



FRANKFURTER FORUM ■ DISKURSE



Heft 3
April 2011
ISSN 2190-7366

Priorisierung, Rationierung – begriffliche Abgrenzung

FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen



Ziele

Das Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen will zentrale Fragen in der Gesellschafts- und Gesundheitspolitik mit führenden Persönlichkeiten aus Politik, Wissenschaft und Gesellschaft diskutieren und versuchen, darauf Antworten zu geben. Die unterschiedlichen ethischen, medizinischen, ökonomischen, politischen und rechtlichen Standpunkte sollen transparent und publik gemacht werden. Anregungen und Handlungsempfehlungen sollen an die Entscheider in Politik und Gesundheitssystem weitergegeben werden, um so an dessen Weiterentwicklung mitwirken zu können.



Heft 3
April 2011
ISSN 2190-7366

FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen

Inhalt

Die Debatte über den Umgang mit Knappheit
ist ethisch geboten 4

Priorisierung, Rationierung – Begriffliche Abgrenzung

BETTINA SCHÖNE-SEIFERT

**Müssen die ethischen Grundsätze
unserer Gesellschaft modifiziert werden?** 6

VOLKER ULRICH

**Erschließung von Rationalisierungsreserven
im deutschen Gesundheitswesen** 14

STEFAN HUSTER

**Juristische Implikationen für Entscheidungsverfahren
und Entscheidungsmaßstäbe** 28

WOLFGANG ZÖLLER

**Hilft ein Patientenrechtegesetz bei
der medizinischen Versorgung der Menschen?** 38

Weder das „Ob“ noch das „Wie“ von Priorisierung
und Rationierung sind konsensfähig 42

Die Debatte über den Umgang mit Knappheit ist ethisch geboten

GU DRUN SCHAICH-WALCH, STAATSSSEKRETÄRIN A.D. | DR. JÜRGEN BAUSCH



Breiter Wohlstand in fast allen Bevölkerungsschichten und stets wachsender medizinischer Fortschritt lässt uns alle älter werden. Eine gewünschte Entwicklung. Aber damit stellt sich immer drängender die Frage, wie zum Beispiel in 10 Jahren, wenn die Morbidität der geburtenstarken Jahrgänge zunimmt und gleichzeitig die Zahl der aktiv Beschäftigten abnimmt, die notwendige medizinische Versorgung für alle auf neuestem Stand der Wissenschaft und Technik organisiert und bezahlt werden kann.

Gefordert wird eine gerechte und sozialverträgliche Finanzierung und Versorgung von allen für alle. Das von der Politik suggerierte unbegrenzte Leistungsversprechen, das nebenbei bemerkt so nicht dem SGB V entspricht, führt in die falsche Richtung. Auch der gängige Hinweis auf vorhandene Rationalisierungsréserven alleine wird wenig hilfreich sein, die kommenden Finanzierungsprobleme zu lösen. Der sich abzeichnende Mangel an Personal im Gesundheitswesen wird zu einem Kostenschub führen unabhängig von der demographischen Entwicklung und dem medizinischen Fortschritt.

Bereits jetzt vorhandene personelle Engpässe bei Ärzten in Kliniken und Landpraxen, bei Schwestern in Krankenhäusern und in der Krankenpflege und bei den Pflege-

berufen für die stationäre und ambulante pflegerische Versorgung lassen Besorgnisse für die künftige Sicherstellung dieser Dienstleistungen aufkommen. Kostensteigerungen sind unausweichlich und hängen eng mit der Frage zusammen, wie denn die künftige Gesundheitsversorgung aussehen soll.

Die Kostendynamik in der GKV wird nicht nachhaltig durch Kostendämpfung, Beitragserhöhung oder Verbreiterung der Einnahmehasis – sei es durch Steuern oder die „Bürgerversicherung“ – bewältigt werden können. Diese Maßnahmen werden sich als notwendig erweisen und dennoch nur eine Atempause verschaffen. Diese Atempause sollte dringend genutzt werden, um die entscheidende Frage: „Wie stellen wir uns die Gesundheitsversorgung der Zukunft vor, und was sind wir als Gesellschaft bereit, dafür aufzuwenden?“ Breit und ehrlich mit allen möglichen Auswirkungen muss diese Zukunftsfrage diskutiert werden.

Es ist ja nicht so, dass nicht seit Jahren in der Politik immer wieder über das medizinisch Notwendige und seine Finanzierung diskutiert wird. Es wurden auch Entscheidungen getroffen, die die Ausgestaltung des Leistungskatalogs betreffen. Erinnerung sei beispielhaft an den Auftrag zur Überarbeitung des Leistungskatalogs an den Gemeinsamen Bundesausschuss oder die Heraus-

nahme der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel (ausgenommen Kinder) aus der GKV-Erstattung. War das Rationalisierung – Priorisierung – oder mehr? Das gilt auch für die weitgehende Privatisierung bei der Kostenübernahme für Zahnersatz.

Die damalige Entscheidung bei den OTC-Präparaten hatte nichts mit dem Nutzen der Arzneimittel zu tun. Es war in der Abwägung des medizinisch Notwendigen, der Wirtschaftlichkeit und der Sozialverträglichkeit eine Priorisierung (Entscheidung) zu Gunsten anderer notwendigerer Leistungen und der Stabilisierung der GKV-Finzen notwendig.

Vor einer offenen Diskussion dieser Fragen schreckt die Politik zurück, weil jede Kürzung des Leistungsumfanges der Versorgungssysteme Wählerstimmen kostet. Politiker scheuen die Diskussion über eine Priorisierung, weil sie dafür am Wahltag abgestraft werden können. Gleichwohl findet diese an verschiedenen Stellen statt und sie wird zunehmend – politische Entscheidungen vorwegnehmend – stattfinden müssen. Leider wird die Diskussion über Priorisierung oft mit Rationierung gleichgesetzt und als unethisch abgelehnt. Die Frage: was ist zu tun, wenn wir im Gesundheitswesen Knappheit bekämen?, wird nicht formuliert, geschweige denn transparent und öffentlich gestellt. Die Entscheidung darüber, ob eine me-

dizinische Leistung erbracht wird oder nicht, fällt in der Arztpraxis und immer mehr Ärzte/innen fühlen sich mit dieser Entscheidung von der Politik alleine gelassen. Und immer mehr Patienten und Versicherte sind verunsichert.

Nach intensiver Diskussion hat das Kuratorium beschlossen, sich der Frage der medizinischen Versorgung auch unter dem Gesichtspunkt der Priorisierung zu stellen. Wir glauben, dass es ethisch ist, darüber zu diskutieren, solange dies nicht im Zeichen der Knappheit geschieht. Wir halten es für unethisch, mit der Diskussion erst dann zu beginnen, wenn Knappheit uns dazu zwingt. Es ist auch notwendig, weiterhin daran zu arbeiten, alle denkbaren Rationalisierungsreserven zu heben. Auch dies ist eine ethische Notwendigkeit. Darüber, wie man eine solche Debatte verantwortungsvoll führen kann, welche Grundsätze zu beachten sind, das war Gegenstand unserer Herbstveranstaltung 2010, die sich in dieser dritten Ausgabe des Frankfurter Forums widerspiegelt. Im Frühjahr 2011 wird es spannend, wenn dann über Konkretisierungen gesprochen werden muss. Die Verantwortung, die wir mit dem Beginn der Debatte übernommen haben, ist leistbar und die notwendige Transparenz ist gegeben.

Kontakt:

Dietmar Preding | Health Care Relations | Mozartstrasse 5 | 63452 Hanau | E-Mail: dp-healthcarerelations@online.de

Priorisierung, Rationierung – Müssen die ethischen Grundsätze unserer Gesellschaft modifiziert werden?

PROFESSOR DR. BETTINA SCHÖNE-SEIFERT, UNIVERSITÄT MÜNSTER



In ethischen, rechtlichen und politischen Debatten um die Gestaltung von Gesundheitswesen unterscheidet man sinnvoller Weise zwischen Finanzierungs- und Ausgabenseite. Natürlich hängen letztlich beide Dimensionen vielfältig miteinander zusammen: je größer das Finanzvolumen, desto mehr lässt sich ausgeben; je berechtigter die Ausgaben, desto größer vielleicht die Zahlungsbereitschaft. Aber die genuinen Fairnessüberlegungen beider Seiten lassen sich deutlich voneinander unterscheiden: Während es auf der einen Seite um Fragen der Erwünschtheit und dann der Ausgestaltung eines öffentlich finanzierten Versorgungssystems geht, stehen auf der anderen Seite Verteilungsfragen innerhalb eines – so oder so – bezahlten Leistungssystems im Vordergrund.

Dass Deutschland, wie so viele andere Staaten, ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem haben bzw. beibehalten will, kann hier vorausgesetzt werden. Dahinter steht die weit geteilte Überzeugung, dass das Erhalten und Wiederherstellen von Gesundheit, die Linderung von Schmerzen und Funktionseinschränkungen sowie die Verhinderung eines vorzeitigen Todes zu denjenigen Leistungen gehören, die von besonderer Wichtigkeit sind. Gesundheit nämlich wird für sich selbst als wertvoll empfunden; Krankheiten und Behinderungen machen die Verwirklichung vieler Lebenspläne schwierig oder unmöglich; und schließlich ist die Sicherheit, im Falle zukünftiger Erkrankungen ohne Rücksicht auf die eigene Zahlungsfähigkeit medizinisch versorgt zu werden, für die meisten Menschen schon in gesunden Tagen außerordentlich beruhigend. Diese dreifache Bedeutung bedarfsgerechter Krankenversorgung ist ein überzeugender Grund dafür, auch weiterhin an einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem festzuhalten. Die deutsche Gesundheitspolitik debattiert seit Jahrzehnten die Ausgestaltung dieser Finanzseite – Stichworte: Kopfpauschale oder Bürgerversicherung – im Folgenden aber wird es fast ausschließlich um die Ausgabenseite gehen.

Da nun lautet die zentrale Frage, nach welchen Kriterien Leistungen angeboten bzw. vorenthalten werden sollen, wenn relative Mittelknappheit herrscht. Dass diese herrscht oder herrschen wird – dass also nicht alles bezahlbar ist, was in paradiesischen Überflussverhältnissen angeboten werden könnte – ist die Grundvoraussetzung für Verteilungsprobleme. Mittelknappheit im Bereich medizinischer Ressourcen besteht in begrenztem Umfang schon jetzt und wird aufgrund absehbar steigender Kran-

Medizinischer Fortschritt demographischer Wandel

→ Medizin unter Kostendruck

Optionen:

- Mehr Geld ins System
- Unsinniges unterlassen („futility“)
- Unerwünschtes unterlassen
- Wirtschaftlichkeitsreserven ausschöpfen
- Leistungen begrenzen

Quelle: Schöne-Seifert



Der Kostendruck im Medizinsystem, so die landläufige Annahme von Gesundheitsökonomern, wird weiter zunehmen.

kenversorgungskosten, so die Standardauffassung unter Gesundheitsökonomern, zukünftig zunehmen. Zwei Faktoren treiben aller Voraussicht nach die Kosten in die Höhe: die demographische Entwicklung mit einer altersbedingt steigenden Krankheitslast einerseits und der medizinische Fortschritt andererseits, der das Spektrum dessen, was irgendwie medizinisch nützlich ist, stetig erweitert.

Etwas von den Auswirkungen dieser Knappheit spürt man schon jetzt. Zwar muss hierzulande bisher niemand nur aus Kostengründen sterben oder unter schwereren Krankheiten leiden, die man nicht behandelt. Doch mehr und mehr zeigen sich die Anzeichen dafür, dass die Versorgungsqualität aus Gründen relativer Mittelknappheit an verschiedenen Stellen suboptimal ist: Pflegenotstand, lange Wartezeiten oder nur noch zweitbeste Medikamente gehören auch in Deutschland zum Alltag. Besorgnis erregen auch zunehmende Berichte über Auseinandersetzungen zwischen verordnenden Ärzten und den Medizinischen Diensten der Krankenkassen darüber, was in konkreten Fällen medizinisch „notwendig“ sei – Auseinandersetzungen, die nicht selten mit Leistungstreihungen für die Patienten und mit Regressforderungen gegenüber den verschreibenden Ärzten ausgehen.

Auch die Einrichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses, der seit einigen Jahren darüber zu entscheiden hat, welche neuen Maßnahmen in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden, ist natürlich eine Reaktion auf den relativen Kostendruck im Medizinsystem. Was wir brauchen, ist eine offene und kritische Diskussion über die Notwendigkeit von Leistungseinschränkungen und über die dafür geeigneten Kriterien. Dabei muss es vor allem um Fairness

gehen. Doch zuerst braucht man eine Einigung über die angemessenen Begriffe.

Begriffe

Zunächst versteht man unter Rationalisierung im Allgemeinen das Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven, ohne dass dadurch die Versorgungsqualität für irgend einen der Betroffenen abgesenkt würde. Rationalisierungsmaßnahmen, so verstanden, sind offenkundig ethisch unproblematisch, wenn nicht gar zu fordern.

Wenn es hingegen um Leistungsbegrenzungen geht, ist bereits die Terminologie, besonders in Deutschland, notorisch strittig. Der politisch korrekte Begriff für das Thema der entsprechenden Debatten ist gegenwärtig Priorisierung, während es, so hört man allenthalben, um Rationierung, nicht gehe und auch nicht gehen dürfe.

Nach anderer Ansicht, der ich selbst zuneige, ist Priorisierung, – d.h. das Erstellen von Ranglisten nach bestimmten Gesichtspunkten – zwar für sich genommen ein Akt des bloßen Ordnen, während Rationierung eine Form handfester Leistungsbegrenzung ist. Doch wenn Prioritäten unter der Bedingung von Knappheit und mit der daraus resultierenden Absicht der Kostenersparnis erstellt werden, geht es letztlich um Posteriorisierung – also um die Einschränkung oder Begrenzung bestimmter medizinischer Leistungen durch Zurückstellen in der Wichtigkeitsrangfolge. Nichts anderes aber ist Rationierung, jedenfalls wenn man sich dem überwiegenden angloamerikanischen Sprachgebrauch anschließt. Dort nämlich werden ganz allgemein Leistungsbegrenzungen aus Kostengründen als rationing, also Rationierung bezeichnet, ohne dass dadurch

etwas über den Rang der limitierten Güter gesagt sei. In Deutschland wird der Rationierungs-Begriff demgegenüber häufig viel enger verstanden – nämlich so, dass es dabei klarerweise um das (natürlich aus jeder Perspektive unerwünschte) Vorenthalten lebensrettender oder anderer elementar wichtiger Maßnahmen aus Kostengründen gehe. Daher gilt der Begriff hier als „dirty word“. Diese begrifflichen Streitereien könnte man lächelnd übergehen und einfach den klaren Begriff der Leistungsbegrenzung benutzen. Doch sollte man im Auge behalten, dass gegenwärtige Priorisierungsanstrengungen und -diskussionen erstens auf Kostenersparnis abzielen und zweitens exakt dieselben Fairnessfragen stellen, wie es die schon länger dauernde Rationierungsdebatte angloamerikanischer Provenienz tut.

Weitere wichtige Unterscheidungen sind diejenige zwischen impliziter (verdeckter) und expliziter (transparenter) Rationierung sowie zwischen systematischen und Ad-hoc-Kriterien und zwischen zentralen und dezentralen Rationierungsentscheidungen. Eine Budgetkürzung etwa, in deren Folge Ärzte individuell über Leistungsbegrenzungen entscheiden müssen, ohne dass dieses Resultat politisch angekündigt oder zugegeben würde, wäre eine implizite Rationierung nach dezentralen Ad-hoc-Kriterien – der Arzt muss nach eigenem Bauchgefühl Leistungen zuteilen bzw. vorenthalten. Diese Variante des muddling through, d.h. des „Durchwurschtelns“ ist politisch natürlich vergleichsweise bequem, (rechts-)ethisch aber mehr als fragwürdig, da sie zu unfairen Ergebnissen führt, den Bürgern die Möglichkeit der Kritik und Einflussnahme verwehrt und die Ärzte in eine missliche Situation bringt, wovon noch die Rede sein wird.

Lassen sich Leistungsbegrenzungen vermeiden?

Wenn die These von den potentiell stetig steigenden Kosten zutrifft, können grundsätzlich mehrere Optionen gewählt werden: Der nächstliegende Vorschlag ist der, einer Ressourcenknappheit mit konsequenter Rationalisierung zu begegnen bzw. vorzubeugen (häufig benannte Kandidaten: zu hohe Anzahl von Apotheken; zu wenig Qualitätssicherung in der spezialisierten ambulanten und stationären Versorgung). Daran wird gearbeitet. Doch auch wenn es hier theoretisch wohl noch beträchtliche Potenziale gibt, sind diese Probleme in der Praxis schwer zu beheben und können oft nur langsam realisiert werden. Zugleich ändert sich nichts an den vielfältigen Ursachen der Ausgaben-

steigerung im Gesundheitswesen, so dass die Ressourcen, die durch Rationalisierung (einmalig) freigesetzt werden, durch die weitere Kostensteigerung aufgebraucht werden. Es gilt daher als zweifelhaft, die Ressourcen-Knappheit allein mit optimaler Rationalisierung dauerhaft beheben zu können. Zudem besteht die Gefahr, mit dem Slogan „Rationalisierung statt Rationierung“ tatsächliche Leistungsminderungen zu kaschieren, weil sich die Grenze zwischen reiner Rationalisierung und beginnender Rationierung in der Praxis schwer ausmachen lässt. So wäre das Vermeiden von Doppeluntersuchungen bei eindeutigen Ergebnissen der jeweiligen Erstuntersuchung klarerweise eine Rationalisierung, bei diesbezüglichen Zweifeln aber eine Rationierung. Ähnliche Kategorisierungsprobleme kann es beim ressourcensparenden Einsatz preiswerterer Medikamente oder Materialien sowie bei der Berechnung von Betten- oder Personalkapazitäten geben.

Biomedizinischer Fortschritt, so eine andere Hoffnung, werde die Versorgung Kranker auf Dauer preiswerter machen. Anfänglich teure Medikamente (beispielhaft: Insulin) oder kostspielige Operationen (Beispiel: Herzchirurgie) könnten durch verbesserte Herstellungsverfahren oder routinemäßige Anwendung auf ein erheblich niedrigeres Preisniveau gebracht werden, so dass auf längere Sicht für den gleichen Preis mehr und bessere Leistungen erhältlich wären. Auch wenn diese Effekte grundsätzlich zugestanden werden können, gilt doch: Solche Preissenkungen sind in der Vergangenheit durch den erheblich breiteren – und mit Blick auf bessere Versorgung wünschenswerten – Einsatz der jeweiligen Innovationen wieder ausgeglichen worden. Es sei etwa an die bildgebenden Verfahren wie Computertomographien und Magnet-Resonanz-Tomographien erinnert, die zwar als Einzelleistung deutlich billiger geworden sind, inzwischen aber so viel häufiger eingesetzt werden als in ihrer jeweiligen Anfangsphase, dass es nicht zu Einspareffekten kommt.

Ferner sorgt die Innovations- und Fortschrittsdynamik der modernen Medizin dafür, dass kontinuierlich neue und zunächst überwiegend teure Maßnahmen in die klinische Routine bzw. auf den medizinischen Markt kommen. Wenn nicht grundsätzlich auf alle oder die meisten Neuerungen verzichtet werden soll, wird die Mittelknappheit ein Problem bleiben, für das eine einfache „technische Lösung“ nicht in Sicht ist.

Man könnte, so die nächste Option, mehr Geld ins System bringen. Das aber ist aus drei Gründen eher kein

realistischer Ausweg: Erstens ist die Gesundheitsversorgung nur eine der zahlreichen sozialen Unternehmungen, die auf der Makroebene miteinander um öffentliche Gelder konkurrieren. Was zusätzlich in die Medizin fließt, fehlt anderenorts, etwa in Bildung oder Verkehrssicherheit. Zweitens steht zwar nirgendwo festgeschrieben, welchen relativen Ressourcen-Anteil das öffentliche Gesundheitsbudget ausmachen sollte, doch scheint die Bereitschaft zu entsprechenden Beitragserhöhungen klein. Das könnte sich bei regelrechten therapeutischen Durchbrüchen – Alzheimer-Impfung oder Gewebeersatz bei degenerativen Erkrankungen – schlagartig ändern, nicht aber, solange es um das „normale Durchwurschteln“ handelt. Drittens schließlich müssten die Geldhähne absehbar immer wieder geöffnet werden, wenn denn die These vom stetig kosten-trächtiger werdenden medizinischen Fortschritt richtig ist. An wertenden Differenzierungen zwischen Medizin und anderen öffentlichen Aufgaben und zwischen wichtigen und weniger wichtigen Maßnahmen innerhalb der Medizin scheint kein Weg vorbeizuführen.

Einem anderen Vorschlag zufolge sollen medizinische Leistungsanbieter – insbesondere die pharmazeutische Industrie – die Mittelknappheit durch eine verantwortliche Preispolitik beheben. Tatsächlich legen in Deutschland, im Gegensatz zu den meisten anderen Ländern, die Hersteller die Preise für ihre pharmazeutischen Produkte bisher selbst fest. Durch eine Preisregulierung, wie sie zumindest in ersten Schritten für 2011 beschlossen wurde, werden hier gewiss erhebliche Einsparungen ermöglicht. Diese Möglichkeiten außer Acht zu lassen und stattdessen einer Rationierung das Wort zu reden, würde deren Befürworter in der Tat gewissermaßen zu Komplizen der Industrie auf Kosten der Patienten machen. Andererseits haben auch Länder mit zentral festgelegten Arzneimittelpreisen in ihrem Gesundheitswesen Knappheitsprobleme, wie sich dies bei steigender Krankheitslast und wachsenden Behandlungsoptionen ja auch nicht anders erwarten lässt. Zudem lässt sich der oben beschriebene Kompensationseffekt feststellen: Werden Arzneimittelpreise herabgesetzt, ändert sich häufig auch das Verschreibungsverhalten. Dies wirkt möglichen Einspareffekten entgegen.

Nicht selten wird die Hoffnung geäußert, Leistungsbegrenzungen ließen sich auf medizinisch gänzlich Unwichtiges begrenzen, so dass die Schmerzhaftigkeit und vermeintliche Unfairness genuiner Rationierungsmaßnahmen umgangen werden könnten. Es komme dann ledig-

Hypothetische Priorisierungsliste

konsensfähig
wichtig

- Lebensrettung (OPs, Infektionsbehandlung)
- Schmerzstillung

strittig

- Lebensverlängerung um 1 Monat?...
- Homöopathie mit Plazebo-Effekt?

medizinisch
entbehrlich

- Antibiose bei reinen Virusinfekten
- Verzicht auf wirkungsgleiche Generika

Quelle: Schöne-Seifert



Der Ansatz, Leistungsbegrenzungen auf vermeintlich medizinisch Unwichtiges zu begrenzen, versucht genuine Rationierung zu umgehen.

lich darauf an, „die Spreu vom Weizen zu trennen“ und erstgenannte, aber auch nur erstgenannte, zu posteriorisieren. Hier nun hängt alles davon ab, wie „Spreu“ oder Sinnlosigkeit verstanden werden. Fasst man hierunter allein das, was im strikten Sinne absehbar ohne jeden klinischen Nutzen ist, wird der Vorschlag kaum fruchten, da solche Maßnahmen, so darf man hoffen, denn doch selten erfolgen. Zählt man aber auch Behandlungen mit kleinem Nutzen dazu, so sind eben doch bereits Werturteile und ein Rationierungskriterium im Spiel.

Man könnte auch, so der letzte hier zu diskutierende Vorschlag, das Erfordernis künftiger Rationierung dadurch umgehen, dass man das gute bisherige Versorgungsniveau aufrechterhält, aber nicht noch steigert. Hier wird übersehen, dass auch ein „Einfrieren“ des medizinischen Fortschritts eine Form der Rationierung wäre – allerdings zulasten künftiger Patienten und Generationen. Dass sich aber das gegenwärtige Leistungspotential der Medizin nicht denen verdankt, die gegenwärtig davon profitieren, liegt bei genauerem Hinsehen ebenso auf der Hand wie die Tatsache, dass dadurch erhebliche Fairness-Probleme entstünden.

Aus den vorangehenden Überlegungen folgt wohl doch, dass in einer demokratischen Gesellschaft die Suche nach Kriterien oder Verfahren zur medizinischen Leistungsbegrenzung innerhalb des öffentlich bezahlten Gesundheitssystems unumgänglich ist. In Skandinavien, Großbritannien oder den Niederlanden hat man damit schon vor Jahren begonnen – Deutschland folgt nun hoffentlich

endlich nach, wenngleich die Politik sich mit diesem Gedanken noch kaum anfreunden kann.

Ärztliche Rationierung am Krankenbett

Dasjenige „Verfahren“, das durch die gegenwärtige Gesundheitspolitik schleichend zur Realität zu werden scheint, ist ein Delegieren der Zuteilungsentscheidungen an die Ärzte am Krankenbett.

Diese implizite Rationierung ist insofern bedenklich, als es um Entscheidungen geht, die nicht allein auf der Grundlage medizinischen Sachverstands getroffen werden können. Medizinischer Sachverstand ist natürlich eine notwendige Bedingung sowohl für die Erstellung konkreter Priorisierungslisten (nämlich bei der vergleichenden Beurteilung medizinischer Nutzenpotentiale) als auch bei der Behandlung von Patienten nach Maßgabe etablierter Zuteilungskriterien. Doch solche Kriterien bedürfen auch einer normativen Rechtfertigung, welche die Gesellschaft offen und transparent verantworten müsste. Diese Aufgabe wie einen schwarzen Peter den Ärzten zu überlassen, überfordert sie und muss zu idiosynkratischen und uneinheitlichen Verteilungsmustern führen. Schon dass erscheint, unter Fairness-Aspekten, indiskutabel; zudem würden Ärzte in Loyalitätskonflikte gestürzt und gar die Vertrauensgrundlage des Arzt-Patienten-Verhältnisses gefährdet werden. Aufmerksame Beobachter, beginnen zu registrieren, wie das ständig geforderte und beförderte ärztliche Kostenbewusstsein peu à peu auch das Sozialverhalten und die Grundeinstellungen der Ärzte negativ beeinflusst.

Richtig wäre, wenn Ärzte die ihnen zukommende Rolle als „Anwälte“ ihrer individuellen Patienten offen und durchgängig innerhalb des Rahmens gesellschaftlich vorgegebener und diskutierter Leistungsbereitschaft wahrnehmen könnten.

Kriterien fairer Leistungsbegrenzung

Jede Begrenzung irgendwie nützlicher medizinischer Leistungen innerhalb des öffentlich finanzierten Versorgungssystems bedeutet eine gewisse Interessenverletzung der Betroffenen und tut ihnen somit „weh“. Rechtfertigen lassen sich Leistungskürzungen gleichwohl mit Blick auf konkurrierende andere öffentliche Aufgaben und auf die mögliche Beschädigung der solidarischen Krankenversorgung durch ihre Überforderung – allerdings nur dann,

wenn die Kürzungen keine Fairness-Grundsätze verletzen. Diese letzte Forderung näher zu bestimmen, macht Aufgabe und Schwierigkeit der ethischen Rationierungs- oder Priorisierungsdebatten aus, wie sie in immer mehr Ländern geführt werden – in Deutschland, wie gesagt, erst seit wenigen Jahren und sehr zögerlich.

Das deutsche Sozialrecht gibt bei seinen Anweisungen zur Ausgestaltung der GKV-Leistungsansprüche vor: „Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“ (§12 Sozialgesetzbuch V). Dabei macht offenkundig der zweite Satz fehlende Notwendigkeit und fehlende Wirtschaftlichkeit zu zwei unabhängigen Ausschlusskriterien.

Doch was aus dem großen Pool der irgendwie nützlichen medizinischen Angebote zur notwendigen Versorgung gehört und was nicht, ist in weiten Bereichen offen und strittig und ist letztlich eine wertende Festlegung. Doch auch wann Unwirtschaftlichkeit vorliegt bleibt offen. Insbesondere wird nicht deutlich, ob dieses Kriterium lediglich bei Vorliegen gleich nützlicher Alternativen deren preiswertere zu wählen vorschreibt (Rationalisierungsgebot) oder ob sich so auch absolute Kostengrenzen rechtfertigen lassen und wenn ja, in welchen Grenzen und unter welchen Zusatzbedingungen. Damit ist die (Rechts-) Ethik auf den Plan gerufen.

Hier nun sind einige Implikationen des Fairnessgebots, die international unstrittig sind: Leistungsbeschränkungen dürfen nicht den Grundsatz der Gleichbehandlung verletzen und daher nicht auf der Grundlage

- (1) rein persönlicher, patientenbezogener Merkmale erfolgen. Geschlecht oder gesellschaftlicher Status, Beruf oder Vermögen sind damit keinesfalls vertretbare Kriterien für Rationierungsentscheidungen. Aber auch:
- (2) verhaltensbezogene Parameter wie Lebensstil oder Vorbestrafungen, Mitverschulden oder sogar die erwartbare klinische Mitarbeit (compliance) werden als Zuteilungskriterien ganz oder überwiegend abgelehnt. Damit bleiben drei Kategorien von Kriterien im Spiel, nämlich:
- (3) rein bedarfs- oder nutzen-bezogene Parameter wie Notwendigkeit, zeitliche Dringlichkeit,

Lebensgefahr, Ausgangsniveaus, Prognosen oder Nutzenschwellen;

- (4) kosten-nutzen-bezogene Parameter wie Preisgrenzen pro Therapie-/ Nutzeneinheit, Kosten-Nutzen-Verhältnis;
- (5) egalisierende Parameter wie Wartelisten oder Losen.

Und doch ist hiermit noch wenig gewonnen. Es bleibt zu klären, wie die Unterkriterien zu definieren und vor allem, wie sie zu gewichten sind. Dass etwa schwere Erkrankungen vorrangig behandelt werden sollen, sagt nichts darüber, wie trivial Krankheiten sein müssen, um nicht mehr (aus GKV-Mitteln) behandelt zu werden. Auch ist nicht immer klar, was die Oberkategorien umfassen. Ein Beispiel hierfür ist das kalendarische Alterskriterium: Während die einen Altersgrenzen für bestimmte Behandlungen ablehnen, weil sie auf ein persönliches Merkmal verwiesen und daher unvereinbar mit dem Gleichheits- und Gerechtigkeitsgrundsatz seien, verteidigen andere ein genuines Alterskriterium, gerade weil es nicht gegen bestimmte Individuen oder Gruppen diskriminiere, sondern in gewisser Weise egalisiere, da prinzipiell jedermann einmal alt werde. Zudem hätten die jeweils älteren Menschen bereits jahrzehntelang von einer sozial garantierten Krankenversorgung profitiert und sei es vernünftig und gerecht, die Hilfe zum gesunden Altwerden-Können vorrangig zu garantieren.

Auch in anderer Hinsicht sind die ethischen Grundprinzipien der Fairness und Gleichbehandlung so interpretationsoffen, dass unterschiedliche Autoren, Gremien oder Länder auf seiner Grundlage zu deutlich divergierenden Auffassungen über die ethische Zulässigkeit bestimmter konkreter Kriterien der Leistungseinschränkung kommen.

Insgesamt zeichnet sich wohl ab, dass die mühevoll Formulierung ethischer Rahmenbedingungen, wie sie von diversen internationalen Kommissionen (z.B. in Schweden,

Suche nach Begrenzungskriterien

- prozedurale Fairnesskriterien
- materiale Fairnesskriterien
- „muddling through“
- Kombinationen

Quelle: Schöne-Seifert



Der Politik bieten sich prinzipiell vier Wege zur Leistungsbegrenzung an.

Norwegen oder den Niederlanden) geleistet worden ist, zu wenig Orientierung bietet und hinsichtlich ihrer praktischen Bedeutung weit hinter den – strittigen – konkreten Kriterien zurück bleibt, die etwa in Großbritannien oder Australien erarbeitet wurden.

Vor diesem Hintergrund lässt sich erwarten, dass eine konsensfähige Politik der Leistungsbegrenzung von den vier prinzipiell offenen Wegen:

- muddling through (wie bisher)
- inhaltliche Kriterien
- prozedurale Kriterien (z.B. Einsetzen einer verantwortlichen Instanz)
- Kombination zwischen inhaltlichen und prozeduralen Kriterien

den letzten Weg gehen muss. Dabei würden idealerweise die inhaltlichen Kriterien weitgehend präzisiert und dann als Entscheidungsrahmen einer Kommission dienen, die auf absolute Transparenz verpflichtet wäre.

Ein Vorschlag: Begrenzungskriterium „Mindestnutzen“

Im Folgenden möchte ich den vorangehenden allgemeinen Darlegungen einen ziemlich konkreten Vorschlag gegenüber stellen, der Gegenstand und Ergebnis eines laufenden eigenen Forschungsprojekts ist. Ausgangspunkt dieses Ansatzes ist die Überzeugung, dass faire Leistungsbegrenzungen, wenn denn erforderlich, im ersten Schritt so vorzunehmen wären, dass die mit ihnen einher gehenden Zumutungen bzw. „Opfer“ für betroffene Patienten möglichst klein sind.

Letztlich geht es bei allen medizinischen Interventionen darum, einem konkreten Patienten entweder die Restlebenszeit (unter der Voraussetzung einer mindestens erträglichen subjektiven Lebensqualität) zu verlängern oder die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu verbessern. Neben diesen beiden Dimensionen des direkten klinischen Nutzens kann Medizin natürlich auch noch indirekten Nutzen (etwa: eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit oder der sozialen Beziehungen) realisieren. Doch diese Aspekte hängen wesentlich von den persönlichen Lebensumständen, Rollen und Erfolgen eines Patienten ab und sollten daher aus der Perspektive der Gleichbehandlung ausgeblendet werden.

Der Vorschlag meiner Arbeitsgruppe lautet daher, medizinische Interventionen nur dann in den solidarisch finanzierten Leistungskatalog aufzunehmen, wenn sie einen direkten klinischen Mindestnutzen, sei es in der Dimen-

sion der Lebensverlängerung oder in der Dimension der Lebensqualität, zu haben versprechen. Umgekehrt sollten die Kosten für Maßnahmen, die lediglich eine sehr kurze Lebensverlängerung oder eine sehr geringe Besserung des Befindens bewirken können, nicht erstattet werden. Angenommen, diese Forderung ließe sich hinreichend gut präzisieren und operationalisieren, was spräche für sie? Der erste Pluspunkt liegt, wie schon eingangs erwähnt, darin, dass mit diesem Kriterium keinem Patienten große Opfer abverlangt würden: Niemand müsste aus Kostengründen auf eine Behandlung verzichten, die ihm die Chance einer Heilung, einer Lebensverlängerung um mehrere Monate oder Jahre oder einer signifikant verbesserten Lebensqualität böte. Statt einzelnen Patienten große Opfer abzuverlangen (ihnen z.B. sehr teure, aber lebensrettende Behandlungen vorzuenthalten), würde vielen Patienten ein lediglich kleiner Nutzen verwehrt – je nach Konkretisierung der Schwellenwerte z.B. weniger als 4 Wochen Lebenszeitgewinn oder weniger als 10% Lebensqualitätsverbesserung.

Weitere Vorteile bestehen darin, dass dieses Kriterium keine systematischen Benachteiligungs-signale impliziert. Es macht sich eben nicht an patientenbezogenen Eigenschaften fest, würde nicht bestimmte Gruppen von Patienten diskriminieren, sondern sehr viele Kranke in sehr unterschiedlichen Krankheitskontexten betreffen. Es erfüllt die Anforderungen der Transparenz, der Unparteilichkeit und entspricht den verbreiteten Vorstellungen der Good Clinical Practice, keinen unverhältnismäßigen Aufwand für sehr kleine Nutzengewinne zu betreiben.

Im Gegensatz zu Kosten-Nutzen-Bewertungen nimmt das hier vorgeschlagene Kriterium nur die Nutzenseite in den Blick, unabhängig von den konkreten Kosten einer Behandlung. Zwar müsste die Anwendung des Mindestnutzen-Kriteriums insgesamt zu Kostenersparnissen führen, wofür die gegenwärtigen Zusatzkosten für etliche Onkologika mit lediglich minimalem Zusatznutzen sprechen, aber eine konkrete nur minimal nützlich wirksame würde unabhängig davon ausgegrenzt, ob sie preiswert (beispielsweise Nasentropfen) oder kostspielig (beispielsweise Biologicals) wäre. Somit entfielen die z.T. problematischen und generell als abwertend empfundenen Prozeduren des Aufsummierens, Monetarisierens und Vergleichens von Behandlungsergebnissen („Dein Leben ist es uns nicht wert...“), was wir für einen weiteren erheblichen Fairness-Vorteil halten.

Nutzenopfer sollen minimal sein

- Gesundheit ein besonderes Gut? : JA
- Gesundheit / Leben ein preisloses Gut : NEIN
- Solidarische Versorgung?: JA
- Leistungsbegrenzungen fair?: im Prinzip JA
- Kleine „Opfer“ fair / große nicht?: JA
- Kosten irrelevant: NEIN

Quelle: Schöne-Seifert



Leistungsbegrenzungen müssen fair und transparent sein, um ethisch akzeptabel zu sein.

Um dieses Kriterium in die Praxis umzusetzen, braucht man natürlich belastbare Daten zum Nutzen der in Rede stehenden Maßnahmen. Wissend, dass solche für zahlreiche etablierte Therapien fehlen, würden wir unsere Nutzen-„Rasierklinge“ zunächst auf den Bereich der Innovation verwenden. Dort müssen Wirksamkeitsnachweise im Rahmen von Zulassungsstudien ohnehin geführt werden. Und auch mit Blick auf schon eingeführte Behandlungen stehen wir mit dem Ruf nach einer systematischen Evaluation ja im Schulterschluss mit der Evidenzbasierten Medizin-Bewegung. Alle möglichen Probleme bei der Nutzenbewertung (insbesondere die Auswahl und Gewichtung der relevanten Wirksamkeits-Parameter, der primary health outcomes), auf die ich hier nicht eingehen kann, teilen wir mit schlechterdings allen Varianten der (Kosten-)Nutzen-Bewertung, seien es nun die Effizienzgrenzen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen oder die QALYs der Mainstream-Gesundheitsökonomie.

Ein ganz bestimmtes Problem allerdings ist spezifisch für unseren Vorschlag: wir müssten verlässlich zwischen solchen Therapien unterscheiden können, bei denen der Durchschnittsnutzen zwar minimal, der Erfolg für einzelne wenige Patienten (Extremfälle) aber gleichwohl groß ist, und solchen bei denen auch der At-best-Nutzen minimal ist (keine Extremfälle). Denn nach der Fairness-Logik unseres Vorschlags (nur minimale Nutzen-Opfer) würden Therapien der ersten Kategorie durch unser Kriterium gerade nicht ausgegrenzt.

Was lässt sich gegen diese Überlegungen einwenden? Zum einen wohl, dass die Bestimmung dieser Schwellen (4 Wochen oder 3 Monate?) ziemlich willkürlich wäre. Darin aber sehen wir kein grundsätzliches Problem; eine Gesell-

schaft könnte sich darauf verstehen, diese Frage öffentlich zu diskutieren und dann politisch entscheiden zu lassen. Zum anderen lässt sich einwenden, dass betroffene Patienten auch an letzten Strohhalmen hängen, ihnen auch gewonnene Tage von großer Bedeutung sein können. Das stimmt gewiss; doch jede Form der Leistungsbegrenzung „tut weh“ – und diese, so meinen wir, noch vergleichsweise am wenigsten. Und schließlich mag man darauf verwiesen, dass der medizinische Fortschritt häufig in kleinen Schritten daher komme und von unserer Nutzen-Rasierklinge behindert werden würde. Unsere Antwort: Dieser Fortschritt muss dann im Rahmen von kontrollierten klinischen Studien erfolgen, nicht aber in der Regelversorgung.

Um es noch einmal deutlich zu sagen: Der hier skizzierte Vorschlag soll und kann nach unserem Dafürhalten auf Dauer nicht das einzige Kriterium für Leistungsbegrenzungen sein; man wird in extrem teuren sowie in rein präventiven Bereichen der Medizin wohl notgedrungen auch konkrete Kosten berücksichtigen müssen. Aber das könnte später geschehen.

Müssen wir „unsere Ethik“ revidieren, um Leistungseinschränkungen zu rechtfertigen?

Zurück zum Allgemeinen: Stehen alle Vorschläge zur Begrenzung des Leistungsangebotes der GKV – sei es nun der soeben erörterte oder ein anderer – im Widerspruch zu unseren bisherigen ethischen Vorstellungen? Nein, keineswegs.

Wir halten als Gesellschaft daran fest, dass Gesundheit ein besonderes Gut ist und dass daher eine solidarische Krankenversorgung erfolgen muss. Um diese zu erhalten, verstehen wir uns angesichts erwartbarer und unumgänglicher relativer Mittelknappheit in diesem Versorgungssystem dazu, gewisse Leistungsbegrenzungen vorzunehmen, die transparent und fair sein müssen, um ethisch akzeptabel zu sein. Aufgeben allerdings müssen wir (spätestens jetzt) die Illusionen auf, dass Gesundheit und Leben in jeder Hinsicht „preislose Güter“ und Kostenüberlegungen jedenfalls bei alternativelosen Behandlungen daher schlechterdings unzulässig seien.

Medizinethiker, die sich mit Allokationsfragen beschäftigen, waren lange Zeit zufrieden, wenn sie ihre Hörer und Leser für die absehbare Erforderlichkeit von Leistungsbegrenzungen in solidarisch finanzierten Gesundheitssystemen zu sensibilisieren und ihnen zu zeigen vermochten,

dass die scheinbar wertfreien Allokations-Kriterien (der Mediziner und Ökonomen) durchaus wertbeladen sind und sich diversen Einwänden ausgesetzt sehen. Nun wird es Zeit für die komplexere Aufgabe, konkrete und konstruktive Vorschläge zu erarbeiten.

Kontakt: schoeneb@ukmuenster.de

PROFESSOR DR. BETTINA SCHÖNE-SEIFERT



Professor Dr. Bettina Schöne-Seifert studierte Humanmedizin, Philosophie und Bioethics in Freiburg, Wien, Göttingen und Washington DC. Sie ist approbierte Ärztin, wurde mit einer experimentellen Arbeit zur Phenylketonurie in der Medizin promoviert und habilitierte sich am Philosophischen Seminar der Universität Göttingen.



Seit 2003 hat sie den Lehrstuhl für Medizinethik an der Universität Münster inne. Schöne-Seifert war von 2001 bis 2010 Mitglied des Nationalen bzw. Deutschen Ethikrats; sie ist seit 2008 Fellow der Max Planck Gesellschaft, seit 2010 Mitglied der Nationalen Akademie Leopoldina und leitet ebenfalls seit 2010 gemeinsam mit Kollegen die von der Deutschen Forschungsgemeinschaft finanzierte Münsteraner Kollegforschergruppe „Normenbegründung in Medizinethik und Biopolitik“. Ihr Hauptarbeitsgebiet ist die Medizinethik mit derzeitigen Arbeitsschwerpunkten bei Fragen der Sterbehilfe, des Enhancements, der Neuroethik, der Grundlagentheorie der Bioethik und der Verteilungsgerechtigkeit.

Priorisierung, Rationierung – Erschließung von Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen

PROFESSOR DR. VOLKER ULRICH, UNIVERSITÄT BAYREUTH



Das deutsche Gesundheitssystem sieht sich mit schwierigen Herausforderungen konfrontiert: einerseits findet sich in vielen Publikationen der Begriff von der Krise des Gesundheitswesens, andererseits werden Einspar- und Rationalisierungsreserven in Milliardenhöhe erwähnt, die suggerieren, dass das System noch viel Luft besitzt. Auf der Outcome-Seite zeigen Statistiken, dass die Lebenserwartung weiter ansteigt, das gilt allerdings für alle entwickelten Volkswirtschaften. In jüngster Zeit fokussiert die Gesundheitspolitik stärker auf chronisch kranke Menschen, für die spezielle Programme aufgelegt werden. Mit der so genannten personalisierten Medizin könnten eine präzisere Abstimmung der Therapie und eine bessere Kontrolle von Krankheiten mit Hilfe neuer molekularer Erkenntnisse sowie molekular-diagnostischer Tests möglich werden.

Zum Verhältnis von Reformen der Einnahmen- und Ausgabenseite

In der öffentlichen Diskussion hat sich folgende einfache Metapher von der Unwirtschaftlichkeit des deutschen Gesundheitssystems verfestigt: Man bezahlt einen teuren Sportwagen und fährt lediglich einen lahmen Kleinwagen. Als „Belege“ werden die im internationalen Vergleich hohe Quote der Gesundheitsausgaben gemessen am Bruttoinlandsprodukt (so genannte Gesundheitsquote) einerseits und die nur mittlere Lebenserwartung in Deutschland andererseits gegenübergestellt. Als zentrale Ursache für die Ineffizienzen werden sowohl Unzulänglichkeiten auf der Finanzierungsseite (Fehlen eines nachhaltigen Finanzierungskonzepts) als auch Probleme einer nach wie vor zu stark sektoral ausgerichteten Leistungsseite genannt (insbesondere die Vernachlässigung von Vernetzung und Integration).

Eine stärker effizienzorientierte Modernisierung bzw. Ausrichtung des Gesundheitswesens bleibt somit eine Dauerbaustelle der Gesundheitspolitik, um Qualität und Finanzierbarkeit von Gesundheitsleistungen auch langfristig sicherzustellen. Bislang fehlt insbesondere eine solidarische Wettbewerbsordnung für die Krankenversicherung, durch die alle beteiligten Akteure wie Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte zukünftig mehr Anreize erhalten, sich so zu verhalten, dass Qualitäts- und Leistungsziele des Gesundheitssystems erreicht werden können.

Auch wenn gegenwärtig der Fokus der Diskussion auf der Finanzierungsseite liegt, gilt es zu beachten, dass zwischen den Reformen auf der Finanzierungs- und der Leistungsseite Wechselwirkungen bestehen. Das Ziel, die Einnahmehasis nachhaltig zu reformieren, darf nicht da-

zu führen, dass der Reformdruck auf der Ausgabenseite verringert wird und Finanzierungsmittel in ineffiziente Leistungsstrukturen fließen. Die Beseitigung bestehender Ineffizienzen bzw. die Ausschöpfung existierender Einsparpotentiale sollten idealiter einem Einsatz zusätzlicher finanzieller Mittel im Gesundheitsbereich vorausgehen, zumindest aber sollten sie eine Finanzierungsreform begleiten. Aus dieser Sichtweise kann es in der gesundheitspolitischen Diskussion nur darum gehen, zunächst solche Einsparmöglichkeiten zu nutzen, die aus Ineffizienzen resultieren und damit ohne Einbußen in der Versorgungsqualität realisierbar sind, bevor zusätzliches Geld in das beitragsfinanzierte Gesundheitssystem fließt oder Leistungsansprüche gekürzt werden.

Fragen zu Rationalisierungsreserven

Überlegungen zu möglichen Rationalisierungsreserven im Gesundheitswesen setzen dabei insbesondere an folgenden Fragen an:

- Gibt es wissenschaftliche und empirische Belege über das Vorliegen und die Höhe von Ineffizienzen im deutschen Gesundheitssystem?
- Sind tatsächlich Einsparungen ohne Qualitätsverluste möglich?
- Wo im Gesundheitssystem sind diese potenziellen Ineffizienzen zu lokalisieren? Welche Größenordnungen finden sich für diese Ineffizienzen?

Die Standardreferenz für Ineffizienzen bzw. Rationalisierungsreserven im deutschen Versorgungssystem bildet das Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus dem Jahr

2000/2001 zum Thema „Über-, Unter- und Fehlversorgung“. Der Sachverständigenrat befragte 300 wissenschaftliche Organisationen, Körperschaften und Selbsthilfeeinrichtungen des Gesundheitswesens und kam in seiner Expertise zu dem Ergebnis, dass bezogen auf das gesamte deutsche Gesundheitssystem Einsparpotentiale in der Größenordnung zwischen 10 und 40 Milliarden Euro vorliegen.

Nur für Teilbereiche des Gesundheitssystems existieren genauere und methodisch stärker unterfütterte Angaben zu Effizienzreserven. Hierzu zählt der Bereich der Arzneimittelverordnungen. Das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) kommt in seinem jährlichen Arzneiverordnungsreport (AVR) zu Einsparpotentialen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von mindestens drei Milliarden Euro und empfiehlt, diese insbesondere durch einen verstärkten Einsatz preisgünstiger Generika bzw. durch den Verzicht auf umstrittene Arzneimittel zu realisieren.

Auf Seiten der gesundheitsökonomischen Theorie finden sich in der Literatur vor allem folgende Gründe für bestehende Ineffizienzen im Gesundheitswesen:

- Gesundheitsleistungen sind hochkomplexe Dienstleistungen, deren Qualität sich nicht einfach feststellen lässt. Des Weiteren sind Gesundheitsleistungen Erfahrungs- oder Vertrauensgüter. In der ökonomischen Haushaltstheorie werden damit Güter bezeichnet, deren Qualität selbst nach dem Kauf durch einen Haushalt nicht sicher festgestellt werden kann. Medikamente oder ärztliche Therapien sind hierfür Beispiele.
- Das Leistungsangebot und die Nachfrageentscheidungen entsprechen nicht immer den tatsächlichen Be-

dürfnissen und Präferenzen der Versicherten/Patienten.

- Die Effizienz auf den Märkten für Gesundheitsleistungen wird beeinträchtigt durch die vorherrschende asymmetrische Informationsverteilung, die zu einem Moral Hazard-Verhalten des Versicherten und zu adverse Selektions-Problemen auf dem Versicherungsmarkt führen.
- Die These der anbieterinduzierten Nachfrage setzt an Prinzipal-Agenten-Problemen zwischen Leistungserbringern und Patienten an und betont den diskretionären Handlungsspielraum, den der Arzt besitzt und den er überwiegend zur Erreichung eigener Einkommensziele nutzt, um mehr Leistungen abzurechnen als medizinisch unbedingt erforderlich wären.

In diesem Kontext wird auch immer wieder diskutiert, wie stark ein umfangreicher Versicherungsschutz zur Ressourcenverschwendung beiträgt. Bereits 1968 kam der amerikanische Gesundheitsökonom Mark Pauly zu dem Ergebnis, dass Vollversicherungssysteme die Menschen dazu verleiten, mehr medizinische Leistungen als erforderlich nachzufragen. Da die einzelnen Versicherten die Gegenleistungen für ihre Steuer- oder Beitragszahlungen nicht abschätzen können und ihre Beiträge unabhängig von der individuellen Leistungsanspruchnahme sind, ist ein Versicherter bestrebt, so viele Leistungen wie möglich in Anspruch zu nehmen. Ein solches Verhalten ist aus ökonomischer Perspektive allerdings nicht unmoralisch, sondern rational, da der Versicherte sich ökonomisch vernünftig verhält, wenn er zusätzliche Leistungen in Anspruch nimmt, die ihm keine Zusatzkosten verursachen.

Zur Gegensteuerung müssen die Anreize für die Versicherten angepasst werden, etwa durch bestimmte Formen von Selbstbeteiligungen bei der Inanspruchnahme von Leistungen. Internationale Studien zeigen, dass dabei darauf zu achten ist, dass mehr Eigenverantwortung und Selbstbeteiligung die medizinisch erforderlichen Arztkontakte nicht verzögern oder behindern, wodurch der gesamte Behandlungsaufwand auch vergrößert werden kann. Desweiteren muss für eine mögliche Risikoselektion kontrolliert werden, d.h. es sollte verhindert werden, dass sich vor allem einkommensstarke Gesunde in günstige Selbstbehaltstarife einschreiben.

Da jeder Volkswirtschaft Ressourcen aber nur in begrenztem Umfang zur Verfügung stehen, bedarf es Entscheidungen über die Aufteilung dieser Mittel. Das ökonomische Prinzip beinhaltet die fundamentale Annahme,

dass die Wirtschaftssubjekte die eingesetzten Mittel und das Ergebnis miteinander bewerten. Sie treffen entsprechend ihren persönlichen Präferenzen optimale Entscheidungen (Nutzenmaximierung bei Haushalten, Gewinnmaximierung, Umsatzsteigerung oder Vergrößerung der Marktanteile bei Unternehmen). Das ökonomische Prinzip zielt daher darauf ab, mit den gegebenen Ressourcen (Inputs) ein Höchstmaß an gesellschaftlicher Wohlfahrt (Outcome) zu erzielen (Maximalprinzip). Unter dieser Prämisse hängt die Leistungsfähigkeit eines Wirtschaftssektors konkret davon ab, wie diese Outcome-Input-Relation ausfällt. Dabei gilt es zu beachten, dass die Wohlfahrtsmessung selbst üblicherweise nur anhand von Indikatoren erfolgen kann. Im Gesundheitswesen gelten Lebenserwartung und Lebensqualität als geeignete Outcome-, die Gesundheitsausgaben als Input-Indikatoren. Während es sich bei der Lebenserwartung und den Gesundheitsausgaben um objektiv-messbare Indikatoren handelt, kann die Erfassung der Lebensqualität nicht auf die Erhebung individueller Wahrnehmungen und Beurteilungen verzichten. Abgrenzungs- und Messprobleme erschweren eine valide Erfassung der Lebensqualität – weshalb internationale Vergleiche meist die Lebenserwartung als alleinigen Outcome-Indikator heranziehen.

Die Beurteilung der Angemessenheit des Verhältnisses von Ressourceneinsatz und Leistungsergebnis erfordert somit einen Referenzmaßstab. Relative Vergleichsgrößen ergeben sich im Allgemeinen durch internationale oder intertemporale Vergleiche. Internationale Vergleiche, die sich zwar nach wie vor der Gefahr aussetzen, dass sie Äpfel mit Birnen vergleichen, liefern dennoch in vielen Fällen Hinweise auf vorhandene Stärken und Schwächen des deutschen Gesundheitssystems und damit auch auf vorhandene Rationalisierungsreserven.

Im Folgenden geht es daher zunächst darum, im Sinne einer deskriptiven Analyse einige Korrelationen zwischen den Gesundheitsaufwendungen und den Ergebnissen im internationalen Vergleich aufzuzeigen. Sicherlich ist das nicht ausreichend im Sinne einer kausalen Analyse, bei der gegebenen Datenlage aber ein sinnvoller erster Schritt zur Analyse von Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitssystem.

Aus Gründen der internationalen Vergleichbarkeit werden die jeweiligen Gesundheitsausgaben entweder als Gesundheitsquoten, d.h. als Anteile am jeweiligen Bruttoinlandsprodukt (BIP), oder als kaufkraftbereinigte Pro-

Gesundheitsquote und Gesundheitsausgaben Pro-Kopf im internationalen Vergleich (2008)

	Gesundheitsquote		Pro-Kopf-Ausgaben (US-\$-KKP)		Pro-Kopf-BIP (US-\$-KKP)	
1	USA	16,0	USA	7.538	Luxemburg	62.119
2	Frankreich	11,2	Norwegen	5.003	Norwegen	58.596
3	Schweiz	10,7	Schweiz	4.627	USA	47.193
4	Österreich	10,5	Luxemburg	4.210	Irland	43.381
5	Deutschland	10,5	Kanada	4.079	Schweiz	43.131
6	Kanada	10,4	Niederlande	4.063	Niederlande	41.189
7	Belgien	10,2	Österreich	3.970	Australien	39.439
8	Niederlande	9,9	Irland	3.793	Kanada	39.288
9	Portugal	9,9	Deutschland	3.737	Österreich	37.873
10	Neuseeland	9,8	Frankreich	3.696	Island	36.994
11	Dänemark	9,7	Belgien	3.677	Schweden	36.946
12	Griechenland	9,7	Dänemark	3.540	Dänemark	36.828
13	Schweden	9,4	Schweden	3.470	Großbritannien	36.128
14	Island	9,1	Island	3.359	Belgien	35.930
15	Italien	9,1	Australien	3.353	Finnland	35.853
16	Spanien	9,0	Großbritannien	3.129	Deutschland	35.436
17	Irland	8,7	Finnland	3.008	Japan	34.132
18	Großbritannien	8,7	Spanien	2.902	Frankreich	33.134
19	Australien	8,5	Italien	2.870	Spanien	32.366
20	Norwegen	8,5	Japan	2.729	Italien	31.709
21	Finnland	8,4	Griechenland	2.687	Griechenland	28.946
22	Japan	8,1	Neuseeland	2.683	Neuseeland	27.245
23	Luxemburg	7,2	Portugal	2.151	Portugal	23.289
24	Türkei	6,0	Türkei	0.767	Türkei	13.270
	OECD-24	9,6		3.543		37.101

Australien, Dänemark, Griechenland, Japan, Türkei: Quote und Ausgaben aus 2007; Luxemburg, Portugal aus 2006.
Quelle: OECD Health Data 2010.



Gemessen am Bruttoinlandsprodukt weist Deutschland beim Vergleich der Gesundheitsausgaben zusammen mit Österreich den vierthöchsten Wert auf.

Kopf-Ausgaben ausgewiesen. Die Gesundheitsquote eines Landes zeigt die relative Position der Gesundheitsausgaben im Verhältnis zu den Ausgaben für andere Güter und Dienste an.

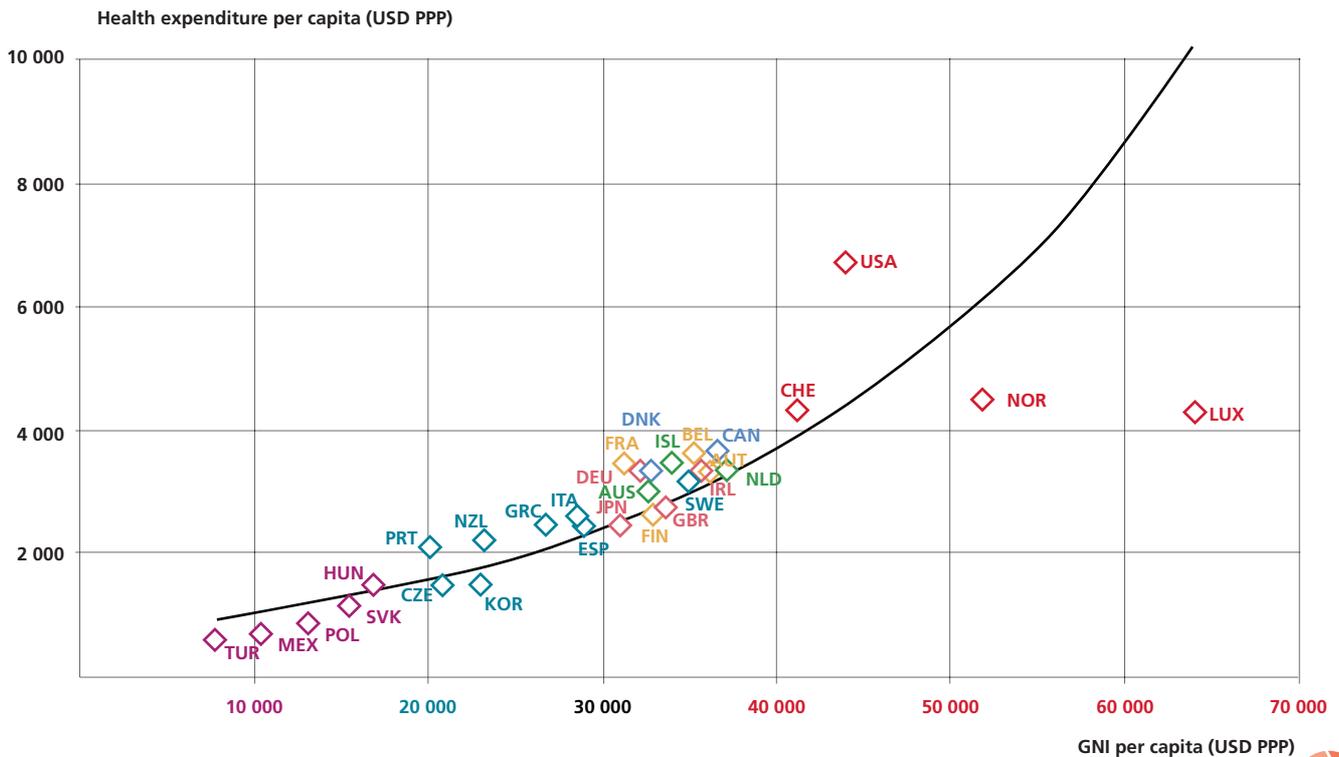
Sie informiert somit implizit über die Wertschätzung eines Landes für Gesundheitsleistungen, denn der Anteil des BIP, der ins Gesundheitswesen fließt, steht nicht mehr für alternative Verwendungen zur Verfügung, weshalb eine hohe Gesundheitsquote eine hohe Wertschätzung eines Landes bzw. seiner Bürger hinsichtlich der Gesundheitsversorgung ausdrückt. Bei den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben handelt es um monetäre Input-Indikatoren auf individueller Ebene: Sie informieren über die absoluten monetären Ressourcen, die pro Bürger in das Gesundheitswesen fließen.

Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen

Die Gesundheitsausgaben sind in Deutschland vergleichsweise hoch (vgl. Tabelle S. 17). Gemessen am BIP geben nur die USA, Frankreich und die Schweiz mehr Geld für Gesundheit aus. Auch die Gesundheitsausgaben Pro-Kopf liegen kaufkraftbereinigt über dem OECD-Durchschnitt. Für diese Entwicklung zeichnet sich auch die Wiedervereinigung verantwortlich, da sich die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in den neuen Bundesländern schneller an das westdeutsche Niveau annäherten als das Pro-Kopf-BIP.

Da kein anderes OECD-Land vergleichbaren exogenen Einflussfaktoren unterlag, erscheint es in einer vergleichende Betrachtung angemessen, die deutsche Gesundheitsquote um Wiedervereinigungseffekte zu bereinigen. Bereits bei einer Bereinigung der Gesundheitsquote um

Gesundheitsausgaben Pro-Kopf und Bruttonationaleinkommen Pro-Kopf (2006)



Quelle: OECD (2009b), Achieving Better Value for Money in Health Care, Paris, S. 26.



Misst man den Zusammenhang zwischen den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben und dem Bruttonationaleinkommen pro Kopf, so liegt Deutschland unter den OECD-Ländern im Mittelfeld.

einen Prozentpunkt rutscht Deutschland im internationalen Vergleich auf den achten Platz.

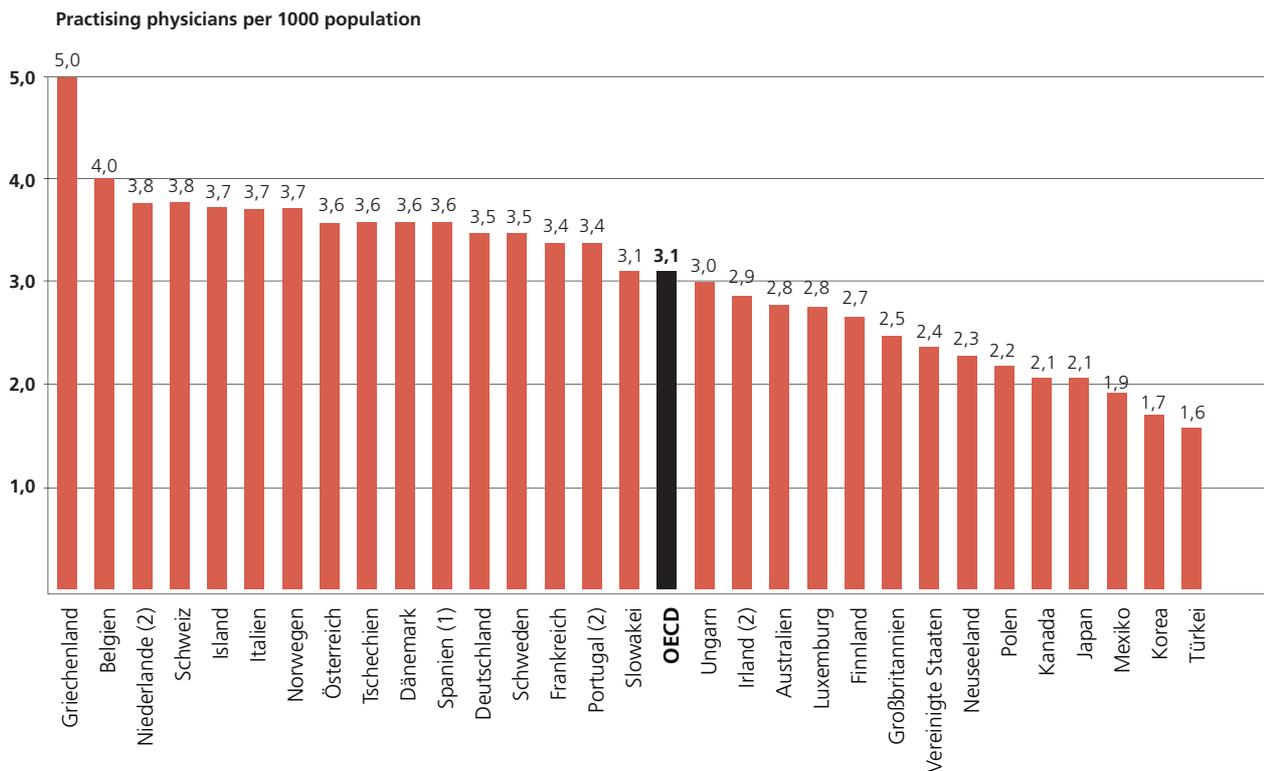
Zielt ein internationaler Vergleich auf eine Gegenüberstellung der ins Gesundheitswesen geflossenen Mittel und den mit ihnen erzielten Ergebnissen (hier: Lebenserwartung), bietet sich ein Rückgriff auf kaufkraftbereinigte Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben an. Da die Lebenserwartung über das Ergebnis auf individueller Ebene informiert, besitzt ein Input-Indikator, der ebenfalls auf individueller Ebene angesiedelt ist (Pro-Kopf-Ausgaben), eine höhere Aussagefähigkeit. Ein Blick auf die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben zeigt, dass Deutschland im Jahr 2008 nur den 9. Platz des OECD-Rankings belegt. Während die USA und die Schweiz auch im Hinblick auf die Gesundheitsquote im Jahr 2008 vor Deutschland lagen, wiesen Norwegen, Luxemburg, Kanada, Österreich, Irland und die Niederlande zwar höhere Pro-Kopf-Ausgaben, jedoch niedrigere Gesundheitsquoten als Deutschland auf. Das impliziert, dass diese Länder im Jahr 2008 ein höheres Pro-Kopf-BIP

besaßen. Im Jahre 2008 verzeichnete Deutschland lediglich ein unterdurchschnittliches Pro-Kopf-BIP, mit dem es im OECD-Länder-Vergleich auf die 16. Stelle zurückfiel.

Welche gesundheitlichen Outcomes die jeweiligen Länder mit den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben und den mit ihnen finanzierten sächlichen Kapazitäten erzielen, hängt von Effizienz und Effektivität der nationalen Gesundheitsversorgung sowie von exogenen Einflussfaktoren ab, denen die jeweilige Bevölkerung ausgesetzt sind. Länder mit hohen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben nehmen deshalb nicht zwangsläufig auch auf der Outcome-Ebene Spitzenpositionen ein. So liegt die USA 2006 bezüglich ihrer Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben an erster, hinsichtlich der Lebenserwartung (bei der Geburt) von Frauen bzw. Männern jedoch jeweils an letzter Stelle von 14 ausgewählten OECD-Ländern.

In den meisten entwickelten Ländern hat der Anteil des Bruttonationaleinkommens, der für Gesundheit aufgewendet wird, in den vergangenen Jahrzehnten zugenommen.

Arztdichten im internationalen Vergleich (2006)



Quelle: OECD (2009b), *Achieving Better Value for Money in Health Care*, Paris, S. 38.



Kommen im OECD-Durchschnitt 3,1 Ärzte auf 1000 Einwohner, so sind es in Deutschland 3,6.

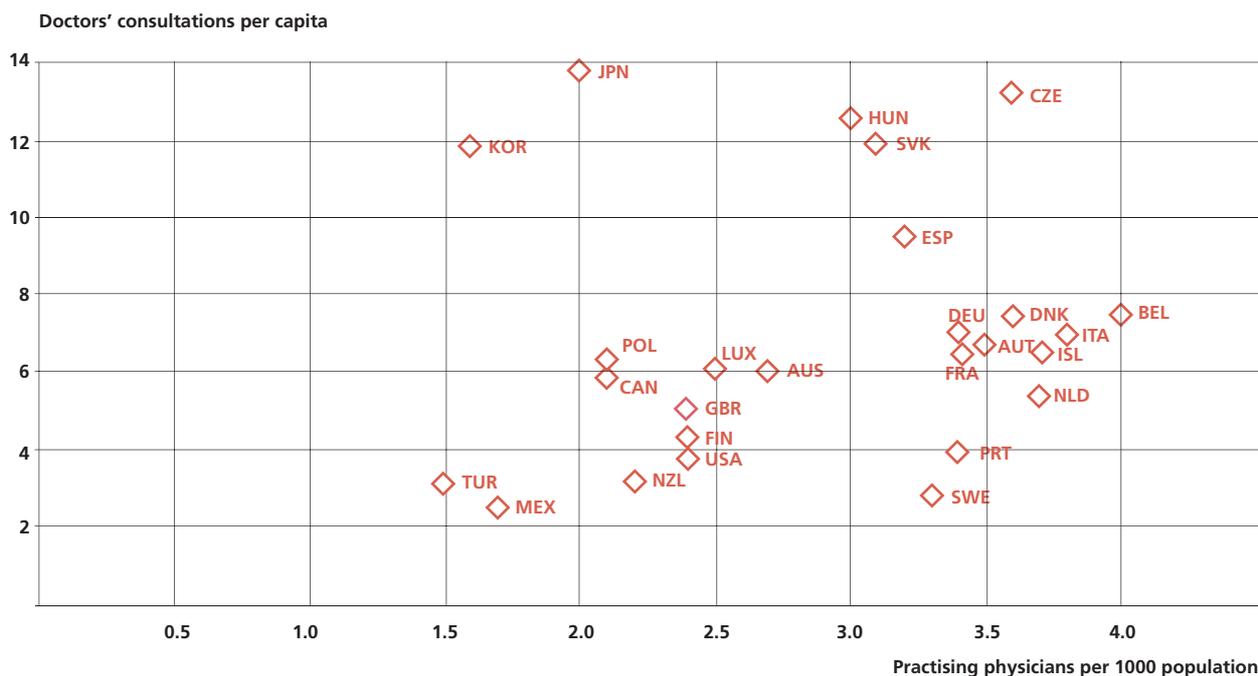
Für 24 OECD-Länder, für die vergleichbare Daten vorliegen, stieg die Gesundheitsquote von 6,6 % im Jahr 1980 auf 9,3 % in 2006. Dieser Anteil streut aber beachtlich zwischen den Ländern.

Vor allem die USA gaben seit 1980 das meiste Geld (relativ zum Nationaleinkommen) für Gesundheitsgüter und Dienstleistungen aus. Von 30 untersuchten OECD-Ländern weist die Hälfte der Länder eine Gesundheitsquote oberhalb des OECD-Durchschnitts in Höhe von 8,9 % (2006) auf, wobei 8 Länder sogar bei einer Quote von über 10 % liegen. Die Abbildung S.18 zeigt den Zusammenhang zwischen den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben und dem Bruttonationaleinkommen Pro-Kopf in den Ländern der OECD. Die Abbildung zeigt den bekannten positiven Zusammenhang zwischen dem Nationaleinkommen eines Landes und den Gesundheitsausgaben (jeweils Pro-Kopf). Reichere Länder geben mehr Geld für ihre Gesundheitssysteme aus im Vergleich zu ärmeren Ländern. Da wir hier keine Kausalitäten untersuchen, lässt sich die Abbildung aber auch so

interpretieren, dass Investitionen in das Gesundheitssystem auf mittlere bis lange Sicht den Wohlstand von Ländern positiv beeinflussen bzw. ihn unterstützen. Man erkennt aus der Abbildung S.18 aber auch, dass es substantielle Unterschiede in den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben gibt für Länder, die über ein vergleichbares Nationaleinkommen verfügen, d.h. nachdem Einkommensunterschiede korrigiert wurden.

Die Zahl der Ärzte und Pflegekräfte ist in den vergangenen 30 Jahren in allen OECD-Ländern signifikant gestiegen. Diese zunächst absolute Ausweitung der eingesetzten Produktionsfaktoren bedingt ihrerseits einen Anstieg der absoluten Gesundheitsausgaben. Falls das Gesundheitspersonal zudem Nachfrage „schaffen“ oder „induzieren“ kann, fallen die Ausgabeneffekte höher aus. Über das Ausmaß einer künstlichen Nachfrageschaffung gibt es sehr unterschiedliche empirische Ergebnisse. Die vorhandene Evidenzlage zur Existenz einer angebotsinduzierten Nachfrage und zu Doppel- und Mehrfachuntersuchungen ist

Arztdichte und Häufigkeit von Arztkontakten (Pro-Kopf der Bevölkerung) 2006



Quelle: OECD (2009b), Achieving Better Value for Money in Health Care, Paris, S. 31.



In Ländern mit vergleichbarer Arztdichte gibt es deutliche Unterschiede bei der Häufigkeit der Arztkontakte von Patienten.

nach wie vor unzureichend, zeigt aber in der Tendenz auf ein Missverhältnis zur Häufigkeit des Vorwurfs der Unwirtschaftlichkeit. Auf Grundlage empirisch ermittelter Häufigkeiten für wiederholte Röntgenuntersuchungen und CT/MRT-Diagnostik kamen IGES und Rürup zu dem Ergebnis, dass ein Einsparvolumen zwischen 100 und 300 Millionen Euro realisierbar wäre. Diese Kostengröße entspricht einem Anteil in Höhe von etwa 1 % an den Gesamtausgaben der GKV für ärztliche Leistungen bzw. von 0,05 % bis 0,2 % am dem Gesamtausgaben der GKV für alle Leistungen.

Die Abbildung S.19 zeigt die so genannte Arztdichte (praktizierende Ärzte je 1.000 Einwohner) in den OECD-Ländern im Jahr 2006. Die Werte streuen zwischen 5,0 (Griechenland) und 1,6 (Türkei). Der Durchschnitt der betrachteten OECD-Länder liegt bei 3,1 Ärzten je 1.000 Einwohnern.

In Deutschland beläuft sich die Arztdichte auf den Wert 3,6. Interessanterweise scheint es aber keinen einfachen linearen Zusammenhang zwischen der Arztdichte und den jeweiligen Gesundheitsausgaben zu geben. Insbesondere in Ländern, die eine hohe Gesundheitsquote aufweisen (Japan, Kanada, USA), findet sich lediglich eine

unterdurchschnittliche Kennziffer für die Arztdichte. In den USA beläuft sich die Arztdichte auf 2,4, in Kanada und in Japan auf 2,1. Viele weitere Faktoren determinieren somit die Entwicklung der Gesundheitsausgaben, etwa Zulassungsbeschränkungen beim Medizinstudium, die Vergütung ärztlicher Leistungen, die Organisationsform des ambulanten Bereichs, gesetzliche Eingriffe, regionale Charakteristika etc.

Die Abbildung S.20 konfrontiert die Arztdichte mit der Häufigkeit von Arztkontakten in den Ländern der OECD. Sicherlich erkennt man eine schwache Korrelation zwischen der Arztdichte und der Zahl der Kontakte. Interessanterweise bestehen aber signifikante Unterschiede bei der Zahl an Arztkontakten auch in Ländern mit vergleichbarer Arztdichte. Japan und Korea weisen niedrige Arztdichten aber hohe Kontaktzahlen auf. In Ungarn, Tschechien und der Slowakei finden sich vergleichbare Kontaktzahlen, allerdings bei vergleichsweise hoher Arztdichte.

Mögliche Ursachen für diese Unterschiede können kultureller oder organisatorischer Natur sein, etwa Zeitunterschiede für die Behandlung von Patienten oder Unterschiede bei der Einbindung der Ärzte in administrative

Aufgaben. Immerhin zeigen diese Ergebnisse, dass Unterschiede in der Verfügbarkeit von niedergelassenen Ärzten nicht notwendigerweise den Zugang zur medizinischen Versorgung beschränken.

Auch im stationären Sektor zeigen sich im internationalen Vergleich interessante Unterschiede. Nach einer explorativen Studie in zehn OECD-Ländern für sieben ausgewählte Krankheitsgruppen bestehen signifikante Unterschiede zwischen den Stückkosten („unit costs“ approximiert anhand der DRGs). Die Abbildung S.21 zeigt das Kostensenkungspotenzial für die ausgewählten sieben Eingriffe als Abweichung von den durchschnittlichen Stückkosten. Falls man als Benchmark jeweils die niedrigsten Stückkosten in einem Land wählt, besteht in den ausgewählten Ländern ein Kostensenkungspotenzial inzwischen 5 % und 48 % bei den sieben Eingriffen.

Auch wenn der Vergleich auf die homogenere Gruppe der nordischen Länder beschränkt bleibt, bestehen immer noch Kostensenkungspotenziale bis zu 44 %. Wenn man diese Überlegungen auf die Situation zwischen Krankenhäusern innerhalb eines Landes überträgt, besteht auch hier sicherlich Spielraum für Effizienzsteigerungen, die man neben dem Rationalisierungsdruck, der von Fallpauschalen ausgeht, auch über einen verstärkten Wettbewerbsdruck durch Selektivverträge umsetzen könnte, d.h. durch ein System mit stärker krankenhausespezifischen Preisen zumindest für Elektivleistungen.

Allerdings sollte man mit Blick auf Deutschland hinzufügen, dass die Daten aus dem Jahr 2006 in Deutschland noch die Konvergenzphase der Einführung des DRG-Systems betreffen und damit in ihrer Aussagekraft eingeschränkt sind. Mit dem DRG-System, das im Jahr 2003 erstmals auf freiwilliger Basis von den Krankenhäusern angewendet werden konnte, wurden die Weichen auf ein dezidiert wettbewerbliches System der Vergütung stationärer Leistungen gestellt. Der Leistungswettbewerb ist ein originärer Bestandteil des DRG-Systems. Er basiert auf dem so genannten Yardstick-Competition, der als Maßstab für die Höhe der Vergütung unabhängig von den Kosten des einzelnen Anbieters dient. Dieser Maßstab orientiert sich an der Höhe der durchschnittlich anfallenden Kosten aller erfassten Krankenhäuser. Damit hängt der wirtschaftliche Erfolg eines Krankenhauses von seinen Kosten- und Leistungsstrukturen in Relation zu den anderen Leistungserbringern ab. Mit diesem Maßstab werden Anreize zu einer Steigerung der Effizienz gesetzt: Wenn die Kosten eines

Krankenhauses unterhalb der Durchschnittskosten liegen, wird ein Überschuss erwirtschaftet, im umgekehrten Fall entsteht ein Verlust, der durch den Krankenträger in irgendeiner Form ausgeglichen werden muss.

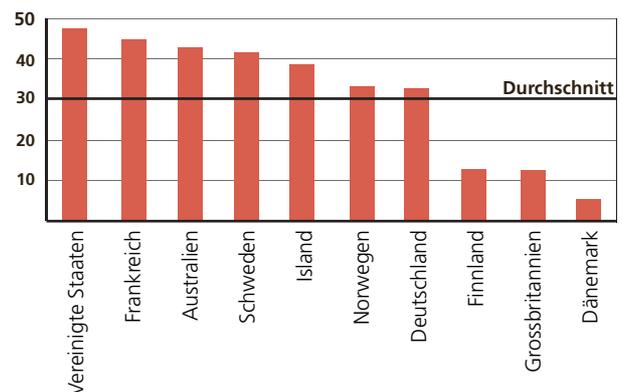
Erfolgt dies nicht, drohen langfristig Schließung oder Übernahme des Krankenhauses. Für die Krankenhäuser bestehen bei der Umsetzung des Selektivvertragssystems aber auch Risiken. Neben zusätzlichen Kosten infolge ihrer Teilnahme an den Leistungsausschreibungen der Krankenkassen ist dabei insbesondere auf die zusätzlich entstehenden Kosten für die Koordination der kassenindividuellen Einzelverträge hinzuweisen, die angesichts von über 1.000 DRGs und derzeit rund 160 Krankenkassen sowie vermutlich unterschiedlichen Laufzeiten der Verträge nicht zu vernachlässigen sind.

Schließt ein Krankenhaus dagegen zu wenige Selektivverträge ab, werden einzelne Abteilungen bzw. Leistungen kaum noch wirtschaftlich zu führen oder zu erstellen sein, womit Investitionsrisiken einhergehen. Das genaue Nebeneinander des DRG-Systems mit dem System der Selektivverträge erfordert daher ein sorgfältiges Abwägen.

Bei den Ausgaben für Arzneimittel haben sich in den vergangenen Jahren in den Ländern der OECD Ausgabenzuwächse ergeben, die sich, zumindest partiell, auf die Diffusion neuer Medikamente und den demografischen

Kostensenkungspotenziale bei sieben ausgewählten stationären Eingriffen (2006)

Potential for reduction in unit costs (%)

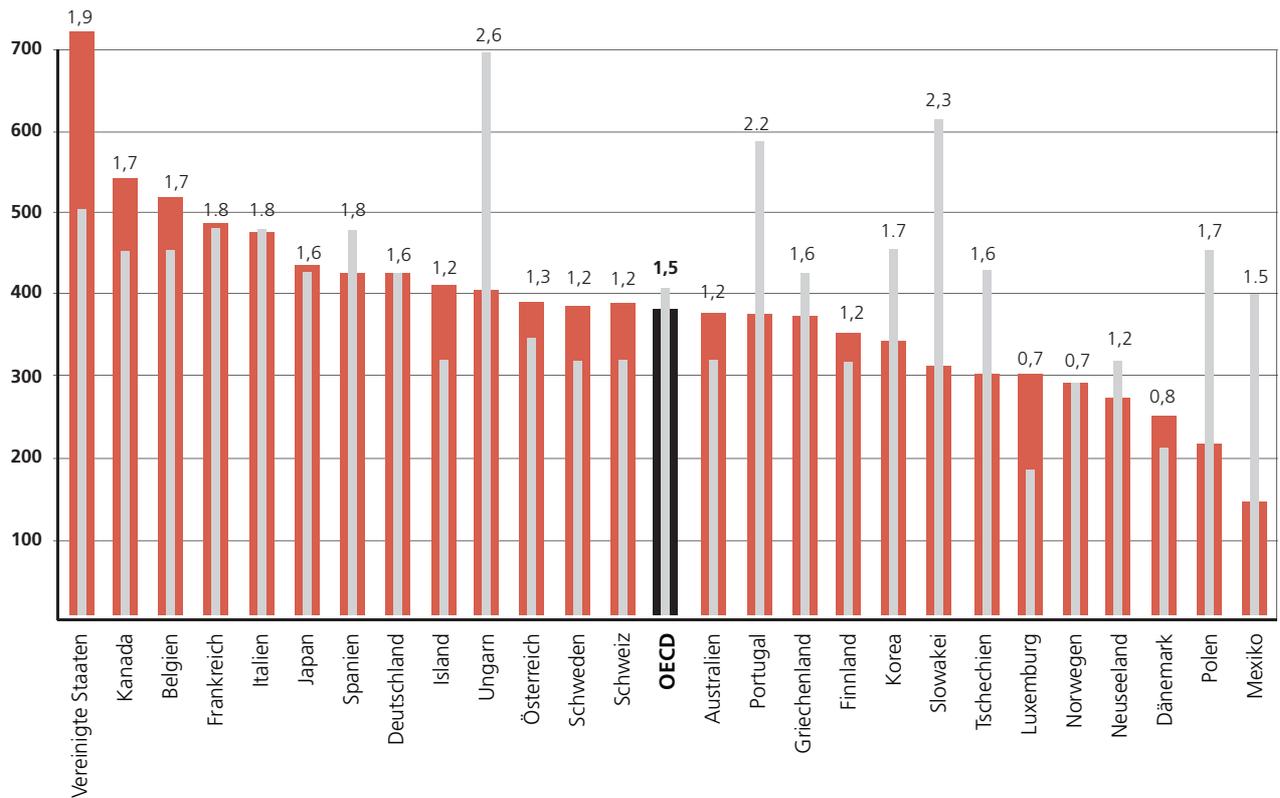


Quelle: Quelle: Erlandsen, E. (2007), Improving the Efficiency of Health Care Spending: Selected Evidence on Hospital Performance, OECD Economic Department, Working Paper No. 555, Paris, S.10.



Die Möglichkeit, Kosten bei bestimmten Eingriffen zu senken, fallen je nach Land sehr unterschiedlich aus.

Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel und Arzneimittelausgabenanteil am Bruttoinlandsprodukt



1. Nur verschreibungspflichtige Medikamente. 2. 2004. 3. 2004/05.
 Quelle: OECD (2009b), Achieving Better Value for Money in Health Care, Paris, S.43.

■ USD PPP 2000 ■ % of BIP



Im Vergleich von OECD-Ländern liegt Deutschland bei den Arzneimittelausgaben mit etwas über 400 US-Dollar pro Kopf auf Platz 8.

Wandel zurückführen lassen. Der Effekt auf die Gesamtausgaben ist damit aber nicht bestimmt, vermeidet die medikamentöse Therapie in vielen Fällen die kostspieligen Alternativen Krankenhaus oder chirurgischer Eingriff. Die Abbildung S.22 zeigt die Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel und Arzneimittelausgabenanteil am BIP für das Jahr 2006 im internationalen Vergleich.

Die USA geben mit rund 800 US-Dollar Pro-Kopf für Arzneimittel doppelt so viel wie der OECD-Durchschnitt aus und stehen damit an der Spitze. Im Durchschnitt der betrachteten Länder sind es knapp 400 US-Dollar. Deutschland liegt mit etwas mehr als 400 US-Dollar auf Platz acht.

Der Arzneimittelanteil beträgt im Durchschnitt 1,5 % des BIP und liegt in den OECD-Ländern zwischen 0,7 % und 2,6 %. Pro-Kopf betrachtet schwanken die Arzneimittelausgaben deutlich weniger als die Gesundheitsausgaben insgesamt. Die Unterschiede spiegeln Konsummuster, Preisdifferenzen, Strukturaspekte sowie nationale Regulierungsansätze wider.

Vergleich unter Outcome-Aspekten

Die Lebenserwartung unterliegt zwar auch gewichtigen Einflussfaktoren außerhalb des Gesundheitswesens, dennoch vermag ein internationaler Vergleich wenn auch begrenzte, jedoch erste Hinweise auf dessen Leistungsfähigkeit zu liefern. Der Erklärungsanteil des Gesundheitswesens im engeren Sinne an der Veränderung der Lebenserwartung liegt gemäß nationaler und internationaler Studien zwischen 10 % und 40 %.

Unter Outcome-Aspekten besitzt der Zugewinn an Lebenserwartung über einen gewissen Zeitraum eine höhere Aussagefähigkeit. Ein im Vergleich zu anderen Ländern niedriger absoluter Wert kann dennoch mit einer überproportionalen durchschnittlichen Wachstumsrate einhergehen, ein relativ hoher absoluter Wert mit einer nur moderaten durchschnittlichen Wachstumsrate.

Im Hinblick auf die durchschnittliche Wachstumsrate der Lebenserwartung erzielt Deutschland im internationalen Benchmarking überdurchschnittliche Werte und liegt

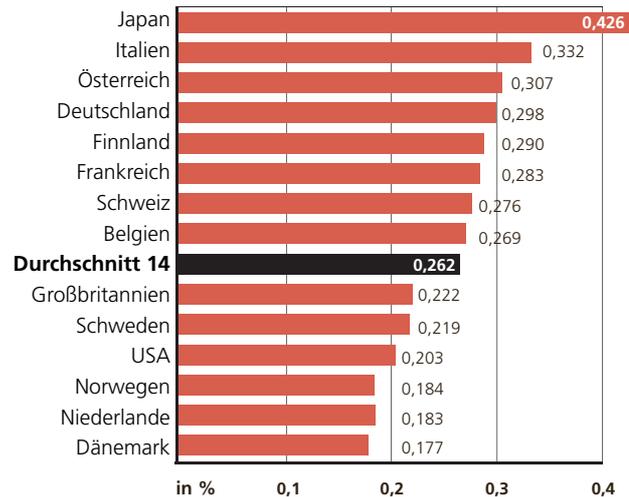
für Männer und Frauen jeweils an vierter Stelle – und dies, obwohl sich Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg in einer im internationalen Vergleich ungünstigen Ausgangssituation befand (vgl. Abbildungen S.23). In Anbetracht der bereits erwähnten empirischen Studien, die den Erklärungsgehalt des Gesundheitssystems im engeren Sinne an der Veränderung der Lebenserwartung zwischen 10 % bis 40 % quantifizieren, deutet dies zumindest nicht auf eine unterdurchschnittliche Leistungsfähigkeit der deutschen Gesundheitsversorgung hin.

In diesem Kontext gilt es noch einmal zu betonen, dass methodische Probleme den Vergleich von Inputs und Outcomes von Gesundheitssystemen erheblich erschweren. Diese Diskussion geht zurück auf die WHO-Studie aus dem Jahr 2000 „The World Health Report aus dem Jahr 2000 – Health Systems: Improving Performance“, der aus heutiger Sicht nur eine sehr eingeschränkte Aussagekraft zukommt.

Die Tabelle S.24 zeigt, dass in der WHO-Studie das Gesundheitswesen in Deutschland als relativ wenig leistungsfähig eingestuft wurde. Deutschland wurde als eines der Systeme dargestellt, das für Gesundheit hohe Ausgaben aufwendet, dabei aber nur mäßige Resultate erzielt. Dem WHO-Bericht kommt dennoch das Verdienst zu, eine Grundsatzdiskussion um die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen in Gang gebracht zu haben.

Die WHO vergleicht Gesundheitssysteme, indem sie Ergebnis-Indikatoren wie zum Beispiel Mortalität oder die Zahl beschwerdefreier Lebensjahre in ein Verhältnis zu den aufgewendeten Kosten setzt. Dabei wird ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Mitteleinsatz und Ergebnis unterstellt. Ländern mit niedriger Mortalität der Bevölkerung und gleichzeitig niedrigem Mitteleinsatz für Gesundheitsbelange wird von der WHO eine höhere Effizienz und Effektivität bescheinigt als Ländern mit höherer Mortalität beziehungsweise höherem Mitteleinsatz. Diese Vorstellung vernachlässigt aber die Tatsache, dass die Gesundheitssysteme länderspezifisch jeweils unterschiedliche Ausgangsbedingungen vorfinden. Das betrifft vor allem das Risikopotenzial für Erkrankungen, das Niveau der zu versorgenden Morbidität oder das Niveau der Ausgangslebenserwartung. Es wird nicht berücksichtigt, dass das Mortalitätsniveau relativ stark von exogenen Faktoren abhängig ist zum Beispiel der Altersstruktur oder von Lebensstilfaktoren wie Ernährung, Rauchen und Trinken. Diese exogenen Risiken kann ein Gesundheitssystem, wenn überhaupt, nur langfristig und nur in gewissen Grenzen

Mittlere jährliche Wachstumsrate der Lebenserwartung von Frauen, 1960-2008

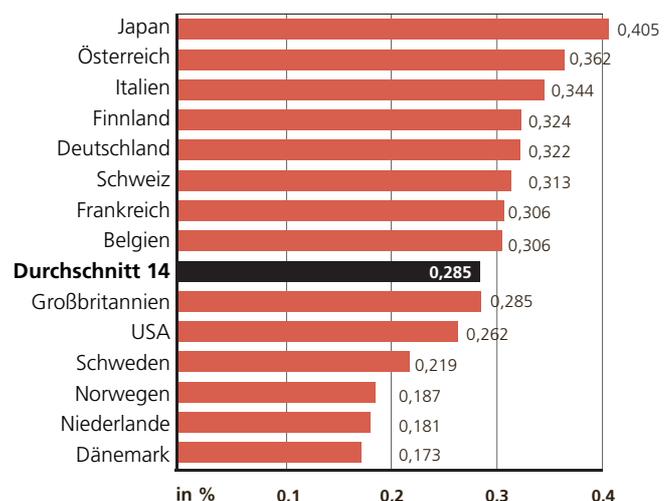


Belgien, Großbritannien, USA: 1960-2007; Italien: 1961-2007.
Quelle: Wille und Ulrich (2009), Wille und Erdmann (2010), OECD Health Data (2010).



Beim Wachstum der Lebenserwartung von Frauen nimmt Deutschland einen der vorderen Plätze ein.

Mittlere jährliche Wachstumsrate der Lebenserwartung von Männern, 1960-2008



Belgien, Großbritannien, USA: 1960-2007; Italien: 1961-2007.
Quelle: Wille und Ulrich (2009), Wille und Erdmann (2010), OECD Health Data (2010).



Die deutliche Zunahme der Lebenserwartung deutet auf eine zumindest nicht unterdurchschnittliche Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens hin.

mithilfe der Gesundheitsförderung und Prävention beeinflussen. Beim Teilsystem Prävention, ebenso wie beim Teilsystem Rehabilitation handelt es sich aber, zumindest unter dem Aspekt des erforderlichen Finanzbedarfs, um nachgeordnete Bereiche.

Kernaufgabenbereich von Gesundheitssystemen, die den größten Teil der Finanzierungsmittel binden, ist in allen Ländern nach wie vor die Versorgung der jeweils aktuell Kranken. Das Teilsystem Krankenversorgung hat primär die Aufgabe, auf die Morbidität der Bevölkerung zu reagieren. Wegen der unterschiedlichen Morbiditätslasten, die in einzelnen Bevölkerungsgruppen zu versorgen sind, ist der Finanzbedarf einzelner Gesundheitssysteme unterschiedlich. Die OECD-Studie von 2001 „Measuring Up – Improving Health System Performance in OECD Countries“ und die neueste Ausgabe von 2009 „Health at a Glance“ sind methodisch anspruchsvoller und machen darüber hinaus die bestehenden Messprobleme transparenter als die WHO-Studie. Beim OECD-Vergleich der Gesundheitssysteme erreicht Deutschland in den meisten Kategorien zwar auch keinen Spitzenplatz, dennoch erzielt das deutsche Gesundheitssystem gute Bewertungen (vgl. Tabelle 24). Da die OECD-Gesundheitsdaten aber auf nationalen Statistiken basieren, deren Erstellung nach verschiedenen Methoden erfolgt, sind auch hier ihrer Vergleichbarkeit Grenzen gesetzt.

Die neueste Patientenbefragung des Commonwealth Fund aus dem Jahr 2009 zeigt, dass deutsche Patienten insbesondere geringe Wartezeiten und den freien Zugang zu medizinischen Leistungen schätzen. In der Befragung wird aber auch deutlich, dass die deutschen Patienten mit der Verzahnung im Gesundheitswesen, mit der Einführung und Umsetzung von e-Health oder mit zentralen Aspekten zur Gleichbehandlung im Gesundheitswesen unzufrieden sind.

Die Ursachen für das Vorliegen nennenswerter Effizienz-, Effektivitäts- und Qualitätsreserven im deutschen Gesundheitssystem sind sicherlich vielfältig. Die betroffenen Patienten nehmen die mangelnde Kooperation und eine unzureichende sektorenübergreifende Versorgung als Problem in der gesundheitlichen Versorgung wahr. Auch die Dominanz akutmedizinischer Versorgung, die Vernachlässigung von Prävention und Rehabilitation oder die nach wie vor dominierende kollektivvertragliche Steuerung sind potenzielle Ursachen für bestehende Rationalisierungsrerven.

WHO-Ranking: Bewertung des deutschen Gesundheitssystems

	Rang
Gesundheitszustand der Bevölkerung	22
Verteilung des Gesundheitszustands	20
Patientensouveränität	5
Soziale Gerechtigkeit (mit 37 weiteren Staaten)	3
Fairness der Finanzierung (mit Irland)	6
Gesamtleistung	14

Beim OECD-Vergleich erreicht Deutschland

	Rang
5-Jahres-Überlebensrate nach Brustkrebs	14 von 19
5-Jahres-Überlebensrate nach Darmkrebs	12 von 19
Sterblichkeitsrate nach Asthma	15 von 21
Todesfälle 30 Tage nach Herzinfarkt	12 von 20

Quelle: Greß, Maas und Wasem 2006, Böckler Impuls 18/2006, S. 4.



In der methodisch umstrittenen WHO-Studie hat das deutsche Gesundheitswesen im Jahr 2000 schlecht abgeschnitten.

Zwischenfazit zur Evidenz von internationalen Rankings

Wird die Gesundheitsquote für das Ranking herangezogen, so lässt sich für Deutschland nur bei Nichtberücksichtigung der Wiedervereinigung ein überdurchschnittlicher Wert für das Gesundheitswesen konstatieren. In keinem Fall lässt sich jedoch von der Gesundheitsquote auf einen überdurchschnittlichen Mitteleinsatz Pro-Kopf schließen.

Für Aussagen bezüglich der Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems bietet sich die Lebenserwartung als objektiv messbarer Outcome-Indikator an. Hinsichtlich der Veränderungsrate der Lebenserwartung erzielt Deutschland inzwischen einen Spitzenplatz innerhalb der OECD-Länder.

Internationale Vergleiche des personellen und sächlichen Ressourceneinsatzes liefern keine eindeutigen Hinweise auf eine überdurchschnittliche Ineffizienz des deutschen Gesundheitswesens:

- Eine angebotsinduzierte Nachfrage lässt sich zumindest für die GKV weder bei Allgemein-, noch bei Fachärzten nachweisen.
- Die Arztdichte liegt im Durchschnitt vergleichbarer Länder und verzeichnet ab den 1990er Jahren eher eine unterdurchschnittliche Entwicklung.

- Den hohen Arztbesuchen Pro-Kopf stehen vergleichsweise niedrige Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen gegenüber.
- Bei Krankenhausbetten und der durchschnittlichen Verweildauer rangiert Deutschland allerdings mit an der Spitze.
- Die Ausgaben für Arzneimittel ohne Patentschutz sind stabil (Festbeträge, Rabattverträge), dagegen steigen die Ausgaben für Arzneimittel mit Patentschutz, die nicht in Festbetragsgruppen sind, mit hoher Dynamik. Der Ausgabenanteil für Arzneimittel am BIP liegt aber relativ nahe am Durchschnitt der OECD-Länder.

Ausblick: Perspektiven für mehr Wettbewerb und Effizienz

Benötigt wird im Gesundheitswesen ein kontrollierter Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, den Versicherten und den Leistungsanbietern. Eine sozial flankierte Stärkung marktwirtschaftlicher Strukturen führt zur Steigerung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems insgesamt und erhöht die Qualität der Versorgung für die Patienten. Wettbewerb ist dabei kein Selbstzweck, sondern muss durchschlagen auf die Leistungsseite: verbesserte, weil patientengerechtere Angebote, kürzere Wartezeiten, ein freundlicherer Umgangston oder eine verbesserte Qualität sind konkrete Ergebnisse des Wettbewerbs. Trotz aller Reformanstrengungen existiert bislang jedoch kein in sich geschlossenes Wettbewerbskonzept im Gesundheitswesen. Stattdessen wurden durch immer neue Regulierungen Fehlanreize gesetzt, die Qualitätsmängel und Ineffizienzen gefördert haben und weiterhin erhalten. Ein funktionierender Wettbewerb könnte dagegen unwirtschaftliche Versorgungsstrukturen beseitigen helfen. Er ist zugleich auch ein Motor für Innovationen. Er trägt dazu bei, dass sich Krankenkassen und Leistungsanbieter immer wieder aufs Neue um Qualitätsverbesserungen bemühen und den Versicherten innovative Produkte und Dienstleistungen anbieten.

Gegenwärtig lassen sich mögliche Ursachen der Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen im Kern in zwei Gruppen einteilen. Die erste Gruppe enthält die institutionellen Grundbedingungen des gegenwärtigen Organisationssystems des Gesundheitswesens, von denen ineffiziente Anreize für alle Akteure ausgehen. Dazu rechnen die mangelnde Kooperation und die in vielen Fällen unzurei-

chende sektorenübergreifende Versorgung, die Dominanz akutmedizinischer Versorgung, die Vernachlässigung der Prävention, die unzureichende Berücksichtigung der speziellen Versorgungsbedürfnisse älterer, chronisch Kranker und der Mangel an flexiblen an internationalen Standards ausgerichteter Versorgungskonzepte.

Die zweite Gruppe enthält die Determinanten der langfristigen Entwicklung der Leistungsausgaben im Gesundheitswesen. Neben der prognostizierten demographischen Entwicklung, die durch eine zunehmende Lebenserwartung der Bevölkerung bei einer gleichzeitig rückläufigen Geburtenrate gekennzeichnet ist, bestimmt der medizinisch-technische Fortschritt die zukünftige Ausgabenentwicklung. Die moderne Medizin kann zwar immer mehr, wird aber auch immer teurer. Im Gesundheitswesen dominieren die so genannten Produktinnovationen, die weitgehend additiv zum bestehenden Stand der Technik hinzukommen, während kostengünstige Prozessinnovationen eher seltener vorkommen. Die Jahrestherapiekosten moderner Krebsmedikamente, in der Transplantationsmedizin oder bei der Behandlung der Hämophilie belaufen sich aktuell auf 50.000 Euro und mehr.

Erforderlich ist eine durchgängige Wettbewerbskonzeption in der Gesundheitspolitik, welche die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens erhält und gleichzeitig die Finanzierungswege überprüft bzw. sofern erforderlich verändert. Die Notwendigkeit, Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung vor dem Hintergrund dieser Rahmenbedingungen auch langfristig zu sichern, erfordert zwingend eine schrittweise Anpassung und Weiterentwicklung der gegenwärtig vorhandenen Versorgungsstrukturen innerhalb einer solidarischen Wettbewerbsordnung. Als Referenzperspektive kann das Beziehungsdreieck von Märkten und Akteuren im Gesundheitswesen in der Abbildung S.26 dienen.

Wettbewerb zwischen den Krankenkassen um Versicherte auf dem Versicherungsmarkt ist grundsätzlich zwar vorhanden, der Einfluss einer Krankenkasse bleibt bisher aber weitgehend auf die Verwaltungskosten und die Betreuung der Versicherten beschränkt. Das Leistungsangebot ist dagegen nach wie vor überwiegend einheitlich vorgegeben, mit Ausnahme der Wahl- und Satzungsleistungen. Insgesamt beeinflusst eine Krankenkasse mit ihren Handlungen daher die Effizienz des Gesamtsystems eher marginal. Auf dem Leistungsmarkt zeigen sich insbesondere die Effizienzdefizite des korporativen Handelns.

Sektorspezifische Budgets und kollektivvertragliche Steuerung lassen wenig Spielraum für die Realisierung von Effizienzreserven. Dabei ist Wettbewerb auf dem Leistungsmarkt am ehesten erreichbar durch einen verstärkten Vertragswettbewerb.

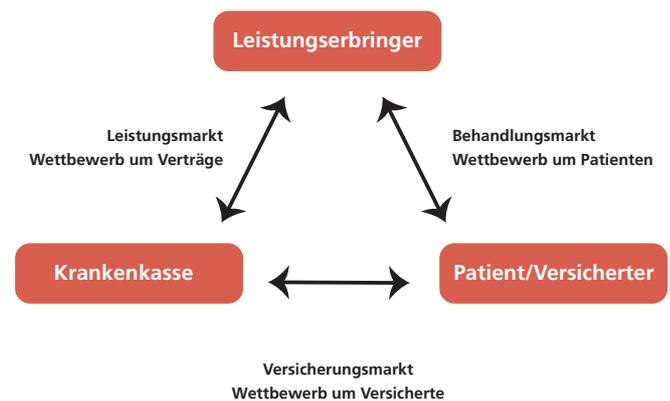
Unterschiedliche Rahmenbedingungen innerhalb der Sektoren behindern bisher einen funktionsfähigen Wettbewerb an den Schnittstellen, insbesondere zwischen dem ambulanten und stationären Bereich. Nur einheitliche Rahmenbedingungen an den Schnittstellen der Gesundheitsversorgung ermöglichen eine effiziente sektorübergreifende Versorgung, vor allem bei Leistungsdefinitionen, Qualitätssicherungsmaßnahmen, Genehmigungsverfahren sowie Vergütungen einschließlich der Investitionsfinanzierung.

Die Rahmenbedingungen, insbesondere an der Grenze zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor, müssen so ausgestaltet werden, dass weiterhin eine flächendeckende ambulante Versorgung gewährleistet wird. Das schließt auch gleiche Wettbewerbsbedingungen für unternehmerisch Selbstständige und Angestellte sowie für niedergelassene Praxen und Krankenhäuser ein. Wesentlich für gleiche Wettbewerbschancen ist die Einheitlichkeit der Finanzierungssysteme. Investitionsmittel der Bundesländer dürfen nicht dazu genutzt werden, Konkurrenzangebote von Krankenhäusern zum Nachteil der niedergelassenen Ärzte zu schaffen, die ihre Investitionen selbst finanzieren müssen. Die zunehmende Spezialisierung der Medizin, der Ausbau der Informationstechnologie und der hohe Kapitalbedarf für Medizintechnik werden allerdings dazu führen, dass hoch spezialisierte Versorgung zunehmend multidisziplinäre Zentren übernehmen, so dass der Teamarzt an Bedeutung gewinnen wird.

Aus dieser Perspektive erscheint ein funktionsfähiger Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und stationären Bereich unverzichtbar. Hierzu bedarf es aber auch gesetzlicher Regelungen, welche für diese Arbeitsprozesse geeignete verwaltungs- und honorartechnische Grundlagen legen.

Weiterhin bestehen erhebliche Wettbewerbsdefizite innerhalb der Sektoren, insbesondere innerhalb des Krankenhaussektors und des Arzneimittelbereichs. Zudem fehlt bisher ein Konzept über das Verhältnis von kollektiv- und selektivvertraglich organisierter Gesundheitsversorgung. Hinzu tritt nach wie vor die Furcht der Krankenkassen vor Zusatzbeiträgen, welche potenzielle innovative Vorhaben

Perspektiven für mehr Wettbewerb und Effizienz



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Cassel u. Jacobs 2006, S. 285 und Monopolkommission 2008, S. 445.



Der Wettbewerb im Dreieck der Akteure ist durch viele Faktoren eingeschränkt.

verdrängt. Dadurch dominieren Finanzierungsaspekte die grundsätzlich erwünschte Ziel- und Qualitätsorientierung.

Der Gesetzgeber hat mit den jüngsten Gesundheitsreformen vielfältige Optionen zum selektiven Kontrahieren geschaffen, die aber bisher eher einen Flickenteppich an vertraglichen Möglichkeiten darstellen, der mangels vorliegender Evaluationen noch keine Basis für weitere Lerneffekte bilden kann. Von den besonderen Versorgungsformen beinhalten die Strukturverträge nach § 73 a SGB V, die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b sowie die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c zahlreiche Koordinationsprozesse und auch Kooperationen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, sie beinhalten aber keine sektorübergreifende Koordination. Eine sektorübergreifende Behandlung ermöglicht vom Ansatz nur die Modellvorhaben nach §§ 63-65, die integrierten Versorgungsformen nach § 140 a-d sowie die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f-g SGB V.

Neue Konzepte und Ideen können nicht umgesetzt werden, wenn den Krankenkassen private Verbände als Monopolisten gegenüberstehen, die auf diese Weise ihre Honorarforderungen realisieren wollen. Mit Blick auf die besonderen Versorgungsformen sollen alle Varianten gleiche Chancen besitzen, d.h. es darf keinen gesetzlichen Zwang zum Angebot einer speziellen Variante geben. So widerspricht die Verpflichtung der Krankenkassen, ihren

Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten, sowohl einem ergebnisoffenen Wettbewerb der verschiedenen Organisationsformen als auch der Integrationsidee einer sektorübergreifenden Versorgung.

Die Hausarztverträge werden durch die Gesetzesänderung im GKV-Finanzierungsgesetz modifiziert. Künftig soll bei neuen Hausarztverträgen die Vergütung auf das im KV-System übliche Niveau gesenkt werden. Höhere Vergütungen müssen durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen an anderer Stelle, etwa durch sinkende Arzneikosten oder weniger Überweisungen, kompensiert werden. In Bayern kündigte die AOK Bayern im Dezember 2010 den Hausarztvertrag. Die AOK kündigte den Hausarztvertrag nachdem der Bayerische Hausarztverband seine Mitglieder zu einer kollektiven Kassenzulassung aufgerufen hatte. Allerdings wurde bei diesem Versuch nicht die zuvor festgelegte Mehrheit von 60 Prozent erreicht. Damit steht für AOK-Versicherte zurzeit kein Hausarztmodell zur Verfügung.

Wettbewerb auf dem Behandlungsmarkt dürfte am schwierigsten zu erreichen sein. Die zahlreichen asymmetrischen Informationsbeziehungen im Gesundheitswesen (Moral Hazard-Verhalten der Versicherten, adverse Selektionsprobleme auf dem Markt für Krankenversicherungsschutz) prägen insbesondere die Beziehungen zwischen Arzt, Patient und Krankenversicherung.

Eine wettbewerbliche Steuerung kann hier am ehesten indirekt über den Leistungs- und den Versicherungsmarkt erfolgen. Steht es den Krankenkassen frei, auf dem Leistungsmarkt individuell ausgehandelte Verträge mit Ärzten und Krankenhäusern zu schließen, dann hat eine Krankenkasse die Möglichkeit auf dem Versicherungsmarkt individuelle Versicherungsangebote zu machen. Durch die Wahl des Versicherungsangebots einer Krankenkasse steuert der Patient auf diese Weise die Leistungsverträge indirekt.

Auf Seiten der Leistungserbringer besteht der Anreiz, dem Patienten auf dem Behandlungsmarkt eine hochwertige Versorgung zukommen zu lassen, da sie dies im Wettbewerb um Verträge auf dem Leistungsmarkt für sich nutzen können. Effizianzanreize auf dem Versicherungsmarkt übertragen sich auf diese Weise auf den Leistungs- und Behandlungsmarkt.

Literatur beim Verfasser
Kontakt: volker.ulrich@uni-bayreuth.de

.....
PROFESSOR DR. VOLKER ULRICH
.....



lehrt seit 2002 Volkswirtschaftslehre und Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth. 2011 ist er Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ).



Priorisierung, Rationierung – Juristische Implikationen für Entscheidungsverfahren und Entscheidungsmaßstäbe

VON PROF. DR. STEFAN HUSTER, RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM



Die gesundheitsbezogenen Verpflichtungen des Sozialstaats gehen einher mit der Konsequenz, dass politisch entschieden werden muss, welche medizinischen Leistungen zur Verfügung stehen und wieviel Mittel dafür aufgewendet werden sollen. Dabei gilt es als nicht unwahrscheinlich, dass aus Knappheitsgründen in nicht allzu ferner Zukunft auch Leistungen, die als notwendig gelten, den Rahmen des Finanzierbaren sprengen werden. Bislang allerdings kennt die GKV offene Leistungsausschlüsse nur in Randbereichen der Versorgung. Die Rechtswissenschaft hat – anders als politische Philosophie und Medizinethik – erst damit begonnen, nach Maßstäben für Priorisierung und Rationierung zu fragen, die mit dem Grundgesetz vereinbar sind. Allerdings wird sich aus dem Grundgesetz schwerlich ein einziges, verfassungsgemäßes Verteilungsschema ableiten lassen. Thesenartig diskutiert der Beitrag, welche Möglichkeiten und Grenzen für Leistungsbeschränkungen in der medizinischen Versorgung bestehen.

I. Die Verantwortung des Sozialstaats für die Gesundheitsversorgung und die Knappheit der Ressourcen

1. Gesundheit als existenzielles und transzendentes Gut

In seinem Urteil zur Grundsicherung hat das Bundesverfassungsgericht mit bemerkenswerter Deutlichkeit klargestellt, dass „der Staat im Rahmen seines Auftrages zum Schutz der Menschenwürde und in Ausfüllung seines sozialstaatlichen Gestaltungsauftrages verpflichtet“ ist, für die materiellen Voraussetzungen eines menschenwürdigen Daseins Sorge zu tragen. Der entsprechende „unmittelbar(e) verfassungsrechtliche Leistungsanspruch auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums“ umfasse dabei insbesondere „die physische Existenz des Menschen, also Nahrung, Kleidung, Hausrat, Unterkunft, Heizung, Hygiene und Gesundheit“. Nun mag man diese Formulierung mit Blick auf die Gesundheit für missverständlich halten:

Ein „Recht auf Gesundheit“ kann es – anders als einen Anspruch auf Nahrung, Kleidung oder Hausrat – sinnvollerweise nicht geben, da Gesundheit von vielen Faktoren – etwa der genetischen Ausstattung und dem gesundheitsbezogenen Verhalten – abhängt, auf die der Staat keinen Einfluss hat oder die er nur unter Aufgabe seiner Freiheitlichkeit kontrollieren könnte.

Gemeint kann daher lediglich sein, dass der Staat seinen Bürgern – und zwar insbesondere denjenigen, die dies nicht aus eigener Kraft sicherstellen können – die zur Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit notwendigen, aber dafür gewiss nicht immer hinreichenden materiellen Voraussetzungen gewährleisten muss. In diesem Sinne gibt es tatsächlich überzeugende Gründe, den

Die Notwendigkeit und Zulässigkeit von Leistungsbegrenzungen

a) Die Knappheit der Mittel

- Notwendigkeit der Definition des Leistungskatalogs
- Medizin ist erfolgreich, aber auch teuer

b) Die Opportunitätskosten des Versorgungssystems

- Bedeutung anderer Güter für Volksgesundheit und soziale Gesundheitsverteilung

c) „Rationalisierung vor Rationierung“?

- gesundheitspolitisch sinnvoll, (verfassungs-) rechtlich nur von geringer Bedeutung

Quelle: Institut für Sozialrecht



Fragen der Priorisierung und Rationierung werden auf Dauer nicht zu vermeiden sein.

Sozialstaat auch und sogar vorrangig auf die Gesundheit seiner Bürger zu verpflichten. Gesundheitliche Beeinträchtigungen haben eine existenzielle Dimension, die andere soziale Defizite nicht in der gleichen Weise besitzen: So schlimm es sein mag, etwa keine Arbeit zu haben oder sein Leben mit sehr begrenztem Einkommen fristen zu müssen, so unvergleichbar intensiver ist die Erfahrung einer schweren, vielleicht sogar lebensbedrohenden Krankheit und der damit verbundenen Schmerzen, Beeinträchtigungen und psychischen Belastungen. Gesundheit ist daneben ein konditionales oder – im kantischen Sinne des Wortes – transzendentes Gut, das die Voraussetzung für viele andere Lebensvollzüge darstellt. Gegen eine Einschränkung der Lebensführung durch gesundheitliche Probleme angehen zu können, soweit dies medizinisch möglich ist, ist deshalb gerade in einer Wettbewerbs- und Leistungsgesellschaft von zentraler Bedeutung, weil dadurch eine Chancengleichheit befördert wird, die die differenzierten Ergebnisse dieses Wettbewerbsprozesses erst legitimiert.

Hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Verpflichtungen des Sozialstaats richten sich sowohl die politische als auch die juristische Aufmerksamkeit – vielleicht etwas vorschnell – ganz überwiegend auf die medizinische Versorgung. Dementsprechend finden wir in allen Industrienationen – bis vor kurzem mit der wichtigen Ausnahme der USA – öffentliche Systeme der Gesundheitsversorgung, die die gesamte oder zumindest große Teile der Bevölkerung erfassen. Auch dürfte der existentielle und transzendente Charakter der Gesundheit erklären, warum – ähnlich wie im Bereich der Bildung – gegen soziale Zugangsbarrrieren zur medizinischen Versorgung massive Aversionen bestehen. Dabei legt sich das Grundgesetz nicht auf ei-

ne bestimmte Organisation des Versorgungssystems fest. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) besitzt keinen verfassungsrechtlichen Bestandsschutz. Auch mittels eines weitgehend privatisierten oder verstaatlichten Gesundheitssystems könnte der Gesetzgeber seiner sozialstaatlichen Verpflichtung nachkommen, solange er gewährleistet, dass eine funktionsfähige und allgemein zugängliche Gesundheitsversorgung vorhanden ist. Auch besteht keine rechtliche Notwendigkeit, den sozialen Ausgleich auf der Finanzierungsseite innerhalb des Versorgungssystems durchzuführen; insoweit könnten auch andere Transfersysteme dafür sorgen, dass die Absicherung des gesundheitlichen Risikos für keinen Bürger mit unzumutbaren Einschränkungen verbunden ist.

2. Die Notwendigkeit und Zulässigkeit von Leistungsbegrenzungen

a) Die Knappheit der Mittel

Diese Gewährleistungsverantwortung des Staates hat allerdings eine wichtige Konsequenz: Es muss politisch entschieden werden, welche medizinischen Leistungen zur Verfügung stehen und welche finanziellen Mittel dafür aufgewendet werden sollen. Private Konsumententscheidungen können den einzelnen Bürgern und ihrer grundrechtlich geschützten Lebensplanung überlassen werden. Sobald aber die öffentliche Gewalt auch nur einen Mindestkatalog medizinischer Leistungen definiert, zu denen jedermann Zugang haben muss, stellt sich die Frage nach Zusammensetzung und Kosten dieses Leistungskatalogs. Da die Bürger gezwungen sind, diese Leistungen auf die eine oder andere Weise zu finanzieren, steht auch die Gesundheits-

versorgung – so wichtig sie sein mag – unter dem Prinzip der Knappheit der zur Verfügung stehenden Ressourcen.

Diese grundlegende Knappheitsbedingung, aus der sich alle Probleme der Verteilungsgerechtigkeit erst ergeben, fällt nicht weiter auf, solange sich die Ausgaben für die „notwendige“ medizinische Versorgung in Grenzen halten. Dies mag lange Zeit so gewesen sein. Dabei darf man sich aber keinen Illusionen hingeben: Zusätzlicher medizinischer Nutzen wäre schon immer zu stiften gewesen. Dass wir das Land nicht mit Rettungshubschraubern überziehen und nicht jeder Bürger wie der amerikanische Präsident oder arabische Ölmagnaten, die ihren Leibarzt mit sich führen, versorgt wird, mag ein sinnvoller kulturell-politischer Konsens gewesen sein; grundsätzlich könnte aber schon heute das gesamte Volkseinkommen in eine derartige „presidential medicine“ investiert werden. Politisch brisant wird die Mittelknappheit, wenn auch medizinische Leistungen, die nach herkömmlicher Auffassung „notwendig“ (vgl. § 12 Abs. 1 SGB V) sind, einen akzeptablen Kostenrahmen sprengen.

Dass dem in nicht allzu ferner Zukunft so sein wird, ist nicht unwahrscheinlich: Mögen die aktuellen Probleme der GKV aufgrund der Arbeitslosigkeit und einer sinkenden Lohnquote noch maßgeblich auf der Finanzierungsseite liegen, mit deren Reform sich die Gesundheitspolitik gerne beschäftigt, so spricht vieles dafür, dass durch den medizinisch-technischen Fortschritt und die demographische Entwicklung die fundamentalen Schwierigkeiten auf der Leistungsseite entstehen werden.

Diese Beobachtung hat zwei Seiten. Einerseits zeigt sie erfreulicherweise, dass es – was in historischer Perspektive eine jüngere Entwicklung ist – eine leistungsfähige Medizin gibt, die nachgefragt wird, und dass die Bürger immer älter werden. Andererseits werfen diese Umstände die Frage auf, ob sich das Gemeinwesen diesen medizinischen Fortschritt noch um jeden Preis leisten will und wo ggf. Abstriche vorgenommen werden sollen. Die Überlegung, ob nicht aus Kostengründen auch medizinisch notwendige oder zumindest sinnvolle Leistungen aus dem Leistungskatalog des öffentlichen Versorgungssystems herausgenommen werden müssen („Rationierung“) bzw. welche Leistungen bei begrenztem Budget vorrangig zu gewährleisten sind („Priorisierung“), wird man daher auf die Dauer nicht vermeiden können. Dies ist nicht nur für das politische System unangenehm, sondern wirft auch schwierige Rechtsfragen auf.

b) Die Opportunitätskosten des Versorgungssystems

Dabei kann das (Verfassungs-)Recht einer Leistungsabgrenzung nicht grundsätzlich im Wege stehen, wenn es sich nicht zu einem paternalistischen Zwangsinstrument entwickeln soll, das das Gemeinwesen zwingt, alle verfügbaren Ressourcen in das Gesundheitssystem zu leiten. Wie problematisch dies wäre, wird am deutlichsten, wenn man sich nicht nur die Kosten, sondern auch die Opportunitätskosten des Versorgungssystems auch und gerade mit Blick auf die Gesundheit vor Augen hält. Empirische Untersuchungen zeigen, dass sowohl der Gesundheitszustand der Bevölkerung – traditionell formuliert: die Volksgesundheit – als auch die soziale Verteilung von Gesundheit nicht nur von der Qualität des Versorgungssystems und dessen Zugänglichkeit, sondern auch und sogar maßgeblich von anderen Faktoren (Lebensstil, Umweltbelastungen, Sozialstruktur) abhängen, die überhaupt erst dazu führen, dass Menschen krank werden. Da das Versorgungssystem trotz der Unterschiede von Beitrags- und Steuerfinanzierung letztlich mit anderen gesundheitsrelevanten Staatsaufgaben (z.B. Bildung und Umweltschutz) um die knappen Ressourcen konkurriert und auf diesen Handlungsfeldern möglicherweise sehr viel mehr für die Gesundheit getan werden könnte, spricht auch aus verfassungsrechtlichen Gründen wenig dafür, das Versorgungssystem kompromisslos zu priorisieren.

c) „Rationalisierung vor Rationierung“?

Die Diagnose, dass Leistungsbeschränkungen auf die Dauer nicht zu vermeiden sein werden, ist allerdings nicht unumstritten; maßgebliche Protagonisten der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion sind nach wie vor der Ansicht, dass in dem gegenwärtigen Versorgungssystem noch hinreichende Effizienzreserven versteckt sind, die zunächst gehoben werden sollten („Rationalisierung“). Dabei ist der Grundsatz „Rationalisierung vor Rationierung“ als Maxime der Gesundheitspolitik gut nachvollziehbar; tatsächlich wäre es sinnwidrig, Leistungsbeschränkungen in Erwägung zu ziehen, wenn stattdessen ohne Verringerung der Versorgungsqualität durch den Abbau von Verschwendungen und Fehlsteuerungen die Kosten reduziert werden könnten. Allerdings zeigt die Gesundheitspolitik der letzten Jahre, die sich vielfach – etwa durch den Einbau von Wettbewerbselementen – um eine Effizienzsteigerung bemüht hat, dass die Regulierung des äußerst komplexen

GKV-Systeme und seine stärker wettbewerbliche Ausrichtung weder eine einfache noch eine unumstrittene Angelegenheit sind. Zudem gibt es unterschiedliche Einschätzungen, wie groß die Effizienzreserven noch sind, wo sie sich befinden und ob ihr Abbau Leistungsbeschränkungen auf die Dauer tatsächlich vermeiden kann.

II. Entscheidungsträger und -verfahren

1. Implizite und explizite Rationierung

Dass sich öffentliche Diskussionen über Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen nicht mehr vollständig vermeiden lassen, dürfte zunächst darauf zurückgehen, dass nach verbreiteter Ansicht der politisch wirkungsmächtige und in § 71 SGB V auch rechtlich verankerte Grundsatz der Beitragssatzstabilität sowie die entsprechenden Kostendämpfungsmaßnahmen bereits zu einer Mittelknappheit geführt haben, die im Versorgungsalltag bewältigt werden muss. Tatsächlich legen empirische Untersuchungen nahe, dass eine derartige heimliche oder implizite Rationierung bereits existiert. Verfahren der impliziten Rationierung mögen für die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger vorteilhaft sein, weil sie ihnen eine ausdrückliche Auseinandersetzung mit dem heiklen Thema der Rationierung bzw. Priorisierung ersparen; gleichzeitig werfen sie aber erhebliche normative Bedenken auf. Diese Bedenken sind bisher vor allem in medizinethischen Analysen hervorgehoben worden, lassen sich aber ebenso als juristische Probleme formulieren. Dabei ist das Grundproblem der impliziten Rationierung ihre mangelnde Transparenz. Mit rechtsstaatlichen Vorgaben entsteht insoweit ein Konflikt, als die Zuteilung medizinischer Leistungen nicht vorhersehbar ist, wenn es an ausdrücklichen Regelungen fehlt; dies nimmt dem Bürger die Möglichkeit, sich darauf – etwa durch den Abschluss einer Zusatzversicherung – einzustellen; zudem laufen in derartigen intransparenten Situationen auch die Rechtsschutzmöglichkeiten praktisch leer. Dass die Verteilungsmaßstäbe in Knappheitssituationen unklar bleiben, ist ferner unter sozialstaatlichen Gesichtspunkten bedenklich, weil vermutet wird, dass sich in den unregelmäßig ablaufenden Verhandlungsprozessen, die dadurch entstehen, häufig die soziale und sprachliche Kompetenz von Mitgliedern der Ober- und Mittelschicht durchsetzen wird. All dies wirft schließlich auch für die demokratische Ordnung ein Problem auf: Denn entschieden wird hier über die Zuteilung wichtiger Güter letztlich von Personen

– nämlich den behandelnden Ärzten –, die dazu in keiner Weise legitimiert sind.

2. Legitimationsfragen

Die GKV kennt offene Leistungsausschlüsse bisher nur in den Randbereichen der medizinischen Versorgung (z.B. nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel und Lifestylepräparate, vgl. § 34 Abs. 1 SGB V). Sollten sich derartige Ausschlüsse in Zukunft mehren und auch Kernbereiche der Versorgung erfassen, wäre in legitimationsrechtlicher Hinsicht zuvörderst das Parlament zur Entscheidung aufgerufen. Allerdings wird man angesichts des medizinisch-technischen Fortschritts schon aus Gründen des dynamischen Grundrechtsschutzes nicht verlangen können, dass der Ein- oder Ausschluss einzelner medizinischer Maßnahmen in den Leistungskatalog der GKV in einem förmlichen Gesetz geregelt wird.

Bisher hat der Gesetzgeber die Detailsteuerung des Leistungskatalogs den Organen der (gemeinsamen) Selbstverwaltung in der GKV – insbesondere dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nach § 91 SGB V – überlassen. Ob deren Legitimation dafür ausreicht, ist eine vielfach diskutierte Frage. Verfassungsrechtlich erträglich mag diese Situation noch sein, weil §§ 12 Abs. 1, 70 Abs. 1 SGB V vorgeben, dass die „notwendige“ Versorgung gewährleistet werden muss, und weil die Anforderung der „Wirtschaftlichkeit“ der Versorgung nur in Extremfällen einen kostenbezogenen Ausschluss von Maßnahmen mit medizinischem Zusatznutzen zulässt. Ganz anders sähe dies dagegen aus, wenn umfassend Kosten und Nutzen abwägende Versorgungsentscheidungen Eingang in das Gesundheitssystem fänden; für Arzneimittelinnovationen wird dies bereits erwogen. Man wird dann verlangen müssen, dass zumindest das Gesundheitsministerium im Wege der Rechtsverordnung die Verantwortung für derartige Leistungsausschlüsse übernimmt. Die Gremien der Selbstverwaltung könnten – ebenso wie ein von der verfassten Ärzteschaft vorgeschlagener sachverständiger „Gesundheitsrat“ – insoweit nur noch eine beratende, aber keine Entscheidungsfunktion mehr haben.

Welche Schwierigkeiten hier lauern, hat die Einführung der Kosten-Nutzen-Bewertung für neue Arzneimittel mit dem Ziel der Höchstbetragsfestsetzung (§§ 31 Abs. 2a, 35b SGB V) durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz gezeigt, mit der in ersten Ansätzen offene Leistungsbe-

grenzungen aus Kostengründen in der GKV ermöglicht werden. Während die gesetzlichen Regelungen nur das bewertende wissenschaftliche Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit halbwegs sachhaltigen Vorgaben versehen, hängen die eigentlichen Entscheidungsträger, der G-BA und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, insoweit in der Luft. Dies führt dazu, dass die Entscheidungsträger entweder ihre Versorgungsentscheidungen auf einer unsicheren Rechtsgrundlage treffen müssen, oder die Empfehlungen des IQWiG übernehmen, dem aber die für verbindliche (Wert-) Entscheidungen erforderliche Legitimation abgeht. Das Resultat besteht nun darin, dass zentrale Fragen der Verteilungsgerechtigkeit in wenig transparenter Weise und von einer breiteren Öffentlichkeit kaum wahrgenommen in einem gesundheitsökonomischen Expertendiskurs über die IQWiG-Methodik versteckt werden. Wie viel ein medizinischer Zusatznutzen kosten darf, ist aber letztlich keine wissenschaftliche, sondern eine normative Frage des politischen Wollens, ggf. auch des moralischen Sollens, deren Beantwortung daher auch politisch verantwortet werden muss.

III. Entscheidungsmaßstäbe

Die (Verfassungs-)Rechtswissenschaft hat erst begonnen, sich mit der Frage auseinanderzusetzen, welche Priorisierungs- bzw. Rationierungskriterien mit dem Grundgesetz vereinbar sind. In der politischen Philosophie und in der Medizinethik werden dagegen Fragen der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen seit langem intensiv diskutiert. Daran können und sollten die juristischen Überlegungen anknüpfen.

1. Die Vielfalt der Priorisierungs- und Rationierungskriterien

Es existiert eine Vielzahl von Verteilungsprinzipien, die für die Allokation medizinischer Leistungen Berücksichtigung erheischen. So wird ein Gemeinwesen den Anspruch auf medizinische Versorgung schon allein wegen der Schwierigkeiten der Operationalisierung nicht allein an dem Kriterium ausrichten, ob und inwieweit der Betroffene selbst für seinen Gesundheitszustand verantwortlich ist; gleichzeitig kann es aber in einer freiheitlichen Gesellschaft nicht von vornherein ausgeschlossen sein, dass der

Einzelne auch hinsichtlich der Gesundheitsversorgung die Konsequenzen seiner freien Entscheidungen und seiner Lebensführung (mit)trägt. Ähnliches gilt für Altersgrenzen in der medizinischen Versorgung, die erhebliche ethische und ordnungspolitische Vorteile bieten, in der juristischen Diskussion aber weithin als „altersdiskriminierend“ schroff abgelehnt werden.

Andere Kriterien sind dagegen als solche unumstritten. So hat die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) vorgeschlagen, die Verteilung medizinischer Versorgungsleistungen anhand der folgenden drei Kriterien vorzunehmen: (1) medizinische Bedürftigkeit (verstanden als Dringlichkeit der Behandlung), (2) Nutzen und (3) Kosteneffektivität der Maßnahme. Dies leuchtet unmittelbar ein: Maßnahmen gegen besonders schwere Krankheiten, die besonders wirksam und zudem nicht übertrieben teuer sind, haben Vorrang gegenüber Mitteln, die gesundheitliche Bagatellen behandeln, deren Wirksamkeit ungewiss ist und die auch noch hohe Kosten verursachen.

Das fundamentale Problem besteht allerdings darin, dass diese Kriterien in ganz unterschiedliche Richtungen weisen können und dies häufig auch tun: Gerade bei sehr schweren Erkrankungen kann der Nutzen einer Therapie sehr gering oder zweifelhaft und die Maßnahme zudem sehr teuer sein. In welchem Verhältnis stehen diese Aspekte dann zueinander?

2. Individuelle Bedürftigkeit über alles?

Lange Zeit hatte das BVerfG sehr zurückhaltend entschieden, dass sich aus den Grundrechten und dem Sozialstaatsprinzip kein verfassungsrechtlicher Anspruch auf Bereithaltung spezieller Gesundheitsleistungen ergibt; die objektivrechtliche Pflicht des Staates, sich schützend und fördernd vor das Rechtsgut des Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG zu stellen, sei unter Berücksichtigung der Gestaltungsfreiheit der zuständigen staatlichen Stellen lediglich darauf gerichtet, dass die öffentliche Gewalt Vorkehrungen zum Schutz des Grundrechts trifft, die nicht völlig ungeeignet oder unzulänglich sind.

Mit dem „Nikolaus-Beschluss“ wurde der Akzent nun deutlich anders gesetzt: Danach besitzt ein gesetzlich Krankenversicherter aus Art. 2 Abs. 1 GG i.V.m. dem Sozialstaatsprinzip sowie aus Art. 2 Abs. 2 GG einen Leistungsanspruch auf eine von ihm gewählte und ärztlich

angewandte, aber weder medizinisch noch von den dazu aufgerufenen Organen der GKV anerkannte Behandlungsmethode, wenn für seine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht und eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf durch diese Behandlungsmethode besteht.

Dazu drängen sich zwei kritische Nachfragen auf. Zum einen dürfte diese Rechtsprechung weithin Unmögliches verlangen. Einen – in den Worten des BVerfG – „individuellen Wirkungszusammenhang“ zu überprüfen, ist bei schwankenden Krankheitsverläufen und den bekannten Placebo-Effekten häufig ein aussichtsloses Unterfangen. Angesichts der Verzweiflung lebensbedrohlich Erkrankter, denen die Schulmedizin nichts mehr zu bieten hat und die daher nach jedem Strohalm greifen, ist es nicht erstaunlich, dass die Entscheidung des Verfassungsgerichts eine Klagewelle mit sehr ungewissem Ausgang eingeleitet hat. Zum anderen wird in der Entscheidung alles andere als deutlich, warum dieses Ergebnis verfassungsrechtlich geboten ist. Die öffentliche Gewalt mag aus Art. 2 GG und dem Sozialstaatsprinzip verpflichtet sein, eine angemessene Gesundheitsversorgung zur Verfügung zu stellen, und diese Verpflichtung mag in einem Versicherungssystem besonders ausgeprägt sein.

Aber lässt sich aus der Verfassung tatsächlich eine Leistungspflicht der GKV für Behandlungsmethoden mit äußerst ungewissen Erfolgsaussichten ableiten? Ist es wirklich verfassungswidrig, die Leistungspflicht auf Methoden zu begrenzen, die eine gewisse Anerkennung gefunden haben? Jedenfalls wird man feststellen können, dass das BVerfG in dem Spannungsverhältnis der Priorisierungskriterien ganz und gar auf die rule of rescue gesetzt hat: Die Erforderlichkeit eines Nutznachweises wird weitestgehend zurückgenommen; von den Kosten der fraglichen Maßnahme ist in der Entscheidung gar keine Rede. Ob der verfassungsrechtliche Rigorismus mit Blick auf den „Höchstwert Leben“ aber tatsächlich so weit geht, dass selbst medizinische Maßnahmen nicht aus dem Leistungskatalog der GKV ausgeschlossen werden können, die bei sehr hohen (Zusatz-)Kosten nur zu einer geringfügigen Lebensverlängerung bei sehr schlechter Lebensqualität führen oder deren Nutzen sehr ungewiss ist, mag durchaus zweifelhaft sein.

Entscheidungsmaßstäbe

1. Die Vielfalt der Priorisierungs- und Rationierungskriterien

Umstritten: Eigenverantwortung, Alter Unumstritten (ZEKO 2007):

- medizinische Bedürftigkeit/Dringlichkeit
- Nutzen
- Kosteneffektivität

Aber: Verhältnis dieser Kriterien zueinander?

2. Individuelle Bedürftigkeit über alles?

a) Die „Nikolaus“-Entscheidung des BVerfG:

- Anspruch auf nicht anerkannte Methode, wenn
- lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung,
- eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht
- und eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht

b) „Höchstwert Leben“:

- nutzen- und kostenunabhängige Leistungsansprüche?

3. Die verfassungsrechtlichen Grenzen der Nutzenmaximierung

a) Der prekäre normative Status von Nutzen- und Kosten-Nutzen-Erwägungen

- Nutzenmaximierung kann nur über ex ante-Rechtfertigungen laufen
- b) Die gleichheitsrechtlichen Anforderungen
- Besonders strenge Anforderungen aus Art. 3 GG bei personenbezogenen Differenzierungen:
- Behinderung (-), Alter?, Lebensende (+)
- c) GG klärt Allokationsprinzipien nicht abschließend!

Quelle: Institut für Sozialrecht



Die Logik des Verfassungsrechts betont stark den Schutz des Individuums.

3. Die verfassungsrechtlichen Grenzen der Nutzenmaximierung

Allerdings dürfte auch die andere Extremposition ausgeschlossen sein, nach der medizinische Leistungen ausschließlich nach Nutzen- und Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten zu priorisieren sind. Gegenüber dieser Auffassung, die mehr oder weniger entschieden in der Gesundheitsökonomie vertreten wird, bricht sich die auf den Schutz des Individuums bezogene Logik des Verfassungsrechts und insbesondere der Grundrechte Bahn, nach der neben dem Aspekt des nutzenmaximierenden Ressourceneinsatzes auch das Prinzip der Verteilungsgerechtigkeit und damit – verfassungsrechtlich gewendet – die Gleichheitsgebote zu berücksichtigen sind. Unter diesem Gesichtspunkt wird man die individuelle medizinische Bedürftigkeit nicht ganz außen vor lassen können.

a) Der prekäre normative Status von Nutzen- und Kosten-Nutzen-Erwägungen

Der tiefere Dimension dieser Problematik liegt darin, dass Nutzen- und Kosten-Nutzen-Erwägungen einen sehr viel prekäreren Status haben, als in der Gesundheitsökonomie vielfach unterstellt wird, die schon aus Disziplin-historischen Gründen keinen rechten Sinn für Verteilungsfragen und daher erhebliche Mühe hat, diese Fragen in ihren Grundbegrifflichkeiten einzufangen. Ein rein nutzenmaximierender gesundheitsökonomischer Ansatz unterliegt der – durchgreifenden – Kritik, die auch gegen den Utilitarismus vorgebracht worden ist: Er „nimmt die Verschiedenheit der einzelnen Menschen nicht ernst“. Angesichts des normativen Individualismus unserer Rechtsordnung kann es keinen „Volkskörper“ geben, dessen Gesundheit unabhängig von oder gar vorrangig gegenüber den individuellen Gesundheitszuständen wäre. In einer Ordnung, die auf die Würde und die Rechte jedes Einzelnen gegründet ist, kann eine nutzenmaximierende Allokation von Gesundheitsgütern somit nur legitim sein, wenn und soweit sich nachweisen lässt, dass ein derartiges Verteilungsmuster im Interesse jedes Einzelnen liegt und somit verallgemeinerungsfähig ist. Nutzenmaximierung kann daher keinen fundamentalen, sondern nur einen abgeleiteten normativen Status haben.

Nun ist nicht zu übersehen, dass der je Einzelne zugeben muss, ein prima facie-Interesse an einer nutzenmaximierenden Allokation zu besitzen, sofern mit ihr auch die Wahrscheinlichkeit steigt, dass er selbst den größtmöglichen gesundheitlichen Nutzen aus den knappen Ressourcen zieht. Diese Rechtfertigung gewinnt ihre Überzeugungskraft allerdings aus der Bedingung, dass der Einzelne noch nicht weiß, in welchem gesundheitlichen Zustand er sich befindet und auf welche medizinischen Leistungen er angewiesen sein wird. Wem mit dieser Begründung eine medizinische Behandlung aus Nutzen- oder Kosten-Nutzen-Erwägungen versagt wird, wird dies nur akzeptieren, wenn nicht schon von vornherein klar war, dass er der Verlierer dieses Allokationsschemas ist. Wie weit derartige Ex ante-Rechtfertigungen reichen, kann man sich auch in einer (gesundheits-)ökonomischen Terminologie hilfreich verdeutlichen: In ihrem Unwillen gegenüber Verteilungsfragen war die Wohlfahrtsökonomie zunächst davon ausgegangen, dass die Veränderung eines Verteilungsschemas pareto-optimal sein muss, also niemanden schlechter stellt als zuvor. Derartige Veränderungen gibt es allerdings kaum. Sie ging daher zum Kaldor-Hicks-Kriterium über, nach dem

ein Verteilungsschema dann gerechtfertigt ist, wenn es zwar Einzelne schlechter stellt, diese aus den Gewinnen der Bessergestellten aber kompensiert werden können.

Damit stellt sich jedoch die Frage, wann der Hinweis auf eine derartige nur hypothetische Kompensation überzeugend ist. Dies ist sicherlich der Fall, wenn sich die Vor- und Nachteile zufällig verteilen und nicht von existentieller Bedeutung sind. Kann beides aber nicht vorausgesetzt werden – ist die Gesellschaft insoweit also kein stochastischer Prozess – und sind die potentiellen Nachteile so groß, dass vernünftigerweise niemand auf Risiko spielen wird –, hat der Verweis auf die Kompensationsmöglichkeit keine rechtfertigende Kraft mehr. Wenn etwa den Menschen, die an der angeborenen Bluterkrankheit leiden, die Behandlung unter Hinweis auf das schlechte Kosten-Nutzen-Verhältnis versagt wird, wird sie das Argument kaum trösten, dass letztlich alle von einem effizienten Mitteleinsatz profitieren: Sie werden dann nämlich ihren Kompensationsgewinn gar nicht mehr erleben, und sie wissen dies auch heute schon.

b) Die gleichheitsrechtlichen Anforderungen

Diesen Vorbehalten sollte man nicht zu begegnen versuchen, indem in Fällen einer überlebensnotwendigen medizinischen Behandlung durch die Konstruktion definitiver Leistungsansprüche aus den Freiheits- als sozialen Anspruchsrechten die Nutzen- und Kosten-Nutzen-Erwägungen von vornherein für unzulässig erklärt werden, wie dies die neuere Rechtsprechung des BVerfG nahelegen könnte. Es gibt nämlich eine Vielzahl von Fällen, in denen keine grundsätzlichen Bedenken dagegen bestehen, auch existenznotwendige Maßnahmen aus Kostengründen zu versagen: Warum sollten jeder Einzelne und das gesamte Gemeinwesen nicht zu der Auffassung gelangen, dass es etwa in Situationen am Lebensende, in die jeder Bürger geraten kann, nicht mehr sinnvoll ist, eine medizinische Maßnahme zur Verfügung zu stellen, die das Leben zwar erhält und verlängert, dies aber nur kurzzeitig und bei sehr schlechter Lebensqualität leistet und enorme Kosten verursacht? Eine derartige Leistungsbeschränkung trifft – ex ante – alle in der gleichen Weise; es ist kein Grund ersichtlich, warum das Verfassungsrecht dann einer derartigen politischen Prioritätensetzung im Wege stehen sollte.

Die relevanten Grenzen sind hier vielmehr gleichheitsrechtlicher Natur, weil Nutzen- und Kosten-Nutzen-Erwägungen nicht per se problematisch sind, aber ihre

diskriminierenden Auswirkungen verhindert werden müssen. Dabei ist es nun von Bedeutung, dass der allgemeine Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG nach allgemeiner und zutreffender Auffassung besonders strenge Anforderungen stellt, wenn verschiedene Personengruppen und nicht nur verschiedene Sachverhalte ungleich behandelt werden. Auch der andere Einwand gegen den Verweis auf eine hypothetische Kompensation lässt sich zwanglos aufnehmen: Wenn existentielle Interessen betroffen sind, verschärfen sich die gleichheitsrechtlichen Anforderungen, weil sich die Ungleichbehandlung dann auf die Ausübung grundrechtlich geschützter Freiheiten nachteilig auswirkt.

Die gleichheitsrechtliche Dogmatik blickt daher besonders kritisch auf die hier einschlägige Fallgruppe: Nutzen- und Kosten-Nutzen-Erwägungen sind immer dann heikel, wenn durch sie eine ex ante identifizierbare Personengruppe – etwa Menschen mit einer angeborenen Krankheit – nachteilig und intensiv betroffen wird. Trifft das durch sie angeleitete Allokationsmuster dagegen potentiell jedermann – etwa alle Menschen am Lebensende –, stoßen sie auf erheblich weniger Bedenken. Dies gilt übrigens auch für Altersgrenzen in der medizinischen Versorgung: Schließlich altern wir alle.

Rechtspraktische Bedeutung könnten diese gleichheitsrechtlichen Grenzen etwa für den Einsatz des quality adjusted life year (QALY) als Grundlage der Bewertung des Nutzens und der Kosteneffektivität medizinischer Maßnahmen gewinnen, den die gesundheitsökonomische Standardliteratur befürwortet. Ohne weitere Modifikationen, die in der gesundheitsökonomischen Axiomatik nur schwer unterzubringen sind und dort deshalb einen eigenartigen Ad hoc-Charakter behalten, führen auf QALY-Berechnungen gestützte Allokationsverfahren zu einer strukturellen Benachteiligung behinderter Menschen, da deren Versorgung angesichts ihrer geringeren Lebensqualität und nicht selten auch geringeren Lebenserwartung ein geringerer Nutzen und eine geringere Kosteneffektivität zugeschrieben werden muss. Auch wenn die unionsrechtlichen Verbote der Diskriminierung aus Gründen der Behinderung (vgl. Art. 10 und 19 Abs. 1 AEUV, Art. 21 GRCh, RL 2000/78/EG) auf die mitgliedstaatlichen Gesundheitssysteme nicht anwendbar sind und zweifelhaft sein mag, ob Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG derartige mittelbare Benachteiligungen erfasst, ergibt sich jedenfalls aus dem – nach obigen Grundsätzen verschärften – allgemeinen Gleichheitssatz, dass der Versorgung einer Personengruppe mit einer bestimmten

Behinderung in einem öffentlichen Versorgungssystem nicht von vornherein ein geringerer Wert zugeschrieben werden darf.

4. Faire Verteilung als Gleichheitsproblem

Als Zwischenergebnis lässt sich somit festhalten, dass die gerechte Verteilung der knappen Ressourcen im Gesundheitswesen primär nicht ein Problem der sozialstaatlich aufgeladenen Freiheits- als Leistungsrechte darstellt, sondern der Gleichheits- als derivativer Teilhaberechte: Solange nicht eine Mindestversorgung im Sinne eines überhaupt funktionsfähigen Versorgungssystems unterschritten wird, muss politisch entschieden werden können, welcher Anteil des Volkseinkommens für die Gesundheitsversorgung aufgewendet wird; die verfassungsrechtlichen Bindungen betreffen dann im Wesentlichen erst die nachfolgende Frage, wie und wo die begrenzten Ressourcen gerecht einzusetzen sind. Dies stimmt – abgesehen von dem „Nikolaus-Beschluss“ – durchaus mit der bisherigen Rechtsprechung des BVerfG überein, die Leistungseinschränkungen in der GKV regelmäßig an Art. 3 Abs. 1 GG überprüft hat.

Dabei wird zu berücksichtigen sein, dass auch diese gleichheitsrechtlichen Anforderungen nur eine Rahmenordnung darstellen können. Einzelne Allokationsmuster mögen mit verfassungsrechtlichen Grundsätzen kollidieren; aus dem Grundgesetz wird sich aber schwerlich ein einziges verfassungsmäßiges Verteilungsschema ergeben. Das Gleichheitsgebot verlangt letztlich nichts anderes als die Behandlung eines jeden „als Gleicher“, also mit angemessener Berücksichtigung seiner Interessen. Was aber in diesem Sinne eine „angemessene“ Gesundheitsversorgung und eine „gleiche“ Verteilung darstellt, ist in hohem Maße komplex und konkretisierungsbedürftig und damit auch legitimer Gegenstand der politischen Auseinandersetzung. Verfassungsrechtsprechung und –wissenschaft werden im Detail zu klären haben, wo die Grenzen des gesundheitspolitischen Gestaltungsspielraums liegen.

IV. Leistungsbeschränkungen und soziale Gerechtigkeit

1. Weiche Rationierung und Differenzierungsfeindlichkeit der medizinischen Versorgung

Die politische Diskussion wird maßgeblich durch die Sorge geprägt (und behindert), dass Leistungsbeschränkungen im öffentlichen Gesundheitswesen unweigerlich zu einer

sozialen Differenzierung der medizinischen Versorgung zu führen scheinen.

Tatsächlich sind diese Beschränkungen in einer freiheitlichen Gesellschaft und in einem europäischen Binnenmarkt nur als weiche Rationierung möglich; den privaten Zukauf der ausgeschlossenen Versorgungsmaßnahmen – etwa in Form von Zusatzversicherungen – wird man weder verhindern können noch – auch unter dem wirtschaftspolitischen Gesichtspunkt der Wachstumschancen der Gesundheitswirtschaft – verhindern wollen. In dem Sinne, dass dieser Zukauf nicht allen Bürgern möglich sein wird, führen Rationierung und Priorisierung tatsächlich zu einer „Zwei-Klassen-Medizin“.

Wie verträgt sich das aber damit, dass die medizinische Versorgung ein derartig fundamentales Gut betrifft, dass die Rechtsordnung sozialen Differenzierungen äußerst kritisch gegenübersteht? Während wir in anderen Lebensbereichen deutliche Unterschiede zwischen Mindest-, Normal- und gehobener Versorgung kennen, schließt die medizinische Versorgung der Sozialhilfeempfänger nahtlos an das in der GKV gewährleistete Standardniveau an (vgl. § 264 SGB V). Tatsächlich wäre es in einem Sozialstaat (Art. 20 Abs. 1, 28 Abs. 1 S. 1 GG) bedenklich, wenn ein Teil der Bevölkerung aus finanziellen Gründen von der medizinischen Normalversorgung abgekoppelt wäre – zumal eben diese sozialen Schichten auf die Gesundheitsversorgung in besonderer Weise angewiesen sind.

2. Die Systemrelativität der Versorgungsansprüche

Dies führt in ein gewisses Dilemma: Einerseits soll sich die medizinische Versorgung nicht sozial ausdifferenzieren. Andererseits darf die Möglichkeit des privaten Zukaufs aber auch nicht dazu führen, dass überhaupt keine Leistungsbegrenzungen mehr möglich sind. Hierin liegt ein weiterer Grund für die Einsicht, dass sich verfassungsrechtliche Ansprüche nicht am „absoluten“ Bedarf des Einzelnen ausrichten können: Könnte unter Berufung auf die Freiheits- als Leistungsrechte oder gar auf die Menschenwürde jeweils die bestmögliche verfügbare Medizin eingeklagt werden, könnte jede allgemeine Leistungsbeschränkung durch verfassungsunmittelbare individuelle Leistungsansprüche im Einzelfall durchlöchern und damit letztlich aufgelöst werden. Versorgungsansprüche können daher nur systemrelativ, als Rechte auf Teilhabe an einem existierenden Versorgungsstandard verstanden werden.

Leistungsbeschränkungen und soziale Gerechtigkeit

1. In freiheitlichen Gesellschaften führt jede Rationierung wegen der Möglichkeit des Zukaufs zu sozialer Differenzierung.
2. Medizinische Versorgung ist in einem Sozialstaat differenzierungsfeindlich.
3. Kostenbegrenzungen durch Leistungsausschlüsse müssen trotzdem möglich sein.
4. Verfassungsrechtliche Ansprüche können sich daher nicht am absoluten Bedarf orientieren, sondern müssen am üblichen Versorgungsniveau ausgerichtet werden.
5. Der verfassungsrechtliche Anspruch kann sich daher grundsätzlich an der Absicherungsentscheidung eines Durchschnittsbürgers orientieren.
6. Die kollektive Gesundheitsversorgung ist daher regelmäßig um diejenigen Leistungen aufzustocken, die der Durchschnittsbürger freiwillig zusätzlich versichert.

Quelle: Institut für Sozialrecht



Versorgungsansprüche können nur als Rechte auf Teilhabe an einem gegebenen Versorgungsstandard verstanden werden.

Sie sind daher auch im Verfassungsrecht – um den Begriff aus der Rechtsprechung des BSG aufzugreifen – als Rahmenrechte zu konstruieren, die durch ein System der Gesundheitsversorgung ausgefüllt werden müssen und auf eine sozial gerechte Teilhabe an diesem System bezogen sind. Jeder hat einen Anspruch auf eine angemessene medizinische Versorgung, aber die Frage, was angemessen ist, lässt sich nicht absolut (d.h. unter ausschließlicher Bezugnahme auf den Gesundheitszustand des Betroffenen und die entsprechende medizinische Erforderlichkeit oder Zweckmäßigkeit der Behandlung) definieren, sondern nur im Verhältnis zu den Ausgaben für Gesundheit, die – in Abwägung mit anderen Gütern – allgemein für angemessen gehalten werden.

3. Soziale Inklusion als Sicherungsziel

Was insoweit allgemein für angemessen gehalten wird, ist keine feste Größe, sondern hängt von verschiedenen Faktoren ab. So wird man vermuten dürfen, dass bei steigendem Wohlstand und weitgehender Erfüllung anderer (Grund-)Bedürfnisse die Bereitschaft zunimmt, zusätzliche Ressourcen in die Gesundheitsversorgung zu investieren. Andererseits ist es auch möglich, dass bei weiteren Leistungen das Kosten-Nutzen-Verhältnis so schlecht wird, dass auf einen Zukauf verzichtet wird. Grundsätzlich könnte

man aber leicht feststellen, was allgemein für angemessen gehalten wird: Man bräuchte nur zu schauen, welchen Anteil des Einkommens ein durchschnittlicher Bürger (d.h. ein Bürger mit durchschnittlichem Einkommen und Gesundheitszustand) zusätzlich in seine Gesundheitsversorgung investiert. Ist das in dieser Vergleichsgruppe für angemessen gehaltene Versorgungsniveau ermittelt worden, ist es nicht unfair, wenn sich auch die Gesundheitsversorgung der Bürger, die über kein eigenes Einkommen verfügen und deshalb keine eigene Entscheidung über das Niveau ihrer Gesundheitsversorgung treffen können, an diesem Standard orientiert. Mindestens theoretisch könnte man sich folgenden Kontrollmechanismus vorstellen: Die in dem öffentlichen Versorgungssystem gewährleistete Grundversorgung wird regelmäßig in dem Umfang und um die Leistungen ergänzt (wobei im Gegenzug ggf. andere Leistungen ersetzt werden), wie die Gesundheitsversorgung üblicherweise über die jeweils bestehende Grundversorgung hinaus freiwillig aufgestockt wird.

Dass dieser Grundversorgungsanspruch damit system- und kulturrelativ ist; ist in einem Sozialstaat, der keine Maximalversorgung oder materielle Gleichheit, sondern – wie wir etwa aus dem Sozialhilferecht wissen – eine gleichberechtigte, nicht ausgegrenzte Existenz in unserem Gemeinwesen, also soziale Inklusion verspricht, weder erstaunlich noch gar bedenklich. Mit diesem Gebot wäre es nicht vereinbar, den Mindeststandard der Gesundheitsversorgung auf die „Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“ einzuschränken, wie es § 4 Abs. 1 AsylBewLG vorsieht; dies kann allenfalls dadurch gerechtfertigt werden, dass diese Regelung gerade kein gleichberechtigtes Leben in unserem Gemeinwesen auf Dauer, sondern nur – von ihrer Abschreckungsintention ganz abgesehen – eine Übergangslösung bis zur Ausreise oder Anerkennung eines Asylbewerbers gewährleisten soll. Im Übrigen hat der Sozialstaat die Möglichkeit der Teilnahme an der medizinischen Normalversorgung für alle Bürger sicherzustellen – was nichts daran ändert, dass diese sich überlegen müssen, was ihnen die medizinische Versorgung wert ist.

Kontakt: stefan.huster@rub.de

.....
PROF. DR. STEFAN HUSTER



Stefan Huster, geb. 1964. Studium der Philosophie und Rechtswissenschaft in Bielefeld und Frankfurt/IM. Nach dem Ersten Juristischen Staatsexamen wiss. Mitarbeiter, Referendar und Wiss. Assistent an der Juristischen Fakultät in Heidelberg. Dort Promotion 1993 und Habilitation 2001 für die Fächer Staats- und Verwaltungsrecht, Europarecht, Sozialrecht und Rechtsphilosophie. Ab 2002 Lehrstuhl (C 4) an der FernUniversität in Hagen; seit 2004 Lehrstuhl für Öffentliches Recht und Sozialrecht (C 4) an der Ruhr-Universität Bochum und Geschäftsführender Direktor des dortigen Instituts für Sozialrecht. Mitglied der DFG-Forscherguppe „Priorisierung in der Medizin“ und des BMBF-Forschungsverbundes „Allokation“. Im akademischen Jahr 2010/11 Fellow am Wissenschaftskolleg zu Berlin.

Priorisierung, Rationierung – Hilft ein Patientenrechtegesetz bei der medizinischen Versorgung der Menschen?

WOLFGANG ZÖLLER, MDB, PATIENTENBEAUFTRAGTER DER BUNDESREGIERUNG



Die Beteiligten im Behandlungsverhältnis brauchen mehr Klarheit, welche Rechte und Pflichten sie treffen. Mit einem Patientenrechtegesetz will der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöller, die bisher zersplitterte Rechtslage transparenter gestalten. Weitere wichtige Punkte eines Patientenrechtegesetzes sind der Umgang mit Behandlungsfehlern, Fehlermanagementsysteme sowie die Stärkung der kollektiven Patientenrechte. Zur Vorbereitung des Gesetzes hat er Gespräche mit den Beteiligten am Gesundheitswesen geführt, um den Handlungsbedarf und die Regelungsmöglichkeiten umfassend zu prüfen. Die Ergebnisse der Prüfung werden zusammengefasst und in das Eckpunktepapier der Bundesregierung einfließen.

Patienten im System

Patientinnen und Patienten fühlen sich im Gesundheitssystem immer häufiger ohnmächtig und hilflos.

Gesundheits-Dschungel

Rabattverträge, Wartezeiten, Ärztemangel, Richtgrößen, Off-label, Generika, Morbi-RSA, Eigenverantwortung, DMP, UPD, BQS, Zusatzbeiträge, Basistarif, IGeL, Kostenerstattung – diese Schlagworte verdeutlichen den Dschungel, in dem Patienten, aber auch Ärzte und Krankenkassen, sich einen Weg durch unser Gesundheitssystem bahnen müssen.

Koalitionsvertrag

In diesem Zusammenhang möchte ich das Bekenntnis der Regierungskoalition zitieren:

„Im Mittelpunkt der medizinischen Versorgung steht das Wohl der Patientinnen und Patienten. Die Versicherten sollen in die Lage versetzt werden, möglichst selbstständig ihre Rechte gegenüber den Krankenkassen und Leistungserbringern wahrzunehmen. Aus diesem Grund soll eine unabhängige Beratung von Patientinnen und Patienten ausgebaut werden. Die Patientinnen und Patienten sollen bei der Wahrnehmung ihrer Interessen unterstützt werden.“

Es kann nicht angehen, dass Patienten, wie immer wieder berichtet, notwendige Leistungen wie Bittsteller einklagen müssen. Es wird Zeit, dass wir dafür sorgen, dass Patienten als Partner anerkannt und respektiert werden. Der Ausbau und der Konsolidierung der unabhängigen Patientenberatung Deutschland ist hier ein wichtiger Schritt.

Handlungsbedarf

Hier sehe ich aber auch weiteren Handlungsbedarf: Mein Ziel ist, dass das Gesundheitssystem wieder als gerecht empfunden wird.

Name Patientenrechtegesetz

Dabei ist mir schon der Name des Gesetzes wichtig. Im Koalitionsvertrag steht ein „Patientenschutzgesetz“. Das ist aber nicht das, was wir brauchen. Wir müssen die Patienten nicht vor dem Gesundheitswesen schützen. Wir müssen dafür sorgen, dass sie als Partner wahrgenommen werden. Deswegen möchte ich, dass das Gesetz Patientenrechtegesetz heißt.

Transparenz des Rechts

Ein sehr wichtiger Aspekt ist dabei für mich die Transparenz des Rechts. Nur wer weiß, welche Rechte und Pflichten ihn im Gesundheitswesen treffen, kann das System als gerecht empfinden.

Zersplitterte Rechtslage

Das für die Patienten maßgebliche Recht ist aber derzeit zersplittert und selbst für Juristen schwer zu überblicken. Worüber muss ein Arzt aufklären? Haben Patienten ein Recht auf Kopien von der Behandlungsdokumentation? Muss der Arzt auch die Röntgenbilder herausgeben? Welche Rechte haben Patienten bei einem Behandlungsfehler?

Die Unklarheit über das geltende Recht macht es den Patientinnen und Patienten oft schwer, ihre Ansprüche

auch durchzusetzen. Ärzte und medizinisches Personal benötigen ebenfalls Klarheit, welche rechtlichen Pflichten sie treffen.

Patientenrechtegesetz sorgt für Klarheit

Eines meiner wichtigsten Ziele ist es deshalb, mit einem Patientenrechtegesetz für Klarheit darüber sorgen, welche Rechte und Pflichten die Beteiligten im Behandlungsverhältnis treffen.

Gerechter Ausgleich der Interessen

Der zweite unverzichtbare Punkt ist, dass die Interessen der Beteiligten zu einem gerechten Ausgleich geführt werden.

Ich möchte die Rechte der Patientinnen und Patienten gegenüber Leistungsträgern, z.B. Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern, stärken. Ich betone zum Beispiel immer wieder, dass Leistungen, auf die Patientinnen und Patienten einen Anspruch haben, ihnen unbürokratisch und ohne langwierige Auseinandersetzungen zur Verfügung zu stellen sind. Es kann nicht sein, dass jemand wie ein Bittsteller auf eine Rehabilitationsmaßnahme oder auf einen Rollstuhl sechs Monate warten muss. Derartige Fälle liegen mir aber vor. Auf den Prüfstand gehört daher auch die Frage, wie Behörden zu einer zeitnahen Entscheidung veranlasst werden können.

Behandlungsfehler

Ein weiteres wichtiges Thema beim Patientenrechtegesetz sind Behandlungsfehler.

Fehlerprävention

Ein vorrangiges Ziel muss dabei die Fehlerprävention sein: Ich möchte daher flächendeckende Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme im ambulanten und stationären Bereich implementieren. Man muss Fehler nicht selber machen, um aus ihnen zu lernen.

Wir brauchen aber mehr Informationen über die Schwachstellen in Behandlungsabläufen. Nur mit diesem Wissen können wir lernen, die Wiederholung von Fehlern zukünftig zu vermeiden.

Wie man Fehlermeldesysteme für Behandlungsfehler sinnvoll und praktikabel in der Fläche verbindlich gestalten kann, darüber führe ich derzeit ergebnisoffen und bisher sehr konstruktive Gespräche mit allen Beteiligten.

Wichtig ist mir dabei jedoch, dass Ärzte ohne Angst vor Verunglimpfung und Repressalien über Fehler und ‚Beinahefehler‘ sprechen können. Es geht nicht darum den „Schuldigen“ zu finden, sondern die Fehlerquelle für die Zukunft auszuschalten.

Das dient dem Wohl und der Sicherheit bei der medizinischen Versorgung aller Patienten und fördert das Vertrauen zwischen Arzt und Patienten.

Entschädigung von Behandlungsfehlern

Trotzdem werden sich Behandlungsfehler nie ganz vermeiden lassen. Deshalb müssen wir auch dafür sorgen, dass Behandlungsfehlervorwürfe in einem transparenten und zügigen Verfahren aufgearbeitet werden.

Patienten, die durch einen Behandlungsfehler geschädigt wurden, haben ein Recht darauf, in angemessener Zeit eine Entschädigung zu erhalten. Hierzu sind entsprechende Regelungen zu schaffen.

Zivilgerichte und Entschädigungsfonds

In diesem Zusammenhang ist die Errichtung von Spezialkammern für Arzthaftungssachen in der Zivilgerichtsbarkeit oder aber gerechtere Lösungen bei der Entschädigung der Opfer von Behandlungsfehlern z.B. durch Entschädigungsfonds denkbar.

Es ist durchaus möglich, dass dadurch der Ausgang von Arzthaftungsprozessen in vielen Fällen für die Patienten nachvollziehbarer und damit gerechter wird. Den Betroffenen könnte so das Vertrauen in das Gesundheits- und Rechtssystem zurückgegeben werden.

Schlichtungsstellen

Viele Patienten begegnen zudem den Gutachter- und Schlichtungsstellen der Ärztekammern mit großem Misstrauen. Hier könnte man die Transparenz für die Patienten erhöhen, indem man Patientenvertreter in die Spruchkörper aufnimmt. Das hat zum Beispiel die Ärztekammer Rheinland-Pfalz gemacht. Ich halte das für eine gute Idee.

Kollektive Patientenrechte

Als letzten Punkt möchte ich die Rechte ansprechen, die Patientinnen und Patienten als Gruppe zustehen: die Beteiligungsrechte in Versorgungsfragen.

Die bestehenden Mitberatungsrechte der Patientinnen und Patienten haben sich in der Vergangenheit bewährt. Ihre Stärkung ist mir daher ein wichtiges Anliegen.

Die in Zukunft weiterreichende Beteiligung der Versicherten an der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung auf der einen Seite und die stärkere Eigenbeteiligung im Leistungsbereich auf der anderen Seite mahnt zusätzlich zu einem Ausbau der Beteiligungs- und Mitentscheidungsrechten von Patienten an.

Denkbar wären hier Mitbestimmungsrechte von Patientenvertretern in Verfahrensfragen ebenso wie ein inhaltlicher Ausbau der Mitberatungsrechte, z.B. in bestimmten Bereichen der Vertragsebene.

Stand des Verfahrens

Wie Sie sehen, sind die Inhalte des Patientenrechtegesetzes noch nicht in Stein gemeißelt. Ich führe derzeit viele Gespräche, um umfassend den Handlungsbedarf und die Regelungsmöglichkeiten zu prüfen und alle Belange zu berücksichtigen. Ende des Jahres 2010 werden die Ergebnisse dieser Prüfung dann zu einem Eckpunktepapier zusammengefasst.

Ich bin zuversichtlich, dass wir mit Beginn des nächsten Jahres dann das parlamentarische Verfahren beginnen werden.

Kontakt: info@patientenbeauftragter.de

.....

WOLFGANG ZÖLLER, MDB

.....



*Beauftragter der Bundesregierung
für die Belange der Patientinnen und
Patienten*

*Der gelernte Maschinenbauingenieur
war nach einer Weiterbildung zum Si-
cherheitsingenieur von 1972 bis 1990
leitender Sicherheitsingenieur bei der
Firma AKZO in Obernburg am Main.*



*Seit 1990 ist Wolfgang Zöllner Mitglied
des Deutschen Bundestages; 2002 bis 2004 war er
Vorsitzender des Arbeitskreises Gesundheit und Soziale
Sicherheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend der
CSU-Landesgruppe, 1994 bis 2004 gesundheits- und
sozialpolitischer Sprecher der CSU-Landesgruppe; 1998
bis Januar 2005 stellvertretender Vorsitzender des
Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherheit.
Von 2004 bis November 2009 war er stellvertretender
Vorsitzender der CDU/CSU-Bundestagsfraktion mit den
Aufgabenbereichen Gesundheit, Ernährung, Landwirt-
schaft und Verbraucherschutz, ehe im November 2009
die Ernennung zum Beauftragten der Bundesregierung
für die Belange der Patientinnen und Patienten erfolgte.
Wolfgang Zöllner ist Mitglied in verschiedenen kulturel-
len, sozialen und kirchlichen Vereinigungen.*

Weder das „Ob“ noch das „Wie“ von Priorisierung und Rationierung sind konsensfähig

Dr. Florian Staeck

Ob Priorisierung und Rationierung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig sind und wie diese gegebenenfalls umgesetzt werden könnten, ist hochgradig umstritten. Selbst unter Fachleuten und Kennern des Gesundheitssystems lassen sich nur schwer Ansatzpunkte für einen Konsens in der grundsätzlichen Frage finden, ob die Bildung von Ranglisten oder die Ausgrenzung von Leistungen unabweisbar sind. Das hat die Plenums-Debatte des Frankfurter Forums für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen am 23. Oktober 2010 in Fulda bestätigt.

Kritiker der Bildung von Prioritäten oder Mechanismen des Ausschlusses von Leistungen argumentierten, allein die Debatte über diese Frage mache es noch schwerer als bisher, Rationalisierungsreserven in der GKV zu erschließen. Im Krankenhaus würden neue Leistungen fraglos bezahlt, ohne dass jemals ihr Nutzen für die Patienten nachgewiesen worden sei. In der ambulanten Versorgung arbeiteten 30 Prozent mehr Ärzte als noch 1993, wurde angeführt. Trotzdem werde ein Ärztemangel beklagt. Wer eine Debatte über Priorisierung und Rationierung forciert, so das Argument, enttabuisiert Begriffe und stabilisiert damit ein ineffizientes System. Entgegengehalten wurde dem, dass eine Diskussion über Priorisierung und Rationierung dazu beitragen könne, dass sie ihre negativ besetzte Sonderstellung verlieren.

Dieser Problembereich provozierte eine breite Diskussion im Plenum. Einerseits wurde angemerkt, der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) praktiziere bereits Rationierung, nur werde diese eben intransparent praktiziert und erschließe sich nicht der breiten Bevölkerung. Zudem priorisiere der GBA auch allein schon durch die Auswahl an

Beratungsthemen. Andererseits gehe es, so die Befürworter einer Debatte über Priorisierung, darum, die Diskussion über Rangfolgen im Vorfeld einer Entscheidung zu führen und nicht erst dann, wenn akuter Ressourcenmangel herrscht. Mehrere Teilnehmer illustrierten an konkreten Beispielen, dass schon heute durch finanzielle Anreize sowie durch angedrohte Sanktionen Verordnungen in der ambulanten Versorgung nach dem Priorisierungs-Kriterium Preis vorgenommen werden.

Begrenzter Spielraum durch Rationalisierung

Das Plenum war sich darin einig, dass das Ausschöpfen von Rationalisierungsreserven eine ethische Pflicht sei, die Priorisierung und Rationierung unbedingt vorgelagert sein müsse. Allerdings wandten Teilnehmer ein, selbst das „Heben“ aller theoretisch denkbaren Rationalisierungsreserven werde der GKV allenfalls vorübergehend finanziell mehr Spielraum eröffnen. Auf lange Sicht aber seien Priorisierung und Rationierung unverzichtbare Schritte. Ergänzt wurde diese Position durch den Verweis von Teilnehmern, es gebe Versorgungsbereiche, die durch Unterversorgung gekennzeichnet sind. Beispielhaft wurde dazu auf den Bericht des Sachverständigenrats aus dem Jahr 2000/2001 zur „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ verwiesen. Verfolge man das Ziel, die Versorgungsqualität in diesen Segmenten zu heben, so seien Mehrausgaben sehr wahrscheinlich.

Eine Mehrheit der Teilnehmer votierte dafür, weiterhin nach Einsparreserven in der GKV zu suchen und parallel dazu eine Debatte über Priorisierung und Rationierung zu führen. Der Begriff der Leistungsausgrenzung könne produktiv wirken, weil er die Möglichkeit der Gestaltung



und Veränderung schaffe. Allerdings setzt das Akzeptieren von Einschränkungen – also eines Opfers - bei den Bürgern einen Konsensprozess voraus, dem transparente Entscheidungen vorausgehen müssen. Eine solche Vorgehensweise ist bei Ressourcenmangel auch ethisch legitimiert. Die Teilnehmer waren sich einig, dass es in Deutschland an Beratungs- und Entscheidungsverfahren, die Transparenz und Gerechtigkeit sicherstellen, aber fehlt.

Entsprechend stand der GBA als das Gremium, das schon heute mit diesen Aufgaben befasst ist, im Zentrum der Kritik. Der Bundesausschuss äußere sich nur sehr fragmentarisch zum Nutzenmaßstab einzelner Leistungen. So würden zwar einzelne teure Verfahren wie PET oder hochpreisige Arzneimittel bewertet, doch es fehle an sektorübergreifenden Bewertungen. Das Sorge für Verzerrungen, wurde argumentiert. Schließlich wurde in Frage gestellt, ob der GBA für seine weitreichenden Aufgaben ausreichend legitimiert ist.

Breiten Raum im Plenum nahm die Debatte darüber ein, auf welcher Ebene über Formen von Priorisierung und Rationierung entschieden werden soll. Für alle drei möglichen Ebenen, nämlich die Makro-Ebene (Politik, Parlament), die Meso-Ebene (GBA oder ein ähnlich verfasstes Gremium) und die Mikro-Ebene (Patient) wurden jeweils Einschränkungen und Vorbehalte formuliert. Teilnehmer konstatierten, es fehle an der Bereitschaft, offen darüber offen zu diskutieren, wie Entscheidungswege aussehen könnten, die zu Ranglisten oder Leistungseinschränkungen führen. Für die Makro-Ebene beklagten Debattenteilnehmer eine allgemeine Mutlosigkeit der Politiker, Fragen der Priorisierung und Rationierung überhaupt zu thematisieren. Entgegengehalten wurde dem, dass die Politik

in der Vergangenheit sehr wohl den Mut gehabt habe, ganze Leistungsbereiche aus der GKV herauszunehmen. Die Ausgrenzung nicht-verschreibungspflichtiger Medikamente aus dem Leistungskatalog der GKV im Jahr 2004 sei ein echter Rationierungsschritt gewesen. So viel Wahrheit und Klarheit auf der Makro-Ebene sei jedoch die Ausnahme, weil jede Form von Leistungskürzung politisch mit Stimmenverlusten bei den Wählern bestraft wird. Andere Teilnehmer warnten davor, Rationierungsentscheidungen auf dieser übergeordneten Ebene anzusiedeln. Denn je nach Indikation komme man bei der Rangfolge von Leistungen aus medizinischer Sicht zu ganz unterschiedlichen Schlussfolgerungen.

Kostendämpfung durch Priorisierung

Zu bedenken gegeben wurde, die Politik prüfe bei der Allokation von Ressourcen stets alternative Verwendungsmöglichkeiten. Von daher müsse davor gewarnt werden, zu viele Verteilungsentscheidungen „nach oben“ an die Politik zu delegieren. Dann dürfe man sich am Ende auch nicht wundern, wenn dort für die Gesundheitsversorgung sachfremde Erwägungen – genannt wurden beispielsweise wirtschaftspolitische Kriterien – als Maßstab der Verteilung von Geld verwendet werden.

Teilnehmer führten mit Schweden und Großbritannien Beispiele aus dem Ausland an, wo seit Jahren versucht wird, die Priorisierung von Ressourcen auf politischer Ebene zu steuern oder aber zumindest den Diskurs darüber auf einer Makro-Ebene zu führen. Studien hätten gezeigt, dass in Großbritannien negative Voten des National Institute of Clinical Excellence (NICE) das Ordnungsverhalten

der Ärzte bei Arzneimitteln kaum verändert hätten. Die Priorisierungsdebatte in Schweden, so wurde als zweites Beispiel angeführt, habe die Bürger primär für Knappheitsprobleme sensibilisiert. Das Ausmaß der tatsächlichen Einsparungen oder der Kostendämpfung durch Priorisierung dagegen sei unklar.

Debatte über Gesundheitsziele ohne Ergebnisse

Andere Teilnehmer warnten davor, sich bei der Debatte über Ranglisten oder Leistungseinschränkungen auf der Makro-Ebene allein auf den Punkt Leistungspakete zu beschränken. Wichtig sei eine Diskussion über Gesundheitsziele, die angestrebt werden sollen. Diese Gesundheitsziele-Debatte könnte sozusagen propädeutisch dazu beitragen, Entscheidungen über Priorisierung vorzustrukturieren. Allerdings wurde eingeräumt, dass es herzeigbare Ergebnisse für eine solche Vorgehensweise bislang noch nicht gibt.

Für die Meso-Ebene ergab die Debatte kein klares Bild, welchen Zuschnitt, welche Besetzung und welche Verfahrenskriterien ein Gremium haben muss, das wie der Gemeinsame Bundesausschuss auf einer Zwischenebene angesiedelt sein könnte. Eindeutig war nur die Sicht vieler Teilnehmer, dass es sich um eine Einrichtung handeln sollte, dem glaubwürdige Persönlichkeiten und „Nutzenbeurteiler“ angehören. Kritisch kommentiert wurde desweiteren das Modell der Evidenzbasierten Medizin (Ebm) als leitendes Prinzip der Arbeit eines solchen Gremiums auf der Meso-Ebene. Zum einen werde oft vernachlässigt, dass die Ebm ursprünglich auf den einzelnen klinischen Fall gerichtet ist. Allein von daher seien die Erwartungen vieler Politiker an die Ebm illusionär, wurde argumentiert. Zum anderen rügten Teilnehmer die strategische Verwendung der Ebm beispielsweise im Gemeinsamen Bundesausschuss. Sie werde dort missbräuchlich von den Kostenträgern als Ausschlusskriterium eingesetzt, um Rationierungsentscheidungen pseudorational zu verdecken, hieß es.

Anhand der Mikro-Ebene wurden mehrere Varianten der Umsetzung von Priorisierung vorgestellt, aber auch teilweise wieder verworfen. Im Zentrum der Debatte stand dabei die These von Teilnehmern, nur über eine spürbare Selbstbeteiligung ließe sich die Kostenentwicklung wirksam bremsen. Nötig sei eine prozentuale Selbstbeteiligung, die jeden treffe. Dem wurde mit dem Verweis darauf widersprochen, das Kernproblem der Selbstbeteiligung sei ihre soziale Schlagseite. Wenn sie tatsächlich die Inanspruch-

nahme von Leistungen steuern soll, dann sei sie unsozial und lasse sich auch mit der Anforderung, „kleine Opfer“ zu akzeptieren, nicht mehr vereinbaren. Zudem zeigten Studien, dass bei wirksamer Selbstbeteiligung auch erwünschte Leistungen von Patienten nicht mehr in Anspruch genommen werden. Mehr Selbstbehalte, wurde außerdem eingewendet, erhöhten auch nicht die Qualität der Versorgung. Zudem basiere die Finanzierung der GKV schon heute auf einer 60- (Versicherter) zu 40-Verteilung (Arbeitgeber). Eine weitere Verschiebung der Finanzierungsverantwortung würde das solidarische System beschädigen, lautete das Argument.

Bewertung der Festzuschüsse ist strittig

Eine andere Alternative könnte darin bestehen, die Verantwortung für Priorisierung von der Makro- oder Meso-Ebene durch mehr Wahlfreiheit beim Umfang einer Absicherung auf den einzelnen Versicherten umzuverteilen. Das Beispiel der Homöopathie illustrierte, wie weit die rationale Datenlage nach Maßgabe der Ebm und die subjektiven Bewertungen der Patienten auseinandergehen. Hier ergebe sich ein Ansatzpunkt, um den Versicherten mehr Wahlfreiheit zu geben, sich ihr Leistungspaket in der GKV in bestimmtem Umfang selbst zusammenzustellen. Dieses Vertrauen in die individuelle Entscheidungsfähigkeit des Einzelnen werde zudem durch Studien belegt, die zeigten, dass es nicht von sozialer Schicht oder Bildungsgrad abhängt, ob Gesundheitsinformationen im Internet nachgefragt werden. Andere Teilnehmer zeigten sich dagegen skeptisch, wie groß die Differenzierungsautonomie des Versicherten in der GKV sein kann. Sie widersprachen der Einschätzung, der einzelne Versicherte könne im Erkrankungsfall tatsächlich auf ein vorab gewähltes Leistungspaket verpflichtet werden.

Auch ein weiterer Steuerungsansatz auf der Mikro-Ebene, nämlich ein Festzuschuss-System, wurde kontrovers beurteilt. Schon die bisherige Umsetzung dieses Konzepts, nämlich in der zahnmedizinischen Versorgung, rief Kritik hervor. Manche Teilnehmer attestierten dem System der Festzuschüsse, leidlich zu funktionieren, andere verwiesen auf große Unzufriedenheit bei Versicherten mit dem Modell. Befürworter stellten als Vorteil die erweiterte Wahlfreiheit der Versicherten heraus, die eine Versicherungsleistung als Geldleistung in Anspruch nehmen könnten. Teilnehmer erinnerten daran, dass der Festzuschuss in der Zahnmedizin seinerzeit explizit als ein begrenztes Testfeld

initiiert worden war. Skeptisch wurden dagegen die Möglichkeiten bewertet, dieses Testfeld auf andere Gebiete der medizinischen Versorgung auszuweiten. So sei beispielsweise ein Festzuschuss-System bei der Arzneimitteltherapie allenfalls bei Generika vorstellbar, nicht aber bei hochpreisigen Krebsmedikamenten, wurde eingewendet.

GKV für Versicherte nicht transparent

Die Teilnehmer des Frankfurter Forums waren sich darin einig, dass die Gesetzliche Krankenversicherung derzeit noch weit von ordnungspolitischen Rahmenbedingungen entfernt ist, die den Versicherten Transparenz und Einblicke in die Entscheidungsfindung gewähren. Damit aber sei die Wahrscheinlichkeit, dass Bürger Leistungseinschränkungen als fair wahrnehmen, sehr gering. Für Experten erschwere das weitgehende Fehlen einer systematischen Versorgungsforschung sowie einer Gesundheitsberichterstattung die Diskussion über Ranglisten oder Leistungskürzungen, da der „Output“ des Gesundheitssystems mit Blick auf den unmittelbaren Patientennutzen nicht eindeutig erkennbar ist.

Kennzeichnend für die Debatte des Forums war nicht nur ein schwer herzustellender Konsens darüber, zugunsten welcher Pole das Spannungsfeld von Freiheit, Gleichheit und Sicherheit in der solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung aufgelöst werden sollte. Deutlich wurde vielmehr auch, dass die eigentliche Herkulesarbeit für Entscheidungen über Priorisierung auf der Prozessebene angesiedelt sein dürfte. Dort müsse beschrieben werden, von welchen legitimierten Institutionen mit politischer und parlamentarischer Rückendeckung und in welchen transparenten Verfahren derartige Fragen überhaupt erörtert werden sollen. Schließlich bleibe zu klären, welche glaubwürdigen Persönlichkeiten ein Scharnier zwischen fachpolitischem Diskurs und breiter öffentlicher Debatte bilden könnten. Deutschland, zeigte die Plenumsdebatte des Frankfurter Forums, steht anders als andere Länder bei der gesellschaftlichen und politischen Selbstverständigung über die Leistungsmöglichkeiten und -grenzen des Gesundheitssystems erst am Anfang.

Dieser Beitrag gibt die Auffassung des Autors und des Kuratoriums des Frankfurter Forums wieder.

DISKUSSIONSTEILNEHMER BEIM FRANKFURTER FORUM

Martina Barwig

Dr. med. Jürgen Bausch

Wolfgang van den Bergh

Dr. med. Margita Bert

Hilmar Bohn

Dr. med. Winfried Demary

Dr. med. Bernhard Egger

Prof. Dr. med. Gisela C. Fischer

Dr. phil. Gary L. Geipel

Magda Geldmacher

Dr. med. Jan Geldmacher

Dr. h. c. Jürgen Gohde

Prof. Dr. jur. Stefan Huster

Claudia Korf

Pfarrer Bernd Laukel

Prof. Dr. Gudrun Neises

Prof. Dr. med. Volker Niebling

Dietmar Preding

Dr. med. Manfred Richter-Reichhelm

Staatssekretärin a.D. Gudrun Schaich-Walch

Dr. med. Jan Schildmann, M.A.

Prof. Dr. med. Bettina Schöne-Seifert

Ministerialdirektor a. D. Gerhard Schulte

Dr. Frank Schulze Ehring

Dr. med. Hans-Nikolaus Schulze-Solce

Dr. phil. Florian Staeck

Prof. Dr. Daniel Strech

Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich



Veranstaltungs-Rückblick

Das Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen veranstaltet zweimal jährlich Plenarsitzungen. Im Frühjahr 2009 startete die Veranstaltungsreihe mit dem Themenschwerpunkt „Medizinischer Fortschritt in einer alternden Gesellschaft“.

Im Januar 2010 standen „Versorgungskonzepte für eine alternde Gesellschaft“ im Mittelpunkt der Referate und Debatten. Die Inhaltübersicht zu den früheren Veranstaltungen skizziert die Schwerpunkte bisheriger Forumsveranstaltungen. Tiefere Einblicke erlaubt die Schriftenreihe des Frankfurter Forums. Interessenten können Exemplare – auch in elektronischer Form als PDF-Datei – unter der Kontaktadresse anfordern:

Dietmar Preding | Health Care Relations | Mozartstrasse 5 | 63452 Hanau | E-Mail: dp-healthcarerelations@online.de

1. Plenarsitzung

Frankfurter FORUM für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen



Programm

„Medizinischer Fortschritt in einer alternden Gesellschaft – ethische, medizinische und ökonomische Aspekte“

Veranstaltungstermin: 2. - 3. April 2009

- Donnerstag, 2. April 2009**
- 17:30 – 17.40 Uhr Begrüßung
Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a.D., Frankfurt
Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen, Frankfurt
Dr. med. Nick Schulze-Solce, Arzt und Apotheker, Bad Homburg
- 17:40 – 18:20 Uhr „Ethische Aspekte“
Prof. Dr. rer. oec. Lic. theol. Friedhelm Hengsbach SJ, Katholische Akademie Rhein-Neckar, Ludwigshafen
- 18:20 – 19:00 Uhr „Medizinische Aspekte“
Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr. h.c. theol. Eckhard Nagel, Direktor Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Universität Bayreuth
- 19:00 – 19:40 Uhr „Ökonomische Aspekte“
Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaft III, insbesondere Finanzwissenschaft, Universität Bayreuth
- Freitag, 3. April 2009**
- 9:00 – 12:30 Uhr Diskussion
Moderation:
Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a. D.
Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen
- Abschlussbemerkungen

In Zusammenarbeit und mit Finanzierung durch Lilly Deutschland

2. Plenarsitzung

Frankfurter FORUM für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen



Programm

„Versorgungskonzepte für eine alternde Gesellschaft“

Veranstaltungstermin: 22. - 23. Januar 2010

- Freitag, 22. Januar 2010**
- 17:30 - 17.40 Uhr Begrüßung
Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a.D., Frankfurt
Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen, Frankfurt
- 17:40 - 18:20 Uhr „Spezielle Versorgungsanforderungen für ältere und alte Patienten“, Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier, Mitglied des Sachverständigenrates, Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie, Charité Berlin
- 18:20 – 19:00 Uhr „Alt werden in einer Zeit des gesellschaftlichen Wandels - Herausforderungen für den Einzelnen und die Gesellschaft“, Prof. Dr. theol. Peter Dabrock, M.A., Dekan Fachbereich Evangelische Theologie - Sozialethik/Bioethik, Marburg
- 19:00 - 19:40 Uhr „Alt, krank, pflegebedürftig – werden wir den Anforderungen gerecht?“
Dr. h.c. Jürgen Gohde, Vorsitzender Kuratorium Deutsche Altershilfe, Berlin
- Samstag, 23. Januar 2010**
- 09:00 – 10:30 Uhr Gemeinsame Diskussion
Moderation:
Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a. D.
Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen
- Abschlussbemerkungen

In Zusammenarbeit und mit Finanzierung durch Lilly Deutschland

Organisations- und Programmkuratorium des Frankfurter Forums

Philosophie/Theologie : Prof. Dr. theol. Peter Dabrock, Lehrstuhl für Systematische Theologie II, Universität Erlangen-Nürnberg

Kassenärztliche Vereinigungen : Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen, Frankfurt |
Dr. med. Margita Bert, ehemalige Vorsitzende des Vorstandes, Frankfurt

Krankenkassen : Dr. med. Bernhard Egger, Leiter Abteilung Medizin, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Berlin

Politik : Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a. D., Frankfurt

Ökonomie/Gesundheitsökonomie : Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, insbes. Finanzwissenschaften, Bayreuth

Gesundheitsmanagement : Dr. med. Nick Schulze-Solce, Arzt und Apotheker, Bad Homburg

Forschende Pharmaindustrie : Dr. phil. Gary Lee Geipel, Director Corporate Affairs, Lilly Deutschland, Bad Homburg

Kommunikation : Wolfgang van den Bergh, Chefredakteur Ärzte Zeitung, Neu-Isenburg |
Dr. Florian Staeck, Redakteur Gesundheitspolitik/Gesellschaft Ärzte Zeitung, Neu-Isenburg

Projektmanagement : Dietmar Preding, Health Care Relations, Hanau

3. Plenarsitzung



Frankfurter FORUM für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen

Programm

„Rationalisierung, Priorisierung, Rationierung – begriffliche Abgrenzung und Bestandsaufnahme“

Veranstaltungstermin: 22. - 23. Oktober 2010

Freitag, 22. Oktober 2010

- 17:30 - 17:40 Uhr Begrüßung
Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a.D., Frankfurt
Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen, Frankfurt
- 17:40 - 18:15 Uhr „Priorisierung und Rationierung – müssen ethische Grundsätze
unserer Gesellschaft modifiziert werden?“
Prof. Dr. med. Bettina Schöne-Seifert, Direktorin Institut für Ethik, Geschichte
und Theorie der Medizin, Westfälische Wilhelms-Universität Münster
- 18:15 - 18:50 Uhr „Erschließung von Rationalisierungsreserven
im deutschen Gesundheitswesen“,
Prof. Dr. Volker Ulrich, Lehrstuhl VWL III, insbesondere Finanzwissenschaft,
Universität Bayreuth
- 18:50 - 19:25 Uhr „Priorisierung und Rationierung - juristischen Implikationen für
Entscheidungsverfahren und Entscheidungsmaßstäbe“
Prof. Dr. jur. Stefan Huster, Lehrstuhl für Staats- und Verwaltungsrecht mit
besonderer Berücksichtigung des Sozialrechts, Ruhr-Universität Bochum
- 19:25 - 20:00 Uhr „Hilft ein Patientenrechtegesetz bei der medizinischen Versorgung
der Menschen in unserem Land?“
Wolfgang Zöller, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange
der Patientinnen und Patienten, Berlin

Samstag, 23. Oktober 2010

- 09:00 - 12:30 Uhr Gemeinsame Diskussion
Moderation:
Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a. D.
Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen

Abschlussbemerkungen

In Zusammenarbeit und mit Finanzierung durch Lilly Deutschland

Impressum

Herausgeber:

Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen, Frankfurt am Main

Verlag:

Ärzte Zeitung Verlagsgesellschaft mbH
Am Forsthaus Gravenbruch 5, 63263 Neu-Isenburg

Redaktionelle Bearbeitung:

Dr. Florian Staeck, Wolfgang van den Bergh

Autoren:

Prof. Dr. Stefan Huster, Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert,
Dr. Florian Staeck, Prof. Dr. Volker Ulrich, Wolfgang Zöller, MdB

Titelbild:

© [M] Wartende: Yuri Arcurs / fotolia.com | Gebäude: Michaela Illian

Layout / Grafik:

Cornelia Hannebohn, Michaela Illian (Titelgestaltung)

Druck:

Griebisch & Rochol Druck GmbH, Hamm

Springer Medizin

© Ärzte Zeitung Verlagsgesellschaft mbH,
Neu-Isenburg, April 2011



Springer Medizin

ISSN 2190-7366

In Zusammenarbeit und mit Finanzierung durch
Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg,
www.lilly-pharma.de

Antworten, auf die es ankommt.



FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen