlich muss man sagen: Je weniger politische Akzeptanz es für inhaltliche oder prozedurale Rationierungskriterien gibt, desto größer ist die Neigung der Politik, die Rationierungsentscheidungen intransparent zu treffen, also ohne dass sie erkennbar sind und ohne dass sie von den betroffenen Bürgern kritisierbar sind. Ein Beispiel, das inzwischen wirklich historisch ist und sich überlebt hat, das aber immer wieder so angeführt wird, als sei es heute noch zutreffend, ist, dass in Großbritannien in den achtziger Jahren niemand über 65 eine Dialysebehandlung erhielt. Man weiß von beteiligten Ärzten, die das veröffentlicht haben, dass den Patienten dort nicht gesagt wurde: „Das ist eine politische Entscheidung. Wir dürfen keine Dialyse für Sie vorhalten“, sondern die Vorenthaltung wurde sozusagen medizinisch verbrämt. Man hat den Patienten gesagt, dass man für sie nichts tun könne. Irgendwann ist dann durchgesickert, woran es lag, und die, die es sich leisten konnten, fuhren ins Ausland. Das ist eines von vielen Beispielen dafür, dass das Arzt-Patient-Verhältnis, ohne dass man es lenken muss, von den beteiligten Ärzten geschützt wird, indem Rationierungsentscheidungen medikalisiert werden.

Ich komme kurz zu den inhaltlichen Kriterien. Die Liste der denkbaren inhaltlichen Kriterien ist erheblicher länger als das, was ich hier aufführen kann. Man kann selbstverständlich auch Kriterien aufführen, die keinen Konsens fänden, wie beispielsweise das Einfrieren des medizinischen Fortschritts. Man könnte sagen: Alles, was jetzt weiterentwickelt wird, wird den betroffenen Patienten nicht mehr zur Verfügung gestellt,

und das, was wir haben, wollen wir wahren. Oder man könnte die ganze Rationierungslast den beteiligten Ärzten zuschieben und sagen: „Macht ihr das. Ihr bekommt ein Budget. Entscheidet, wie ihr dann den Patienten mitteilt, was ihr tut, und wählt es selber aus.“ Solche Kriterien habe ich ausgeklammert.

Aber hier sind einige Kriterien, die in nationalen und internationalen Kontexten viel diskutiert worden sind oder werden:

1. Zahlungsfähigkeit der Patienten. Dass die Zahlungsfähigkeit kein Zugangskriterium zu den meisten und wichtigen – was immer das ist – Versorgungsmaßnahmen ist, sollte inzwischen klar sein. Aber sie wird natürlich trotzdem immer wieder – auch in Ermangelung anderer Konsense – in den Vordergrund gestellt.
2. Alter der Patienten. Sie erinnern sich vielleicht daran, dass es vor ungefähr drei Jahren eine vehemente und hoch emotionalisierte Diskussion über die Zulässigkeit von Altersrationierungen gegeben hat. Diese ist international und nicht nur in Deutschland geführt worden und zielte – wie alle diese Kriterien – nicht darauf ab, dass Politiker oder Ärzte gewissermaßen hinter verschlossenen Türen eine Rationierung würden befürworten und durchsetzen dürfen; vielmehr war es ein Vorschlag an die Gesellschaft – so wie bei allen anderen Kriterien auch –, sich *ex ante*, sozusagen jetzt für später, darauf zu einigen, das Gesundheitssystem nach diesen Rationierungskriterien zu gestalten. So würden die jetzt Jungen als später Alte durch ihre eigenen demokratisch legitimierten Entscheidungen unter diese „Rationierungskeule“ geraten, hätten aber die Möglichkeit, sich durch Zusatzversicherung dagegen abzusichern. Das Alterskriterium, das ich hier nicht näher rechtfertigen oder kritisieren kann, wird von namhaften, insbesondere internationalen Bioethikern als ein Resultat von Fairnessüberlegungen vertreten. Entweder nehmen sie dabei Bezug auf die legitimen Ziele der Medizin, die nur eine normale Altersspanne, aber nichts darüber hinaus realisieren helfen sollte, oder aber sie betrachten ein sozusagen intergenerationelles Fairnessproblem, so dass bestimmte Leistungen bei über 80- oder über 90-Jährigen eine geringere Dringlichkeit bekommen sollten als dieselben Leistungen bei sehr viel jüngeren Menschen, die ihr Leben noch vor sich haben. Darüber wird es keinen politischen Konsens geben. Deswegen gehört das Alter gewiss nicht zu den Kriterien, die in näherer Zukunft hier bei uns diskutiert werden.
3. Selbstverschuldung. Krankheit als Folge von ungeschütztem Sex, übermäßigem Essen, Nikotinkonsum, Alkoholmissbrauch usw. – das Kriterium der Selbstverschuldung ist schon deswegen sehr strittig, weil der kausale Beitrag im Einzelfall sehr unterschiedlich aussieht und weil sich natürlich auch die Frage stellt: Was ist

hier die Schuld? Und: Sind die Leute nicht schon unglücklich genug, weil sie diese oder jene Krankheit haben? Müssen sie doppelt bestraft werden, indem wir ihnen nun auch noch Behandlungen vorenthalten, zumal wenn sie vielleicht als Kind unverschuldet etwa zu bestimmten Essgewohnheiten konditioniert worden sind?

4. *Compliance*. Hierunter versteht man das in die Zukunft gedachte Verhalten von Patienten, denen eine teure Maßnahme zukommen soll. Das Argument wäre hier nicht, dass jemand bis gestern geraucht hat, sondern inwieweit abzusehen ist, dass der, dem gerade das eine Raucherbein amputiert wird, morgen weiterraucht. Das ist ein als politisch nicht korrekt erachtetes, im Augenblick nicht konsensfähiges, wahrscheinlich aber in der Klinik häufig verdeckt angewandtes Rationierungskriterium.
5. Dringlichkeit und Ausgangsniveau. Hier ist – anders als bei allen bisherigen Kriterien – ein hoher Grad an intuitiver Konsensfähigkeit festzustellen. Wir alle scheinen zunächst einmal damit einverstanden zu sein, dass die hochgradig Leidenden bevorzugt behandelt werden sollen, dass vital Bedrohte zuerst eine Therapie bekommen und die weniger Kranken und weniger Leidenden weiter unten auf der Priorisierungsliste stehen sollten.
6. Kosten-Nutzen-Bilanz. Auch dieses Kriterium ist – ähnlich wie das vorhergehende – auf den ersten Blick konsensfähig. Wir sind offensichtlich damit einverstanden, dass im Vergleich die teureren Maßnahmen den kostengünstigeren nachgestellt werden.
7. Los oder Wartezeit. Dieses ebenso konsensfähige Kriterium, das man zum Beispiel bei der Organtransplantation angesichts der knappen Zahl der Organe anwendet, stößt auf breite Zustimmung in allen politischen Lagern.

Wir haben also drei im Prinzip konsensfähige Kriterien, nämlich die letztgenannten. Das Problem ist nur, dass, wenn man sie näher betrachtet, eine lexikalische Ordnung, also ein Vorrang eines Kriteriums gegenüber den anderen, oder so etwas wie ein Algorithmus, der besagt, wie man diese Dinge verrechnen könnte, überhaupt nicht in Sicht sind. Man muss feststellen, dass die Großtheorien der Gerechtigkeit, so sinnvoll sie für die Rahmenbestimmung des ganzen Konflikts als Gerechtigkeitskonflikt sind, dann, wenn man das Vergrößerungsglas auf die Kriteriensuche legt, wenig Antworten geben.

Bei der Dringlichkeit und beim Ausgangsniveau beginnen die Probleme damit, dass es unterschiedliche Aspekte von Dringlichkeit und Leiden gibt. Dass jemand, der ohne Organ morgen sterben würde, aber mit dem Organ nur fünf Wochen leben würde,

das Organ bekommen soll, ein anderer, der nicht vital bedroht ist, aber mit Organ noch ein ganzes Leben vor sich hätte, hingegen nicht, scheint kontraintuitiv zu sein.

Bei der Kosten-Nutzen-Bilanz haben wir dann keine Probleme, wenn für eine definierte Patientengruppe oder einzelne Patienten Kosten-Nutzen-Überlegungen bei der Alternative zwischen zwei Therapien – gleich wirksam, eine teuer, eine günstig – anstehen. Sobald aber über Personengrenzen hinweg aggregiert und jemand mit einer schweren Krankheit sozusagen „geopfert“ wird für die Behandlung einer Vielzahl von Menschen mit leichten Problemen, wird die Sache ethisch problematisch.

Schließlich ist es bei dem Los- und Wartezeitverfahren auch so, dass wir nicht akzeptieren würden, dass jemand, der oben auf der Warteliste steht, Vorrang vor jemandem bekommt, der sehr viel kränker ist und dessen Behandlung sozusagen keinen Aufschub erlaubt.

Das heißt, wir sind immer noch ziemlich hilflos. Dann werden vermutlich an dieser Stelle die legitimierten kompetenten Instanzen dazukommen müssen. Klar ist, dass wir bestimmte Metakriterien haben, etwa: Rationierung soll fair sein. Hier schließen sich theoretische Überlegungen an, die man in Philosophieseminaren erörtern kann, aber natürlich auch empirische Überlegungen. Das, was als fair gilt, hat jedenfalls einen gewissen empirischen Vorrang. Akzeptabilität ist ein Indikator für Fairness. Das ist ein rein empirischer Faktor. Schließlich muss Rationierung auch wirksam sein. Die Maßnahme, die da rationiert werden soll, muss auch in der Kostenersparnis durchschlagen. Wenn man sagt, wir verzichten künftig auf die Behandlung von Schnupfen und die Reproduktionsmedizin für über 45-Jährige mit Kinderwunsch, dann wird da einfach nicht genug einzusparen sein. Dann lohnt sozusagen die Diskussion über diese Fragen nicht.

Was wir angesichts so vieler Ungeklärtheiten auch vor uns haben, ist Lernen von anderen Ländern für unsere eigenen Allokationsdebatten, für unsere Verteilungsdispute. Wir wollen wissen, was in Nachbarländern mit vergleichbaren oder unterschiedlichen Kontexten in Bezug auf die Fairnessdebatten, die Verfahren, die Implementierung und die Ergebnisse vonstattengeht.

SIR MICHAEL RAWLINS

*Vorsitzender des National Institute for Health and Clinical Excellence,
London, Großbritannien*

Das Beispiel Großbritannien¹

Als Präsident des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) werde ich über die Erfahrungen sprechen, die mit der Priorisierung im National Health Service in Großbritannien in den vergangenen Jahren gemacht worden sind. Ich erwarte nicht unbedingt, dass Sie dem folgen. Sie müssen natürlich Ihre eigenen Entscheidungen treffen. Viele dieser Entscheidungen sind im kulturellen und sozialen Kontext zu sehen und können nicht einfach von dem einen Staat auf den anderen übertragen werden.

Das NICE wurde 1979 im Rahmen des National Health Service gegründet. 93 Prozent der gesamten Versorgung erfolgt über den National Health Service. Der private Sektor ist in diesem Zusammenhang in Großbritannien eher als verschwindend gering anzusehen. Im Rahmen des National Health Service wurde NICE eingesetzt. Wir haben einen Verwaltungsrat, und ich bin dessen Vorsitzender seit dem ersten Tag. Am ersten Tag gab es wirklich nur mich. Inzwischen haben wir 250 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Das NICE wurde seinerzeit aus zwei Gründen ins Leben gerufen. Ein Grund war, dass es unangemessene Unterschiede in der klinischen Praxis gegeben hatte. Die einzelnen Systeme mussten also erst einmal überprüft werden. Diese Abweichungen haben eigentlich nichts mit den Bemühungen der Kommission zu tun, sondern damit, dass die medizinischen Fortschritte sehr schnell eintreten und niemand mit ihnen Schritt halten kann. Ich war ja auch für verschiedene Kommissionen in Newcastle zuständig. Ich musste, als ich noch bei einer der führenden Fachzeitschriften im Review Board war, täglich etwa 20 neue Artikel lesen. Niemand kann heute sämtliche Informationen zusammentragen beziehungsweise einen Überblick über alle Informationen haben. Es werden jedes Jahr etwa 15.000 Artikel veröffentlicht. Das kann man nicht alles erfassen. Das NICE ist also eine Beratungsinstitution für die Gesundheitsindustrie, für Ärzte. Wir müssen Informationen bereitstellen. Der National Health Service leidet ja – wie alle Gesundheitsversorgungssysteme – an Ressourcenknappheit.

¹ Grundlage für den vorliegenden Text ist die stenographierte Mitschrift der Simultanübersetzung.

Als das NICE gegründet wurde, bestand unsere Aufgabe darin, Beratung zu klinischer Effektivität anzubieten, um zu sehen, welches die höchsten Standards bei der Gesundheitsversorgung sein könnten. Wir haben das Ganze auch unter Kostenaspekten getan und sind das sehr offen und explizit angegangen. Wir haben jetzt zwei unterschiedliche Programme, um das einmal grob darzustellen: ein klinisches *Guidance*-Programm und ein öffentliches Gesundheitsprogramm. Letzteres werde ich heute nicht im Detail ansprechen. Ich werde mich auf das klinische *Guidance*-Programm beschränken. Hier haben wir zwei Hauptelemente, die zu berücksichtigen sind. Da ist zunächst einmal die technische Bewertung. Technische Bewertung bedeutet, dass wir die Kosteneffizienz und die Effektivität einzelner technischer Prinzipien betrachten. Das können aber auch Arzneimittel, medizinische Geräte, Verfahren oder Methoden sein. Dann befinden wir darüber, ob diese im Rahmen des National Health Service zur Verfügung gestellt werden sollten oder nicht. Dieses Programm hat im Jahre 2000 begonnen. Wir haben mehr als hundert Gutachten erstellt. Normalerweise sind es drei bis vier verschiedene Technologien. Wie gesagt, Arzneimittel sind in diesem Sinne auch eine Technologie. Wir haben im Rahmen dieses Programms seit dem Jahre 2000 insgesamt 400 Produkte bewertet, weitere 42 stehen noch auf der Liste. Es handelt sich also um ein Bewertungsprogramm, das fortgeführt wird.

Das zweite Element ist die Festlegung von Leitlinien zu den Krankheiten. Auch hier betrachten wir sowohl die klinische Wirksamkeit als auch die Kosteneffizienz. Das müssen wir einfach so angehen. Es gibt in Großbritannien keine andere Möglichkeit. Wir können nicht alle medizinischen Versorgungen bereitstellen. Deshalb muss die Kosteneffizienz als Argument betrachtet werden. Wir haben bereits 48 Leitlinien veröffentlicht; 42 weitere sind jetzt in der Pipeline. Es dauert normalerweise zwei Jahre, bis alles abgeschlossen ist. In unseren klinischen Programmen lassen wir uns von verschiedenen Grundsätzen leiten. Auf diesen basieren alle Leitlinien. Der erste Grundsatz ist die wissenschaftliche Überprüfbarkeit. Wir haben sogar die Weltgesundheitsorganisation bereits zweimal gebeten, unsere Programme zu prüfen, darüber zu berichten und auch dem Verwaltungsrat zu bestätigen, dass diese nach wissenschaftlich anerkannten Methoden vorgehen. Wir haben Vorschläge unterbreitet. Wir haben die Programme, die Methodologie angepasst. Aber niemand stellt die wissenschaftliche Nachweisbarkeit unserer Leitlinien infrage.

Der zweite wichtige Grundsatz ist Transparenz. Alles, was wir produzieren, ist öffentlich zugänglich. Alle Bewertungen sind öffentlich zugänglich. Auch die Fristen sowie deren eventuelle Verlängerungen werden bekannt gegeben. Die Öffentlichkeit ist ständig informiert. Auch die Entwürfe von Leitlinien werden publik gemacht. Sämt-

liche Stellungnahmen und Nachweise, die wir erbringen, werden veröffentlicht, und zwar auf der Website, die wir seit Jahren erfolgreich betreiben. Wir haben pro Monat sechs Millionen Zugriffe auf unsere Website.

Drittens sind wir integrativ. Das bedeutet, wir binden die gesamten Heilberufe ein. Aber wir binden auch die Hersteller ein, wenn es um medizinische Geräte geht, und die Arzneimittelhersteller, wenn es um Arzneimittel geht. Wir binden die Patientenorganisationen mit ein; diese leisten einen wichtigen Beitrag zu unserer Arbeit. Das heißt, in unseren Beiräten sitzen stets Vertreter der Patientenorganisationen oder Patienten selbst. Wir haben ja einzelne Leitlinienentwicklungsgruppen. Dort sind immer zwei Patienten vertreten. Das sind die sogenannten Leistungsempfänger. Wir haben die erste Leitlinie zur Schizophrenie erarbeitet, und es haben zwei Schizophrenie-Patienten in der entsprechenden Kommission mitgearbeitet. Sie haben hinterher öffentlich bekundet, dass diese Mitarbeit eine sehr positive Erfahrung für sie gewesen sei. Die zwei Patienten sind unserer Auffassung nach bei der Ausarbeitung von Leitlinien sehr wichtig, denn sie bringen einen anderen Blickwinkel hinein. Bei der Schizophrenie zum Beispiel, insbesondere bei den Untersuchungen, die wir gemacht haben, hat sich herausgestellt, dass die Psychiatrie stets gegen die halluzinatorischen Stimmen vorgeht. Aber die Patienten wollen etwas anderes. Die Patienten wollen in einem normalen familiären Umfeld leben. Sie wollen einen Job haben. Sie möchten einfach nur ein normales Leben führen. Es ist wichtig, dass man den Patientenaspekt mit einbringt, wenn man solche Leitlinien ausarbeitet, und nicht nur von dem ausgeht, was Leute wie ich für angemessen halten. Wir sind also sehr integrativ, binden alle Betroffenen ein.

Der vierte Punkt ist, dass unsere Leitlinien unabhängig erstellt werden. Wir haben Beiräte, Gremien, denen Hochschulvertreter und Vertreter des National Health Service angehören. Es sind dort auch Pfleger, Krankenschwestern, Epidemiologen, Gesundheitsexperten und Wirtschaftswissenschaftler vertreten. Alle zusammen treffen wir eine Entscheidung. Ich kann also nicht zu einer Gruppe gehen und sagen: „Machen Sie es so, wie ich das will. Herr Blair hat mich gestern Abend angerufen; er möchte das so und so haben.“ Man würde mich auslachen. Man würde sofort eine Pressekonferenz einberufen, und ich wäre meinen Job los. Nein, so geht das nicht. Wir bezahlen auch die Arbeit nicht. Wir zahlen Aufwandsentschädigungen, aber niemand wird für die Arbeit an einer solchen Leitlinie bezahlt. Es sind in Wirklichkeit Hunderte oder Tausende von Beteiligten, die an diesen Leitlinien mitarbeiten. Wir haben noch einmal 600 bis 700 Leute, die in den Beiräten tätig sind. Wir sind wirklich sehr breit aufgestellt. Unser Personal umfasst nicht nur diejenigen, die bei uns in den Büros sitzen, sondern es gibt darüber hinaus viele freie Mitarbeiter.

Fünftens müssen unsere Leitlinien immer an die jeweiligen Entwicklungen angepasst werden. Wir müssen sie auch rechtzeitig herausbringen. Die Erstellung dieser Leitlinien dauert mindestens zwei Jahre. Aber manchmal müssen wir schneller arbeiten. Das gilt insbesondere für die Technikbewertungen. Wir haben das gesamte System noch einmal überarbeitet, um Leitlinien schneller erarbeiten zu können.

Als letzter Punkt sind die Revision und die Prüfung zu nennen. Die Leitlinien haben ein gewisses Verfallsdatum, um es einmal so auszudrücken. Das ist sehr wichtig. Das haben wir jetzt auch routinemäßig eingeführt. Wir überprüfen die Leitlinien alle drei beziehungsweise vier Jahre. Die Erfahrung hat gezeigt, dass dies erforderlich ist. Mitunter erfolgt die Überprüfung auch schon frühzeitiger, zum Beispiel wenn es Hinweise darauf gibt, dass wir Änderungen vornehmen sollten. Ebenso kann es passieren, dass wir nach drei oder vier Jahren sagen: Es ist nichts Wesentliches passiert. Wir können die Leitlinie so beibehalten. Die Entscheidungen basieren auf einer Kombination aus klinischer Wirksamkeit und Kosteneffizienz. So einfach ist das Ganze natürlich nicht. Die klinische Wirksamkeit wird auf bestimmten Nachweisen aufgebaut. Es sind nicht nur die randomisierten Kontrollstudien wichtig. Ich bin klinischer Pharmakologe. Alle glauben, dass sie nur mit randomisierten Kontrollen arbeiten können. Wenn ich jetzt hier hinfallte, bewusstlos werde und Brustschmerzen habe, dann kann ich nicht davon ausgehen, dass ich in einer randomisierten Kontrollstudie bin, sondern ich brauche Hilfe. Deswegen betrachten wir die Evidenz. Die Evidenz muss zweckmäßig sein. Das heißt, wir gehen nicht von den Dogmen der randomisierten Kontrolle aus.

Die Kosteneffizienz darf natürlich nicht losgelöst von der klinischen Wirksamkeit betrachtet werden; denn wenn etwas klinisch nicht wirksam ist, dann ist es *per definitionem* auch nicht kosteneffizient. Wenn etwas aber klinisch wirksam ist, dann werfen wir einen Blick auf die Kosteneffizienz. Dann betrachten wir die Kosten der „qualitätsgleichen Lebensjahre“ (*quality-adjusted life years* – QALYs). Das klingt sehr kompliziert, ist aber eigentlich recht einfach. Man nimmt die Lebensqualität zwischen 0 (= Tod) und 1 (= perfekte Gesundheit). Die meisten Menschen liegen bei 0,5, bei 0,8 oder 0,9. Anschließend multipliziert man diesen Faktor mit der Anzahl der Jahre, die man mit verbesserter Lebensqualität noch nutzen kann. Die Gesundheitsökonom berechnen dann die inkrementelle Kosteneffizienz. Wie viel mehr Lebensqualität gibt es, und wie viel mehr kostet sie? Auch Faktoren wie das Lebensalter fließen in die Berechnung ein. Auf diese Weise kommt man zu etwas Messbarem, einer Grundlage, und kann verschiedene Techniken und Technologien miteinander vergleichen. Manchmal lässt sich das nicht in qualitätsgleiche Lebensjahre umrechnen. In einigen Fällen muss man schlichtweg die Anzahl der zusätzlichen Lebensjahre als Maß verwenden. Aber das ist unter bestimmten Umständen in Ordnung.

Das eigentliche Problem besteht darin, zu entscheiden, ob etwas kosteneffizient ist oder nicht. Hier haben die Gesundheitsökonom eigentlich niemandem helfen können; denn sie haben sich nie Gedanken darüber gemacht, wo man die Linie ziehen muss. Die Weltbank sagt, Maßstab solle das Bruttosozialprodukt oder das Bruttoinlandsprodukt eines Landes sein. Der Internationale Währungsfonds hingegen sagt, es solle das zweifache Bruttosozialprodukt sein. Natürlich ist es so, dass Geld, das für Gesundheitsversorgung ausgegeben wird, an das Bruttosozialprodukt angebunden ist. Aber welcher Prozentsatz es sein sollte, ist eine andere Frage.

Wir sind anhand einiger Informationen von Gesundheitsökonom und empirischer Faktoren zu dem Schluss gekommen, dass es bei einem Betrag von 20.000 bis 30.000 Pfund (das entspricht 30.000 bis 45.000 Euro) pro gewonnenem Lebensjahr Gründe gibt, eine bestimmte Technik als kosteneffizient zu betrachten. Das ist natürlich keine rigide Schwelle, denn das würde implizieren, dass die Kosteneffizienz wichtiger wäre als die klinische Wirksamkeit. Wir orientieren uns also an Schwellenwerten. Kein Schwellenwert wird willkürlich festgelegt. Das würde in gewisser Weise auch die technische Entwicklung hemmen. Die Bewertungskommission und andere Beiräte sind auch schon über 30.000 Pfund hinausgegangen, in einem Fall sogar bis 48.000 Pfund. Es geht also sehr viel um Bewertung und Prüfung. Wir gehen davon aus, dass hier eine ausgewogene Beurteilung erfolgt. Es gibt zunächst die wissenschaftlichen Gutachten. Die wissenschaftlichen Gutachten müssen erstellt werden. Man kann sich natürlich nicht nur an wissenschaftlichen Gutachten orientieren. Ich bin seit 30 Jahren Mitglied in diversen Ausschüssen. Es ist absoluter Unsinn zu glauben, dass alles nur Wissenschaft ist. Man muss auch beurteilen können, wie zuverlässig die Daten sind. Man muss abschätzen, inwieweit die randomisierten Kontrollstudien auf die Gesamtbevölkerung Anwendung finden können, ob sie angemessen sind. Diese wissenschaftlichen Gutachten werden von den Wissenschaftlern in unseren Beiräten unter Berücksichtigung dieser Faktoren erstellt.

Aber es gibt auch andere Beurteilungen, nämlich die sozialen Bewertungen, wie wir sie bezeichnen. Diese basieren nicht auf wissenschaftlichen Argumenten, sondern auf Präferenzen und Vorlieben. Es sind nicht unbedingt die Argumente, die Wissenschaftler in diesen Gremien einbringen könnten, sondern – wie bereits erwähnt – Argumente wie Alter. Sind wir bereit, Geld für ein Mehr an qualitativ hochwertigen Lebensjahren für Kinder oder für Ältere auszugeben? Das sind gesellschaftliche oder soziale Bewertungen, die sehr komplex sind. Wir haben ein Dokument veröffentlicht, „Social Value Judgements“. Das ist eine Art Leitlinie für unsere Beiräte, wenn sie Entscheidungen auf der Grundlage sozialer Bewertungen vornehmen.

Diese sozialen Bewertungen sind sehr stark vom sogenannten Citizens' Council, also vom Rat der Bürgerinnen und Bürger, beeinflusst worden. Das ist ein Rat, den wir vor sechs Jahren ins Leben gerufen haben. Diesem Rat gehören durchschnittliche Bürger an, was die Altersstruktur, die ethnische Herkunft und auch den Behinderungsgrad angeht. Wir haben im Jahr der Gründung 35.000 Interessenbekundungen bekommen und 4.500 in einer zweiten Runde. Von Anfang an war klar, dass dieser Bürgerrat sich Meinungen anhören und dann eigene Schlussfolgerungen ziehen sollte. Das sollte wie eine Bürgeranhörung sein. Deswegen sagen wir, es können nicht mehr als 30 Mitglieder sein. Der Bürgerrat hat also 30 Mitglieder. Ein Drittel scheidet jedes Jahr aus, das heißt, ein Drittel der 30 Mitglieder wird jedes Jahr erneuert. Diesem Rat gehören ganz normale Menschen an. Das kann ein Pilot, eine Studentin, ein Elektroniker, ein Dachdecker oder eine Taxifahrerin sein. Sie vertreten niemandes Interesse, sondern einfach nur ihre eigene Meinung. Sie haben absolut keine Erfahrung mit dem Gesundheitswesen gemacht, außer dass sie selbst einmal Patienten des National Health Service waren. Sie bekommen dann drei Tage lang Gelegenheit, alles zu besprechen. Wir bieten ihnen Plattformen für Meinungs- und Erfahrungsaustausch.

Wir geben ihnen auch die Möglichkeit, mit den Gutachtern zu sprechen. Die Gutachter werden von diesen Bürgerinnen und Bürgern befragt. Es stellte sich zum Beispiel die Frage nach dem Alter. Sind wir bereit, zwar mehr für Kinder zu zahlen, die Lebensjahre dazugewinnen können, nicht aber für ältere Mitbürger? Die Schlussfolgerung des Council lautete: Nein, ein Jahr Leben ist gleich wertvoll für ein Kind und für einen Älteren. Man sollte keine Entscheidungen über diese Dinge unter Berücksichtigung von Alterskriterien treffen, außer wenn das Alter einen Hinweis auf höhere Kosteneffizienz oder höhere klinische Wirksamkeit gibt. Aber an sich sollte Alter kein Kriterium sein. Wir haben Kindern die gleiche Frage gestellt. Sie zogen die gleiche Schlussfolgerung: Ihre Großeltern sollten ihretwegen nicht anders behandelt werden als sie selbst. Wir haben eine ganze Reihe von Fragen in diesem Bürgerrat bearbeitet. Das Problem ist, dass er nur 30 Mitglieder hat. Wir hätten lieber größere Dialogforen, um mehr Inputs zu bekommen. Leider ist es aber nicht möglich.

Das NICE wird allseits akzeptiert. Es gibt von Zeit zu Zeit Debatten, es gibt Kontroversen. Aber insgesamt können wir sagen, dass die Angehörigen der Heilberufe froh sind, dass es das NICE gibt. Die Ärzte und die Angehörigen der Heilberufe finden es natürlich schwierig, Kosteneffizienzentscheidungen in Bezug auf einzelne Patienten zu treffen. Wir sind ja ausgebildet worden, um uns für die Interessen des Patienten einzusetzen. Wir können nicht gleichzeitig darüber nachdenken, ob das auch kosteneffizient ist, oder schon über die Nächsten, die vor der Tür stehen, nachdenken. Aber die Kliniker haben das inzwischen verstanden. Es gibt nur eine begrenzte Anzahl von Ressourcen. Sie möchten sich lieber an die Leitlinien des NICE halten als an Leitlini-

en von Politikern. Es sind letztlich die Gesundheitsexperten, die diese Kosteneffizienzentscheidungen treffen. Die Politiker möchten das eigentlich gar nicht. Sie können es auch nicht. Sie brauchen lediglich Hilfe und Unterstützung von diesen Gremien.

Das Parlament, insbesondere die Oppositionsparteien, die gegen diese Vorstellungen waren, sind jetzt absolut dafür. Bei der letzten Wahl haben sowohl die Opposition als auch die Labour Party auf das NICE hingewiesen und die Auffassung vertreten, dass das NICE in seiner Rolle noch gestärkt werden sollte.

Wir haben eine Hass-Liebe-Beziehung zu den Medien entwickelt. Wir haben zum Beispiel von Seiten der „Daily Mail“, einer auflagenstarken Boulevardzeitung, sehr viel negative Kritik hinnehmen müssen. Aber vor einem Jahr wurde eine Leitlinie über orale Kontrazeptiva veröffentlicht, zu der es keine negativen Kommentare gab. Wir treffen auch sehr viele unpopuläre und schwierige Entscheidungen, die dann kritisiert werden, so zum Beispiel Entscheidungen in Bezug auf Alzheimer und die Behandlung von Leukämie. Als Reaktion darauf veröffentlichten „The Independent“, „The Times“, „The Guardian“ und „The Observer“ jeweils Artikel, in denen sie daran erinnerten, dass diese Entscheidungen wichtig und unerlässlich seien. Ein Journalist schrieb sogar, das NICE sei eigentlich das Beste, was die Labour Party in ihrer ganzen Regierungszeit auf die Beine gestellt habe.

Die Patientenorganisationen halten es natürlich für problematisch, wenn wir Nein sagen, wenn wir etwas ablehnen. Einzelne Gruppen, einzelne Patientenvertretungen sind dann enttäuscht. Wir müssen daher oftmals darauf hinweisen, dass wir für alle Patienten Verantwortung übernehmen und Entscheidungen treffen müssen. Ich habe über die negativen Presseberichte bereits gesprochen. Wir haben in den letzten vier Jahren auch Umfragen gemacht und dabei stets die gleichen Ergebnisse gehabt. Etwa 70 bis 75 Prozent der Briten, eine beachtliche Zahl, kennen das NICE, und die Mehrheit glaubt, dass wir gute Arbeit leisten. Das heißt, im Laufe der Jahre haben wir breite Zustimmung in der Öffentlichkeit gefunden. Manchmal waren die Leute nicht ganz so zufrieden mit uns, dann wieder sehr zufrieden. Aber wir sind wahrgenommen worden. Das NICE ist inzwischen zu einer festen Einrichtung des National Health Service geworden.

PER CARLSSON

*Direktor des National Centre for Priority Setting in Health Care,
Linköping, Schweden*

Is it possible to be more systematic and transparent in priority setting in health care? Recent developments in Sweden

A debate on setting priorities in health care took place in Sweden and a few other countries in the late 1980s and resulted in the Swedish Parliamentary Priorities Commission in 1992. In 1995, the commission produced a proposal for guidelines for priority setting, which were approved by the Parliament with minor changes in 1997. Besides agreement on a common ethical platform, the decision also included an explicit ambition for health care to be more transparent in priority setting. Not much happened due to visible activities until the year 2000. Beginning in that year several initiatives to fulfill the intentions of the Swedish Parliament's "ethical platform" were introduced. Today there are some interesting lessons to be learned from the implementation of the reform, and about tools, processes, and incentives that have been implemented at the system level.

Results of several follow-up studies indicate that intentions to be more systematic and transparent in priority setting are by and large accepted by leading health-care professionals, administrators, and politicians, at least in theory. Nevertheless, politicians, in particular, are uncertain about their role and how to act in decision making. The majority of health-care professionals have limited knowledge of the ethical principles involved. Public involvement in decision making is still perceived as problematic because politicians still have a low degree of legitimacy for making decisions on priorities and rationing of health care.

One way forward in developing legitimate procedures for priority setting includes the development of a common methodology. On the national level, the new agency for the reimbursement for pharmaceuticals, the Pharmaceutical Benefit Board, is one interesting example of well-accepted transparent priority setting. Another key actor is the National Board for Health and Welfare. The Board is working on a progressive program for priority setting. The aim is to produce evidence-based national guidelines for major diseases with additional explicit priorities for relevant interventions.

In conclusion, there is still some resistance to making priority setting in the Swedish health care system transparent to the general public. In order to improve internal and external legitimacy for the priority-setting process it seems necessary that a fruitful dialogue takes place between health-care professional groups and politicians. Furthermore, the processes have to be more systematic, evidence-based and built on accepted values and principles.

The common ethical platform

Priority setting and rationing have been on the political agenda in some countries since the 1990s, but have proven complicated to achieve in practice.¹ The background is the expected tensions in the public welfare system in the future due to an aging population, great variations in practice, increasing expectations among the general public, and increasing medical opportunities.

In 1997, the Swedish Parliament decided on an ethical platform for priority setting in health care as a guideline for priority setting. Very few cases of employing transparent prioritization in actual practice could be found until 2002 when an agency for reimbursement for pharmaceuticals was established. In 2003, the first open political decision to limit publicly financed services was taken by a regional health authority. Until then, all health services, except dental service for adults, cosmetic interventions and a few services of minor importance were officially reimbursed. In practice, the responsibility of rationing health care resources has historically been the responsibility of the medical profession when demand exceeds supply, which is the case every day in health services.

However, in recent years several initiatives have been taken to create a structure and develop methods for greater transparency. This development can be divided into three related streams:

1. Strengthening the individual health-care professional's and decision maker's mandate to act according to common values
2. Developing procedures and methodology for systematic and transparent priority setting
3. Establishing facilitating and mediating bodies for priority setting

¹ See Ham/Robert 2003.

A brief description of the health care system in Sweden is provided here as a background for this presentation.²

Characteristics of the Swedish health care system

One important feature of the Swedish system is decentralized decision making, with the powerful role of the county councils and municipalities. Another is the relatively strong involvement of locally elected politicians in the policy-making process. The county councils are responsible for covering the needs of health care in their populations and for providing publicly financed health care with a high degree of autonomy; e.g. they are free to make decisions concerning major investments in facilities, new technologies, organization, and user fees. The municipalities are responsible for long-term care of the elderly and social services.

Sweden has 21 county councils including three large regions: the Stockholm County Council, the Skåne Region and the West Region with over 1.5 million inhabitants in each. The size of the other county councils varies from 80,000 and up to 400,000 inhabitants. The Skåne Region and the West Region were established in the late 1990s by merging several smaller regions. This development will certainly continue at a higher rate in the future based on a recent Parliamentary committee proposal. It can be said that the Swedish health care system over the past 15 years has been in a process of transition, mainly because of perceptions that it was too rigid and had a low level of patient orientation. An important component in the reforms was that power in the system should become even more decentralized with greater public input.

The issue of greater choices for patients and the introduction of units for purchasing health care were given high political priority in the early 1990s. In practice, these and other changes have been slow. Both private insurance and private provision of care have increased in importance, but still on a very low level. Today there is less focus on market solutions, at least rhetorically, compared to ten years ago. However there is a clear direction in reforms to give patients and the general public a stronger position. Although the central government has decentralized power and responsibility for health care, it still attempts to control the general direction of the system through regulations, subsidies, evaluations, and guidelines.

² See Carlsson 2004.

Development of priority setting on the national level

Developing common methods and accepted procedures for priority setting may be a way to increase internal legitimacy for priority setting among health-care professional groups. However, the key question is as much about institutions as about procedures. In Sweden, institutions, with different roles in relation to priority setting in health care on the national and the regional levels, have proven to be important.

Drastically escalating costs for pharmaceuticals during the 1990s drew political attention to the introduction of new technologies for the first time, and actions were taken to become more transparent in decision making concerning pharmaceuticals. For this purpose, the Swedish Parliament passed a law in April 2002 to establish a new governmental agency, the Pharmaceutical Benefit Board, for negotiating prices and making decisions on reimbursement for pharmaceuticals. The board has been in operation since 1 October 2002. In the directives from Parliament it is clear that incremental effectiveness and cost-effectiveness must be central criteria in decisions on reimbursement for pharmaceuticals drugs. The board is now responsible for both negotiating price and adopting decisions about inclusion in the benefit scheme. The board has a staff of about 30 including several qualified health economists. The staff is given support to a committee with broad competence and experience from health care. All new drugs are assessed concerning their clinical relevance and cost-effectiveness based on applications from pharmaceutical companies. The severity of the health condition, evidence of effectiveness, cost-effectiveness, and price are considered. If the company is dissatisfied with the decision there is an appeal mechanism. Moreover, all old drugs are to be revaluated on the same grounds as new ones. All decisions are published with a motivation and are publicly accessible via the Internet.³ Despite making controversial decisions of this type, the board and the decision-making process is relatively well accepted by the pharmaceutical industry, the medical profession, and health care providers.

Another important national actor is the National Board for Health and Welfare, which has initiated several activities on priority setting. The aim of a major program organized by the Board is to produce guidelines concerning management of major diseases. The guidelines are intended to be used by the county councils as support for local discussions about the allocation of resources and clinical recommendations. These guidelines include a ranking list of established health care activities. The first guideline of this kind produced on heart diseases was published in 2004.⁴ This pioneer project included five steps:

- Step 1. A conceptual and structured model was established for evaluating and balancing the three ethical principles: All people are equal in dignity and value, and resources are to be allocated according to need and cost-effectiveness based on available facts.
- Step 2. A thorough review of medical and health economic literature was conducted. A medical and economic expert report was one input into the priority setting process. Another was experience of health care provided by the seventy health workers involved in the vertical priority-setting process.
- Step 3. Heart-related health care was broken down into approximately 120 subcategories (combinations of a health condition and intervention). All types of established care except for uncommon interventions were considered. Facts and established clinical experience were evaluated and balanced based on ethical principles into a ranking list.
- Step 4. After reaching consensus, the national guideline including the review, recommendations and a list with ten priority levels was sent for a broad consultation among political bodies and patient organizations before publication.
- Step 5. A follow-up study including regional or local decision-making processes and impact on practice is under way as well as a revised version of the guidelines. Preliminary data show that the guidelines are well accepted among cardiologists. Politicians have pushed the guidelines (and priority setting) down through their organizations. We have also seen establishment of a new mediating institution.

The first guideline on heart diseases was followed by guidelines in the field of venous thromboembolism, asthma, and stroke. There is work in progress on cancer (prostate, colorectal, and breast cancer), depression, dementia, diabetes, prevention, and heart diseases (update).⁵

A third actor on both the national and local levels is the National Centre for Priority Setting in Health Care. The Centre, located in Linköping, was founded in 2001, on the initiative of the Swedish Ministry of Health and Social Affairs, the Swedish Federation of County Councils, and the Swedish Association of Municipalities. The principal for the centre is the Östergötland County Council. The Centre is to strive for the development of knowledge for priority-setting activities across the nation and for an exchange of knowledge between persons in health care research and practice. The focus on the development of transparency in priority setting in health care concerns decisions on the political level and decisions made by health care staff in health

³ www.lfn.se

⁴ Socialstyrelsen 2004.

⁵ See www.socialstyrelsen.se.

services. Since its establishment, the Centre has published over 40 reports and coordinates a national network. One important arena for information exchange is the biannual national conference on priority setting arranged by the Centre.⁶

Development of priority setting on regional and local levels

Besides national authorities, a few regional and local health authorities are in the process of developing systematic and transparent approaches. The ranking of medical services within broad disease groups by the medical profession is one of the first steps towards such greater transparency. In 2003, the Östergötland County Council drew up a list of “low-priority services”, which would not be included in its provisions and would have to be funded by patients themselves. Despite preparations for this move, which had been ongoing for several years in line with Swedish Parliament’s decision, the reactions of the media, the general public, and health care politicians were generally critical. However there were others who greeted this initiative positively. Professional groups and central organizations for the disabled were among these groups.

Parallel work on priority setting in other regions and county councils besides Östergötland has resulted in slightly different work models for vertical priority setting in different parts of Sweden and by central health authorities. A task force with representatives from the National Board for Health and Welfare, the National Centre for Priority Setting in Health Care, professional organizations, and major regions has recently agreed on a “national work model for vertical priority setting.”⁷ The development of common methods and well-accepted procedures among health-care professional groups might be a way to increase internal legitimacy for open priority setting in health care.

Public involvement

An obstacle to the political level becoming more transparent in their priority setting can be described in many ways. One survey of the attitude to priority setting among patients in primary health care (PHC) confirms politicians’ lack of legitimacy.⁸ Patients in contact with four PHC centers in Sweden responded to a questionnaire

⁶ See <http://e.lio.se/prioriteringscentrum>.

⁷ See Carlsson et al. 2007: 1.

⁸ See Arvidsson et al. (forthcoming).

about their attitudes towards rationing, the roles of politicians and health personnel in priority setting, and their satisfaction with the current health care contact. 2,517 patients answered the questionnaire. Most patients had high expectations on their PHC and a negative attitude toward priority setting. A majority agreed with statements such as, “Public health services should always offer the best possible care, irrespective of cost.” Most patients also had a negative attitude towards the role of politicians in priority setting. A politician’s ability to make transparent priority-setting decisions may be restricted due to low legitimacy and patient ignorance of the limitations of health care resources. However, some findings indicate a growing awareness among younger patients of limited health care resources and a slightly greater acceptance for priority setting.

Is there a way forward?

Setting up a system for transparent priority setting is challenging. So far, the experience gained from a number of projects in Sweden is mixed. Broad support from the medical profession and the long-term perspective of some politicians are encouraging factors. Another factor is scientific basis. Sweden has an established system and long tradition of health technology assessment (HTA) and evidence-based medicine (EBM). A broad diffusion of these ideas and a structure for producing evidence-based facts are necessary conditions for transparent priority setting. It seems like Sweden now is in the middle of a breakthrough concerning the integration of HTA/EBM and open priority setting. Other promoting factors are:

- » At least one national agency which acts as facilitator
- » The existence of both a bottom-up and a top-down approach
- » Common ethical principles for priority setting

Some major obstacles are a lack of common concepts and methodology, difficulties involving the general public in the process, the uncertainty of media reactions, and:

- » Lack of support on the “high” political level
- » Difficulties in involving the general public in the process
- » Many health workers are still unaware of the ethical principles and basic ideas of priority setting. The principle of cost-effectiveness is far from an accepted criterion.
- » Difficulties in interpreting ethical principles and transforming them into practical priority setting

Is it possible to become even more systematic and transparent in priority setting in health care in Sweden? Yes, I think so but this is a fragile process. Powerful changes such as changes in political power could threaten the process. It is clear that changes in the political landscape after the Swedish election in September 2006 have created uncertainties about the future.

Nevertheless, there is resistance to transparent priorities particular among politicians. In order to improve internal and external legitimacy for the priority-setting process it seems necessary that a fruitful dialogue takes place between health-care professional groups and politicians. Furthermore, decision making must become more systematic, evidence-based, and built on accepted values and principles. The development of fair procedures in priority setting has drawn attention in many nations. The most familiar example is “accountability for reasonableness” and its various refinements.⁹ I believe this too is a fruitful approach, however a key issue is as much about institutions as about procedures. In Sweden, institutions with different roles in relation to priority setting in health care on the national and the regional levels have proven to be important. In particular, we need to focus much more on the interface between political and professional groups.

⁹ As presented by Daniels/Sabin 2002.

STEVEN D. PEARSON

*Direktor des Institute for Clinical and Economic Review, Harvard Medical School,
Cambridge (MA), USA*

Das Beispiel USA¹

Einleitend möchte ich zunächst einige Hintergrundinformationen zum amerikanischen Gesundheitssystem geben. In den Vereinigten Staaten gibt es kein Recht auf ein öffentlich finanziertes Gesundheitswesen. Das hat es nie gegeben, und das wird es auch in Zukunft nicht geben. Wir haben allerdings einige staatliche Programme mit einer Krankenversicherung, nämlich für ältere Mitbürger das Programm *Medicare* und für die Ärmsten der Gesellschaft das Programm *Medicaid*. Die meisten übrigen Amerikaner haben eine private Krankenversicherung und erhalten, sofern sie Arbeitnehmer sind, einen Krankenversicherungsschutz über den Arbeitgeber. Dieses System bildete sich im Wesentlichen nach dem Zweiten Weltkrieg heraus. Seither gibt es die Krankenversicherungsangebote der Arbeitgeber mit einer Zuzahlung durch die Arbeitnehmer. Diese Versicherung wird auf einem privaten Markt angeboten. Es gibt zwar Konkurrenz zwischen den Krankenversicherungen, doch insgesamt ist dieser Markt im Vergleich zu anderen Märkten in den Vereinigten Staaten sehr stark reglementiert.

Etwa jeder sechste Amerikaner, das sind rund 46 Millionen, hat heutzutage keine Krankenversicherung. Wer einen Herzinfarkt hat, wird, auch wenn er keine Krankenversicherung hat, ins Krankenhaus gebracht. Wenn er arm ist, dann wird ihm die Behandlung bezahlt. Diejenigen jedoch, die über etwas Geld verfügen, haben große Probleme, wenn ihnen einmal etwas Ernstes zustößt und die Krankenversicherung die Kosten nicht oder nur teilweise übernimmt. Das Institute of Medicine geht davon aus, dass jedes Jahr 20.000 Amerikaner vorzeitig sterben, weil sie nicht die richtige Krankenversicherung haben.

So viel zum Hintergrund. Aber es gibt im Zusammenhang mit Rationierung auch noch andere Themen. Wenn wir über Rationierung sprechen, dann müssen wir zunächst einmal darüber sprechen, wie und in welchem Rahmen Gesundheitsleistungen genutzt werden. Hier einige OECD-Daten über Gesundheitsausgaben aus dem Jahre 2003: In Deutschland betragen die gesamten Gesundheitsausgaben 10,1 Prozent des Bruttoinlandsprodukts, in Schweden 9,2 Prozent und in Großbritannien 7,7 Prozent.

¹ Grundlage für den vorliegenden Text ist die stenographierte Mitschrift der Simultanübersetzung.

In den Vereinigten Staaten – das wird manchmal ins Lächerliche gezogen – wenden wir fast 16 Prozent des Bruttoinlandsprodukts für Gesundheit auf. Die GesundheitsökonomInnen haben sich die Frage gestellt, wofür das Geld ausgegeben wird. Es geht also um die Nutzung und den Preis.

Zunächst zu den Nutzungen dieser Leistungen. Beginnen wir wieder mit Deutschland. In Deutschland gibt es 3,4 Ärzte auf 1.000 Einwohner, in Schweden 3,3. In Großbritannien und in den USA gibt es mit 2,2 beziehungsweise 2,3 weitaus weniger Ärzte pro 1.000 Einwohner. Die USA geben also nicht mehr Geld aus, weil es dort mehr Ärzte als in anderen Ländern gibt. Krankenhausbetten für Intensivpflege gibt es in Deutschland 6,6 pro 1.000 Einwohner – also sehr viele –, in Großbritannien 3,7. Die Letzten in der Reihe sind die USA mit 2,8. Es gibt dort also auch nicht sehr viele Krankenhausbetten. Wie viele Tage pro Jahr sind unsere Bürger im Durchschnitt im Krankenhaus? In Deutschland beträgt die Zahl 1,9, in Großbritannien 1,1, in den USA 0,7. In den USA gibt es also weniger Ärzte und weniger Krankenhausbetten. Trotzdem bleiben wir nicht so lange im Krankenhaus. Es stellt sich also die Frage: Wofür um alles in der Welt geben wir das Geld aus? Irgendwo muss das Geld ja bleiben. Es gibt einige Bereiche, in denen wir höhere Aufwendungen haben. Wir haben mehr MRI-Einheiten² und setzen sie auch häufiger ein als die anderen Länder. Wir haben auch mehr Herztransplantationen pro 100.000 Einwohner. Das ist die Nutzungsbasis der Gesundheitsleistungen. Im Allgemeinen sind die Gesundheitsaufwendungen zwar höher, aber dies ist nicht darauf zurückzuführen, dass mehr Leistungen in Anspruch genommen werden. Das ist auch nicht so sehr auf die Kosten zurückzuführen. Wir geben mehr pro Arzt aus, wir geben viel mehr für Arzneimittel aus, und wir geben viel mehr für Technik aus als viele andere Länder. Aber ist das der einzige Grund dafür, dass wir so viel ausgeben? Wenn das so wäre, dann machte Rationierung keinen Sinn. Normalerweise müsste man das alles verhandeln und anpassen können.

Es gibt Präferenzen und Variationen in der Behandlung. Als Beispiele lassen sich Hüftleiden, Knieersatz, Hüftersatz und Rückenoperationen anführen. Wenn Sie zum Beispiel eine Hüftfraktur haben, dann gibt es nicht so viele Optionen. Sie werden ins Krankenhaus gebracht und stationär aufgenommen. Es gibt hier kaum Variationsmöglichkeiten. Es können keine Vorlieben ausgespielt werden; es gibt keine Präferenzen von Seiten der Ärzte oder Patienten. Hüftersatz oder ein neues Knie hingegen haben mehr mit einem chronischen Leiden zu tun. Die Patienten und die Ärzte diskutieren über die Optionen. Einige werden konservativer sein. Dort kann es zu Variationen

kommen. Es kann auch zu idiosynkratisch bedingten Variationen bei bestimmten Präferenzen von Ärzten und Patienten kommen. Bei Rückenoperationen gibt es siebenmal mehr Variationen als zum Beispiel bei der Hüftfraktur oder bei einer neuen Hüfte oder einem neuen Knie. Die Variation selbst führt natürlich zu Fragen. Aber hier ist zu beobachten, dass es diese Variationen ohne Bezug auf die Qualität der Gesundheitsversorgung gibt. Dort, wo man mehr Rückenchirurgie praktiziert, sind die Rücken der Bevölkerung insgesamt nicht gesünder. Es gibt hier also wirklich ein großes Fragezeichen, woher diese Variation kommt und was das für den Gesundheitssektor eigentlich bedeutet.

Der Grund dafür, dass Rationierung in den Vereinigten Staaten immer noch ein Thema ist, sind die sehr hohen Kosten. Wir haben ungeklärte Abweichungen, Variationen. Das ist ein Problem für die GesundheitsökonomInnen, für die Gesundheitspolitiker und auch für die Beitragszahler, weil es einfach keine höhere Leistung des Gesundheitssektors innerhalb der Vereinigten Staaten gibt. Wir können hier also nicht über Rationierung sprechen. Wir sprechen zwar darüber, aber wir sprechen dann über die Verbesserung der Qualität und der Effizienz der Behandlung. Manchmal sprechen wir auch darüber, dass Verschwendung und Ineffizienz abgebaut werden sollten. Rationierung ist in den Vereinigten Staaten kein politischer Begriff. Niemand spricht über Rationierung als solche. Das bedeutet aber nicht, dass wir nicht rationieren würden. Wir haben einfach andere Methoden.

Bestimmte Leistungen werden zum Beispiel einfach abgelehnt. Man sagt: „Nein, keine neue Technologie“, und schließt bestimmte Patienten bei bestimmten Leistungen einfach aus. Es kann zu einer Verwässerung kommen. Das bedeutet, dass man zum Beispiel nur sehr wenige MRI-Einheiten aufstellt. Deren Gesamtzahl wird dann, bezogen auf die Gesamtbevölkerung, verwässert. Es kann auch Abschreckungsmaßnahmen geben, zum Beispiel dass etwas zunächst genehmigt werden muss oder einfach nur verzögert eingeführt wird. Diese Art von Rationierung kann unterschiedlich erfolgen, und zwar zentral oder dezentral. Sie kann entweder explizit mit spezifischen Kriterien vorgenommen werden oder implizit, indem globale Budgets festgelegt werden. Aber keine dieser Vorgehensweisen ist eine Rationierung, denn wir haben kein Gesundheitssystem. Wir haben einen Gesundheitssektor, aber kein Gesundheitssystem. Das heißt, wir kommen in den Vereinigten Staaten zu einem systemlosen Rationieren.

Zunächst geschieht das über die Möglichkeit, Krankenversicherungsbeiträge zu zahlen. Das wird in Washington immer wieder vergessen. Wir rationieren heute schon, denn viele Amerikaner können sich eine Krankenversicherung nicht leisten – auch das ist eine Form von Rationierung. Bei denjenigen, die eine Krankenversicherung

² *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*, zu Deutsch Magnetresonanztomographie, ist ein bildgebendes Verfahren zur Darstellung von Strukturen im Inneren des menschlichen Körpers.

haben, gehen wir – zumindest theoretisch – über die Marktkräfte. Klassischerweise geht man davon aus, dass Märkte rationieren, indem Käufer und Anbieter zusammenkommen, Qualität und Effizienz bewertet werden. Das ist etwas, was, vor allem auf Systemebene, nur die Marktkräfte bewältigen können.

Im Folgenden werde ich hauptsächlich über das Problem der Abdeckung sprechen, denn das ist, international gesehen, immer der interessanteste Punkt. Es gibt drei Ebenen. Zunächst werde ich über die sogenannten *Community*-Leistungen sprechen. Oregon ist hierfür das wichtigste Beispiel. Das Zweite sind die individualisierten Leistungsgestaltungen. Das ist in den Vereinigten Staaten zurzeit sehr populär. Drittens werde ich auf neue evidenzbasierte Ansätze zu sprechen kommen. Hierzu gibt es ein Modell, das wir an der Harvard University erarbeitet haben und das momentan auf dem Markt erprobt wird.

Zunächst zur Gemeinschaftsrationierung der Gesundheitsleistungen. Wir wissen natürlich, dass es hier einen ethischen Aspekt gibt. Es gibt hierüber Debatten und Diskussionen. Wir verfügen über Kriterien, anhand deren wir gutes Leben, medizinische Ziele, Prioritäten, Leistungen und Ausgaben definieren und strukturieren können. Die Gemeinschaften können zusammenarbeiten und entscheiden, wie sie Gesundheitsleistungen zur Verfügung stellen. In Oregon wurde vor 15 Jahren das Programm *Medicaid* ins Leben gerufen, ein Programm, das sich ausschließlich an die ärmeren Bevölkerungsschichten richtet. Der Staat hat damals gesagt: Wir haben ein Programm für die Armen und möchten dieses Programm ausweiten. Aber wir können das nur tun, wenn die Kosten gesenkt werden, und das werden wir explizit tun. Was hat man also getan? Man hat zunächst eine Priorisierung der gesamten *condition-treatment pairs* vorgenommen. Dabei ist man sehr konsequent und streng vorgegangen. Es wurden Kosteneffizienz- und Wirksamkeitsanalysen durchgeführt. Das führte zu schockierenden Erkenntnissen. Klassisch ist ja, dass Zahnfüllungen als wichtiger erachtet werden als die Operation im Falle einer Blinddarmentzündung. Entsprechend äußerte jemand, dass kleine Nutzen für viele Leute mehr bedeuten könnten als ein großer Nutzen für wenige. Die Liste, die schließlich zusammengestellt wurde, beruhte in erster Linie auf Intuition. Ich habe darüber mit verschiedenen Beteiligten in Oregon gesprochen. Die Verantwortlichen haben sehr oft zusammengesessen. Es gab auch öffentliche Anhörungen. Aber niemand konnte mir sagen, wie die endgültige Liste zustande gekommen war. Die Liste wurde veröffentlicht.

In den darauf folgenden Jahren war eine positive Entwicklung zu beobachten. Die Verantwortlichen haben, nachdem sie die Liste umgesetzt hatten, gesehen: Es gibt etwas, was unter dem noch Finanzierbaren war, und es ist plötzlich ganz transparent. Sie haben sich dann dafür eingesetzt, dafür gekämpft, sind zu den Politikern gegangen

und haben gesagt: Wir möchten, dass auch dieses oder jenes erstattungsfähig wird. Gleichzeitig wurden die medizinischen Maßnahmen, die „an der Erstattungsschwelle“ lagen, verstärkt mit Lobbyarbeit bedacht. Oregon hat natürlich auch Glück gehabt, weil man festgestellt hat, dass die Kosten für die Gesundheitsversorgung durch den *Managed-care*-Ansatz sehr stark zurückgingen. Man hat dafür gesorgt, dass die Menschen erst einmal zum Allgemeinmediziner gehen, bevor sie einen Facharzt aufsuchen. Es ist hier also sehr viel Druck aus dem System herausgenommen worden.

Kein einziger Bundesstaat ist dem Beispiel Oregons gefolgt. Aber Oregon setzt das Programm bis heute fort. Die Liste umfasst inzwischen 730 Paare. Alle zwei Jahre werden die Rankings überprüft und gegebenenfalls korrigiert. Die Kriterien, nach denen die Rangfolge festgelegt wird, sind jedoch nicht offenkundig. Auch die Betroffenen können sie nicht erklären. Das erste Kriterium ist immer das Vermögen der entsprechenden Maßnahme oder des Medikaments, den Tod zu verhindern; dann folgen die lebenslangen Behandlungskosten pro Patient. Erst an dritter Stelle steht die Anpassung nach sozialen Präferenzen, wenn die ersten beiden Kriterien nicht zu einem angemessenen Ranking führen. Ich habe zum Beispiel festgestellt, dass bei einer Skala von 0 bis 100 die Pflege für werdende Mütter und für Neugeborene bei 100 angesiedelt ist. Dann folgen die primäre Prävention und die sekundäre Prävention mit 95. Ganz unten steht eine Behandlung, die nur heilen soll. Das ist ja das, was wir in der Medizin eigentlich machen. Das liegt aber bei 20. Warum stehen die nicht tödlichen Erkrankungen mit Heilbehandlung so weit unten?

Wie verhält es sich mit der Kosteneffizienz? Man hatte ja diesbezüglich große Erwartungen gehabt. Die Kosteneffizienz ist interessanterweise kein Kriterium. Man spricht zwar über die sogenannten Lebenszeitkosten, aber man spricht nicht über Kosteneffizienz als Kriterium in diesem Zusammenhang. Da also steht Oregon heute. Man hat natürlich einige wertvolle Erkenntnisse gewonnen. Dennoch: Oregon ist kein Thema, um das sich alle reißen. Worüber redet man also in den Vereinigten Staaten heute?

Im Zentrum der Debatte stehen statt objektiver Kriterien und sozialer Präferenzen individuelle Werte. Wir nennen das „konsumentenorientierte Gesundheitsversorgung“. Das lässt sich insbesondere am Beispiel unserer Krankenversicherungen illustrieren. Früher gab es eine Deckung ab der Erkrankung. Jetzt gibt es Freibeträge. Das bedeutet, die ersten 1.000 Dollar muss der Patient selbst zahlen. Die Arbeitgeber bieten Erleichterungen an, damit der Einzelne im Bedarfsfall diese 1.000 Dollar aufbringen kann. Es liegt auf der Hand, dass man die Krankenversicherung jetzt ganz anders sieht, weil bis zu 1.000 Dollar zugezahlt werden müssen. Bei den sogenannten Leistungspaketen kann man sich seine Krankenversicherung im Internet selbst zusammenstellen. Ich will an einem Beispiel demonstrieren, wie das vor sich geht. Nehmen

wir einmal an, dass zwei typische amerikanische Polizisten eine Krankenversicherung abschließen möchten. Sie bekommen von ihrem Arbeitgeber 1.000 Dollar. Sie haben dann die Wahl. Sie möchten natürlich einen hohen Freibetrag haben, weil die monatlichen Beiträge dann niedriger sind. Sie gehen ohnehin davon aus, dass sie nie krank werden. Sie möchten aber freie Arztwahl haben. Das kostet natürlich einiges. Sie haben aber nur 1.000 Dollar. Sie schließen Brillen und Augenbehandlungen aus. Aber sie möchten die Kosten für den Chiropraktiker gerne erstattet bekommen, denn sie müssen schwere Kanonen und große Taschenlampen tragen. Natürlich sind sie an Viagra interessiert, an *In-vitro*-Fertilisation hingegen nicht. Demenz gibt es bei Amerikanern natürlich auch nicht. Deswegen brauchen sie auch dafür keine Abdeckung. Sie können sich vorstellen, was geschieht, wenn Amerikaner sich online eine Krankenversicherung zusammenstellen, ohne irgendwie beraten zu werden.

Ist das gut oder schlecht? Bedeutet das, dass man individuelle Werte herausstellen kann, oder gibt es schlichtweg keine sozialen Werte, so dass wir deshalb auf individuelle Werte zurückgreifen müssen? Wenn wir als Gruppe, als Gemeinschaft keine gemeinsamen Werte haben, müssen wir uns die Frage stellen, ob wir nicht vielleicht zu pluralistisch sind. Andererseits stellt sich wieder die Frage: Sollen wir die Vielfalt berücksichtigen? Das ist natürlich eine hypothetische Debatte. Aber die Technologie macht das alles möglich. Insbesondere die Suchmaschinen im Internet führten dazu, dass die individuelle Zusammenstellung von Krankenversicherungen Realität geworden ist.

Nun noch kurz zu den sogenannten evidenzbasierten Ansätzen. Eine mögliche Brücke zwischen dem Rationierungsansatz und der individuellen Zusammenstellung könnte Folgendes sein: Die staatliche und die private Versicherung bieten evidenzbasierte Deckungsmöglichkeiten. Es wird dann beschlossen, ob die Kosten für die Anwendung einer neuen Technologie erstattet werden sollten. Es gibt also keine expliziten Hinweise darauf, dass Kosten ein Thema sind. Je mehr Leute sagen, Kosten sind kein Thema, desto wichtiger ist das Thema Kosten. Es fehlt an Transparenz. Deswegen sind evidenzbasierte Entscheidungen nicht mehr möglich. Es gibt Nachweise, die auf der einen Seite anerkannt werden und auf der anderen Seite nicht. Unserem System mangelt es also auch an Glaubwürdigkeit. Die Anbieter privater Krankenversicherungen sind sehr daran interessiert, ein NICE³ für die USA zu haben. Das zeigt auch die globale Rolle, die das NICE spielt. Es wird explizit auch in Washington gesagt: Wir brauchen nichts, was wir schon haben, sondern wir brauchen ein NICE für die USA.

3 Vgl. den Beitrag von Sir Michael in diesem Band.

Jetzt kurz zu meinem Versuch, dort hinzukommen. Wir führen am Institute for Clinical and Economic Review Technologiebewertungen durch. Es sind ähnliche Bewertungen, wie das NICE sie durchführt. Wir betrachten insbesondere die klinische Wirksamkeit. Wir haben festgestellt, dass die Wertevorstellungen bei den Entscheidungsfindungen oft nicht explizit dargestellt werden, so auch bei Arzneimitteln für seltene Krankheiten. Wir wissen, dass es sehr teuer ist, Arzneimittel gegen diese Krankheiten zu entwickeln. Aber wir haben so etwas wie eine ethische Verpflichtung, auch etwas für diese Menschen zu tun. Bei unseren Bewertungen wollen wir klar und deutlich darauf hinweisen, dass dieser Faktor manchmal auch eine Rolle spielen kann. Die Art und Weise, wie wir das zusammenstellen, ist das sogenannte integrierte Bewertungsmodell. Zunächst bewerten wir die klinische Wirksamkeit. Das hat nichts mit Kosten zu tun. Wir haben eine unabhängige Expertengruppe, die die entsprechende Evidenz zusammenträgt: Handelt es sich bei der Maßnahme oder der Arznei um einen Schritt nach vorne, ist sie vielversprechend? Ist also die klinische Wirksamkeit in eine dieser Kategorien einzureihen? Dann wird eine komparative Bewertung in die drei Kategorien „gering“, „mittel“ und „hoch“ vorgenommen. Nehmen wir einmal an, eine neue Technologie ist „Aa“ – das ist der höchste Wert für klinische Wirksamkeit und auch der höchste Wert bei der komparativen Bewertung. „Ba“ wäre ein gewisser Schritt zurück bei der klinischen Wirksamkeit, aber immer noch der höchste Wert bei der komparativen Bewertung. Es gibt unterschiedliche Nutzungen dieser Einstufungen. „Ac“ zum Beispiel ist ein sehr hoher klinischer Impact, aber die komparative Bewertung ist gering. Das ist ein neues Arzneimittel, das sehr große klinische Wirkungen hat, das aber, bezogen auf den Wert, den man dafür bekommt, sehr, sehr teuer ist. Jetzt kann es sein, dass man das zwar in den Gesundheitsplan übernimmt, aber der Patient zehn Prozent zuzahlen muss.

Es gibt andere Optionen. Vielversprechend und interessant ist, dass wir in den Vereinigten Staaten jetzt eine Abdeckung über Evidenzentwicklung gewährleisten. Es gibt zum Beispiel nur eine Erstattung, wenn man an einem bestimmten Test teilnimmt. Die allgemeine Vorstellung wäre hier, dass einfach die Vielfalt dokumentiert wird und dass insbesondere die unterschiedlichen Entscheidungsträger eine Art Menü bekommen, aus dem sie auswählen können, wie Erstattungen angeboten oder umgesetzt werden.

In Zukunft werden die USA einen noch höheren Prozentsatz ihres Bruttonationalproduktes für Gesundheit ausgeben als heute. Dennoch geht man davon aus, dass für die anderen Ausgaben genauso viel zur Verfügung steht, dass der Kuchen also mitwächst. Der Gesundheitssektor wächst, aber auch die finanzielle Verfügungsmasse wächst. Das Problem ist, dass wir kein allgemeines Krankenversicherungssystem haben. Das bedeutet, dass wir die Menschen mit niedrigerem Einkommen aus der Krankenversicherung

herausdrängen. Wir können es uns leisten. Aber es gibt eine Disparität, und diese wächst in Bezug auf den Zugriff, den man in unserem Land auf Krankenversicherungen haben kann.

Was sind die möglichen Lösungen? Es gibt eigentlich nur zwei Lösungen: Entweder führen wir eine allgemeine Krankenversicherung ein, oder wir machen so weiter wie bisher. Das wäre ein vielschichtiges Krankenversicherungssystem für unsere Bürgerinnen und Bürger. Interessant ist, dass die Debatte in Washington rasch abgewürgt wird, indem man sagt: Rationierung ist schlecht, Markt ist gut. Das wird in der politischen Debatte stets der Rahmen sein. Es gibt natürlich viele Gründe dafür, dass die Politiker das so eingrenzen möchten. Es ist eine politische und ethische Herausforderung, dass wir nur begrenzte Ressourcen haben, die wir gerecht verteilen müssen. Deswegen müssen wir erst einmal wissen, wie wir evidenzbasierte Medizin einsetzen können. Wir müssen feststellen, wie Organisationen, die zwar politisch rechenschaftspflichtig sind, aber gleichzeitig wissenschaftlich unabhängig sein sollten, um eine Leistung für die Gesellschaft zu erbringen, bewertet werden können. Wir müssen dann sehen, wie wir die utilitaristischen Modelle mit allen anderen Aspekten in Einklang bringen.

JULIAN NIDA-RÜMELIN

Professor für Politische Theorie und Philosophie, Ludwig-Maximilians-Universität München

unter Mitarbeit von MARTIN RECHENAUER

Lehrbeauftragter für Philosophie der Sozialwissenschaften, Ludwig-Maximilians-Universität München

Rationierung im Gesundheitswesen und die Grundlagen des Sozialstaats¹

Vorbemerkung

Rationierung im Gesundheitswesen ist eines der zentralen Themen im Rahmen einer Ethik der Gesundheitsvorsorge, nicht zuletzt darum, weil hier wesentliche ethische Fragestellungen und solche praktischer politischer Umsetzung einander aufs engste berühren. Allerdings zeigt sich in der öffentlichen Auseinandersetzung wiederholt eine etwas gespaltene Sichtweise: Während in der Darstellung der Tagespolitik immer wieder der Eindruck erweckt wird, dass es keine ernsthafte Rationierung geben dürfe, weil sie ethisch nicht akzeptabel sei, gehen Gesundheitsökonominnen davon aus, dass die Frage nicht lauten kann, ob rationiert wird, sondern einzig und allein, wie rationiert wird. Fasst man den Begriff der Rationierung entsprechend weit, so kann an der ökonomischen Sichtweise eigentlich kein Zweifel bestehen. Es wird rationiert, und es kann gar nicht anders sein. Denn die Mittel im Gesundheitswesen sind grundsätzlich knapp; wo Knappheit regiert, ergeben sich Allokationsprobleme, die nicht anders als über Rationierung gelöst werden können.

Rationierung kommt also vor, ob wir es wollen oder nicht. Es geht also nicht um das Ob, sondern um das Wie. Die normativen Aspekte haben damit unweigerlich mit Fragen der Art zu tun, ob es gerechtfertigt ist, bestimmten Individuen oder Gruppen Leistungen vorzuenthalten, weil die dafür erforderlichen Mittel besser an anderer Stelle, zugunsten anderer Individuen und Gruppen, eingesetzt werden können. Solche

¹ Der vorliegende Text basiert auf dem Vortrag, den Julian Nida-Rümelin auf der Jahrestagung des Nationalen Ethikrates am 26. Oktober 2006 in Berlin gehalten hat. Die Bandabschrift wurde von Martin Rechenauer überarbeitet, ergänzt und mit Literaturhinweisen versehen. Die Thematik wird von den Autoren gegenwärtig im Rahmen des DFG-Projektes „Strukturelle Gerechtigkeit“ (SFB 536) bearbeitet.

Fragen sind klarerweise Fragen der Gerechtigkeitstheorie: Warum Verteilungen von Mitteln und Ressourcen zugunsten von Individuen des einen Typs und zuungunsten von Individuen eines anderen Typs vornehmen?

Eine konkrete Anwendung der Gerechtigkeitstheorie betrifft die ethischen Grundlagen des Sozialstaats. Somit liegt es nahe, die Diskussion über Rationierung im Gesundheitswesen in den allgemeinen Kontext der Sozialstaatsdiskussion zu stellen. Die institutionelle Gestaltung des Gesundheitswesens stellt einen Eckpfeiler der sozialstaatlichen Organisation dar; das gilt besonders für mitteleuropäische Staaten wie Deutschland und Frankreich. Welche Anforderungen man an das Gesundheitswesen stellen möchte, lässt sich nicht unabhängig davon bestimmen, welche grundsätzlichen sozialstaatlichen Regimes man auf welchen philosophischen Grundlagen verteidigen will. Daher beginnen wir mit einer Betrachtung sozialstaatlicher Prinzipien. Ausgehend von ihnen ergibt sich dann eine Möglichkeit, Fragen angemessener Rationierung genauer zu beurteilen.

Der Sozialstaat baut in seinen unterschiedlichen Ausprägungen auf verschiedenen Prinzipien auf; man könnte von leitenden Paradigmen sprechen, wäre diese Begrifflichkeit nicht mit der Idee der Unvergleichbarkeit verschiedener Paradigmen verbunden, was uns im vorliegenden Zusammenhang jedoch unangemessen erscheint. Daher ziehen wir es vor, von den *archai*, den Ursprüngen und Prinzipien oder auch Regimes des Sozialstaates zu sprechen. Insgesamt lassen sich vier verschiedene ausmachen, die freilich koexistieren können und, wie sich zeigen wird, einander als wechselseitige Komplementierungen bedürfen – anders als es recht verstanden mit dem Paradigmenbegriff der Fall ist. Es handelt sich um (1) Hilfspflicht, (2) Vorsorge, (3) Freiheit und (4) Gleichheit.²

Die erste *archē* des Sozialstaats ist eindeutig die Hilfspflicht. Es handelt sich um ein Kennzeichen aller institutionellen Arrangements, die überhaupt als ein Sozialstaat angesprochen werden können, dass Pflichten bestehen, denen zu helfen, die unverschuldet in Not geraten sind. Man könnte von einer alten Solidarität sprechen, die sich bereits in Sozialsystemen des Mittelalters oder des *Ancien Régime* ausmachen lässt. Die Hilfspflichten waren im Übrigen nicht nur innerhalb der einzelnen Stände, sondern standesübergreifend organisiert. Sie hatten und haben (soweit sie für aktuelle Sozialstaatsregimes kennzeichnend sind) eine eindeutige ethische Basis. Solidarität liefert die Grundlage, allgemein wie auch klassenspezifisch oder anderweitig über

² Dabei sind Freiheit und Gleichheit besonders eng aufeinander verwiesen. Vgl. dazu Nida-Rümelin 2006.

verfügbare kollektive Identitäten vermittelt. Allerdings war diese Solidarität ursprünglich nichts, worauf die Hilfsbedürftigen einen Anspruch gehabt hätten. Der Sozialstaat modernen Typs, so hat man oft gesagt, ersetzt diese alten Solidaritätsnetze, die durch die Prozesse der gesellschaftlichen Modernisierung erodiert sind. Neu ist, dass die Hilfsbedürftigen qua Staatsbürger nunmehr Anspruchsrechte gegenüber dem Staat besitzen. Kritiker aus dem kommunitaristischen Lager wie auch anderer Provenienz haben immer wieder beklagt, dass diese modernen Rechtsansprüche selber wesentlich für die Zerstörung alter Solidaritätsmuster verantwortlich sind und erheblich dazu beitragen, dass der moderne Sozialstaat oft nicht den üblicherweise geforderten Standards wirtschaftlicher Effizienz genügt. Ohne diese diffizilen historischen und ökonomischen Fragen hier angemessen diskutieren zu können, wollen wir jedoch festhalten, dass die Institutionalisierung und rechtliche Absicherung der klassischen Hilfspflichten vielfach gerade auch eine Reaktion auf die Folgen der gesellschaftlichen Modernisierung war, deren ökonomische und politische Imperative die alten Muster unterminiert haben.

Die zweite *archē*, auf die wir eingehen, scheint zunächst einmal mit der ersten gar nichts zu tun zu haben. Sie ist die Vorsorge. Im eigenen Interesse sind wir bestrebt, uns für die Eventualitäten des Lebens zu rüsten: Wir sorgen vor für den Fall von Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Alter, Arbeitslosigkeit etc. An dieser Stelle gilt es die empirische Feststellung zu treffen, dass wir in der Regel zeitlich diskontieren. Dass wir zu erwartende, in noch ferner Zukunft liegende Umstände geringer gewichten als das, was uns unmittelbar bevorsteht, kann als empirisches Faktum für die meisten von uns nicht bestritten werden. Ökonomen und Philosophen haben kluge Diskussionen darüber geführt, ob derlei rational ist;³ als Faktum ist es nicht zu leugnen. Das wirft aber ein langfristiges Problem auf, denn wer zu sehr diskontiert hat, steht dann später mit leeren Händen da.

Das sozialstaatliche Prinzip der Vorsorge ist hier hilfreich, weil es Mechanismen zur Selbstbindung bereitstellt. Zwar sind wir so gestrickt, dass wir diskontieren und uns daher jetzt auch nicht allzu viele Gedanken machen wollen, was dereinst einmal sein wird. Dass wir aber regelmäßig und von Gesetzes wegen gehalten sind, in die Rentenversicherung etc. einzuzahlen, belastet zwar unser aktuelles Budget, sichert uns aber (in der Regel) künftiges Einkommen. Zudem entlastet uns die gesetzliche Regelung, weil wir nicht gezielt darüber nachdenken müssen, wie wir unsere eigene Vorsorge im Detail gestalten. Hinzu tritt der Gesichtspunkt, dass es rational ist, sich gegen existentielle

³ Vgl. dazu etwa die Diskussionen in Parfit 1984 oder Broome 2004.

Katastrophen (wie etwa völlig mittellos im Alter dazustehen) zu versichern.⁴ Nun ist Selbstbindung nicht stets problemlos zu haben; das institutionalisierte Versicherungssystem des Sozialstaats hilft hier, die Selbstbindung in verschiedener Hinsicht leichter zu gestalten. Ein aufgeklärtes Eigeninteresse fördert die Anerkennung dieser Bindungsmechanismen. Wir kommen auf diesen Punkt später, bei der Betrachtung rationaler Grundlagen von sozialstaatlichen Arrangements nochmals zurück.

Als die dritte *archē* des Sozialstaats sehen wir die Idee der Autorschaft des eigenen Lebens an. Anders und sehr kurz gesagt: Freiheit ist zentral. Ich kann der Autor meines Lebens, derjenige, der die Kontrolle darüber ausübt, welchen Regeln der Lebensführung ich folge, nur sein, wenn ich die substantielle Möglichkeit dazu habe. Das geht nicht ohne ein erhebliches Maß an Freiheit. Nicht von ungefähr beginnt eine der einflussreichsten philosophischen Gerechtigkeitstheorien unserer Tage, diejenige von John Rawls, mit der Idee, dass ein jeder Akteur imstande sein sollte, den von ihm selbst gewählten Entwurf eines Lebens in die Tat umzusetzen, soweit er damit nicht in wesentliche Konflikte mit anderen gerät, die das gleiche Ziel verfolgen. Damit alle gleichermaßen in die Lage versetzt werden, ihre jeweilige Konzeption des Guten zu verfolgen, verlangt Rawls, dass allen zuoberst die gleichen Freiheitsrechte zuerkannt werden.⁵

Angesichts des Begriffs der Freiheit teilen sich hier aber die Wege. Die einen insistieren darauf, dass die Grundidee eines sozialen Rechtsstaats nur darin bestehen kann, die Autonomie des Einzelnen gegen alle möglichen Arten von Übergriffen zu sichern. Es geht ihnen um negative Freiheit. Das autonome Subjekt darf nicht behindert werden in der Ausübung seiner Fähigkeiten und Fertigkeiten, es sei denn, es greift dabei in die analogen Freiheitsspielräume anderer autonomer Subjekte ein. Andere bestehen hingegen darauf, dass individuelle Autonomie nicht wirklich zu bestehen vermag, wenn den Subjekten die materialen Voraussetzungen fehlen. Es bedarf konkreter sozialer, ökonomischer und kultureller Bedingungen, damit eine solche Autorschaft des eigenen Lebens realisiert werden kann. Was nützt es mir, wenn mir die Freiheit garantiert wird, alles Mögliche ohne Behinderung durch andere Individuen oder den Staat zu tun, ich aber in keiner Weise über die materiellen Voraussetzungen verfüge, diese Freiheit auch zu nutzen? Sicher kann ich durch Wahrnehmung meiner Eigenverantwortung meinen Beitrag dazu leisten. Aber wir wissen alle zur Genüge, dass das nicht ausreicht. Allzu vieles gibt es, was unser Leben beeinflusst und was wir individuell nicht unter Kontrolle bringen können. Aber dann müssen wir wenigstens zum Teil in der Lage sein, Vorkehrungen zu treffen, die eine kollektive Kontrolle ermöglichen.

⁴ Gregory Kavka hat vor einiger Zeit die Entscheidungsregel der „Vermeidung von Desastern“ formuliert, die Ausdruck einer minimalen Rationalität ist und das Vorsorgeprinzip nahelegt. Vgl. Kavka 1987.

⁵ Rawls 1971. Die ursprüngliche Konzeption leitet sich natürlich von Kant her.

Wir vertreten die Auffassung, dass die *archē* der Freiheit in beiden Hinsichten Berücksichtigung finden muss – sowohl in der Sicherung negativer Freiheit gegen Interventionen individueller wie kollektiver Instanzen als auch in der Gewährleistung angemessener positiver Freiheit, ohne die eine wirkliche Realisierung der beanspruchten Autorschaft des eigenen Lebens nicht möglich wäre. Im Rahmen einer kontraktualistischen Rechtfertigung würden rationale Akteure auch auf diesen beiden Aspekten von Freiheit insistieren.

Nun bleibt die vierte *archē* der modernen Sozialstaatlichkeit zu betrachten: Gleichheit. War es eine Zeit lang nur selbstverständlich, dass ein gerechter Staat dem Aspekt der Gleichheit seiner Bürger in entscheidender Weise Rechnung zu tragen hat, so muss man in letzter Zeit eine Tendenz in der Philosophie konstatieren, die den Wert der Gleichheit für eher gering oder gar völlig irrelevant einschätzt.⁶ An dieser Haltung erscheint eigenartig, dass die Position nicht nur von Konservativen oder Libertären eingenommen wird, sondern neuerdings auch von Leuten vertreten wird, die eher dem linksliberalen Lager zuzurechnen sind. Wir halten diese jüngste Entwicklung für nicht angemessen. Freiheit und Gleichheit sind unter den Rahmenbedingungen eines demokratischen Rechtsstaats unauflöslich miteinander verkoppelt, was dann auch bedeutet, dass Gleichheit als *archē* des Sozialstaats unverzichtbar ist. Da dies andernorts ausführlicher begründet wurde, müssen hier einige kurze Bemerkungen ausreichen.⁷

Gleichheit ist eine zentrale Norm jeder demokratischen Ordnung. Alle Bürger sind zunächst einmal vor Recht und Gesetz gleich. Diese Rechtsgleichheit ist ein fundamentales Prinzip eines jeglichen Rechtsstaats; es ist nicht zu sehen, wie ein Rechtsstaat bestehen könnte ohne dieses Prinzip. Es leitet sich natürlich von einem zentralen Bestandteil der politischen Moderne her, nämlich der Vorstellung, dass alle Menschen hinsichtlich ihrer Würde, hinsichtlich des Respekts, der ihnen zu zollen ist, gleich sind. Diese fundamentale Gleichheit konstituiert die Rechtsgleichheit. Unter den Bedingungen eines Sozialstaats konstituiert sie aber auch weiter gehende Ansprüche; in ihr gründen all jene positiven Freiheiten, die oben bereits angesprochen wurden. Gleichheit reicht somit über formale Rechtsgleichheit hinaus; insofern einem jeden Individuum zugestanden werden muss, dass es seine je eigenen Lebenspläne realisieren kann, muss auch eine weitgehende Gleichheit der Chancen gewährleistet sein, diese Lebenspläne angemessen umzusetzen. Gleichheit ist eine sozialstaatliche *archē* nicht zuletzt darum, weil sozialstaatliche Sicherungen dazu beitragen, diese Form der Chancengleichheit zu befördern, die unter der vollständigen Abwesenheit solcher Sicherungen keinesfalls gegeben wäre.

⁶ Vgl. dazu etwa Krebs 2000.

⁷ Siehe dazu Nida-Rümelin 2006 oder auch Gosepath 2004.

Angesichts dieser vier *archai* des Sozialstaats bietet sich nunmehr eine kleine Abschweifung in die politische Empirie an. Gösta Esping-Andersen hat mit seiner These von den drei unterschiedlichen Welten des Wohlfahrtsstaats erhebliche öffentliche Wirkung erzielt, vielleicht auch nicht zuletzt darum, weil er reichlich holzschnittartig vorgegangen ist.⁸ Aber im Kern sind seine Überlegungen doch zutreffend. Man kann danach drei Typen von Sozialstaatsregimes unterscheiden, die als das skandinavische, das angloamerikanische und das zentraleuropäische Modell bezeichnet werden können.

Im skandinavischen Modell dominiert eindeutig die *archē* der Gleichbehandlung auf der Basis einer inklusiv verstandenen Bürgerschaft. Primär geht es darum, alle Mitglieder der Gesellschaft einzubeziehen. Entsprechend erfolgt die Finanzierung über Steuern, wobei das Steuersystem erheblich von der konkreten Bereitschaft abhängt, sich auch hohen Steuersätzen nicht zu entziehen.⁹ Das Modell erkennt in weitreichendem Maße die Existenz sozialer Bürgerrechte an. Das angloamerikanische Modell setzt hingegen in erster Linie auf die *archē* der Freiheit. Es steht im Ermessensspielraum jedes Einzelnen, wie sehr und wogegen er sich versichern möchte. Das führt unter den normalen ökonomischen Bedingungen dazu, dass die große Mehrzahl der Bürger nicht wirklich gegen existentielle Risiken abgesichert ist. Soziale Bürgerrechte gibt es nicht, die Ansprüche gründen sich auf individuelle Bedürftigkeit. Solidarität gegenüber den Bedürftigen stellt das Kernelement der ethischen Grundlagen dar. Das kontinentaleuropäische Modell schließlich weist stark korporatistische Züge auf. Es stellt in gewisser Hinsicht eine Mischform aus den beiden anderen dar, wobei freilich die erste *archē* der Sozialstaatlichkeit, die Hilfspflicht, im Zentrum steht. Allerdings wird sie rechtlich überformt, so dass damit auch Ansprüche der Bürger an den Staat entstehen. Als wesentlich für diese Formen von Sozialstaatlichkeit erweist sich aber ihre Finanzierungsgrundlage, die weitgehend auf Abgaben von Arbeitgebern und Arbeitnehmern beruht. Das geschieht im Rahmen des Generationenvertrags im Falle der Rentenversicherung ebenso wie bei den Beiträgen für die Krankenversicherung. Allerdings existieren in Deutschland, zumal im Falle der Krankenversicherung, öffentliche wie private Systeme nebeneinander. Da unter den derzeitigen ökonomischen Bedingungen gerade die Finanzierungsbasis über den Faktor Arbeit immer schwieriger geworden ist, sehen sich die zentraleuropäischen Sozialstaatsregimes von einem Wegbrechen ihrer Basis bedroht.

⁸ Siehe Esping-Andersen 1990.

⁹ Das ist anders als zum Beispiel in Deutschland, wo die Steuersätze zwar nicht minder hoch angesetzt sind (zum Teil noch höher), wo es aber viele Schlupflöcher und Ausnahmeregelungen gibt, die dazu führen, dass das tatsächlich erbrachte Steueraufkommen sehr niedrig (aktuell das zweitniedrigste gemessen in Anteilen am Bruttoinlandsprodukt in der EU) ist.

Der deutsche Sozialstaat setzt anders als der skandinavische nicht primär auf den Bürgerstatus und die sozialen Anspruchsrechte, die damit verbunden sind, lässt sich aber auch nicht auf das Prinzip der Hilfspflichten reduzieren, da ein Großteil der Empfänger sozialstaatlicher Transfers nicht zu den Bedürftigen zählt. Bis weit in die Mittelschichten hinein gibt es staatliche Unterstützungen oft völlig unabhängig von Bedürftigkeit. Dies gilt für Renten, für das Kindergeld, für das neu eingeführte Elterngeld, für das Arbeitslosengeld I, für Betriebsrenten usw. Dieses komplexe Netzwerk von Transferberechtigungen kann man als sozialstaatliche Form der Kooperation interpretieren. Es bindet die Berechtigung an soziale Kooperationen, als Arbeitnehmer generell (staatlicher Rentenanspruch, Arbeitslosengeld I), als Arbeitnehmer eines Unternehmens (Betriebsrenten), als zahlendes Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung etc. Man sieht es dem deutschen Sozialstaat immer noch an, dass er von Bismarck geschaffen wurde, um die Loyalität der Bürger, besonders der Arbeiterschaft gegenüber dem Staat, zu sichern und sie gegenüber revolutionären Ideen der Sozialisten zu immunisieren, deren Partei zwölf Jahre verboten wurde. In den gegenwärtigen Reformdebatten wird das Prinzip der Hilfspflichten anerkannt, aber das der Kooperationspflichten zurückgedrängt. Auch Jahrzehnte währende Kooperationsverhältnisse reichen nicht hin, um sich Arbeitslosigkeit unabhängig von der eigenen Bedürftigkeit über ein Jahr hinaus zu sichern, dies macht die Regelung bei Hartz IV so umstritten. Die zentrale Reformidee lautet, dass den wirklich Bedürftigen geholfen werden soll, damit sie dann möglichst rasch wieder selbst für sich sorgen können. Wer aktuell nicht wirklich ernsthaft bedürftig ist, sollte hingegen Selbstverantwortung tragen. Das klingt zunächst einmal sehr überzeugend, muss aber auch in Relation zu den anderen Aspekten gesehen werden, insbesondere dem auf die Rationalität der Beteiligten ausgerichteten Gesichtspunkt der Vorsorge. Denn eine starke Konzentration auf bloße Hilfspflichten führt dazu, dass die anderen wesentlichen *archai* aus dem Blick zu geraten drohen. Vorsorgeleistungen werden damit individualisiert, im Namen der individuellen Verantwortung eines jeden Einzelnen, was dann in letzter Instanz wieder zu einem verstärkten Einsatz des Hilfspflichtprinzips führt. Man muss sich vorsehen, dass das Element der positiven Freiheit im Sinne der Bereitstellung ökonomischer, sozialer und kultureller Bedingungen, die überhaupt ermöglichen, ein Leben in eigener Verantwortung zu führen, nicht zurückgedrängt wird, und es somit zu einer Erosion des normativen Fundaments des Sozialstaats kommt. Ausschließliche Ausrichtung an Hilfspflichten hilft nicht, die Voraussetzungen zu gewährleisten, die dem Einzelnen die Wahrnehmung individueller Verantwortung gestatten.

Eine entscheidende Herausforderung besteht darin, die vorher aufgezeigten vier *archai* des Sozialstaats zu integrieren. Zunächst sieht es so aus, als wäre das schwierig, weil anscheinend der Solidargesichtspunkt und der Vorsorgegesichtspunkt nichts miteinander zu tun haben. Der eine basiert auf bestimmten ethischen Prinzipien, der

andere folgt Rationalitätsüberlegungen, die vor allem mit individuellem Eigeninteresse zu tun haben. Tatsächlich lassen sich die beiden Aspekte integrieren, was bereits auch auf einer empirischen Ebene geschieht. So gibt es eine Richtlinie der EU, die verbietet, dass bei Versicherungspolicen eine geschlechterspezifische Gestaltung vorgenommen wird. Wie allgemein bekannt, treten an dieser Stelle allein schon aus statistischen Gründen Asymmetrien auf – Frauen leben normalerweise im Durchschnitt länger als Männer –, die normalerweise auf einem durch individuelle Interessenlagen ausgestalteten Markt Berücksichtigung finden würden. Aber eine ethisch begründete Norm, die eindeutig auf dem Gleichheitsgrundsatz beruht, dient hier als Auflage für zulässige Marktmechanismen. Ein anderes Beispiel betrifft die Frage, ob private Krankenversicherer einen Gentest verlangen dürfen, bevor sie jemanden versichern. Würde man ihnen diese Möglichkeit eröffnen, so ist evident, dass dies zu exorbitant unterschiedlichen Beitragssätzen führen würde und nicht wenige Menschen gar nicht erst die Chance auf eine private Versicherung erhielten. Es steht nicht zu erwarten, dass wir unter den Vorzeichen eines sozialstaatlich organisierten Institutionensystems derlei akzeptieren würden. Keiner kann etwas dafür, mit welcher genetischen Ausstattung er versehen ist. Dass aber dann anhand solcher letztlich völlig kontingenten Unterschiede in einem sozialstaatlichen System massiv differenziert wird, das verletzt das Gleichheitsprinzip, schafft Ungleichheiten an einer Stelle, wo es um die Ermöglichung positiver Freiheiten geht, und zwingt womöglich gerade den ohnehin leistungsschwächeren Teilen der Gesellschaft Solidaraufgaben auf, die weit über das hinausgehen, was sie tragen müssten, würde man die Solidarität gleichmäßig auf alle Schultern verteilen, indem man bewusst die Beteiligten an den Versicherungsmärkten über bestimmte relevante Eigenschaften im Dunkel hält.

Das Muster, das hier zur Anwendung kommt, ist aus den Grundlagen der philosophischen Gerechtigkeitstheorie wohlvertraut. In den meisten kontraktualistischen Systemen – als das bekannteste sei wiederum dasjenige von John Rawls angeführt – werden die Beteiligten in der ursprünglichen Rechtfertigungssituation in einer spezifischen Form der Unwissenheit bezüglich einiger relevanter Umstände und Eigenschaften gehalten. So wissen Rawls' Entscheider in seiner Ausgangssituation nicht, wer sie sind und welche charakteristischen individuellen Eigenschaften sie haben. Diese Informationsbeschränkung wird gerade im Namen der Gleichheit in das Bild eingeführt; keiner soll allzu genau über sich Bescheid wissen, da er sonst dieses Wissen dazu benutzen dürfte, um Vorteile für sich und seinesgleichen herauszuschlagen. Das eben angeführte Beispiel mit der Informationseinschränkung für Versicherer betrifft zwar nicht die grundlegende Rechtfertigung von Regeln des Zusammenlebens in einem System politischer und sozialer Institutionen, sondern detaillierte Regeln auf einem spezifischen Markt. Aber als Bestandteil eines umfassenderen politischen und sozialen Institutionensystems unterliegt es gleichwohl deren konstitutiven normativen Prinzipien. Dies

bedeutet, dass die Mechanismen so gestaltet werden müssen, dass sie mit der generellen Orientierung an grundsätzlicher Gleichheit konform gehen. Ein System privater Krankenversicherung, das die genetische Basis potentieller Kunden durchleuchtet, bevor es zum Vertragsabschluss kommt, erfüllt diese Bedingung sicher nicht.

Auf diese Weise interagiert die *archē* der Gleichheit mit den anderen Prinzipien. Es gibt aber auch eine direkte Interaktion zwischen den Solidaritäts- und Vorsorgeprinzipien, die die ethischen und rationalen Komponenten miteinander zu verbinden erlaubt. An den Aspekt der Vorsorge heften sich ganz besonders die Rationalitätsaspekte. Es ist rational für einen Einzelnen, sich auf einen Vorsorgeplan einzulassen, der bestimmte Verpflichtungen und Selbstbindungen mit sich bringt.

Worum es hier geht, lässt sich gut an Diskussionen aus der Philosophie illustrieren, ohne dass man dabei allzu sehr ins Detail gehen muss. Was ist rational: jeweils zu einem gegebenen Zeitpunkt sich dafür zu entscheiden, was einem hier und jetzt als das Beste erscheint, oder aber in Betracht zu ziehen, dass man zu einem späteren Zeitpunkt seines Lebens andere Vorlieben, Interessen und Bedürfnisse haben wird? Kurz: Soll man hier und jetzt maximieren oder versuchen, die beste Strategie für einen längeren Zeitraum ausfindig zu machen? Es scheint klar, dass die punktuelle Maximierung nicht wirklich rational ist.¹⁰ Wie auch immer die Debatte über die Rationalität des Diskontierens ausgehen mag, es ist nicht zu leugnen, dass wir diskontieren. Als weit wichtiger erweist sich aber die Beobachtung, dass wir alle uns in unserem Leben entwickeln, unsere wesentlichen Werte und Meinungen gelegentlich (und wie geringfügig auch immer) ändern und vor allem zu unterschiedlichen Zeiten unseres Lebens unterschiedliche Bedürfnisse haben, die nicht zuletzt von der unterschiedlichen Einflussnahme unserer Gesellschaften auf verschiedene Lebensabschnitte abhängen. Wir benötigen eine Alterssicherung nicht zuletzt schlicht deshalb, weil wir in späteren Lebensjahren nicht mehr so leistungsfähig sind wie früher und weil dann an Ältere andere gesellschaftliche Erwartungen gerichtet werden als an Jüngere. All dies zu berücksichtigen ist klarerweise ein Kennzeichen von Rationalität. Diese Form von Rationalität hat auch damit zu tun, dass wir alle letztlich unsere Biographie als eine Einheit betrachten, so dass Entscheidungen zu einem Zeitpunkt nicht bloß solche für dasjenige Selbst sind, das wir zu jenem Zeitpunkt gerade sind, sondern auch für alle späteren. Selbst wenn man einer Metaphysik der personalen Identität zuneigt, die die einzelnen Abschnitte sehr locker miteinander verbindet, so bleibt doch immer noch genug interne Bindung vorhanden, die diese Biographie zu einer einheitlichen macht.¹¹

¹⁰ Vgl. Nida-Rümelin 1995.

¹¹ Vgl. hier wiederum Parfit 1984, wobei anzumerken ist, dass Parfits Position äußerst radikal und daher umstritten ist. Aber selbst ein „Parfitianer“ wird den im Haupttext angesprochenen Punkt akzeptieren.

Damit gewinnt die Sozialstaatlichkeit neben dem Vorsorge- einen zusätzlichen Aspekt. Wir sind alle in unseren Biographien gehalten, der Einheit unseres Lebens dadurch Rechnung zu tragen, dass wir Verpflichtungen und Bindungen gegenüber uns selbst eingehen. Das schafft Strukturen, die notwendig dafür sind, dass man den Verlauf eines Lebens als eine einheitliche Biographie ansehen kann. Das bedeutet, dass man eine gewisse Kontrolle über seine Handlungen besitzt und in der Lage ist, weitgehend autonom zu handeln.¹² Aber in vielen Fällen ist dies schwierig und mit erheblichen individuellen Kosten verbunden. Die Anreize, vom Pfad einer strukturell rationalen Vorgehensweise abzuweichen, erweisen sich oft genug als sehr stark. Ein Sozialstaatsregime kann nun, gerade unter dem Gesichtspunkt der Vorsorge, als ein Mechanismus aufgefasst werden, der diese Selbstbindungskräfte unterstützt. Zuweilen ist es eben von Vorteil, wenn man seinem jugendlichen Leichtsinne frönen kann und gleichwohl durch institutionelle Vorkehrungen dazu gezwungen ist, etwas für seine Gesundheit oder seine Altersvorsorge zu tun. Denn es liegt im individuellen Interesse eines jeden, an dieser Stelle eine vernünftige Balance zwischen den verschiedenen Abschnitten seines Lebens herzustellen und sich auch gegen mögliche einschneidende Risiken wie Krankheit, Arbeitslosigkeit etc. zu versichern, selbst wenn man momentan weder krank noch arbeitslos noch anderweitig benachteiligt ist. Wie die Ausgestaltung dieser Vorkehrungen im Einzelnen aussieht, wirft komplexe Fragen auf, die aber hier nicht eingehend diskutiert werden müssen, selbst wenn die aktuell in der Öffentlichkeit geführte Sozialstaatsdebatte sich zum Teil um genau diese Details dreht. Entscheidend ist vielmehr der Hinweis darauf, dass es rationale Gründe für jeden Einzelnen gibt, sich den Verpflichtungen eines Sozialstaatsregimes im Allgemeinen zu unterwerfen, um so den rationalen Anforderungen des Vorsorgeprinzips an die einzelnen Individuen Genüge zu tun. Strukturelle Rationalität scheint so besehen das Vorsorgeprinzip der Sozialstaatlichkeit zu unterfüttern. Ebenso findet sich hier wieder eine Gleichheitsannahme: Alle Akteure sind mehr oder minder gleich rational, beziehungsweise das durch die sozialstaatliche Gestaltung veranschlagte Versicherungsprinzip sichert eine mehr oder minder gleiche Rationalität der Individuen hinsichtlich der Vorsorge.

Die Gleichheit wird aber auch im Hinblick auf die *archē* der Freiheit wichtig. Zu den Kennzeichen eines strukturell rationalen Vorgehens gehört nicht nur eine intrapersonale Kohärenz, wie sie sich in der Orientierung an den je selber eingegangenen Verpflichtungen zeigt. Strukturelle Rationalität weist auch Bezüge zu interpersonalen Kontexten auf. Innerhalb institutioneller Arrangements in einem Rechts- und Sozi-

alstaat sind wir unausgesetzt mit Problemen der Koordination und Kooperation konfrontiert. Was wir benötigen, ist eine faire und rationale Kooperationsstruktur auf der Basis gleicher Freiheit. Darin besteht die Grundlage eines gut organisierten Sozialstaats. Wir haben schon angedeutet, wie die Integration von Fairness und Rationalität erfolgen kann. Es ist strukturell rational, sich an seinen eigenen Selbstverpflichtungen und Selbstbindungen zu orientieren. Aber diese Festlegungen erstrecken sich nicht nur auf den intrapersonalen Fall, sondern ganz genauso auf den interpersonalen. Fairness resultiert nicht zuletzt daraus, dass die Interessen aller Betroffenen angemessen berücksichtigt werden, was wiederum bedeutet, dass man in seinen strukturell rationalen Entscheidungen und Überlegungen keinen Unterschied zwischen den jeweils beteiligten Personen macht.

Die für diese Konzeption erforderliche Unabhängigkeit von der Haltung individueller Vorteilsorientierung lässt sich natürlich nur unter den Auflagen einer hypothetischen Rechtfertigungssituation erzielen. Klarerweise sind wir als politische Akteure alle durch eine gewisse Parteilichkeit zu unseren Gunsten ausgezeichnet, aber wir haben alle ein objektives Interesse daran, dass diese Partikularität zumindest eingedämmt wird. Sozialstaatlichkeit lässt sich in der Tat vorzüglich über kontraktualistische Rechtfertigungen verteidigen. Das Regime sollte so beschaffen sein, dass jeder Betroffene ihm zustimmen kann.¹³ Wir werden aber institutionellen Strukturen nur dann zustimmen, wenn sie in einem substantiellen Sinne fair sind, das heißt, wenn sie aus der Perspektive eines jeden akzeptabel erscheinen. Zentral für die kontraktualistische Idee ist, dass es eine allgemeine Übereinstimmung bezüglich der Regeln gibt, mit denen Konflikte gelöst werden. Diese Regel kann nicht in der Mehrheitsregel bestehen, da sie in vielen Kontexten zu inakzeptablen Resultaten führt. Das entscheidende Merkmal von Demokratie besteht nicht in der Mehrheitsregel, sondern es findet sich darin, dass ein Konsens über die Verfahren zur Auflösung von Konflikten vorliegt.

Nach diesen Bestimmungen wesentlicher Merkmale der Sozialstaatlichkeit gilt es nunmehr eine Brücke zu schlagen zu der Diskussion über Rationierung im Gesundheitswesen. Klarerweise stellen die Krankenversicherungssysteme einen Kernbereich der sozialstaatlichen Sicherungsmechanismen dar, nicht zuletzt weil hier in grundlegender Weise eine Vorsorge gegen existentielle Lebensrisiken wie auch eine Vorsorge für die Sicherung einer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (Einbettung ins Berufsleben, Ablauf eines normalen Privat- und Familienlebens) geleistet werden soll. Wesentlich in diesem Zusammenhang ist auch die Rolle, die der Gleichheitsgrundsatz

¹² Für eine ausführlichere Behandlung des hier angedeuteten Bildes eines rationalen Akteurs siehe Nida-Rümelin 2001.

¹³ Siehe Nida-Rümelin 2000. Für die allgemeine kontraktualistische Rechtfertigungsidee siehe auch Scanlon 1998.

spielt. Gesundheit ist ein zentrales natürliches Grundgut.¹⁴ Für solche Güter gilt, dass allen gleiche Zugangsmöglichkeiten gewährt werden müssen, andernfalls ist der Grundsatz der Gleichheit massiv verletzt. Man kann nun versuchen, diesen Zugang zu Gesundheit als ein wesentliches, transzendentes Gut auf Rawls'sche Weise in eine Gerechtigkeitstheorie einzubauen, was dann in eine vergleichsweise egalitäre Konzeption münden wird.¹⁵

Es kommen hier also alle oben angeführten sozialstaatlichen *archai* zum Einsatz, wenngleich in unterschiedlicher Gewichtung. Hilfspflichten spielen stets eine Rolle, auch und gerade im Kontext der medizinischen Versorgung. Vorsorge erweist sich hier als ganz zentral, nicht anders als Gleichheit. Und Freiheit spielt in vielerlei Hinsicht eine Rolle: in der Eröffnung von Freiheitsspielräumen, die nur ein Gesunder oder angemessen Abgesicherter haben kann, ebenso wie in der Gewährung von Möglichkeiten, wie jemand sich innerhalb des Gesundheitssystems absichern kann.

Das Thema, dem wir uns nun im letzten Teil dieses Beitrags widmen, hat vor allem mit Rationierung innerhalb des Gesundheitswesens zu tun. Angesichts dieses Themas kommt man nicht umhin, erst einmal mit einer Feststellung zu beginnen: Es geht nicht um die Frage, *ob* rationiert wird, sondern nur um die Frage, *wie* rationiert wird. Unter Ökonomen entsteht hier keine Diskussion, unter Philosophen sollte sie ebenso wenig entstehen. Aber die eben gemachte Feststellung ist schon allein darum wichtig, weil in vielen öffentlichen Diskussionen immer wieder der Eindruck erweckt wird, als sei Rationierung als solche schon ein inakzeptabler Anschlag auf unsere sozialen Sicherungssysteme oder die Konsequenz einer verfehlten Gesundheitspolitik.

Aber die Mittel im Gesundheitssystem sind knapp, und wo immer Knappheit von Mitteln besteht, lässt sich Rationierung grundsätzlich nicht vermeiden. So sind die Krankenversicherungen immer nur ein Teil des Gesamtsystems, das öffentlich oder auch zum Teil privat finanziert wird. Eine Gesellschaft kann nun stets darüber entscheiden, ob sie bestimmte verfügbare Mittel in den Gesundheitssektor stecken will oder aber in die Bildungsförderung oder in andere Bereiche. Was immer sie tut, auf diese Weise erfolgt bereits eine Rationierung gesellschaftlich verfügbarer Mittel. Gewiss mag es hier bessere oder schlechtere Entscheidungen geben; es kann jedoch kaum bezweifelt werden, dass die Aufgabe einer philosophischen Untersuchung nicht darin besteht, hier eindeutige Richtlinien dafür anzugeben, wo die Prioritäten zu setzen sind. Das muss im politischen Prozess entschieden werden, unter Berücksichtigung

¹⁴ Wolfgang Kersting weist zu Recht darauf hin, dass Gesundheit ein transzendentes Gut ist, also ein Gut, das nicht alles ist, aber ohne das alles nichts ist. Vgl. Kersting 2002: 42.

¹⁵ Vgl. dazu den Beitrag von Stefan Gosepath in diesem Band sowie Kersting 2002.

der jeweils bestehenden kontingenten Umstände, die sehr wohl zu unterschiedlichen Zeitpunkten unterschiedliche Vorgehensweisen geboten erscheinen lassen können. Aber wenn wir uns zum Beispiel darauf festlegen, erhebliche öffentliche Mittel in den Ausbau unserer Bildungseinrichtungen zu stecken, so treffen wir damit *eo ipso* eine Entscheidung gegen ihren Einsatz im Gesundheitswesen, womit schon eine gewisse Rationierung erfolgt. Es sind dann einfach weniger Mittel zur Verteilung da als unter anderen Vorgaben. Grundsätzlich stehen diese Entscheidungen unter dem Erfordernis, die Balance zwischen (ökonomischer) Effizienz und Gerechtigkeit oder Angemessenheit zu wahren.

Aber Rationierung erfolgt auch intern. Was immer wir politisch oder auch unter gewissen ethischen Vorgaben innerhalb des Systems entscheiden, es wird dazu führen, dass Mittel in gewisse Kanäle gehen, die ansonsten anders hätten eingesetzt werden können. Wir können sehr viel Geld dafür ausgeben, hochwertige Apparatemedizin im Intensivbereich einzusetzen; dieses Geld steht naturgemäß dann nicht mehr für Präventionsmaßnahmen zur Verfügung, gegeben die Annahme einer oberen Schranke des verfügbaren Budgets. An diesen Knappheitsfaktoren kommt man nicht vorbei, weshalb die These einfach zutrifft, dass Rationierung als solche unvermeidbar ist.¹⁶ Daran wird auch die Bereitstellung weiterer Mittel für die Systeme der Krankenversicherung nichts ändern.¹⁷ Die ethisch relevante Frage, der wir uns nun vor dem Hintergrund der Diskussion von Sozialstaatlichkeit zuwenden müssen, lautet einfach, wie rationiert werden soll.

Das ist aber nun wieder eine Frage, die die Allokationsethik betrifft und somit in den Kernbereich philosophischer Gerechtigkeitstheorien zurückleitet – was aber auf der Stelle dazu führt, dass man sich mit exakt den Problemfeldern konfrontiert sieht, auf denen diese philosophischen Konzeptionen sich bewähren müssen. Andererseits gilt ebenso, dass nunmehr klassische philosophische Fragen über Verteilungsgerechtigkeit für die Beantwortung der Verteilungsfragen relevant werden, wie sie das Rationierungsproblem im Gesundheitswesen aufwirft. Was ist der Maßstab, an dem die Entscheidungen ausgerichtet werden, und nach welchen Prinzipien sollen sie dann erfolgen?

¹⁶ Das wird so auch in der einschlägigen Literatur vertreten. Für die deutsche Diskussion sehe man Gutmann/Schmidt 2002, für die internationale Debatte zum Beispiel Anand/Peter/Sen 2004.

¹⁷ Vgl. hierzu den Beitrag Walter Krämers in diesem Band. In der Tat sind die Ausgaben für unsere Gesundheitssysteme in den letzten Jahrzehnten drastisch gestiegen. Allerdings muss man dabei beachten, dass die Preissteigerungen für die einzelnen Leistungen vergleichsweise moderat ausgefallen sind. Was die Teuerung befördert, ist der Mengeneffekt: Immer mehr wesentliche teure Leistungen stehen immer mehr Individuen zur Verfügung. Dieser Prozess dürfte mehr Aufwand absorbieren und darum verhindern, dass mehr Geld automatisch weniger Rationierung bedeutet.

Allerdings geht es nun um eine geeignete Messlatte, anhand deren Allokations- und Rationierungsentscheidungen getroffen werden sollen. Gesundheit als ein natürliches Grundgut muss in einer geeigneten Weise qualitativ wie auch möglichst quantitativ analysierbar gemacht werden, damit unterschiedliche Strategien verglichen und in eine Rangfolge gebracht werden können. Im Zuge klassischer Gerechtigkeitstheorien hat man hier zum Beispiel Präferenzenerfüllung (in Versionen des Utilitarismus), Anteile an sozialen Grundgütern (bei Rawls) oder Chancen-gleichheit (bei neueren Egalitaristen) in Anschlag gebracht; im Gesundheitsbereich muss entsprechend dem Charakter des Gegenstandes spezialisiert werden, da der übliche Rahmen nicht umstandslos übertragen werden kann. So hat zum Beispiel Rawls sich in seiner Theorie darauf beschränkt, nur die Verteilung sozialer Grundgüter als Maßstab für die wohlgeordnete Einrichtung der Gesellschaft anzusehen, wofür er herbe Kritik erfahren hat.¹⁸ Allerdings lässt sich Rawls' Position mit dem Hinweis auf den mehrstufigen Charakter eines kontraktualistischen Begründungsverfahrens verteidigen: In einem ersten Schritt muss die Grundstruktur der Institutionen festgelegt werden, damit aber auch, welche Rechte die einzelnen Individuen haben. Spezifische Allokationsfragen stellen sich dann erst auf einer zweiten Ebene, für die ein grundlegender institutioneller Rahmen inklusive einer Verteilung individueller Rechte bereits vorgegeben ist.

Ein solches Bild weist sehr attraktive Züge auf. Zum einen unterstreicht es eine Überlegung, die oben schon angedeutet wurde, wonach nämlich bestimmte zentrale Grundsätze gleichen Respekts zur Sicherung gleicher Chancen schon den Konzeptionen zur Sozialstaatlichkeit insgesamt zugrunde liegen müssen. Diese Rahmenbedingungen gelten insbesondere gerade auch dann, wenn spezifische Entscheidungen über die Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen anstehen.¹⁹ Zum anderen hilft eine solche Aufteilung der normativen Ebenen auch bei der Erklärung des nicht zu leugnenden Umstands, dass die philosophische oder anderweitig gestützte Theorie allein nicht in der Lage ist, alle anstehenden Probleme der Rationierung und Allokation knapper Ressourcen im Detail zu entscheiden. Letztlich kommt es immer zu in weitem Sinne politischen Entscheidungen. Wir kehren zu diesem wesentlichen Punkt am Ende des Beitrags noch einmal zurück.

In der Gesundheitsökonomik und den zugeordneten ethischen Diskussionen nimmt die Auseinandersetzung über geeignete Beurteilungsmaßstäbe seit Jahren großen Raum ein. Ein wichtiges Konzept ist dasjenige der QALYs (*quality-adjusted life years*). Ei-

ne mögliche Position besteht darin zu sagen, dass Rationierungsentscheidungen so getroffen werden sollten, dass gesellschaftsweit die Zahl der zu erwartenden QALYs maximal ausfällt. Ein anderes Konzept, das partiell in Konkurrenz zu QALYs, partiell aber auch als Ergänzung gedacht ist, besteht in der Konzentration auf DALYs (*disability-adjusted life years*).²⁰ Es ist hier nicht der Ort, ausführlich in die Diskussion einzusteigen, ob und gegebenenfalls unter welchen Motivationen diese Positionen plausibel sind. Sicher können sie nicht erschöpfend in der eben angedeuteten Weise zum Einsatz kommen, da eine ausschließliche Fokussierung auf die Maximierung von QALYs und Minimierung von DALYs allzu sehr jenen utilitaristischen Kriterien ähnelt, denen man zu Recht vorhalten kann, sie respektierten nicht die gleichen Rechte der betroffenen Individuen.

Ein anderes Problem betrifft die Schwierigkeiten bei der Konstruktion eines angemessenen Bewertungsindex. Auf dieses Problem hatte schon Arrow in seiner Kritik an Rawls hingewiesen: Lässt man, wie Rawls in seinen früheren Arbeiten, Gesundheit als Grundgut zunächst einmal aus dem Spiel, erhält man eine inadäquate Theorie, versucht man sie als einen zentralen Bestandteil der Bewertungsmaßstäbe zu berücksichtigen, erhält man auf der Stelle das Indexproblem, das in einer vertrauten Form darin besteht, dass plausible normative Bewertungsstandards wie zum Beispiel Pareto-Prinzipien und bestimmte symmetriebasierte Gerechtigkeitsnormen von der Art von *Equity*-Prinzipien in unauflösbare Konflikte geraten können. So betrachtet, droht der altvertraute Konflikt zwischen Effizienz und Ethik.

Es spricht sehr viel dafür, an Pareto-Prinzipien im Kontext der Gesundheitssysteme festzuhalten. Dabei geht es gar nicht nur um ökonomische Effizienz, sondern auch um die Respektierung der individuellen Präferenzen, die – zumal unter den Bedingungen einer demokratischen Organisation von Entscheidungsprozessen – als unverzichtbare Quelle normativer Gründe eingestuft werden müssen. Man kann nun die Pareto-Bedingung mit minimalen Egalitarismus-Annahmen und weiteren Bedingungen, die einen minimalen Standard objektiver Information garantieren, zusammenfügen und erhält so etwas wie ein prioritarisches Beurteilungsmuster, dem zufolge Allokationsfragen zugunsten der hinsichtlich des verwendeten Maßstabs am schlechtesten Gestellten ausfallen sollten.²¹ So gesehen, gibt es wiederum keinen Konflikt zwischen Effizienz und Ethik. Das hat aber wesentlich damit zu tun, dass die

¹⁸ Vgl. die frühe Kritik an Rawls in Arrow 1973.

¹⁹ Das entspricht durchaus auch den Überlegungen von Thomas Gutmann, der die Respektierung von deontologischen Prinzipien der Rechtsgleichheit vor allen Rationierungsdiskussionen einfordert. Vgl. Gutmann 2002.

²⁰ Die WHO und die Weltbank verwenden DALYs als Maßstab zur Beurteilung der Krankheitsbürden, die den Gesundheitsstatus von Individuen und ganzen Gesellschaften betreffen. Zu einer kritischen Diskussion des Begriffs der DALYs siehe Anand/Hanson 1997.

²¹ Für eine sozialwahltheoretische Ausarbeitung der Prinzipien und eine Darstellung des Resultats vgl. Fleurbaey 2005.

verwendeten Auflagen bereits alle mit einer unabhängigen normativ-ethischen Begründung versehen wurden, wie sie etwa im Rahmen einer kontraktualistischen Begründung der sozialstaatlichen *archai* erfolgt. Damit schließt sich wieder der Kreis auf den Gesichtspunkt hin, dass am Anfang eine Sicherung individueller Rechtsgleichheit zugunsten der Wahrnehmung positiver Freiheitsrechte stehen muss – es geht also erneut um die zentrale Integration von Freiheit und Gleichheit.

Um aber nun den Bogen zu Fragen der Rationierung im Einzelnen zurückzuschlagen: Die These war, dass es immer nur um das Wie gehe. Da gilt es zu unterscheiden: Was wird *de facto* an Kriterien angewandt, was sollte unter den Vorzeichen eines auf den skizzierten Mustern aufgebauten Sozialstaats als Kriterium angewandt werden? Ein faktisch erhebliches Problem liegt darin, dass die angewandten Kriterien nicht transparent sind und oft genug unter dem Deckmantel medizinischer Expertise verborgen werden. Unter den Bedingungen demokratisch organisierter Sozialstaatlichkeit erscheint eine öffentliche Auseinandersetzung über die verwendeten Kriterien unabdingbar. Dabei steht dann durchaus zu erwarten, dass man eben gerade keine mechanisch anwendbaren Prioritätslisten für den Einsatz der Kriterien erhält. Soll zum Beispiel die längere Lebenserwartung eines jüngeren Patienten irgendeine Rolle spielen, wenn es um die Frage geht, ob er oder ein älterer Patient mit deutlich geringerer Lebenserwartung das Spenderorgan erhalten soll? Eine vereinfachte Anwendung eines Prinzips wie Maximierung von QUALYs beantwortet diese Frage positiv. Aber man kann Gründe für oder gegen eine positive Antwort auf der Basis von Gleichheitserwägungen ausfindig machen. Ähnliche Erwägungen können auch bei der Betrachtung anderer Fragen, wie etwa einer gerechten Gestaltung der Rentenzahlungen, angestellt werden – je nachdem, was man ins Zentrum von Gleichheitserwägungen stellt, ob die zu erwartenden Jahre im Ruhestand oder die geleisteten Arbeitsjahre, in denen man Beiträge gezahlt hat, wird man zu anderen Ergebnissen kommen.

Es kann nicht die Aufgabe der Philosophie sein, über diese Kriterien und die ihnen zugrunde gelegten Maßstäbe zu entscheiden. Welche wann zur Anwendung kommen, sollte zuvörderst Gegenstand eines öffentlichen Diskurses sein, der freilich durch philosophisch-ethische Reflexion informiert wird. Es ist sinnvoll, hier eine geeignete Mischung aus politischer Kontrolle der Verfahren und einem hohen Maß an autonomer Entscheidungskompetenz vorzusehen. Wie man sagen könnte, geht es um regulierte Selbstregulierung: Die Politik gibt gleichsam Regeln zweiter Ordnung vor, die dann aber autonom von den Akteuren in Entscheidungen umgesetzt werden. Die Rolle der Ethik tritt nochmals eine Stufe dahinter oder darüber ein: Es gilt hier höchst allgemeine Rahmenbedingungen auch für die politische Strukturierung der Verfahren zu etablieren, wie eben Einsichten in die unmittelbare Gleichheit aller angesichts der anstehenden Allokationsfragen. Allokations- und Rationierungsentschei-

dungen sind gerecht, wenn sie sich in die vorab entfalteten Strukturen einer gerechten institutionellen Ordnung einfügen; das muss nicht immer bedeuten, dass es nur die eine einzige gerechte und damit richtige Entscheidung gibt. Sie lassen sich auch sicher nicht vollständig in politische Verfahren pressen; im Falle des Gesundheitssystems wäre das auch schon darum nicht wünschenswert, weil auf diese Weise das grundlegende Verhältnis von Arzt und Patient allzu sehr reglementiert würde. Medizinische Expertise und ein unmittelbares Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient spielen eine unverzichtbare Rolle. Da aber grundsätzliche Entscheidungen über die Rationierung von Mitteln sich nicht vermeiden lassen, muss eine öffentliche und rechtliche Komponente im Spiel sein, die nach Möglichkeit auch transparenter ausfallen sollte, als das bisher oft genug der Fall ist. Hinter allem stehen jedoch die grundsätzlichen, normativ fundierten Rahmenbedingungen von Sozialstaatlichkeit, die sich an allen im Einzelnen diskutierten *archai* zusammen ausrichten müssen.

Literaturhinweise zum Beitrag von Stefan Gosepath

Daniels, N. (1985). *Just Health Care*. Cambridge.

Engelhardt jr., H. T. (1996). *The Foundation of Bioethics*. 2. Auflage. New York/Oxford.

Fuchs, C. (1994). *Allokation der Mittel im Gesundheitswesen. Rationalisierung versus Rationierung*. Bochum.

Gutmann, T.; Schmidt, V. H. (Hrsg.) (2002). *Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen*. Weilerswist.

Kersting, W. (1999). Über Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. In: *Jahrbuch für Wissenschaft & Ethik* 4, 143–173.

Marckmann, G.; Liening, P.; Wiesing, U. (Hrsg.) (2003). *Gerechte Gesundheitsversorgung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen*. Stuttgart/New York.

Rawls, J. (1975). *Eine Theorie der Gerechtigkeit*. Frankfurt am Main.

Literaturhinweise zum Beitrag von Heiner Raspe

Brenner, H. et al. (2006). Präventionspotenzial endoskopischer Vorsorgeuntersuchungen für kolorektale Karzinome. In: *Deutsches Ärzteblatt* 99, A2186–A2192.

Gøtzsche, P. C.; Nielsen, M. (2006). *Screening for Breast Cancer with Mammography (Review)*. *The Cochrane Collaboration*. New York.

Lauterbach, K. W.; Plamper, E. (2002). Mammographie-Screening. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 127, 1244–1245.

Nyström, L. et al. (1993). Breast Cancer Screening with Mammography: Overview over Swedish Randomised Trials. In: *The Lancet* 341, 973–978. Erratum in: *The Lancet* 342, 1372.

Rembold, C. M. (1998). Number Needed to Screen: Development of a Statistic for Disease Screening. In: *BMJ* 317, 307–312.

Rose, G. (1992). *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford.

Sackett, D.; Haynes, R. B. (2002). Evidence Base of Clinical Diagnosis. The Architecture of Diagnostic Research. In: *BMJ* 324, 539–541.

Sox, H. (2002). Screening Mammography for Younger Women: Back to Basics. In: *BMJ* 137, 361–362.

Tatsioni, A. et al. (2005). Challenges in Systematic Reviews of Diagnostic Technologies. In: *Annals of Internal Medicine* 142, 1048–1055.

Wulff, H. R.; Gøtzsche, P. C. (2000). *Rational Diagnosis and Treatment*. Oxford.

Literaturhinweise zum Beitrag von Per Carlsson

Arvidsson, E.; Carlsson, P.; Borgqvist, L.; Lindström, K. (forthcoming). Patients' Attitudes to Priority Setting in Primary Health Care. In: *Proceedings of the 6th International Conference on Priorities in Health Care, Toronto, September 2006*.

Carlsson, P. (2004). Health Technology Assessment and Priority Setting for Health Policy in Sweden. In: *International Journal of Health Technology Assessment in Health Care* 20, 44–54.

Carlsson, P. et al. (2007). *Nationell modell för öppna vertikala prioriteringar inom svensk hälso-och sjukvård*. PrioriteringsCentrum. Im Internet: http://e.lio.se/prioriteringscentrum/pdf/prio-rapport2007-1_C.pdf, Zugriff: 30. April 2007.

Daniels, N.; Sabin, J. (2002). *Setting Limits Fairly. Can we Learn to Share Medical Resources?* Oxford.

Ham, C.; Robert, G. (Hrsg.) (2003). *Reasonable Rationing. International Experience of Priority Setting in Health Care*. Maidenhead.

Socialstyrelsen (2004). *Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård 2004. Beslutsstöd för prioriteringar*. Im Internet: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/9E12CEDB-9459-4167-A3FC-57046AE68511/2562/20041023.pdf>, Zugriff: 30. April 2007.

Literaturhinweise zum Beitrag von Julian Nida-Rümelin und Martin Rechenauer

Anand, S.; Hanson, K. (1997). Disability-Adjusted Life Years: a Critical Review. In: *Journal of Health Economics* 16, 685–702.

Anand, S.; Peter, F.; Sen, A. (Hrsg.) (2004). *Public Health, Ethics and Equality*. Oxford.

Arrow, K. (1973). Some Ordinalist-Utilitarian Notes on Rawls's Theory of Justice. In: *Journal of Philosophy* 70, 245–263.

Broome, J. (2004). *Weighing Lives*. Oxford.

Esping-Andersen, G. (1990). *Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge.

Fleurbaey, M. (2005). Health, Wealth, and Fairness. In: *Journal of Public Economic Theory* 7, 253–284.

Gosepath, S. (2004). *Gleiche Gerechtigkeit*. Frankfurt am Main.

Gutmann, T. (2002). Gleichheit vor der Rationierung. Rechtsphilosophische Überlegungen. In: T. Gutmann; V. H. Schmidt (Hrsg.), *Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen*, Weilerswist, 179–210.

Gutmann, T.; Schmidt, V. H. (Hrsg.) (2002). *Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen*. Weilerswist.

Kavka, G. (1987). *Moral Paradoxes of Nuclear Deterrence*. Cambridge.

Kersting, W. (2002). Egalitäre Grundversorgung und Rationierungsethik. Überlegungen zu den Problemen und Prinzipien einer gerechten Gesundheitsversorgung. In: T. Gutmann; H. V. Schmidt (Hrsg.), *Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen*, Weilerswist, 41–90.

Krebs, A. (Hrsg.) (2000). *Gerechtigkeit oder Gleichheit? Texte der neuen Egalitarismus-Kritik*. Frankfurt am Main.

Nida-Rümelin, J. (1995). *Kritik des Konsequentialismus*. 2. Auflage. München.

Nida-Rümelin, J. (2000). Die ethischen Grundlagen des Sozialstaats. In: W. Kersting (Hrsg.), *Politische Philosophie des Sozialstaats*, Weilerswist, 333–350.

Nida-Rümelin, J. (2001). *Strukturelle Rationalität*. Stuttgart.

Nida-Rümelin, J. (2006). *Demokratie und Wahrheit*. München.

Parfit, D. (1984). *Reasons and Persons*. Oxford.

Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. Oxford.

Scanlon, T. (1998). *What we Owe to Each Other*. Cambridge (MA).

