

Michael SchlanderFakultät für Medizin
der Universität Witten/Herdecke

Rationierung oder Rationalisierung? Rationale Ressourcenallokation im Gesundheitswesen (Teil 1): Warum Rationierung unvermeidlich wird

Weltweit steigen die Gesundheitsausgaben schneller als die volkswirtschaftliche Leistungskraft (Abb. 1). Im Zusammenspiel mit weiteren Faktoren – dazu gehört in Deutschland die weitestgehende Bestimmung des Beitragsvolumens anhand der Entwicklung der Grundlohnsumme – führt dies zu stetig steigenden Beitragssätzen der Krankenkassen. Im Zeichen der zunehmenden Verflechtung der Weltwirtschaft («Globalisierung») und des heftiger gewordenen internationalen Standortwettbewerbs haben die Lohnnebenkosten in Deutschland mit insgesamt über 40 Prozent eine kritische Grenze erreicht – oder, je nach Standpunkt, bereits überschritten.

Damit zeichnen sich systembedingte Grenzen des Wachstums für das Gesundheitswesen ab. Zahlreichen Reformversuchen zum Trotz nehmen die Ausgaben für das Gesundheitssystem nahezu ungebremst zu; Eingriffen in die Ausgabenentwicklung sind bisher nach vorübergehendem Erfolg stets neue Kostenschübe gefolgt (Abb. 2). Das Phänomen der »Kostenexplosion« scheint inzwischen zum Gesundheitssystem zu gehören wie die Angina pectoris zur koronaren Herzkrankheit. Die bisherigen Reformversuche und mit ihnen das tradierte Modell der sektoralen Budgetierung haben nicht ausgereicht, eine dauerhafte Lösung des Problems herbeizuführen.

Schlüsselwörter

(Medizinische) Ethik, Gesundheitswesen, Kostenexplosion, Ökonomie, Rationierung, Utilitarismus

Zusammenfassung

Die Zunahme der Ausgaben für das Gesundheitssystem hat in den Industrienationen das Wirtschaftswachstum regelmäßig übertroffen. Dennoch vertreten maßgebliche Politiker einhellig die Auffassung, Rationierung im Gesundheitswesen sei weder notwendig noch wünschenswert. Es wird vorgetragen, daß Rationierung vermieden werden könne (1) durch Beschränkung auf das »medizinisch Notwendige« und (2) durch die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung aufgrund des anhaltenden medizinischen Fortschritts, bzw. (3) nicht vertretbar sei ohne Erfüllung höchster moralischer Ansprüche, unter anderem der vorherigen Elimination jeglicher wirtschaftlicher Ineffizienz. Da alle drei Argumente letztlich nicht tragfähig sind, werden in der Zukunft Entscheidungen über Rationierung oder optimale »Ressourcenallokation« notwendig werden. Daraus ergibt sich die Fragestellung, wer aufgrund welcher Kriterien diese Entscheidungen treffen sollte. Die Philosophie des Regel-Utilitarismus wird als geeignetes ethisches Konzept für dieses Problem diskutiert.

Key words

Economics, (medical) ethics, health care system, health care spending, rationing, utilitarianism

Summary

The increase of medical spending has consistently exceeded economic growth in industrialized nations. Nevertheless, most politicians insist that rationing health care is neither necessary nor desirable. The basic arguments put forward to support this proposition are (1) that it is possible to limit spending to »medically necessary« care, (2) that medical advances will, eventually, make people healthier, thus requiring less medical care, and (3) that rationing is ethically feasible only under morally demanding conditions, including objective decision criteria, and only after prior complete elimination of any wasteful spending. As all three arguments are conceptually flawed or unrealistic, rationing or »resource allocation« decisions may become inevitable. This raises the practical issue who should make these decisions, and the related ethical problem of which set of criteria should be applied. Rule utilitarianism is discussed as a feasible and pragmatic approach to this problem.

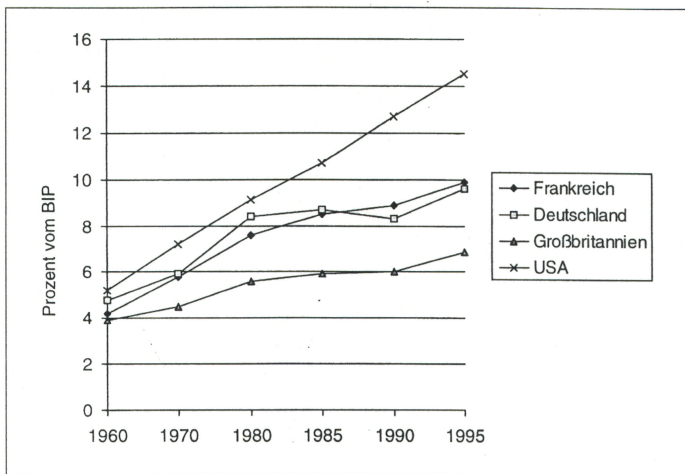


Abb. 1 Ausgabensteigerung für das Gesundheitswesen von 1960 bis 1995 in Frankreich, Deutschland, Großbritannien und den USA, jeweils bezogen auf die Entwicklung der gesamtwirtschaftlichen Leistungskraft, gemessen anhand des Bruttoinlandsproduktes (BIP). Quelle: OECD Health Data, 1996

Somit stellt sich die drängende Frage, ob in der Zukunft eine Rationierung medizinischer Leistungen unausweichlich wird. In umgekehrter Betrachtung ist zu prüfen, welche Maßnahmen geeignet sein könnten, die Notwendigkeit von Rationierungsmaßnahmen zu verhindern, und als wie realistisch deren Umsetzung und tatsächlicher Erfolg einzuschätzen sind.

These: »Rationierung ist weder notwendig noch wünschenswert«

Zunächst ist festzustellen, daß »Rationierung« im Gesundheitswesen offensichtlich ein äußerst anstößiges Konzept ist. Schon die Herkunft des Begriffs »Ration« aus dem Militärischen

weist auf seine Unvereinbarkeit mit unserem Verständnis von »Gesundheit« hin. Wie sollte man – streng nach der Etymologie des Begriffs – sich seinen »zugewiesenen Anteil«, seinen »täglichen Verpflegungssatz«, seinen »Mundvorrat« an Gesundheit denken? Und dann: wer sollte die uns zustehende Portion bestimmen, nach welchen Kriterien, in wessen Interesse, unter welchen Wertvorstellungen? Wäre es nicht sinnvoller, zu rationalisieren und vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven zu nutzen, oder doch zumindest die verfügbaren Ressourcen rationaler einzusetzen, anstelle zu rationieren? Wiederum ganz im Sinne der Etymologie der Worte rational und Rationalisierung in der Bedeutung von Effizienzsteigerung, abgeleitet vom lateinischen »ratio« – Vernunft, Verstand –, er-

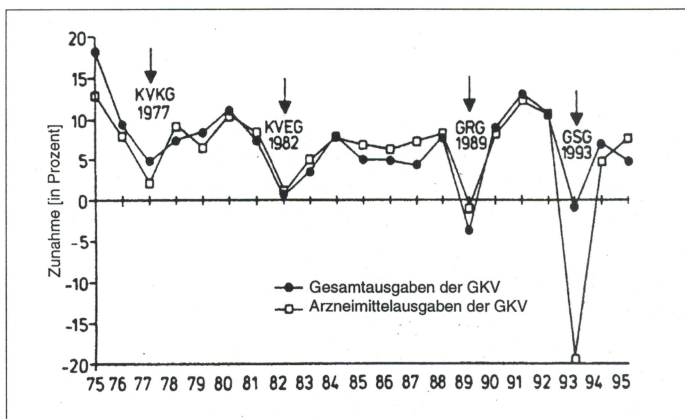


Abb. 2 Die bisherigen Kostendämpfungsprogramme (KVKG, KVEG, GRG, GSG) brachten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland stets nur vorübergehende Entlastung; ihnen folgten jeweils Phasen neuerlichen Ausgabenwachstums. Quelle: Roberts, 1997 (17), mit freundlicher Genehmigung

scheint die vorgegebene Alternative als bestenfalls interessante rhetorische Frage.

Die Antwort der Politiker ist denn auch einmütig wie selten. So hat zum Beispiel der ehemalige Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer in der Bundestagsdebatte zum Zweiten Neuordnungsgesetz der gesetzlichen Krankenversicherung in Bonn am 20. März 1997 die Rationierung zum »Gespenst« erklärt, das in Deutschland umgehe: »Wer dauerhaft budgetieren will, wird über kurz oder lang medizinisch rationieren. Wer rationiert, begrenzt die Möglichkeiten, medizinischen Fortschritt zu bezahlen. Und Rationierungen werden nicht nach dem Kriterium sozialer Gerechtigkeit und medizinischer Notwendigkeit, sondern nach dem Kriterium ökonomischen Nutzens vorgenommen. Wohin Rationierungen führen, zeigen die Erfahrungen in anderen Ländern, in denen genau das praktiziert wird, was wir nicht wollen: eine Einteilung der Patienten nach Einkommen und Alter.« (23). Trotz zum Teil erheblicher Unterschiede in den präferierten Wegen zum Ziel stimmen die Gesundheitspolitiker aller demokratischen Parteien im Kern darin überein, daß sie »Rationierung« ablehnen und festhalten an »dem Prinzip, daß jeder bekommt, was er nötig hat« – so versprochen im Programm der SPD zur Reform der sozialen Krankenversicherung vom Mai 1997 (24). Während sich die politischen Akteure also wechselseitig vorwerfen, die Realisierung ihrer Programme führe notwendig zu Rationierung und einer ungerechten »Zwei-Klassen-Medizin«, behaupten sie doch alle gleichermaßen, daß Rationierungsmaßnahmen weder notwendig noch wünschenswert seien.

Dieses Phänomen ist keinesfalls auf Deutschland beschränkt. Die seinerzeitige Diskussion in den Vereinigten Staaten über die von Präsident Clinton beabsichtigten Gesundheitsreformen war wesentlich geprägt von einer bitteren Debatte über die Notwendigkeit von Rationierung, in der ebenfalls Befürworter und Gegner des – im Kern später gescheiterten – Reformvorhabens sich gegenseitig vorhielten, ihre Vorschläge führten zu Leistungsausschlüssen und einer »Zwei-Klassen-Medizin« (11). Auch in Großbritannien be-

stehen Politiker aller Parteien darauf, daß es für den National Health Service (NHS) möglich sei, umfassende Leistungen ohne Einschränkungen zur Verfügung zu stellen – allen wohlbekannten Erfahrungen mit Wartelisten für Operationen und zahlreichen – lokal unterschiedlich ausfallenden – Leistungsausschlüssen der regionalen Health Authorities zum Trotz. Ein in der britischen Öffentlichkeit viel diskutiertes Beispiel sind In-vitro-Fertilisationen, die »je nach Postleitzahl« (das heißt, jeweils zuständiger lokaler Health Authority) vom NHS nur limitiert oder auch überhaupt nicht finanziert werden (7). In anderen Ländern, darunter auch Deutschland, haben sich in jüngerer Zeit Diskussionen um den Nutzen und die Finanzierung von Knochenmarktransplantationen im Rahmen der Therapie fortgeschrittener maligner Erkrankungen entzündet.

Angesichts einer verständlicherweise beunruhigten Öffentlichkeit und einer zunehmend polarisierten Diskussion ist die emotionale Ablehnung des Konzepts von Rationierung – im Kontext eines gern und häufig als »höchstes Gut« apostrophierten Wertes wie Gesundheit – zumindest nachvollziehbar. Ebenso verständlich ist die Versuchung der sogenannten »politischen Klasse«, in einer demokratisch verfaßten Gesellschaft populistische Standpunkte einzunehmen. Dennoch läßt sich die von Politikern aller Parteien vertretene Ablehnung von Rationierung im Gesundheitswesen nicht einfach abtun, sondern bedarf hinsichtlich ihrer Begründung der näheren Untersuchung. In der Sache lassen sich im wesentlichen drei Argumente unterscheiden, weshalb eine Rationierung im Gesundheitswesen nicht notwendig werde.

Argument:

»Rationierung ist vermeidbar bei Beschränkung auf das medizinisch Notwendige«

Ein stets wiederkehrendes Argument in der Diskussion um die Reformierung des Gesundheitswesens ist die Behauptung, bei Beschränkung auf das medizinisch Notwendige stünden ausreichend Mittel zur Verfügung. Die Eli-

minierung nicht notwendiger Leistungen und medizinisch fragwürdiger Therapien – zum Beispiel im Bereich der ärztlichen Versorgung durch fach- und gebietspezifische Zulassungsbeschränkungen und durch Ausschluß spezifischer Maßnahmen aus der Erstattungsfähigkeit oder im Arzneimittelbereich durch die Einführung einer Negativ-, künftig vielleicht auch einer Positivliste – setze genügend Ressourcen frei, um Rationierungsmaßnahmen zu vermeiden. Das Problem dieser Argumentation liegt erkennbar in der Definition des »medizinisch Notwendigen«. Bei näherer Überprüfung gibt es tatsächlich nur sehr wenige medizinische Verfahren, die ohne plausiblen medizinischen Nutzen angewendet würden. Deshalb gibt es auch nur sehr wenige Ausgaben, denen man jeglichen Nutzen absprechen kann und die folglich auf dieser Grundlage ausgegrenzt werden könnten.

Einen empirischen Beleg für diesen Sachverhalt liefert etwa das nahezu vollständige Scheitern der »Certificate-of-Need« (CON) Regelungen in den Vereinigten Staaten (2, 18). Mit den CON-Gesetzen wurden Krankenhäuser verpflichtet, vor einer Ausweitung ihres Bettenangebots oder der Einführung neuer Leistungen einen objektiven lokalen medizinischen Bedarf nachzuweisen. Zwar sank die Bettenzahl in der Folge, doch die technische Ausstattung je Krankenhausbett und die Kosten pro Tag stiegen unvermindert an. Die bürokratischen Hürden blieben erfolglos, auch deshalb, weil die Lobby-Arbeit gut etablierter Kliniken nahezu jeden Ausstattungswunsch zu begründen und durchzusetzen mußte. Endgültig verschwanden die CON-Regelungen schließlich mit einem Urteil des Obersten Gerichtshofs, demzufolge sie zu einer nicht vertretbaren Diskriminierung neuer, weniger gut etablierter oder unkonventioneller Anbieter führten (9).

Der ausschlaggebende Grund für das, jedenfalls im Ergebnis, schon vorherige Scheitern des CON-Prinzips war jedoch die Tatsache, daß kaum eine neue medizinische Technologie als völlig überflüssig abgelehnt werden konnte. Der konventionellen Röntgendiagnostik folgte die Computertomographie, sodann die Magnetresonanztomographie, jeweils verbunden mit erheblichen Kostenschüben. Nunmehr stellt sich zunehmend die Frage nach der Notwendigkeit der – wiederum teureren – Positronenemissionstomographie (PET). Ihr Einsatz und fortschreitende Verfeinerung bringt zweifellos neuen medizinischen Nutzen, zum Beispiel in der Diagnostik maligner Erkrankungen (5, 16).

Auch wenn nicht jeder technologische Fortschritt mit ähnlich spektakulären Kostenschüben verbunden ist, gilt doch allgemein, daß neue Verfahren in der Regel einen zumindest plausiblen Zusatznutzen bieten, um den Preis höherer Kosten im Vergleich zu hergebrachten Alternativen. Im Ergebnis läßt sich beobachten, daß neue und verbesserte Technologien regelmäßig neuen Bedarf nach sich ziehen. Und nur in Ausnahmefällen läßt sich ein Zusatznutzen verlässlich ausschließen.

Doch selbst wenn man annimmt, es sei möglich, durch Rationalisierung und Elimination medizinisch nicht notwendiger Maßnahmen einen Teil der gegenwärtigen Ausgaben einzusparen, wäre der zu erwartende Effekt kaum dauerhaft. Dies zeigt eine einfache Extrapolation des historischen Wachstums der Gesundheitsausgaben (Abb. 1), welche durchweg schneller zunehmen als die gesamte wirtschaftliche Leistungskraft. Für die Vereinigten Staaten, sicherlich einem Extrembeispiel für die Explosion der Gesundheitskosten, wurde berechnet, daß selbst der Effekt einer Reduktion der Gesundheitsausgaben um ein Viertel innerhalb von drei Jahren bereits wieder vollständig aufgezehrt würde, da die reale historische Kostensteigerung – das heißt, nach Abzug der allgemeinen Inflation – sieben Prozent pro Jahr betrug (22).

Ein wesentlicher Faktor neben der kontinuierlichen Angebotsausweitung durch verbesserte und neuartige Technologien und Verfahren liegt in dem per definitionem grenzenlosen Bedürfnis nach »Gesundheit«, der in dem expansiven Gesundheitsbegriff der WHO von 1946 reflektiert wird: »Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen.« Trotz vielfältiger Kritik an der WHO-Begriffsbestimmung knüpfte auch der Deutsche Ärztetag daran an und defi-

nierte Gesundheit als »die aus der Einheit von subjektivem Wohlbefinden und individueller Belastbarkeit erwachsende körperliche, seelische und soziale Leistungsfähigkeit des Menschen«(6.). Allgemein ist festzustellen, daß »Gesundheit« geradezu zu einem Leitwert in den entwickelten Industriegesellschaften geworden ist, bis hin zu Gefahren der Übertreibung, welche zur Prägung des Begriffs »Healthismus« Anlaß gaben (10). Im Ergebnis des Zusammenwirkens eines prinzipiell unbegrenzten Bedarfs, eines ständig erweiterten Leistungsangebots und der erheblichen Schwierigkeiten, »notwendige« von überflüssigen Maßnahmen zu unterscheiden, kann es nicht überraschen, daß in Deutschland wie in anderen Ländern Kostendämpfungsprogramme jeweils nur temporäre Entlastung brachten (Abb. 2).

Argument:

»Medizinischer Fortschritt macht Rationierung überflüssig durch eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung«

Zur Begründung, weshalb Rationierung vermeidbar sei, wird gelegentlich auch behauptet, der medizinische Fortschritt führe langfristig zu einer Kostenreduktion, da er den Gesundheitszustand der Bevölkerung insgesamt verbessere. Insbesondere von wirksamer Gesundheitsförderung und Prävention wird erwartet, daß sie Krankheitskosten vermeiden helfen (8). Dieses Konzept ist gleichermaßen fehlerbehaftet wie die Idee, mit einer Beschränkung auf das »medizinisch Notwendige« lasse sich die Kostenentwicklung wirksam kontrollieren. Effektive Prävention führt zwar zu einer Verminderung von beeinflussbarer Morbidität und Mortalität, doch ändert dies nichts an der Tatsache, daß Altern, Krankheit und Tod konstitutionelle Bestandteile der menschlichen Existenz sind. Die Krankheitskosten pro Person korrelieren mit dem Lebensalter, so daß jede zu einer Lebensverlängerung führende Präventionsmaßnahme zwingend zu einer Erhöhung der Kosten anstatt einer Re-

duktion führt. Dies wurde erst unlängst in einer bemerkenswerten niederländischen Studie auch empirisch belegt (4).

Argument:

»Rationierung kann nur die Ultima ratio sein nach vorheriger Ausschöpfung aller Alternativen«

Ein dritter Ansatz, um Rationierungsmaßnahmen zu vermeiden, besteht darin, außerordentlich hohe ethisch begründete Hürden zu postulieren. Beispielsweise wird verlangt, moralisch unangreifbare und wissenschaftlich stringent belegte Kriterien müßten als unverzichtbare Grundlage für Rationierungsentscheidungen entwickelt werden. Nicht nur müßte demzufolge absolut jede Form von Ineffizienz im Gesundheitssystem vor jeglicher Art der Rationierung eliminiert worden sein. Mehr noch, jegliche Verschwendung in anderen Bereichen der Gesellschaft müßte zunächst überwunden werden. Es liegt in der Logik dieser rigiden moralischen Argumentation, daß sowohl andere öffentliche Ausgaben – zum Beispiel für militärische Rüstung –, privatwirtschaftliche Aufwendungen – zum Beispiel für Werbung – als auch persönliche Ausgaben – zum Beispiel für Tabak- oder Alkoholkonsum – gegen die Bereitstellung finanzieller Mittel für das Gesundheitswesen ausgespielt werden (1). Diese Maximalforderungen ignorieren einerseits die Tatsache, daß faktisch bereits heute »rationiert« wird. Dies geschieht allerdings ganz überwiegend aufgrund mangelbehafteter Entscheidungsgrundlagen und -prozesse – Stichwort: »sektorale Budgetierung« in Deutschland – willkürlich und mit zufälligen, manchmal unbeabsichtigten, wenn nicht sogar unerwünschten Konsequenzen (19). Zudem werden viele in Wahrheit von ökonomischen Überlegungen (mit-)bestimmte Entscheidungen als medizinisch begründet dargestellt und bleiben damit intransparent (12). Andererseits führt die Formulierung moralischer Maximalpositionen, unbeschadet der Qualität ihrer jeweiligen Begründung, leicht zu utopischen Ansprüchen bar jeder Realisierungschance.

Antithese: »Rationierung ist unvermeidbar«

Wenn aber, wie dargelegt, bei im Prinzip unbegrenzten medizinischen Bedürfnissen und limitierten Ressourcen Rationierungsentscheidungen unumgänglich werden, so erhebt sich zum einen die Frage, wer diese Entscheidungen zweckmäßig treffen sollte. Zum anderen stellt sich das ethische Problem, nach welchen Kriterien und mit welcher Zielsetzung eine – den im Kern gleichen Sachverhalt freundlicher beschreibend – optimale »Ressourcenallokation« oder »Prioritätensetzung« im Gesundheitswesen erfolgen soll. Dabei ist zu beachten, daß Ressourcenallokation auf drei interdependenten Ebenen stattfindet: makroökonomisch (volkswirtschaftlich), sektoral (präventive versus kurative versus palliative Medizin; ambulante versus stationäre Versorgung; medizinische Fachdisziplinen usw.) und individuell (patientenbezogene »bedside«-Entscheidungen über diagnostische und therapeutische Maßnahmen usw.). Es ist eine interessante Randbeobachtung in diesem Zusammenhang, daß marktwirtschaftliche Systeme wie in den USA mit einer »Bottom-Up«-Zuweisung von Mitteln für das Gesundheitswesen zu einem höheren Ausgabenniveau führen als dirigistische »Top-Down«-Zuteilungen wie in Großbritannien, wo der NHS über mit einem politisch bestimmten Globalbudget auskommen muß, während Mischsysteme wie in Deutschland und Frankreich ein »mittleres« Ausgabenniveau nach sich ziehen (Abb. 1).

Rationierung: Medizinisch-ethische Überlegungen

Mit der Frage nach den anzuwendenden Kriterien für Rationierungsentscheidungen stellt sich ein komplexes medizinisch-ethisches Problem. Wie in anderen aufgeklärten Industrienationen haben sich auch in Deutschland ehemals einheitliche und verbindliche Verhaltensmaßstäbe aufgelöst. Sie wurden abgelöst von der Bildung zahlreicher Gruppen mit jeweils eigenen Interessen, Überzeugungen und Handlungsweisen.

Zu den wenigen ernsthaften Versuchen, allgemeinverbindliche Normen für pluralistische Gesellschaften ohne Rekurs auf letzte politische oder religiöse Autoritäten zu begründen, zählt der Utilitarismus. Sein Leitprinzip ist das des »Glückes« beziehungsweise der »Nützlichkeit« (utility); jede Handlung ist demnach sittlich erlaubt, wenn sie das Glück aller Betroffenen am meisten fördert. In einem engen historischen und systematischen Zusammenhang mit dem Utilitarismus stehen insbesondere die Spielarten des ethischen Egoismus, insoweit als sie wie der Utilitarismus auf die Konsequenzen einer Handlung abheben: Primär die Ergebnisse, nicht die Motivation des Handelns stehen im Vordergrund der Betrachtung; deshalb können sowohl Egoismus als auch Utilitarismus als »teleologisch« oder manchmal auch als »Verantwortungsethik« beschrieben werden.

Speziell die »restriktiven« Varianten des Egoismus sind im Rahmen (neo-) liberaler wirtschaftspolitischer Konzepte zur Zeit außerordentlich populär. In der ökonomischen Theorie stehen hierfür Denker wie Adam Smith (»die unsichtbare Hand des Marktes«) und der Nobelpreisträger Milton Friedman (»die Verantwortlichkeit des Unternehmers ist einzig die Gewinnmaximierung«). Ohne die Diskussion des folgenden Beitrages (21) zu den Möglichkeiten und Grenzen von Entscheidungen durch den Patienten selbst (in seiner marktwirtschaftlich gedachten Rolle als »Konsument« medizinischer Leistungen) vorwegzunehmen, sei hier doch bereits vermerkt, daß diese Konzepte für eine Begründung von Prioritäten für das Gesundheitswesen nicht tragfähig sind (20).

Inauguriert von Jeremy Bentham, wurde der Utilitarismus von John Stuart Mill im 19. Jahrhundert maßgeblich weiterentwickelt und verfeinert. Diese philosophische Richtung läßt sich zusammenfassen in der Zielsetzung des »größten Glücks für die größte Zahl«, mit Benthams Worten »The greatest happiness of those whose interest is in question is the right and proper ... end of human action«, oder noch prägnanter mit Mills Zitat »what is best brings the greatest good for the greatest number« (3, 13; Tab. 1). Das utilitaristische Denken gewann rasch eine vorherr-

Tab. 1 Utilitaristisches Denken geht von der Quantifizierbarkeit und Vergleichbarkeit von »Glück« bzw. »Nutzen« aus. Das Ziel des größten Nutzens für die größtmögliche Zahl führt im Beispiel zur Wahl der Handlungsalternative H1, wenn der angenommene Nutzen für die Personen P1 bis P3 wie in der Tabelle dargestellt entsteht, denn der Gesamtnutzen ist hierbei am größten. Unter der egoistischen Prämisse würden die Personen P1, P2 und P3 dagegen die Handlungsalternativen H2, H2 und H3 präferieren

	P1	P2	P3	Gesamt
H1	+6	+8	+6	+20
H2	+7	+9	+2	+18
H3	+2	+3	+12	+17

schende Rolle insbesondere in der angelsächsischen ökonomischen Theorie im allgemeinen und einer dominierenden nordamerikanischen Ideologie im besonderen. Es bildet zugleich eine entscheidende theoretische Fundierung moderner gesundheitsökonomischer Konzepte.

Dabei wird versucht, die Formel des »größten Nutzens (Glücks) für die größte Zahl« mit Hilfe mathematischer Verfahren in das heute gebräuchliche Instrumentarium der Kosten-Effektivitäts-, Kosten-Minimierungs-, Kosten-Nutzen- und Kosten-Nutzwert-Analysen der gesundheitsökonomischen Methodik zu übersetzen. Auf diese Weise verspricht die Gesundheitsökonomie, Grundlagen für Entscheidungen über die optimale Allokation knapper Ressourcen im Gesundheitswesen zu liefern (19). Aber auch ohne beziehungsweise schon vor der Inanspruchnahme formaler gesundheitsökonomischer Modelle bildet der Utilitarismus die implizite Basis vieler ärztlicher Entscheidungsprozesse. Dies tritt am deutlich-

Tab. 2 Das klassische utilitaristische Prinzip bedarf der Ergänzung durch moralische Normen (»Regelutilitarismus«), denn das alleinige Ziel der Maximierung des Gesamtnutzens würde massive Ungerechtigkeiten erlauben. Ein individueller »negativer Nutzen« im vorliegenden Beispiel könnte in der Realität im Extremfall auch die Versklavung von Person P3 bedeuten; dennoch würde die Anwendung des klassischen (»Handlungs-«)Utilitarismus die entsprechende Handlungsalternative H1 empfehlen

	P1	P2	P3	Gesamt
H1	+15	+15	-5	+25
H2	+8	+8	+8	+24

sten hervor in Extremsituationen wie der Triage.

Von Anfang bestanden allerdings praktische Schwierigkeiten der Bestimmung und Messung der Nützlichkeit – beziehungsweise in den ursprünglichen Texten Benthams des »Glücks« – oder in der heutigen gesundheitsökonomischen Terminologie des »Nutzwertes«. Diese Problematik findet sich wieder in den Hindernissen, die aktuell der breiten Anwendung der Idee des »quality-adjusted life year« oder QALY als Maß für den Nutzen unterschiedlicher medizinischer Maßnahmen und deren breite Vergleichbarkeit entgegenstehen.

Eine weitere ernste Limitation des utilitaristischen Ansatzes besteht in der Vernachlässigung von Minderheiten, allgemeiner, des Problems der Verteilung von »Glück« oder »Nutzwert«. Im Extremfall erlaubt das utilitaristische Prinzip, eine Verteilung als beste Lösung zu empfehlen, in der einzelne Individuen keinen oder sogar negativen Nutzen erhalten. In die Praxis übersetzt, erlaubt dies zum Beispiel die Rechtfertigung der Sklavenhaltung, wenn damit nur der Gesamtnutzen maximiert wird (Tab. 2). Spätere Vertreter des Utilitarismus haben, dem amerikanischen Philosophen John Rawls folgend, diesem Problem Rechnung zu tragen versucht, indem sie eine Theorie der Gerechtigkeit im Sinne von Fairneß und Chancengleichheit entwickelten und postulierten, daß Ungleichheiten nur tolerierbar seien, insoweit sie sich zum Vorteil aller Beteiligten auswirkten. Dies führte zur Entwicklung eines »Regelutilitarismus«, der sich zwar ebenso wie der klassische »Handlungsutilitarismus« an dem Ziel eines Höchstmaßes an allgemeinem Wohlergehen ausrichtet, gleichwohl aber nicht auf allgemeingültige Verhaltensnormen verzichtet (15).

Damit durchbricht der so modifizierte »Regelutilitarismus« den ursprünglich rein wissenschaftlichen Ansatz utilitaristischen Denkens. Indem er die ausschließliche Orientierung am Ziel der Maximierung des allgemeinen Nutzens relativiert und mit tradierten Verhaltensregeln und sittlichen Normen ergänzt, transzendiert er das teleologische oder »konsequentialistische« (ausschließlich am Ergebnis ausgerichtete) Prinzip und greift zurück auf Kernele-

mente einer »deontologischen«, also von a-priori-Normen abgeleiteten Ethik.

Insoweit die Begründung des Gerechtigkeits- und Fairneßgedankens auf die fundamentale Gleichheit (und »Würde«) der Menschen rekurriert, ist der Anknüpfungspunkt an »deontologische« Ethik evident. Als Hauptvertreter dieses – in manchmal herabsetzender Absicht im Gegensatz zur konsequentialistischen »Verantwortungsethik« als »Gesinnungsethik« apostrophierten – Denkens lassen sich einerseits Immanuel Kant (»kategorischer Imperativ«), andererseits die großen Religionen hervorheben. In der Tat begründeten christliche Werte wie Barmherzigkeit und Nächstenliebe im Mittelalter die Entstehung des Hospiz- und Hospitalwesens, der historischen Vorläufer des modernen Krankenhauses. Zahlreiche Grundsätze dieser Ethik sind – wenn nicht explizit, so doch implizit als Elemente abendländisch-christlicher Tradition – als gesellschaftlich prägende Grundwerte wirksam. Als entscheidendes Korrektiv (und aus »deontologischer« Sicht als letzte Begründung) in das klassische utilitaristische Denken eingebracht, machen sie den so modifizierten »Regel-Utilitarismus« zu einem außerordentlich brauchbaren ethischen System. Dieses bietet dann insbesondere auch eine äußerst nützliche Grundlage für die Bewertung von Handlungsalternativen und Prioritäten im Gesundheitswesen im Zeichen – gemessen am stetig wachsenden Bedarf – knapper werdender Ressourcen.

Schlußfolgerungen

Rationierung oder, den gleichen Sachverhalt für viele akzeptabler, zugleich aber auch euphemistisch formulierend: Prioritätensetzung und Entscheidungen über die optimale Ressourcenallokation im Gesundheitswesen werden mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit unvermeidlich. Eine Verschärfung dieser Problematik in der Zukunft ist zu erwarten.

Eine öffentliche Diskussion dieses Sachverhaltes ist bislang jedoch weitgehend unterblieben. Eine wichtige Rolle für dieses Ausbleiben spielt nicht zu-

letzt das offensichtliche Desinteresse der maßgeblichen politischen Parteien an einer ehrlichen Debatte. Eine fort-dauernde Verdrängung der anstehenden Probleme ist einer demokratisch verfaßten »offenen Gesellschaft« aber nicht zuträglich, da sie zu intransparenten Entscheidungen unter weitreichendem Ausschluß der betroffenen Bürger führt. Deshalb ist eine öffentliche Debatte, die eine Verständigung über die als Entscheidungskriterien relevanten Werte beinhalten muß, dringlich zu fordern.

Mit der Reflexion der anzuwendenden Kriterien stellt sich als weitere wesentliche Frage, wer idealerweise Entscheidungen über medizinische Ressourcenallokation treffen sollte. Prinzipiell kommen dafür die Patienten selbst, die Kostenträger (im angelsächsischen Sprachgebrauch: »Third Party Payers«) und die Ärzte in Betracht. Die grundsätzlichen Vor- und Nachteile dieser Lösungsansätze werden in nachfolgenden Beiträgen in der Medizinischen Welt zum Thema »Rationierung oder Rationalisierung« diskutiert werden.

LITERATUR

1. Angell M. Cost Containment and the Physician. *JAMA* 1985; 254: 1203.
2. Ashby JL. The Impact of Hospital Regulatory Programs on Per Capita Costs, Utilization, and Capital Investment. *Inquiry* 1984; 21: 45.
3. Bentham J. An Introduction to the Principles of Morals and Legislation. London: Oxford University Press 1879.
4. Bonneux L, Barendregt JJ, Nusselder WJ, Van der Maas PJ. Preventing fatal diseases increases healthcare costs: cause elimination life table approach. *Brit Med J* 1998; 316: 26-9.
5. Brix G, Zaers J, Adam LE, Bellemann ME, Ostertag H, Trojan H, Haberkorn U, Doll J, Oberdorfer F, Lorenz WJ. Performance evaluation of a whole-body PET scanner using the NEMA protocol. *J Nucl Med* 1997; 38: 1614-23.
6. Bundesärztekammer: Gesundheitspolitisches Programm der Deutschen Ärzteschaft. Beschluß des 97. Deutschen Ärztetages. *Dtsch Arztebl* 1994; 24: 3.
7. Dickson N. The Great Rationing Debate. *Pharm Times* 1998, 4: 48-50.
8. Fries JF, Koop CE, Beadle CE, Cooper PP, England MJ, Greaves RJ, et al. Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. *N Engl J Med* 1993; 329: 321-5.
9. Getzen TE. Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds. New York, NY: John Wiley & Sons 1997.

10. Kühn H. Healthismus: Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA. Berlin: Ed Sigma 1993.
11. Lamm RD. Rationing and the Clinton Health Plan. *J Med Philo* 1994; 19: 445.
12. Law J. Bringing rationing out into the open – deciding health values. *Scrip Magazine* 1998; 6: 6-7.
13. Mill JS. Utilitarianism. New York, NY: EP Dutton 1910.
14. OECD. OECD Health Data 1996.
15. Quinton A. Utilitarian Ethics. New York, NY: St. Martin's Press, 1973.
16. Rinne D, Baum RP, Hör G, Kaufmann R. Primary staging and follow-up of high risk melanoma patients with whole-body 18F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography: results of a prospective study of 100 patients. *Cancer* 1998; 82: 1664-71.
17. Roberts ER. Die Auswirkungen der Gesundheitsreformen auf die pharmazeutische Industrie. *Pharm Ind* 1997; 59: 374-80.
18. Salkever D, Bice T. Hospital Certificate-of-Need Controls: Impact on Investment, Costs and Use. Washington, DC: American Enterprise Institute, 1979.
19. Schlander M. The Contribution of Health Economics to Market-Oriented Pharmaceutical Research and Development. Witten: Universität Witten/Herdecke Verlagsgesellschaft 1998.
20. Schlander M. Möglichkeiten und Grenzen der Patientenselbstbeteiligung: Wirtschaftliche und medizinisch-ethische Aspekte der Selbstbeteiligung von Patienten an den Kosten des Gesundheitssystems. In: Gesundheitswesen 2010: Prognosen, Trends und Chancen. In: Braun W, Schaltenbrand R (eds). Witten: Universität Witten/Herdecke Verlagsgesellschaft 1998; 82-103.
21. Schlander M. Rationierung oder Rationalisierung? Rationale Ressourcenallokation im Gesundheitswesen (Teil 2): Entscheidungen durch Patienten. *Med Welt*, in Vorbereitung.
22. Schwartz WB. The Inevitable Failure of Current Cost-Containment Strategies: Why They Can Provide Only Temporary Relief. *JAMA* 1987; 257: 220.
23. Seehofer H. Mit den Regeln der Vergangenheit läßt sich Zukunft nicht gestalten. Rede anläßlich der 2./3. Lesung des Zweiten GKV-Neuordnungsgesetzes vor dem Deutschen Bundestag am 20. März 1997. Bonn: CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag, Pressemitteilung Nr. 25 vom 20. März 1997.
24. SPD Bundestagsfraktion: Das Programm der SPD zur Reform der sozialen Krankenversicherung. Bonn: 2. aktualisierte Auflage, Mai 1997.

Korrespondenzadresse:
 Dr. med. Michael Schlander, MBA
 c/o Janssen Pharmaceutica NV
 Turnhoutseweg 30
 B-2340 Beerse, Belgien