

Kann Rationierung im Gesundheitswesen ethisch vertretbar sein?

von Georg Marckmann¹

ABSTRACT

Medizinischer Fortschritt und demografischer Wandel werden die Gesundheitsausgaben weiter in die Höhe treiben. Dem stehen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nur begrenzte finanzielle Ressourcen gegenüber. Die zentrale Frage ist, wie der resultierenden Mittelknappheit in einer ethisch vertretbaren Art und Weise begegnet werden kann. Es gibt gute ethische und ökonomische Gründe, die Gesundheitsversorgung nicht allein nach Marktprinzipien zu organisieren. In einem zumindest teilweise staatlich regulierten System bieten sich drei Strategien zum Umgang mit der Mittelknappheit: Effizienzsteigerungen (Rationalisierung), Mittelerhöhungen und Leistungsbegrenzungen (Rationierung). Da sich Effizienzreserven nicht ausreichend mobilisieren lassen und weitere Mittelerhöhungen nur sehr begrenzt vertretbar sind, werden Leistungsbegrenzungen unausweichlich. Dabei sind formale und materiale Kriterien einer gerechten Verteilung zu berücksichtigen. Kostensensible Leitlinien könnten dazu als Instrumente der expliziten Mittelallokation eingesetzt werden.

Schlüsselwörter: Allokation, Rationierung, Rationalisierung, Gerechtigkeit, Gesundheitswesen, Priorisierung

Medical progress and demographic change will continue to drive up health care expenditures, stretching the financial resources of statutory health insurance funds, which are only limited. The central question is how to respond to the resulting resource scarcity in an ethically appropriate way. There are good ethical and economic reasons for not making market principles the sole criterion for the organisation of health-care provision. A system which is at least partly state regulated offers three strategies for dealing with resource scarcity: raising efficiency (rationalisation), increasing funding and restricting benefits (rationing). Since it is not possible to mobilise sufficient efficiency surpluses and there are good reasons to limit public health care expenditures, some rationing of benefits is unavoidable. Thereby formal and material criteria for an equitable distribution have to be considered. Cost-conscious guidelines could be used for this purpose as instruments of explicit resource allocation.

Keywords: allocation, rationing, rationalisation, justice, healthcare, prioritisation

1 Einleitung

Für das Jahr 2010 wird für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Deutschland erneut ein Defizit in Höhe von mehreren Milliarden Euro prognostiziert. Es besteht dabei wenig Hoffnung, dass sich die finanzielle Situation der GKV in den kommenden Jahren deutlich entspannen wird. Der medizinische Fortschritt eröffnet immer neue, häufig kostspielige Diagnose- und Therapiemöglichkeiten, die die Nachfrage nach medizinischen Leistungen und damit auch die Gesundheitsausgaben in die Höhe treiben. Gleichzeitig ver-

scharfen Veränderungen im Altersaufbau der Bevölkerung die Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und sinkenden Geburtenraten nimmt nicht nur die absolute Zahl, sondern auch der relative Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung zu. Dieser demografische Wandel bedingt einen steigenden Versorgungsbedarf mit höheren Ausgaben und im umlagefinanzierten System der GKV zugleich auch sinkende Einnahmen. Das medizinisch Mögliche und das solidarisch Finanzierbare werden deshalb in Zukunft weiter auseinanderdriften (Marckmann 2007b). Wie kann man die

¹ Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH, Universität Tübingen, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin · Gartenstraße 47 · 72074 Tübingen
Telefon: 07071 29-78032 · Telefax: 07071 29-5190 · E-Mail: georg.marckmann@uni-tuebingen.de

sen Herausforderungen in einer ethisch vertretbaren Art und Weise begegnen? Nach wie vor sind Rationalisierungen möglich und auch dringend notwendig. Daneben lassen sich aber auch Leistungsbegrenzungen (Rationierungen) und veränderte Schwerpunktsetzungen im System (Reallokationen) nicht vermeiden und sind unter den gegebenen Rahmenbedingungen auch ethisch gerechtfertigt. Sie setzen aber einen öffentlichen Diskurs über Prioritäten in der Gesundheitsversorgung voraus, der von der Politik nach wie vor konsequent vermieden wird.

2 Markt oder Regulierung? Verteilungsgerechtigkeit auf der Systemebene

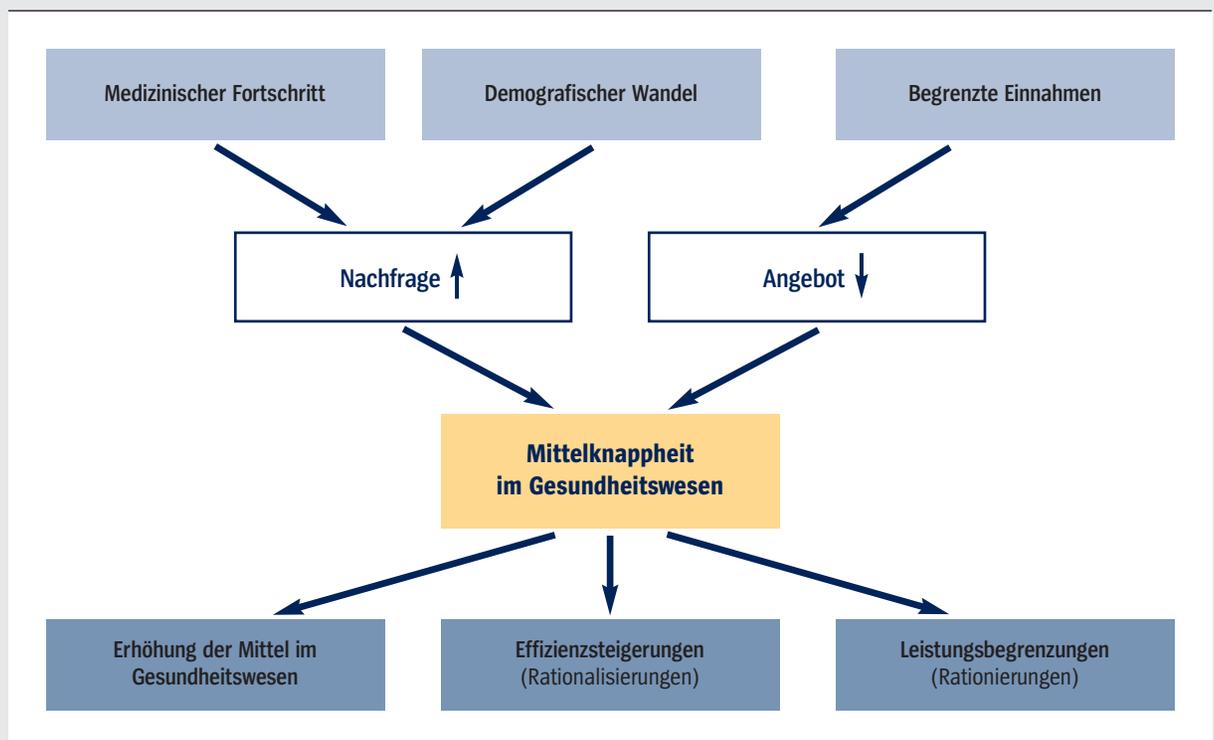
Angesichts der Mittelknappheit im Gesundheitswesen stellt sich aus gerechtigkeithethischer Perspektive zunächst die Frage, ob und gegebenenfalls inwieweit die Verteilung von Gesundheitsressourcen dem freien Markt überlassen wer-

den sollte. Der Reiz einer marktorientierten Verteilung liegt darin, dass – unter Bedingungen eines vollkommenen Wettbewerbs und hinreichend informierten Konsumenten – die Güter effizient produziert und nach den Präferenzen der Konsumenten, ausgedrückt in ihrer Zahlungsbereitschaft, verteilt werden. Der Markt regelt in vielen anderen Lebensbereichen die Verteilung knapper Güter, ohne dass in einem zentralen Verfahren festgelegt werden muss, wer nach welchen Kriterien welche Güter erhalten soll. Mit einer marktorientierten Verteilung von Gesundheitsleistungen könnten folglich viele schwierige Entscheidungen über Verfahren und Kriterien der Verteilung vermieden werden. Versicherte beziehungsweise Patientinnen und Patienten könnten auf dem freien Markt nach ihren individuellen gesundheitsbezogenen Präferenzen auswählen.

Ein ökonomisches und ein gerechtigkeithethisches Argument sprechen jedoch dagegen, die Verteilung von Gesundheitsgütern dem freien Markt zu überlassen. Dem ökonomischen Argument zufolge weisen die Märkte für Gesundheits-

ABBILDUNG 1

Bedingungen der Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen und Strategien zum Umgang mit der Mittelknappheit



Quelle: eigene Darstellung

güter Eigenschaften auf, die zu einem Marktversagen führen. Ein wesentlicher Grund dafür liegt in der eingeschränkten Konsumentensoveränität. Patienten befinden sich häufig in einer existenziellen Notlage, die es ihnen erschwert oder unmöglich macht, verschiedene Angebote zu vergleichen und eine rationale Wahl zu treffen. Informationen über Qualität und Preise medizinischer Leistungen sind überdies nur sehr eingeschränkt verfügbar. Ohne staatliche Regulierung kann deshalb keine optimale Allokation erreicht werden.

Das Gerechtigkeitsethische Argument setzt an den besonderen Eigenschaften des Guts Gesundheit an: Im Vergleich zu Konsumgütern ist die Gesundheit ein besonders grundlegendes, „transzendentes“ Gut. Was auch immer wir in unserem Leben erstreben, wir benötigen die Gesundheit als Voraussetzung, um unsere Ziele und Pläne zu verwirklichen. Ein gleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung und eine gerechte Verteilung knapper medizinischer Ressourcen kann damit als Grundbedingung für die Chancengleichheit innerhalb der Gesellschaft angesehen werden (*Daniels 1985*).

Auf einem freien Markt werden Gesundheitsleistungen vor allem nach der individuellen Zahlungsfähigkeit verteilt, was aufgrund der sehr ungleichen Einkommensvoraussetzungen zu einer ungerechten Verteilung von Gesundheitsgütern führen würde. So lässt sich die Gewährleistung einer medizinischen Grundversorgung im Rahmen eines solidarisch finanzierten öffentlichen Gesundheitswesens unabhängig vom Einkommen begründen: Es ist gerechter, allen Bürgern einen begrenzten Zugang zu wichtigen Gesundheitsleistungen zu ermöglichen als nur einem Teil der Bevölkerung unbegrenzten Zugang zu allen verfügbaren Leistungen. Darüber hinausgehende, individuell unterschiedliche Versorgungspräferenzen können ihren Ausdruck in einem Markt für Zusatzleistungen finden.

3 Strategien zum Umgang mit der Mittelknappheit in der Gesundheitsversorgung

Im GKV-System bieten sich grundsätzlich drei verschiedene Strategien an, um der zunehmenden Diskrepanz zwischen steigenden Ausgaben und sinkenden Einnahmen zu begegnen (Abbildung 1): Effizienzsteigerungen (Rationalisierungen), eine weitere Erhöhung der Finanzmittel und Leistungsbegrenzungen (Rationierungen).

3.1 Effizienzsteigerungen (Rationalisierungen)

Rationalisierungen erhöhen die Effizienz der medizinischen Versorgung: Der gleiche medizinische Effekt wird mit weniger Mitteln oder ein größerer medizinischer Effekt mit den gleichen Mitteln erzielt. Da bei Effizienzsteigerungen die

ökonomische und medizinisch-ethische Rationalität konvergieren, handelt es sich um die primär gebotene Strategie im Umgang mit Mittelknappheit. So wie es ökonomisch rational ist, einen gegebenen Effekt mit einem möglichst geringen Aufwand zu erzielen, so ist es auch durch das Prinzip des Nichtschadens ethisch geboten, mit möglichst wenig diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen einen bestimmten Gesundheitszustand zu erzielen.

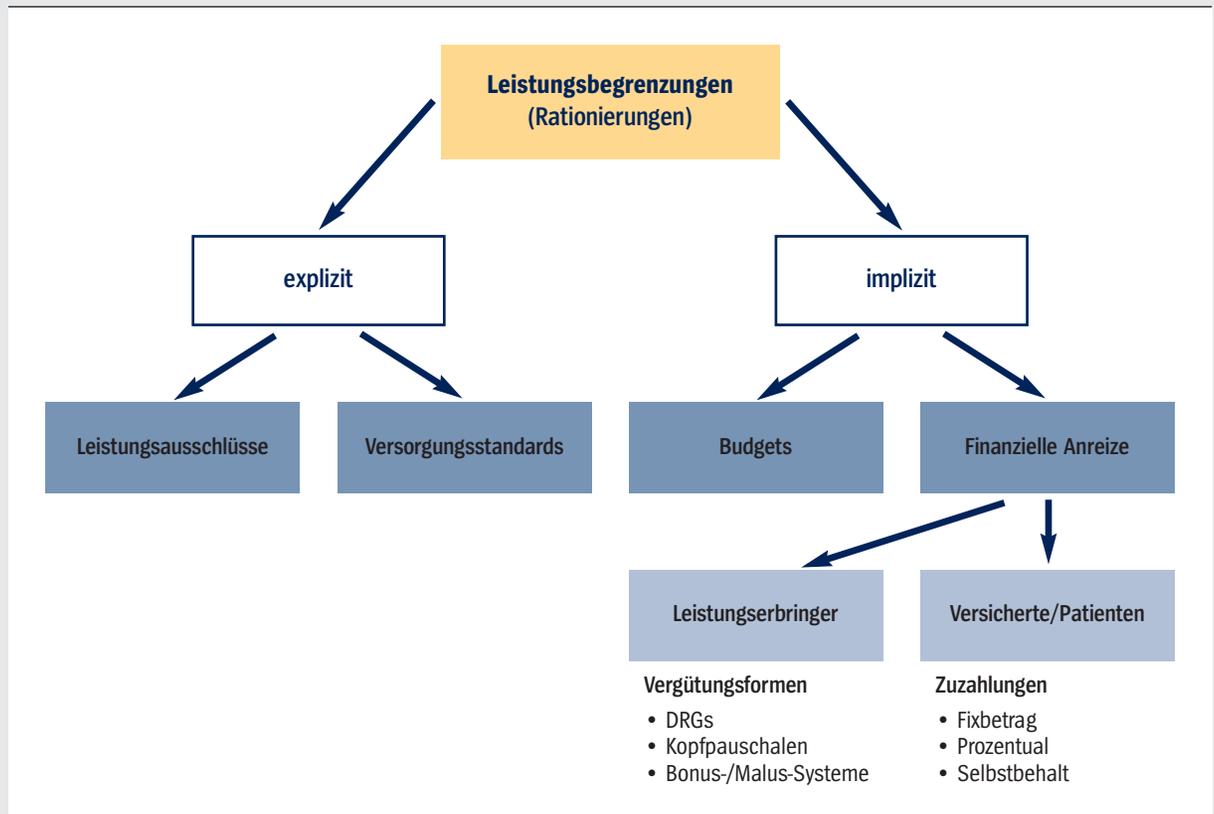
Es ist allgemein anerkannt und mit vielen Beispielen belegt, dass im deutschen Gesundheitswesen noch erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven vorhanden sind. Welche Größenordnung sie haben und wie hoch dementsprechend die vorhandenen Einsparpotenziale sind, lässt sich aber nur schwer abschätzen. Wirtschaftlichkeitsreserven lassen sich nicht allesamt und schon gar nicht sofort ausschöpfen. Rationalisierungen sind methodisch aufwendig (zum Beispiel die evidenzbasierte Leitlinienentwicklung) und erfordern häufig strukturelle Veränderungen im Versorgungssystem wie etwa eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung oder die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung. Rationalisierungen reduzieren deshalb nur mit zeitlicher Latenz und ohne Erfolgsgarantie den Mittelverbrauch. Zudem erlauben sie in der Regel nur begrenzte Einsparungen, da ein bestimmter Ressourcenverbrauch in einem sehr personalintensiven Bereich wie der Medizin die Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Versorgung ist. Es ist auch umstritten, ob man mit Prävention große Einsparungen erzielen kann, da bei erfolgreicher Vermeidung einer Erkrankung die Patienten nicht dauerhaft gesund bleiben, sondern durch andere Krankheiten betroffen werden können. Medizinischer Fortschritt und demografischer Wandel werden die Kosten aber anhaltend in die Höhe treiben. Trotz aller Bemühungen werden Rationalisierungen deshalb ein weiteres Auseinanderklaffen von Machbarem und Finanzierbarem nicht verhindern können.

3.2 Weitere Erhöhung der Finanzmittel

Da die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht ausreicht, um den absehbaren Mehrbedarf bereitzustellen, steht das Gesundheitswesen zwischen Skylla und Charybdis, also vor zwei gleichermaßen unangenehmen Alternativen: Entweder müssen die Mittel für die Gesundheitsversorgung weiter erhöht oder das Leistungsspektrum begrenzt werden. Mehrere Argumente sprechen dafür, die Gesundheitsausgaben nicht weiter zu erhöhen: Der Gesundheitssektor konkurriert mit anderen Bereichen wie Bildung, Umweltschutz, Bekämpfung von Armut, Arbeitslosigkeit und Wohnungsnot oder die innere Sicherheit um prinzipiell begrenzte öffentliche Finanzmittel. Eine weitere Erhöhung der Gesundheitsausgaben kann deshalb nur mit Einschränkungen in anderen sozialstaatlichen Bereichen erkaufte werden. Dies wäre nicht nur ethisch unvertretbar, sondern hätte auch negative Aus-

ABBILDUNG 2

Formen und Instrumente der Leistungsbegrenzung



Quelle: eigene Darstellung

wirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung, da sozialer Status, Arbeitsbedingungen, Umweltqualität, Wohnverhältnisse und die verfügbaren Mittel für den Konsum einen erheblichen Einfluss auf Lebenserwartung und Morbidität haben. Zudem weisen viele medizinische Verfahren einen abnehmenden Grenznutzen auf: Der (oft geringe) Nutzen durch neue Behandlungsverfahren erfordert überproportional hohe Ausgaben. Höhere Beitragssätze sind wiederum wegen der zwangsläufig steigenden Lohnnebenkosten unerwünscht. Ein „Versorgungsmaximalismus“, der alle verfügbaren präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen Leistungen umfasst, ist weder ökonomisch sinnvoll noch ethisch vertretbar. Eine Obergrenze der Gesundheitsausgaben lässt sich aus diesen Argumenten jedoch nicht ableiten, sondern muss vielmehr normativ festgelegt werden. Die Mittelknappheit im Gesundheitswesen ist folglich kein von Natur aus vorgegebener, sich unserer Verfügungsgewalt entziehender Zustand. Sie beruht vielmehr auf Wertsetzungen, die zum einen vom medizinischen Entwicklungs-

stand und der ökonomischen Leistungsfähigkeit der Gesellschaft abhängen, zum anderen aber auf die grundlegende Frage verweisen, wie viel wir bereit sind, für die Gesundheitsversorgung im Vergleich zu anderen Gütern auszugeben.

3.3 Leistungsbegrenzungen (Rationierungen)

Wenn Effizienzsteigerungen den Kostenanstieg nicht ausreichend kompensieren können und eine weitere Erhöhung der Gesundheitsausgaben ethisch und ökonomisch nicht vertretbar ist, verbleibt als Alternative nur die Begrenzung des Leistungsumfangs in der GKV (Rationierungen). Prima facie handelt es sich dabei um eine problematische Strategie, da Rationierungen den Zugang zu medizinisch nützlichen Maßnahmen einschränken, die einen positiven Effekt auf die Lebensqualität und/oder Lebenserwartung der Patienten haben. Angesichts der demografischen Entwicklung und anhaltenden Fortschrittsdynamik stellt sich jedoch nicht mehr die Frage, ob medizinische Leistungen zu begrenzen

sind, sondern lediglich wie, das heißt nach welchen Verfahren und Kriterien diese Begrenzungen in einer ethisch vertretbaren Form durchgeführt werden können. Verschiedene empirische Untersuchungen belegen, dass auch heute schon im System der GKV Gesundheitsleistungen rationiert werden (*Boldt und Schöllhorn 2008; Strech et al. 2008; Strech et al. 2009a*). In einer repräsentativen bundesweiten Umfrage unter 1.137 Klinikern aus den Bereichen Intensivmedizin und Kardiologie gaben 77 Prozent an, aus Kostengründen auf nützliche Maßnahmen verzichten zu müssen (*Strech et al. 2009a*). Allerdings handelt es sich dabei wohl (noch) um ein relativ seltenes Phänomen: Nur 13 Prozent der antwortenden Kliniker berichteten, dass sie mindestens einmal pro Woche nützliche Leistungen vorenthalten müssten.

In Abhängigkeit von der Verteilungsebene kann man zwei Formen der Leistungsbegrenzung unterscheiden (Abbildung 2): Bei expliziten Leistungsbegrenzungen erfolgen die Zuteilungsentscheidungen nach ausdrücklich festgelegten, allgemein verbindlichen Kriterien „oberhalb“ der individuellen Arzt-Patient-Beziehung und können entweder zum Ausschluss von Leistungen (zum Beispiel Begrenzung des Leistungskatalogs) oder zur Einschränkung von Indikationen führen (zum Beispiel mittels kostensensibler Leitlinien) (*Strech et al. 2009b*). Bei expliziten Leistungsbegrenzungen können Versorgungsprioritäten gezielt berücksichtigt werden, das heißt die relative Vorrangigkeit bestimmter Versorgungsbereiche oder einzelner medizinischer Maßnahmen. Bei der impliziten Leistungsbegrenzung erfolgt die Zuteilung nicht nach allgemein festgelegten Kriterien, sondern durch die Leistungserbringer (gegebenenfalls unter Einbeziehung der Patienten) im Einzelfall und damit innerhalb der individuellen Arzt-Patient-Beziehung. Budgetierungen oder finanzielle Anreizsysteme für Leistungserbringer beziehungsweise Patienten führen zu impliziten Leistungsbegrenzungen. Hierbei tragen vor allem die Ärzte Verantwortung für die Einschränkung medizinischer Maßnahmen, während bei der expliziten Form die Entscheidungen auf der Planungsebene des Gesundheitswesens gefällt werden (*Marckmann und Strech 2009*).

Explizite Leistungsbegrenzungen weisen gegenüber impliziten mehrere ethische Vorteile auf: Sie erlauben transparente Allokationsentscheidungen nach ausdrücklich festgelegten, für alle Patienten gleichermaßen verbindlichen Kriterien. Dies sichert nicht nur die Gleichbehandlung der Patienten, sondern entlastet auch die Arzt-Patient-Beziehung, da die Zuteilungsentscheidungen nicht im Ermessen des einzelnen Arztes liegen, sondern nach vorgegebenen, für den Patienten nachvollziehbaren Kriterien erfolgen. Entscheidungs- und Interessenkonflikte auf ärztlicher Seite lassen sich auf diese Weise verringern. Explizite Leistungsbegrenzungen, zum Beispiel durch „kostensensible Leitlinien“ (dazu weiter unten mehr), bieten zudem den Vorteil,

dass Kosten und Qualität der Versorgung gezielt beeinflusst werden können. Bei der evidenzbasierten Erarbeitung von Versorgungsstandards lassen sich möglicherweise auch kostensenkende Qualitätsverbesserungen (Rationalisierungen) identifizieren.

Implizite Leistungsbegrenzungen bieten zwar im Einzelfall eine größere Flexibilität, weisen aber aus ethischer Sicht gewichtige Nachteile auf. Da für die Zuteilungsentscheidungen keine allgemein verbindlichen Kriterien vorgegeben sind, besteht die Gefahr, dass medizinische Leistungen nach intransparenten, von Patient zu Patient und Arzt zu Arzt wechselnden, ethisch mitunter auch unzureichend begründeten Kriterien zugeteilt werden. Ein solches Vorgehen ist nicht nur medizinisch irrational, sondern auch ungerecht. Überdies erlauben implizite Leistungsbegrenzungen nur eine einseitige Kontrolle der Kosten, die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität lassen sich nicht direkt steuern.

Da die Entwicklung evidenzbasierter Versorgungsstandards zur expliziten Leistungsbegrenzung methodisch sehr aufwendig ist, werden sich implizite Leistungsbegrenzungen aus pragmatischen Gründen dennoch kaum vollständig vermeiden lassen.

4 Kriterien ethisch vertretbarer Leistungsbegrenzungen

Sowohl bei expliziten als auch impliziten Leistungsbegrenzungen stellt sich die Frage, wie die Grenzen der Gesundheitsversorgung auf eine gerechte Art und Weise gezogen werden können. Dringend notwendig ist ein offener gesellschaftspolitischer Diskurs über Priorisierung im Gesundheitswesen, in dem Kriterien und Verfahren ethisch vertretbarer Schwerpunktsetzungen und Leistungsbegrenzungen in der medizinischen Versorgung erarbeitet werden.

Zunächst ist zwischen formalen und materialen Verteilungskriterien zu unterscheiden. Während die formalen Kriterien die Bedingungen eines fairen Verfahrens zur Leistungsbegrenzung definieren, markieren die materialen Kriterien die ethischen Maßstäbe, an denen sich die Verteilung inhaltlich orientieren sollte. Zu den *formalen Kriterien* einer gerechten Verteilung gehören (*Daniels und Sabin 2002; Emanuel 2000; Marckmann 2008*):

- **Transparenz:** Patienten und Versicherte sollten über Leistungsbegrenzungen und die zugrunde liegenden Kriterien informiert sein.
- **Konsistenz:** Grundsätzlich sollten bei allen Patienten die gleichen Zuteilungsregeln und -kriterien angewendet werden, sodass Patienten in vergleichbaren medizinischen

Situationen auch die gleiche Behandlung erhalten, sofern dem nicht individuelle Patientenpräferenzen entgegenstehen.

- **Legitimität:** Verteilungsentscheidungen sollten durch demokratisch legitimierte Institutionen erfolgen.
- **Begründung:** Jede Leistungsbegrenzung sollte auf einer nachvollziehbaren, relevanten Begründung beruhen, die den betroffenen Patienten und Versicherten zugänglich ist.
- **Evidenzbasierung:** Jedes Allokationsschema sollte die verfügbare Evidenz hinsichtlich des gesundheitlichen Nutzens und der zu erwarteten Kosten berücksichtigen.
- **Partizipationsmöglichkeiten:** Da sich Leistungsbegrenzungen nicht hinreichend konkret aus einer ethischen Theorie ableiten lassen, sollten für Bürger und Patienten Möglichkeiten zur Partizipation am Entscheidungsprozess zur Verfügung stehen.
- **Minimierung von Interessenkonflikten:** Allokationsentscheidungen unter Knappheitsbedingungen sollten so geregelt sein, dass sie Interessenkonflikte möglichst vermeiden. Problematisch sind in dieser Hinsicht vor allem finanzielle Anreize für die Leistungserbringer.
- **Widerspruchsmöglichkeiten:** Im Einzelfall sollten Patienten, denen der Zugang zu einer von ihnen gewünschten Leistung verwehrt wird, Widerspruchsmöglichkeiten offen stehen.
- **Regulierung:** Durch eine freiwillige oder staatliche Regulierung sollte sicher gestellt sein, dass die formalen Bedingungen einer gerechten Verteilung auch tatsächlich eingehalten werden.

Folgende *materiale Verteilungskriterien*, die sich auch im politischen Prozess der Prioritätensetzung in verschiedenen Ländern durchsetzen konnten, scheinen ethisch am besten begründbar (Marckmann 2009):

- **Medizinische Bedürftigkeit:** Erste Priorität sollten diejenigen Patienten genießen, die am meisten der medizinischen Hilfe bedürfen, gemessen an der Dringlichkeit der Behandlung und dem Schweregrad ihrer Erkrankung.
- **Erwarteter medizinischer Nutzen:** Darüber hinaus ist aber auch der zu erwartende medizinische Nutzen zu berücksichtigen. Wenn Leistungsbegrenzungen vorgenommen werden müssen, sollten diese zunächst bei denjenigen Maßnahmen und Indikationen ansetzen, die für den Patienten nur einen geringen zusätzlichen Nutzen bieten.
- **Kosten-Nutzen-Verhältnis:** Unter Knappheitsbedingungen ist auch das Verhältnis von Ressourcenaufwand zu erwartetem medizinischem Nutzen für Allokation hinzuzuziehen, um mit den verfügbaren Mitteln insgesamt einen möglichst großen gesundheitlichen Effekt, gemessen am Zugewinn an Lebensqualität und Lebenszeit, erzielen zu können (Marckmann 2007a; Marckmann und Siebert 2002).

Als Metakriterium ist überdies der Evidenzgrad des erwarteten Nutzens und der Kosten zu berücksichtigen: Zunächst sollte man auf diejenigen Maßnahmen verzichten, deren Nutzen durch Studien nur schlecht belegt ist. Ethisch am ehesten vertretbar erscheint eine Kombination der drei Verteilungskriterien, die neben der Dringlichkeit und dem Schweregrad der Erkrankung den erwarteten medizinischen Nutzen und die Kosteneffektivität der Maßnahmen berücksichtigt. Zunächst sollte man auf solche Leistungen verzichten, die im Vergleich zur kostengünstigeren Alternative einen nur geringen Nutzensgewinn bei erheblichen Zusatzkosten bieten. Bei fehlender Alternative sollten jedoch auch Leistungen mit einem ungünstigeren Kosten-Nutzen-Verhältnis finanziert werden, um „teure“ Patienten nicht vollständig von der medizinischen Versorgung auszuschließen (Marckmann 2007a). Die große ethische Herausforderung besteht dabei darin, das relative Gewicht der drei Kriterien bei der Mittelverteilung zu bestimmen, da sich dieses nicht aus einer übergeordneten ethischen Theorie ableiten lässt.

5 Umsetzung expliziter Mittelallokation in der GKV

Wie kann eine explizite Leistungssteuerung in der Praxis umgesetzt werden? Der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte interdisziplinäre Forschungsverbund „Allokation“ (Koordination: Georg Marckmann, Verbundpartner: Daniel Strech, Jürgen Wasem, Stefan Huster) hat in den letzten drei Jahren ein Instrument zur expliziten Mittelallokation im Gesundheitswesen erarbeitet. Diese „kostensensiblen Leitlinien“ (KSL) grenzen auf der Grundlage der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz zu Nutzen und Kosten der Maßnahmen den Einsatzbereich der Maßnahmen auf diejenigen Patientensubgruppen ein, die am meisten davon profitieren. Patienten, die nur einen sehr geringen Nutzensgewinn von der jeweiligen Maßnahme haben, müssen auf eine kostengünstigere Alternative ausweichen. Sie folgen damit der ethischen Überlegung, dass Leistungseinschränkungen bei denjenigen Patientensubgruppen ansetzen sollten, die beim Verzicht auf eine teure Maßnahme nur ein vergleichsweise kleines „Nutzenopfer“ erbringen müssen. Die dadurch freigesetzten Ressourcen können dann anderen Patientengruppen, auch in anderen Indikationsbereichen, zugute kommen, die sie dringender benötigen und mehr von ihnen profitieren.

5.1 Beispiel „Stents“

Am Beispiel der Medikamente freisetzen Stents (Drug Eluting Stents – DES) sei hier das Vorgehen anhand einer kostensensiblen Leitlinie veranschaulicht. Stents sind Metallgitterröhrchen, die bei einer koronaren Herzerkrankung

kung in die verengten Blutgefäße des Herzens eingesetzt werden, um wieder eine ausreichende Durchblutung des Herzens herzustellen. Leider besteht nach Einführen des Stents eine gewisse Wahrscheinlichkeit, dass sich das Gefäß erneut verschließt, was zu einem Herzinfarkt führen kann. Man hat deshalb Stents entwickelt, die Medikamente ausschütten und auf diese Weise die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Gefäßverschlusses reduzieren. Diese Medikamente freisetzen Stents sind aber deutlich teurer als die reinen Metallstents. Der kostensensible Leitlinie zufolge würde nun ein Patient mit einer koronaren Herzkrankheit nur dann einen Medikamente freisetzen Stent erhalten, wenn die gesundheitliche Beeinträchtigung besonders schwerwiegend ist. Die kostensensible Leitlinie legt dafür genaue Maße fest: Die Schädigung (Läsion) muss demnach größer als 15 Millimeter sein oder das Gefäß im Durchmesser kleiner als drei Millimeter. Diese Patienten haben einen größeren Nutzen von dem Medikamente freisetzen Stent, da die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Gefäßverschlusses höher ist als bei Patienten mit einem größeren Gefäß oder einer kürzeren Läsion. Letztere müssten auf einen reinen Metallstent (Bare Metal Stent) ausweichen. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass das teurere Verfahren – mit Medikamente freisetzen Stents – denjenigen Patienten zugute kommt, die es am dringendsten benötigen. Gleichzeitig werden nur solche Patienten ausgeschlossen, bei denen die Anwendung der alternativen Maßnahme – ein reiner Metallstent – nur ein vergleichsweise kleines „Nutzenopfer“ erfordert, da die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Gefäßverschlusses relativ gering ist. Die Entscheidung hierfür obliegt dabei nicht dem einzelnen Arzt, sondern wird durch die kostensensible Leitlinie vorgegeben. Die mittels der kostensensiblen Leitlinie freigesetzten Ressourcen könnten dann denjenigen Patienten zugute kommen, die einen größeren Nutzensgewinn davon haben, auch in anderen Indikationsbereichen. Weitere Informationen zu kostensensiblen Leitlinien unter: <http://www.ieg.m.uni-tuebingen.de/allokation> -> Aktuelles.

5.2 Wer soll entscheiden?

Unter den derzeitigen institutionellen Bedingungen im deutschen Gesundheitswesen könnte es die Aufgabe des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sein, die wissenschaftliche Evidenz zu Nutzen und Kosten medizinischer Maßnahmen aufzuarbeiten. Bereits heute hat das IQWiG die Aufgabe, durch eine Kosten-Nutzen-Bewertung die Festsetzung von Höchstpreisen durch den GKV-Spitzenverband vorzubereiten. Diese Aufgabe sollte explizit auch im Hinblick auf den möglichen Ausschluss von solchen medizinischen Leistungen ausgeweitet werden, die den Patienten im Vergleich zur nächstgünstigeren Alternative nur einen marginalen Nutzensgewinn bieten. Es wäre dann die Aufgabe des Gemeinsamen Bundesaus-

schusses (GBA) auf der Grundlage der vom IQWiG aufbereiteten Daten festzulegen, welche Patientensubgruppen eine teure medizinische Maßnahme erhalten sollen und welche auf günstigere Alternativen ausweichen müssen. Es erscheint dabei allerdings geboten, die Legitimation des GBA für diese Form der Leistungsbegrenzung, bei der Patienten die Kostenübernahme für Maßnahmen mit einem (geringen!) Nutzensgewinn verweigert wird, noch einmal explizit durch den Gesetzgeber zu bestätigen.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot im SGB V wird derzeit meist so ausgelegt, dass von zwei gleichermaßen wirksamen medizinischen Leistungen die kostengünstigere gewählt werden sollte. Beim Prozess der Erstellung solcher expliziten Vorgaben für die Leistungsbegrenzungen sollten jedoch die in Kapitel 4 aufgeführten ethischen Kriterien zur Anwendung kommen. Insbesondere wird auf ein faires Entscheidungsverfahren zu achten sein, das nicht nur transparent, konsistent und evidenzbasiert ist, sondern auch Partizipationsmöglichkeiten für wichtige „Stakeholder“ im Gesundheitswesen (unter anderem auch Patientenvertreter) bietet.

6 Fazit

Es gibt überzeugende ethische und ökonomische Gründe für ein – zumindest teilweise – staatlich organisiertes und solidarisch finanziertes Gesundheitswesen. Damit stellt sich die Frage, wie der Mittelknappheit im Gesundheitswesen in einer ethisch vertretbaren Art und Weise begegnet werden kann.

Da bei Effizienzsteigerungen (Rationalisierungen) medizinische, ökonomische und ethische Rationalität konvergieren, sind sie das Mittel der Wahl zum Umgang mit der Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen. Sie alleine werden aber nicht ausreichen, um den Kostenanstieg durch medizinischen Fortschritt und demografischen Wandel und den Einnahmerückgang durch Wegbrechen der Wertschöpfung zu kompensieren.

Es gibt überzeugende ethische Gründe, die solidarisch finanzierten Gesundheitsausgaben zu begrenzen. Damit werden Leistungsbeschränkungen (Rationierungen) beziehungsweise Reallokationen innerhalb des Systems unausweichlich. Empirischen Untersuchungen zufolge sind sie bereits heute an der Tagesordnung.

Explizite Leistungsbegrenzungen (Rationierungen) sind gegenüber impliziten medizinisch und ethisch zu bevorzugen. Sie erlauben bei begrenzten Ressourcen eine gezielte Schwerpunktsetzung in der Versorgung. Da der Kostendruck aber akut ist, werden sich ergänzende implizite Leistungsbegrenzungen nicht vermeiden lassen.

Angesichts des demografischen Wandels muss die angemessene medizinische und pflegerische Versorgung älterer Menschen eine höhere Priorität genießen. Die erforderlichen Mittel sollten vor allem aus denjenigen Versorgungsbereichen mobilisiert werden, in denen einem hohen Ressourcenaufwand nur ein vergleichsweise geringer medizinischer Nutzen gegenüber steht.

Literatur

- Boldt J, Schöllhorn T (2008):** Rationierung ist längst Realität. Ergebnisse einer Fragebogenaktion auf deutschen Intensivstationen. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 19, 995–997
- Daniels N (1985):** Just Health Care. Cambridge: Cambridge University Press
- Daniels N, Sabin JE (2002):** Setting limits fairly. Oxford: Oxford University Press
- Emanuel EJ (2000):** Justice and managed care. Four principles for the just allocation of health care resources. Hastings Center Report, Band 30, Heft 3, 8–16
- Marckmann G (2007a):** Kosteneffektivität als Allokationskriterium aus gesundheitsethischer Sicht. In: Zimmermann-Acklin M, Halter H (Hrsg.). Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz. Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag, 213–224
- Marckmann G (2007b):** Zwischen Skylla und Charybdis: Reformoptionen im Gesundheitswesen aus ethischer Perspektive. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, Jg.12, Heft 1, 96–100
- Marckmann G (2008):** Gesundheit und Gerechtigkeit. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, Band 51, Heft 8, 887–894
- Marckmann G (2009):** Priorisierung im Gesundheitswesen: Was können wir aus den internationalen Erfahrungen lernen? Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Band 103, Heft 2, 85–91
- Marckmann G, Siebert U (2002):** Kosteneffektivität als Allokationskriterium in der Gesundheitsversorgung. Zeitschrift für medizinische Ethik, Band 48, Heft 2, 171–190
- Marckmann G, Streh D (2009):** Auswirkungen der DRG-Vergütung auf ärztliche Entscheidungen: Eine ethische Analyse. Zeitschrift für medizinische Ethik, Band 55, Heft 1, 15–27
- Streh D, Borchers K, Freyer D et al. (2008):** Ärztliches Handeln bei Mittelknappheit. Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie. Ethik in der Medizin, Band 20, Heft 2, 94–109
- Streh D, Danis M, Löb M, Marckmann G (2009a):** Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern. Ärztliche Einschätzungen aus einer repräsentativen Umfrage. Deutsche Medizinische Wochenschrift, Band 134, 1261–1266
- Streh D, Freyer D, Borchers K (2009b):** Herausforderungen expliziter Leistungsbegrenzungen durch kostensensible Leitlinien. Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie mit leitenden Klinikärzten. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, Jg. 14, Heft 1, 38–43

DER AUTOR



Professor Dr. med. Georg Marckmann
 Jahrgang 1966, Studium der Medizin und Philosophie an der Universität Tübingen, von 1992 bis 1995 Public-Health-Studium an der Harvard University in Boston/USA, von 1992 bis 1995 Stipendiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft im Tübinger Graduiertenkolleg „Ethik in den Wissenschaften“.

Von 1998 bis 2003 wissenschaftlicher Assistent am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Tübingen. 2003 Habilitation und Lehrbefugnis für das Fach „Ethik in der Medizin“, seither stellvertretender Direktor des Instituts. Seit 2006 außerplanmäßiger Professor an der Universität Tübingen.