

Publiziert unter: Alexander Dietz, Wie viel Gesundheit wollen wir uns leisten? Offene Fragen und ideologische Gefahren der Allokations-Diskussion, in: A. Mietzsch (Hg.), Kursbuch Biopolitik 4, Berlin 2010, 7-15.

// Seite 7 //

Wie viel Gesundheit wollen wir uns leisten? Offene Fragen und ideologische Gefahren der Allokations-Diskussion

von Alexander Dietz

Das Thema Ressourcenallokation im Gesundheitswesen beschäftigt seit Jahrzehnten international unzählige Mediziner, Ökonomen, Juristen und Ethiker. In Deutschland wird es erst seit einigen Jahren zögerlich bearbeitet, dabei häufig beschränkt auf den Bereich der Transplantationsmedizin. Die ausgesprochen hohe Relevanz des Gegenstandes wird heute nirgends mehr bestritten.

Allokation bedeutet Verteilung, und die Allokationsdiskussion beschäftigt sich mit den Fragen, wie viele Ressourcen ein Staat für das Gesundheitswesen bereitstellen sollte (obere Ebene der Makroallokation), wie diese Ressourcen auf Teilbereiche der medizinischen Versorgung verteilt werden sollten (untere Ebene der Makroallokation) und wie die Ressourcen in den Teilbereichen auf Patientengruppen (obere Ebene der Mikroallokation) und schließlich auf einzelne Patienten (untere Ebene der Mikroallokation) verteilt werden sollten.¹ Hinter diesen Fragen stehen weitere, z.B.: Wie groß ist das immer wieder beschworene Problem der Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen tatsächlich? Handelt es sich eher um ein Finanzierungsproblem oder ein Ausgabenproblem? Welches Verständnis von Knappheit wird zugrunde gelegt? Sollte die Bewältigung dieses Knappheitsproblems dem Markt überlassen werden? Was würde das für den Sozialstaat bedeuten?² Welches Verständnis des Sozialstaats wird zugrunde gelegt? Ist Rationierung tatsächlich unumgänglich? Stellt Rationierung eine Menschenrechtsverletzung dar? Welches Verständnis von Rationierung wird

// Seite 8 //

zugrunde gelegt? Welche Leistungen sind medizinisch nützlich, welche sind medizinisch notwendig? Welches Verständnis von Gesundheit und Krankheit wird zugrunde gelegt?³ Welche Verteilung ist gerecht? Welches Verständnis von Gerechtigkeit wird zugrunde gelegt?⁴

¹ Vgl. H. Tristram Engelhardt, Das Recht auf Gesundheitsversorgung, soziale Gerechtigkeit und Fairness bei der Verteilung medizinischer Leistungen – Frustration im Angesicht der Endlichkeit, in: Georg Marckmann / Paul Liening u.a. (Hg.), Gerechte Gesundheitsversorgung – Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen, Stuttgart 2003, 54-95, S. 72ff.

² Vgl. Alexander Dietz, Sozialstaatliches Handeln im Blick auf die Diskussion um Ressourcenallokation im Gesundheitswesen, in: Johannes Frühbauer / Michael Hörter u.a. (Hg.), Freiheit – Sicherheit – Risiko - Christliche Sozialethik vor neuen Herausforderungen, Münster 2009, S. 175-189.

³ Vgl. Alexander Dietz, Die Bedeutung der Begriffe Gesundheit und Krankheit für die Allokationsdiskussion, in: Wilfried Härle (Hg.), Ethik im Kontinuum, Leipzig 2008, S. 215-243.

⁴ Vgl. Alexander Dietz, Zum Begriff der Gerechtigkeit am Beispiel der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen, in: Bernhard Vogel (Hg.), Vom Rechte, das mit uns geboren ist – Aktuelle Probleme des Naturrechts, Freiburg 2007, S. 42-96.

Diese beispielhaft angeführten Fragen machen deutlich, dass es sich bei der Allokationsdiskussion um eine „Debatte über die ethischen Grundlagen des Staates“⁵ handelt. Es geht letztlich um die Frage, in was für einer Gesellschaft wir leben möchten bzw. was unsere Vorstellung des guten Lebens ist und dies setzt die Antwort auf die Frage voraus, wer wir (eigentlich) sind. Peter Dabrock formuliert pointiert, dass deutlich sei, „worum es in den Debatten über das Gesundheitssystem im eigentlichen geht und was auf dem Spiel steht: die Menschlichkeit des Menschen“⁶. Derzeit wird die Allokationsdiskussion durch die ökonomische Perspektive einseitig dominiert, doch Ulrich Körtner bemerkt zurecht, dass „die ganze Diskussion zu kurz greift, solange lediglich unter den Schlagworten der Rationalisierung und Rationierung nach der Effizienz, nicht aber nach dem Sinn des Ganzen gefragt wird“⁷. In der Tat setzt eine ethisch anspruchsvolle Auseinandersetzung mit dem Thema Ressourcenallokation im Gesundheitswesen zunächst eine Klärung der Fragen voraus, welches Verständnis von der Bestimmung des Menschen, der Aufgabe der Medizin, der Aufgabe der Politik und der Aufgabe der Wirtschaft man für angemessen hält, und in welchem Verhältnis diese Aspekte zueinander und zum Gesundheitswesen stehen.

Jede ethische Entscheidung, also auch jede Allokationsentscheidung im Gesundheitswesen, setzt (bewusst oder unbewusst) anthropologische Vorstellungen voraus. Die Frage nach der Bestimmung des Menschen stellt die Kernfrage der Anthropologie und das Bindeglied zwischen Anthropologie und Ethik dar. Sie wird je nach Menschenbild (religiös oder nicht religiös, naturalistisch oder idealistisch, individualistisch oder relational usw.) unterschiedlich beantwortet. Die Bestimmung kann nur innerweltlich oder auch außerweltlich, nur individuell oder auch menscheitsbezogen, nur physisch oder auch ethisch gedacht werden. Die an der theologischen Rechtfertigungslehre orientierte christliche Bestimmungsvorstellung ist multidimensional vermittelnd und kann besonders gut die Würde des schwachen und abhängigen Menschen aufzeigen und ein nüchternes Verhältnis zu Gesundheit (als Mittel und nicht als Selbstzweck) sowie zu Krankheit und Tod (als Teil des Lebens) begründen.

Werden Allokationsentscheidungen ohne eine vorherige Klärung der Aufgaben und Ziele der Medizin getroffen, so werden sie in gewissem Sinne blind getroffen. Ohne klare Vorstellungen von ihren Aufgaben und Zielen kennt die Medizin zudem keine Grenzen mehr, und es besteht die Gefahr, dass sie unangemessene Aufgaben übernimmt oder unangemessene Erwartungen weckt. Es ist zwischen den Aufgaben (Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation) und den Zielen (Beitrag zum Wohl des Einzelnen und zum Wohl der Gesellschaft) der Medizin zu unterscheiden. Die Medizin trägt zum Wohl des Einzelnen und zum Wohl der Gesellschaft bei, wenn sie dazu beiträgt, dass der Einzelne bzw. möglichst viele Menschen ihre Bestimmung erreichen können (durch die Förderung

// Seite 9 //

der Gesundheit und der Lebensqualität⁸, durch die Ermöglichung eines Lebens und Sterbens in Würde, durch die Erweiterung von Handlungsmöglichkeiten, durch die Förderung gesundheitsdienlicher Lebensbedingungen). Ein theologisch reflektiertes Gesellschaftsmodell

⁵ Monika Bobbert, Individuelle Rechte als Maßstab für eine gerechte Verteilung von Mitteln im Gesundheitswesen, in: Sigrid Graumann / Katrin Grüber (Hg.), Patient – Bürger – Kunde – Soziale und ethische Aspekte des Gesundheitswesens, Münster 2004, 163-196, S. 163.

⁶ Peter Dabrock, Capability-Approach und Decent Minimum – Befähigungsgerechtigkeit als Kriterium möglicher Priorisierung im Gesundheitswesen, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 45 (2001), 202-215, S. 211.

⁷ Ulrich H. J. Körtner, Gesundheit nicht um jeden Preis – Ziele und Kosten des medizinischen Fortschritts aus ethischer Sicht, in: Detlef Aufderheide / Martin Dabrowski (Hg.), Gesundheit – Ethik – Ökonomik – Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven des Gesundheitswesens, Berlin 2002, 51-75 S. 51f.

⁸ Vgl. Alexander Dietz, Was ist Lebensqualität?, in: Frank Martin Brunn / Alexander Dietz u.a. (Hg.), Menschenbild und Theologie – Beiträge zum interdisziplinären Gespräch, Leipzig 2007, S. 79-109.

widerspricht sowohl einer Sakralisierung der Medizin (Unterscheidung zwischen Heilung und Heil) als auch einer Medikalisation der Gesellschaft (begrenzter Zuständigkeitsbereich).

Der Politik-Bereich ist einer der Gesellschaftsbereiche, die einen Beitrag zur Erhaltung des menschlichen Lebens leisten, damit Menschen ihre Bestimmung erreichen können. Die verschiedenen Bereiche haben jeweils eine Hauptaufgabe, die sie nach ihren bereichsspezifischen Interaktionsregeln eigenständig durch die Erzeugung bestimmter Güter erfüllen. Da alle Bereiche letztlich demselben Ziel dienen und sich dabei gegenseitig ergänzen, können auftretende Widersprüche zwischen ihnen keinen absoluten Charakter haben. Die Politik hat die Aufgabe, die Rahmenbedingungen für ein Leben in Frieden und Würde zu schaffen. Sie ist verantwortlich dafür, nachvollziehbare gesetzliche Regelungen zur Ressourcenallokation im Gesundheitswesen zu schaffen, die sich am Kriterium der Beförderung eines Lebens in Frieden und Würde messen lassen müssen.

Der Gesellschaftsbereich Wirtschaft hat die wichtige Aufgabe, Ressourcen zur Sicherung des materiellen Lebensunterhalts bereitzustellen, auf die Menschen aufgrund ihrer leiblichen Existenz angewiesen sind (als Beitrag dazu, dass Menschen die Möglichkeit haben, ihre Bestimmung zu erreichen). Das Gesundheitswesen ist also im Blick auf seine eigenen politischen und medizinischen Ziele nicht als Bestandteil des Gesellschaftsbereichs Wirtschaft zu betrachten. Gleichwohl hat das Gesundheitswesen eine wirtschaftliche Dimension insofern, als darin knappe Ressourcen zur materiellen Bedürfnisbefriedigung eine Rolle spielen und Menschen mit diesen Ressourcen auf irgendeine Weise umgehen (bzw. sachverständig umgehen sollten). Eine fehlende Differenzierung zwischen dem Gesellschaftsbereich Wirtschaft und der wirtschaftlichen Dimension in anderen Gesellschaftsbereichen leistet den ideologischen Gefahren des Ökonomismus sowie der Ökonomisierung Vorschub.

Die Begriffe Ökonomismus und Ökonomisierung sollten nicht als Kampfbegriffe einer wirtschaftsfeindlichen Ideologie bzw. als grundsätzliche Angriffe gegen Ökonomie oder Ökonomie verwendet bzw. missverstanden werden. Vielmehr bezeichnen sie lediglich bestimmte Fehlentwicklungen. Der Begriff Ökonomismus kennzeichnet Sichtweisen und darauf beruhende Entwicklungen, nach denen der Gesellschaftsbereich Wirtschaft nicht mehr als ein gleichwertiger Teil des gesellschaftlichen Ganzen betrachtet wird, sondern entweder erstens als der maßgebliche Teil oder zweitens als unabhängiger Teil und Selbstzweck oder drittens gar als das Ganze. Alle diese Sichtweisen führen zu einer problematischen gesellschaftlichen Dominanz des Wirtschaftsbereichs, die vielfach wahrgenommen wird. Von Ökonomisierung im Gesundheitswesen kann dann gesprochen werden, wenn die wirtschaftlichen Aktivitäten im Gesundheitswesen (effizienter Umgang mit bestimmten Ressourcen) nicht mehr als Mittel zur Beförderung des Ziels einer guten Gesundheitsversorgung angesehen

// Seite 10 //

werden, sondern eine Eigendynamik entwickeln in der Weise, dass zunächst ökonomische Begriffe und Denkweisen das ganze System durchdringen (der Arzt wird zum Unternehmer bzw. Manager, der Patient zum Kunden bzw. Mittel der Gewinnmaximierung, Gesundheit zum kommerziellen Gut), dass weiterhin Gesundheitsökonomien und -manager ihre ökonomischen Methoden nicht den spezifischen Bedürfnissen des Gesundheitswesens anpassen und ihre Tätigkeit nicht den Zielen des Gesundheitswesens unterordnen, sondern dem Gesundheitswesen und ihren Einrichtungen ökonomische Ziele vorgeben (Geld erwirtschaften, Sparen), und dass schließlich medizinische Entscheidungen nach ökonomischen Kriterien getroffen werden unter Inkaufnahme eines medizinischen Qualitätsverlusts (z.B. medizinisch nicht angezeigte Verweildauerverkürzung im Krankenhaus).

So wie es im Blick auf die Wirtschaft insgesamt sowohl eine Ideologie der pauschalen Ökonomiefeindlichkeit als auch eine Ideologie des Ökonomismus gibt, so gibt es im Blick auf den Markt als Kernelement unserer spezifischen Wirtschaftsordnung sowohl eine Ideologie pauschaler Marktfeindlichkeit als auch eine Ideologie des Marktradikalismus. Als ideologisch marktradikal bezeichne ich eine Anschauung, die blind auf die überragende Effizienz des Marktes für Wohlstand und Entwicklung und auf die quasi-naturgesetzlich vorgestellten Selbststeuerungskräfte des Marktes vertraut und darum ohne nähere Betrachtung der jeweiligen konkreten Umstände stets dieselbe ökonomische Empfehlung geben zu können glaubt, nämlich: mehr Markt, weniger Regulierung, mehr Privatisierung. Einer der Väter der Sozialen Marktwirtschaft, der Ökonom Alexander Rüstow, sprach in diesem Zusammenhang vom „Evangelium des Vulgärliberalismus“, das lautet: „Trachtet am ersten nach dem Reiche der freien Wirtschaft und nach ihrer Marktgerechtigkeit, so wird euch alles andere zufallen“⁹, und wies damit auf den ideologisch-pseudoreligiösen Charakter marktradikaler Anschauungen hin.

Ob es sinnvoll und wünschenswert ist, die Steuerung des Umgangs mit bestimmten Gütern dem Markt zu überlassen, muss im konkreten Einzelfall genau geprüft werden. Das „Gut Gesundheit“ ist kein ökonomisches, sondern ein konditionales oder transzendentes Gut. Demgegenüber sind „Gesundheitsgüter“ als diejenigen Waren und Dienstleistungen, die der Gesundheitsversorgung dienen, durchaus ökonomische Güter (darum gibt es eine wirtschaftliche Dimension im Gesundheitswesen). Ob diese ökonomischen Güter jedoch zu denjenigen gehören, bei denen man die Steuerung des Umgangs mit ihnen dem Markt überlassen sollte, hängt wiederum davon ab, ob es sich um Güter handelt, bei denen ökonomische Gründe dagegen sprechen (öffentliche Güter) oder bei denen gesellschaftliche Gründe dagegen sprechen (meritorische Güter). Gegen eine Allokation von Gesundheitsgütern durch den Markt spricht zwar weniger ihr (seltener) Charakter eines öffentlichen Gutes im engen ökonomischen Sinne, aber dafür ihr (häufiger) Charakter eines meritorischen Gutes. Die Frage, ob die Steuerung des Umgangs mit bestimmten Gütern dem Markt überlassen werden sollte, ist jedoch zu unterscheiden von der Frage, ob bei der Steuerung des Umgangs mit bestimmten

// Seite 11 //

Gütern durch eine andere Instanz (z.B. durch den Staat) marktwirtschaftliche Steuerungsinstrumente verwendet werden sollten.

Die Effektivität und die Effizienz des deutschen Gesundheitswesens sind besser als ihr Ruf, gleichwohl besteht in einzelnen Bereichen Rationalisierungspotential. Eine (oft behauptete) Kostenexplosion hat bisher – wenn man nüchtern die Zahlen betrachtet – nicht stattgefunden, vielmehr ist der Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt in den letzten dreißig Jahren nahezu konstant geblieben. Beitragssatzsteigerungen haben ihre Ursache darin, dass die Einkommen der Menschen, welche die GKV durch ihre Beiträge finanzieren, einen immer geringer werdenden Anteil des Bruttoinlandsprodukts ausmachen. Selbst wenn es zutrifft, dass das Reden von einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen nicht angemessen ist und dass die Effekte des demographischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts häufig überschätzt werden, so lässt sich auf der anderen Seite nicht leugnen, dass ein zunehmender Kostendruck im Gesundheitswesen vorliegt. Dies wird daran deutlich, dass der Anteil des BIP, den die gesetzlichen Krankenkassen zur Erfüllung ihrer Aufgaben verwenden, zwar konstant blieb, aber, um dies zu erreichen, immer neue massive Kostendämpfungsmaßnahmen notwendig wurden, die wiederum u.a. zu einer Überlastung medizinischen Personals, zum Aufschub notwendiger Investitionen sowie zu verdeckter

⁹ Alexander Rüstow, Das Versagen des Wirtschaftsliberalismus [1945], Marburg 2001, S. 90.

Rationierung führten. Wesentliche Ursachen für den dauerhaft wachsenden Kostendruck liegen in einer Zunahme der stationären Behandlungskosten (aufgrund neuer, häufig mit teuren Geräten verbundener Behandlungsmöglichkeiten sowie aufgrund der notwendig hohen Personalintensität), in einer Zunahme der Arzneimittelkosten (die in erster Linie den Gewinninteressen der Pharmaindustrie geschuldet ist) sowie in bestimmten politischen Entscheidungen (besondere Belastung des Sozialversicherungssystems durch die Einbeziehung der Bürger der neuen Bundesländer sowie durch die arbeitsmarktpolitischen Folgen wirtschafts- und finanzpolitischer Fehlentscheidungen im Zuge der Wiedervereinigung, Instrumentalisierung des Sozialversicherungssystems zum konfliktlosen Arbeitsplatzabbau und zur Kompensation von Haushaltslöchern, Belastung der Krankenkassen mit versicherungsfremden Leistungen, Einführung der Pflegeversicherung). Entgegen interessengeleiteten Behauptungen ist die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens im Sinne einer über eine Grundversorgung deutlich hinausgehenden Gesundheitsversorgung aller Bürger in Deutschland durchaus möglich. Eine Finanzierungsreform, die alle Bevölkerungsgruppen und Einkommensarten für die solidarische Finanzierung der GKV in die Pflicht nimmt (und eine damit verbundene Schwächung der PKV), wäre hier sinnvoll. Das Ausschöpfen von Rationalisierungspotential ist zusätzlich wünschenswert. Dabei darf keinesfalls das Ziel der Effizienz mit dem Ziel des Kosten-Sparens verwechselt werden. Individuell bzw. betriebswirtschaftlich effizientes Verhalten ist nur unter bestimmten Voraussetzungen volkswirtschaftlich effizient. Hier gilt es, die richtigen Anreize für Krankenkassen, Leistungserbringer, Leistungsempfänger (nur eingeschränkt sinnvoll) und Gesundheitsgüter-Versorger zu setzen (insbesondere bei Letzteren sollte der Gesetzgeber durch eine Kürzung der Patent-

// Seite 12 //

schutzdauer und eine verstärkte Zulassungsregulierung ansetzen, um Anreize für bzw. gegen bestimmte Forschungsschwerpunkte zu setzen). Für Rationalisierungsmaßnahmen spielen Kosten-Nutzen-Bewertungen eine Rolle. Hier sind die jeweiligen ethischen Implikationen sowie die vorausgesetzten Kostenbegriffe und Nutzenbegriffe der unterschiedlichen Verfahren zu reflektieren. Eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem Utilitarismus ist an dieser Stelle unvermeidbar. Für Kosten-Nutzen-Rechnungen im Kontext der Allokationsdiskussion ist insbesondere die Unterscheidung zwischen individuellen und statistischen Menschenleben zentral. Das Ergebnis ökonomischer Analysen darf nur als ein Gesichtspunkt unter mehreren in die politische Entscheidungsfindung bei Allokationsfragen einfließen.

Der Begriff Rationierung wird in der Allokationsdiskussion in sehr unterschiedlicher Weise verwendet. Die verschiedenen Begriffsverwendungen (weite ökonomische Definition, enge ökonomische Definition, Leistungsbeschränkungsdefinition, Rationalisierung, Triage, Priorisierung) führen zu verschiedenen Antworten auf die Fragen nach der Vermeidbarkeit und der Akzeptierbarkeit von Rationierung, was mitunter in strategisch-verwirrender Absicht ausgenutzt wird. Weite ökonomische Definitionen verstehen Rationierung als Allokation begrenzter Ressourcen durch institutionelle Regelungen, danach wird der Begriff Rationierung synonym zum Begriff Ressourcenallokation verwendet.¹⁰ Nach einer solchen Definition ist Rationierung unvermeidbar, da sie dann zu den grundlegenden Bedingungen des Lebens in einer Welt mit begrenzten Ressourcen gehört. Die Feststellung der Unvermeidbarkeit einer Allokation der begrenzten Ressourcen, die im Blick auf die Allokationsdiskussion im Gesundheitswesen oft mit dem Verweis darauf veranschaulicht wird, dass der Arzt nicht unendlich viel Zeit für jeden Patienten zur Verfügung habe, ist

¹⁰ Vgl. Thomas Kopetsch, Zur Rationierung medizinischer Leistungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden 2001, S. 73.

trivial. Eine solche Rationierungsdefinition wird in der Rationierungsdiskussion oft strategisch verwendet, um die Diskussion über die Frage der Vermeidbarkeit von Rationierung abzublocken. Vertretern der Position, dass Rationierung vermeidbar sei, wird durch die Verwendung einer weiten ökonomischen Definition unterstellt, sie könnten ihre Position nur vertreten, weil sie keine Ahnung von ökonomischen Grundbegriffen hätten. Der nächste Schritt einer solchen Argumentationsstrategie besteht in der Regel darin, festzustellen, dass nun, da fest stehe, dass Rationierung unvermeidbar sei, nur noch über die Kriterien der Leistungsbeschränkungen im Gesundheitswesen gesprochen werden müsse, d.h. es wird stillschweigend ein Wechsel von einer weiten ökonomischen Definition zu einer Leistungsbeschränkungsdefinition von Rationierung vollzogen, wobei die Frage nach der Unvermeidbarkeit von Rationierung im Blick auf die Leistungsbeschränkungsdefinition nicht diskutiert wurde.

Enge ökonomische Definitionen verstehen Rationierung als staatliche Zuteilung begrenzter Ressourcen¹¹ (meist ergänzt durch weitere Nebenbedingungen). Das Standardbeispiel zur Veranschaulichung eines solchen Rationierungsverständnisses sind Lebensmittelkarten, die der Staat in Kriegszeiten an die Bevölkerung ausgibt. Nach engen ökonomischen Definitionen ist Rationierung zwar außerhalb des Marktes unvermeidbar, aber grundsätzlich durch Privatisierung durchaus ver-

// Seite 13 //

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

Leistungsbeschränkungsdefinitionen, die im Blick auf die Begriffsverwendung in der deutschen Diskussion angemessen sind, verstehen Rationierung als Vorenthaltung medizinisch notwendiger Leistungen im Gesundheitswesen. Wenn eine Leistungsbeschränkungsdefinition vorausgesetzt wird, ist Rationierung aus Sicht der meisten ethischen Ansätze (und im Blick auf die deutsche Rechtslage) etwas Negatives, und es besteht eine ethische Pflicht zur Vermeidung von Rationierung, sofern dies möglich ist. Die Antwort auf die Frage, ob Rationierung vermeidbar ist, hängt bei Leistungsbeschränkungsdefinitionen davon ab, wie eng der Begriff der medizinischen Notwendigkeit gefasst wird, ob man die These einer wesenhaft unersättlichen Nachfrage nach Gesundheitsgütern für plausibel hält und wie viele Ressourcen der Staat (im Verhältnis zu seinen anderen Aufgaben) in das Gesundheitswesen investieren möchte. Wirklich unvermeidbar ist Rationierung im Sinne einer Leistungsbeschränkungsdefinition eigentlich nur in Fällen absoluter Knappheit

¹¹ Vgl. Hartmut Kliemt, Budgetierung, Standardisierung, Priorisierung, in: Bettina Schöne-Seifert / Alena M. Buyx u.a. (Hg.), Gerecht behandelt? – Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen, Paderborn 2006, 91-106.

(Transplantationsmedizin, Triage). Einzelne definieren Rationierung auch als Verzicht auf nicht notwendige Leistungen. Aber dieser Sachverhalt sollte entsprechend dem üblichen Sprachgebrauch besser als eine Form von Rationalisierung bezeichnet werden.

Rationierung steht in der Regel in einem argumentativen Zusammenhang mit Knappheit. Von der Verwendungsweise des Knappheits-Begriffs (allgemeine Knappheit, konkrete absolute Knappheit, konkrete relative Knappheit) hängt die Antwort auf die Frage nach der Überwindbarkeit von Knappheit ab. Ein für die Allokationsdiskussion in Deutschland angemessenes Knappheitsverständnis sollte von der prinzipiellen Überwindbarkeit ausgehen. Die Wünschbarkeit der Überwindung von Knappheit in einer konkreten Situation hängt wiederum von der Einschätzung der Legitimität von Bedürfnissen sowie den Opportunitätskosten ab. Rationierung im Sinne der Vorenthaltung medizinisch notwendiger Leistungen findet im deutschen Gesundheitswesen derzeit faktisch statt, wäre

// Seite 14 //

allerdings vermeidbar (bei einem angemessenen Verständnis von Bedarf und Nachfrage sowie medizinischer Notwendigkeit). Unabhängig davon ist eine ethische Reflexion möglicher Rationierungskriterien grundsätzlich sinnvoll, und zwar aus drei Gründen: erstens wird diese Diskussion in Fachkreisen aktuell intensiv geführt, wobei ethische Gesichtspunkte gegenüber gesundheitsökonomischen häufig vernachlässigt werden, zweitens findet verdeckte Rationierung permanent bereits statt (was lediglich die Diskussion, nicht die Rationierung an sich rechtfertigt), und drittens sind zukünftige Konstellationen denkbar, in denen Rationierung unvermeidbar oder sinnvoll sein könnte, und dann nach nachvollziehbaren und ethisch akzeptablen Kriterien erfolgen sollte. Es kann unterschieden werden zwischen patientenbezogenen (weitgehend ungeeignet), medizinischen (vorzugswürdig, aber ethisch ergänzungsbedürftig im Blick auf Vorstellungen von Bestimmung, Lebensqualität, Gesundheit und Krankheit usw.), politischen (Innovationsbegrenzung als empfehlenswerter Ansatz) und ökonomischen (Differenzierung zwischen Effizienz als Rationalisierungskriterium und als Rationierungskriterium) Rationierungskriterien. Grundsätzlich gilt aus ethischer Sicht, dass Rationierungsentscheidungen (im Blick auf Gerechtigkeit, Menschenwürde, Arzt-Patienten-Beziehung u.a.) auf möglichst hohen Allokationsebenen erfolgen sollten, also möglichst nicht am Krankenbett.