
Hauptsache gesund!

Das Knappheitsproblem im Gesundheitswesen aus Konsumentensicht

Norbert Arnold

Konsumentenhaltung

Alltagserfahrungen belegen den hohen Wert, der der Gesundheit in unserer Gesellschaft zugemessen wird. So ist sie ein grundlegender Wert und ein für die menschliche Existenz essenzielles Gut. Im Bewusstsein vieler Menschen steht sie in der Wertehierarchie ganz oben. Damit verbindet sich oft ein grenzenloses Vertrauen in die ärztliche Heilkunst, eine naive Hoffnung auf die Erfolge der Forschung und den medizinischen Fortschritt sowie eine Anspruchshaltung an die Solidargemeinschaft und die Fürsorgepflicht des Staates, die die immer deutlicher erkennbaren Grenzen des Gesundheitssystems weitgehend ignoriert. Es scheint für viele Menschen eine Selbstverständlichkeit, dass im Gesundheitswesen „alles getan wird“, um die Gesundheit zu erhalten bzw. wiederherzustellen.

Die hohe Wertschätzung der eigenen Gesundheit steht jedoch in einem merkwürdigen Widerspruch zu den individuellen Lebensstilen vieler Menschen, die vielfach durchaus als gesundheitsgefährdend und gesundheitsschädlich erachtet werden können, und zur geringen Bereitschaft, vorbeugend die eigene Gesundheit zu schützen. Eine gesunde Lebensweise und der Präventionsgedanke haben im Bewusstsein vieler Menschen nicht die Bedeutung, die sie eigentlich haben sollten. Der informierte, selbstbewusste

und eigenverantwortliche Bürger, der in vielen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens zu einer Selbstverständlichkeit geworden ist, bleibt im Gesundheitsbereich größtenteils eine bisher kaum realisierte Wunschvorstellung. Zu wenig werden die eigenen Möglichkeiten genutzt, selbst zur Gesundheit beizutragen; zu oft wird auch in Fragen der Gesundheit eine eher passive Haltung eingenommen. Gesundheit wird an Fachleute, wie Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen, delegiert. Dieses Verhalten ist ein typisches Konsumentenverhalten; Gesundheit wird anscheinend bloß zu einem erwerbbaaren Gut.

Sie ist – in der Wahrnehmung vieler Menschen – durchaus ein wirtschaftliches Gut, für das Krankenkassenbeträge bezahlt werden, und das man dann als Gegenleistung dafür erhält. Insofern ist das Gesundheitssystem als „Markt“ durchaus akzeptiert. Allerdings findet die Zustimmung zum wirtschaftlichen Denken dort ihre Grenzen, wo Angebot und Nachfrage offensichtlich nicht mehr zueinander passen, dort, wo die Leistungsfähigkeit des Gesundheitsmarkts endet, und dort, wo das Angebot gesundheitlicher Güter und Leistungen eingeschränkt wird. Jede Einschränkung von Leistungen und Gütern im Gesundheitsbereich wird zunächst kritisch beäugt, beklagt und als eine Zumutung empfunden.¹ Ein Verständnis für die auch dem Gesundheitswesen zugrunde liegenden Marktmechanismen scheint bei den meisten Konsumenten kaum vorhanden.

Schon Rationalisierungen, die notwendig sind, um Effizienzreserven im Gesundheitssystem zu heben, stoßen auf Widerstände, erst recht Ansätze, die als Rationierungsmaßnahme identifiziert werden. Für die Allokationsprobleme im Gesundheitswesen bringt der Konsument kaum Verständnis auf.

Ressourcenknappheit

„Rationierung“ lässt sich definieren „als die Zuteilung bzw. die Verteilung von knappen und begrenzt vorhandenen Gesundheitsgütern ebenso wie pflegerische und medizinische Maßnahmen unter der Bedingung, dass die Nachfrage größer ist als das Angebot“². Obwohl Rationalisierung, also die Nutzung von Effizienzreserven, vor Rationierung gehen muss, ist es trotzdem notwendig, über die Allokationsfragen, über Priorisierung und Rationierung im Gesundheitswesen nachzudenken,³ auch auf die Gefahr hin, dass dies in der Öffentlichkeit missverstanden werden kann. Grund dafür ist nicht alleine die Knappheitssituation im Gesundheitswesen, der Normalfall in Wirtschaftsmärkten, sondern die Befürchtung, dass dadurch Patienten notwendige Leistungen vorenthalten werden müssen und damit das Recht auf eine qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung eingeschränkt wird.⁴ Gesundheitlich relevante Güter und Leistungen rationieren zu müssen, deutet auf strukturelle Mängel im System hin,⁵ grundsätzliche Reformen, die im Gesundheitsmarkt bessere Rahmenbedingungen und Anreize setzen würden, könnten dagegen dazu beitragen, das Rationierungsproblem zu vermeiden.⁶ Die Forderung nach einer grundlegenden Gesundheitsreform erhält somit auch eine ethische Qualität: Aus der Konsumentenperspektive ist ein ineffizientes Gesundheitssystem, das immer wieder zu einschneidenden Sparmaßnahmen zwingt und dabei tendenziell die Qualitätsfrage außer Acht lässt, ethisch kaum zu rechtfertigen.

Die Allokationsprobleme haben an Schwere zugenommen, sodass bereits heute Rationierungen notwendig werden. Dafür gibt es zahlreiche Beispiele: Am bekanntesten sind sicherlich die Probleme in der Transplantationsmedizin.⁷ Spenderorgane sind ein knappes Gut, sodass hier die Diskrepanz zwischen Angebot und Nachfrage besonders

deutlich wird. Die politische Entscheidung für die sogenannte „Zustimmungslösung“ und gegen die „Widerspruchslösung“ hat zur Knappheitssituation beigetragen. Gleichzeitig wurde seitens des Gesetzgebers auf eine eindeutige Regelung der Allokationsfragen in der Transplantationsmedizin verzichtet.⁸ Weitere Beispiele, wie die begrenzten Kapazitäten auf Intensivstationen oder speziellen Infektionsabteilungen und wie die eingeschränkte Verfügbarkeit von Impfstoffen, ließen sich ergänzen.

Transparenz

Oft erfolgen Rationierungen in „impliziter“ Form, so dass sie vom Patienten kaum wahrgenommen werden. Den Ärzten wird mit der impliziten Rationierung eine schwere Last aufgebürdet. Mit Entscheidungen am Krankenbett über den Einsatz knapper Ressourcen sind sie oft überfordert. Wichtig wäre eine offene Diskussion und die Klärung der ethischen Standards, an die sich ein Arzt halten muss, sowie der rechtlichen Freiräume, die durch das Straf-, Vertrags- und Deliktrecht gesetzt werden: Unterlassene Hilfeleistung, die bürgerliche Freiheit des Arztes, ethisch begründete Vergabeentscheidungen, der verantwortliche Umgang mit knappen Ressourcen, das Gebot der substanziellen und prozeduralen Rationalität, die Transparenz im Gesundheitswesen⁹ – das alles sind Fragen, die nicht nur in Fachkreisen, sondern auch in der Öffentlichkeit stärker reflektiert werden müssen. Unterbleibt dies, ist mit einem zunehmenden Vertrauensverlust der Verbraucher und einer empfindlichen Störung des Arzt-Patient-Verhältnisses zu rechnen.¹⁰

Aus Sicht des Verbrauchers sind „explizite“ Rationierungen besser als „implizite“. Ärzte werden dadurch zumindest teilweise von der Verantwortung befreit, in kon-

kreten Situationen über Allokationsfragen entscheiden zu müssen, und können sich stärker auf ihre eigentlichen Kernaufgaben konzentrieren. Von Ärzten wird grundsätzlich erwartet, dass sie ihre Entscheidungen in erster Linie nach medizinischen Gesichtspunkten treffen, die sich am Wohl des Patienten orientieren. Wirtschaftliche Argumente bei Behandlungsentscheidungen hinterlassen immer das Gefühl, es werde nicht „alles getan“, die Gesundheit des Patienten wiederherzustellen. Wenngleich Kosten-Nutzen-Abwägungen auf der Arzt-Patient-Ebene nicht ganz beiseitegelassen werden können, sind sie mit besonderer Sensibilität und Sorgfalt durchzuführen. Gegenüber dem Patienten sind sie im Zweifelsfalle besonders begründungsbedürftig. Um das bilaterale Verhältnis von Arzt und Patient nicht durch ökonomisch orientierte Argumente über Behandlung oder Nichtbehandlung zu belasten, erscheint es auf jeden Fall besser, solche Fragen auf einer übergeordneten Ebene durch klare Rahmenbedingungen zu regeln. Durch eine explizite Rationierung – im Vergleich zur impliziten Rationierung – wird Transparenz über die Verteilung knapper Güter und Leistungen hergestellt. Die Folge ist eine größere Gerechtigkeit, ein effizienterer Einsatz der knappen Güter und Leistungen und damit schließlich auch eine größere Akzeptabilität und Akzeptanz von Rationsierungsmaßnahmen bei den Gesundheitskonsumenten.

Soziale Wärme

Wenn durch Ressourcenknappheit eine medizinisch indizierte Behandlung nicht durchgeführt werden kann, wird damit das Recht auf gesundheitliche Versorgung verletzt. Wird das medizinisch Notwendige nicht zur Verfügung gestellt, dann sind Rationierungen ethisch und rechtlich nicht zu rechtfertigen und aus Patientensicht inakzeptabel.

Das medizinisch Notwendige muss „rationierungs-immun“ bleiben. Betrifft die Einschränkung der gesundheitlichen Versorgung dagegen nicht das Notwendige, sondern Zusatzleistungen, die darüber hinausgehen, dann bleiben Rationierungen immer noch ein schwieriges ethisches und rechtliches Problem, werden jedoch bei verantwortlicher Regelung akzeptabel. Die schwierige Kernfrage, was zum medizinisch Notwendigen gehört und was nicht, hat besonders aus Konsumentensicht bisher jedoch keine befriedigende Beantwortung gefunden.

Aufgabe der Sozialethik ist es, Gerechtigkeitskriterien zu benennen, nach denen die Verteilung knapper Güter und Leistungen erfolgen soll.¹¹ Transparenz und eindeutige Verantwortlichkeiten durch „explizite“ Lösungen sind notwendige Voraussetzungen. „Weiche“ („indirekte“) Rationierungen, bei denen Leistungen und Güter aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen werden, aber gleichwohl „privat“ erworben werden können, stellen in der Patientenperspektive ein geringeres Problem dar als „harte“ („direkte“) Rationierungen, bei denen eine vollständige Ausgrenzung erfolgt.

Marktwirtschaftlicher Ordnungsrahmen

Zur Lösung der Verteilungsfragen im Gesundheitswesen bieten sich unterschiedliche Modelle an. Idealtypisch stehen sich ein planwirtschaftliches und ein marktwirtschaftliches Modell gegenüber.¹² Während im ersteren der Staat die Verteilung knapper Gesundheitsgüter und -dienstleistungen sehr stark steuert, nehmen im letzteren die Verbraucher als Versicherte und Patienten Einfluss auf die Verteilung. Großbritannien gilt als ein Beispiel für ein staatlich eng reguliertes Gesundheitssystem. In Deutschland wird dagegen der Weg hin zu einem marktwirtschaft-

lichen, mehr am Wettbewerb orientierten Gesundheitssystem eingeschlagen. Die Gesundheitsreformen der letzten Jahre haben zum Ziel, einen solchen marktwirtschaftlich orientierten Ordnungsrahmen im Gesundheitssystem zu stärken.¹³

Viele fachliche und politische Argumente sprechen für ein stärker am Wettbewerb orientiertes und gegen ein planwirtschaftliches Gesundheitssystem. Insbesondere würde ein marktwirtschaftlicher Ordnungsrahmen bessere Anreize für mehr Effizienz und Qualität setzen. Auch die Entwicklungsmöglichkeiten der Gesundheitswirtschaft hin zu einem innovativen und dynamischen Wachstumsmarkt ließen sich durch einen marktwirtschaftlichen Ordnungsrahmen deutlich verbessern. Schließlich wird auch aus wirtschaftsethischer Sicht gefragt, ob ein Gesundheitssystem mit einem weniger „stark regulativen Korsett“ nicht zu einer „effizienteren Ressourcenallokation“ führen könne.¹⁴ Grundlegende Reformen des Gesundheitswesens erhalten so auch eine ethische Legitimation.

Aus der Sicht der Versicherten und Patienten gibt es jedoch viele Ängste und Vorbehalte gegen einen stärker marktwirtschaftlich orientierten Ordnungsrahmen im Gesundheitswesen. Noch herrscht die Vorliebe für eine Rundumversorgung vor, die durch den Staat und die Solidargemeinschaft organisiert und gewährleistet wird. Mehr Eigenverantwortung und ein größerer individueller Gestaltungsraum in der Gesundheitsversorgung stoßen bei vielen auf Unsicherheit, Vorbehalte und Ablehnung. Die mittel- und langfristigen Vorteile eines marktwirtschaftlichen Gesundheitssystems, insbesondere die dadurch vermeidbare Rationierungsproblematik, werden von vielen Verbrauchern nicht erkannt. Hier tut Aufklärung not: „Hauptsache gesund!“ – damit auch künftig die Gesundheitsversorgung auf hohem Niveau gesichert und Knappheitssituationen entschärft werden können, sind weitere Reformen im Ge-

sundheitswesen notwendig, denen ein Mentalitätswandel bei Beitragszahlern und Patienten vorausgehen muss.

Anmerkungen

¹ Vgl. *Schumpelick, Volker / Vogel, Bernhard* (Hrsg.): Grenzen der Gesundheit. Freiburg/Basel/Wien 2004.

² *Mack, Elke*: Rationierung im Gesundheitswesen – ein wirtschafts- und sozialetisches Problem. In: *Ethik in der Medizin* 13 (2001), 17–32, 17 und 21.

³ Vgl. *Schultheiss, Carlo*: Überlegungen zur Notwendigkeit einer offenen Rationierungsdebatte. *Ethik in der Medizin* 13 (2001), 2–16. *Nagel, Eckhard / Fuchs, Christoph*: Rationalisierung und Rationierung im deutschen Gesundheitswesen. Stuttgart/New York 1998. *Dörris, Andrea*: Allokation und Prioritätensetzung im Gesundheitswesen. Europäische Systeme im Vergleich – ein Tagungsbericht. www.haeverlag.de/archiv/n0499_c.htm. *Nationaler Ethikrat*: Gesundheit für alle – wie lange noch? Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. www.nationalerethikrat.de/veranstaltungen/jahrestagungen/jahrestagung_2006htm.

⁴ *Krämer, Walter*: Hippokrates und Sisyphus – die moderne Medizin als das Opfer ihres eigenen Erfolgs. In: *Kirch, Wilhelm / Kliemt, Hartmut* (Hrsg.): Rationierung im Gesundheitswesen. Regensburg 1997, 7–19.

⁵ Vgl. *Bahro, Marcel / Kämpf, Christian / Strnad, Jindrich*: Die Verteilungsgerechtigkeit medizinischer Leistungen. Ein Beitrag zur Rationierungsdebatte aus wirtschaftsethischer Sicht. In: *Ethik in der Medizin* 13 (2001), 45–60.

⁶ Vgl. dazu die Vorschläge in: *Bessere Medizin zu bezahlbaren Preisen. Mehr Qualität und Effizienz durch Wettbewerb. Plädoyer für die Stärkung des Bürgers im Gesundheitswesen*. Hrsg. von der Konrad-Adenauer-Stiftung. Sankt Augustin/Berlin 2006.

⁷ Vgl. *Nagel, Eckhard / Fuchs, Christoph* (Hrsg.): Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Ökonomische, ethische, rechtliche Fragen am Beispiel der Transplantationsmedizin. Berlin 1993.

⁸ Im Transplantationsgesetz vom Dezember 1997 hat der Gesetzgeber die Frage der Verteilung der knappen Spenderorgane letztlich offengelassen. In § 12 heißt es lediglich, dass die Spenderorgane nach Regeln zu vergeben sind, „die dem Stand der Erkenntnis der

medizinischen Wissenschaft entsprechen“. <http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/tpg/gesamt.pdf>.

⁹ *Nettesheim, Martin*: Der verfassungsrechtliche Rahmen der Rationierung im Gesundheitswesen. In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 48 (2002), 139–158.

¹⁰ Vgl. *Schumpelick, Volker / Vogel, Bernhard* (Hrsg.): *Arzt und Patient. Eine Beziehung im Wandel*. Freiburg/Basel/Wien 2006.

¹¹ Vgl. *Nothelle-Wildfeuer, Ursula*: Verteilungsgerechtigkeit. In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 48 (2002), 196–201. *Wiemeyer, Joachim*: Rationierung von Gesundheitsleistungen und alternative Absicherungsformen. In: *Jahrbuch für christliche Sozialwissenschaften* 47 (2006), 263–284.

¹² *Sommer, Jürgen H.*: Allokation von Ressourcen im Gesundheitswesen: Plan- oder Marktwirtschaft. In: *Bondolfi, Alberto / Müller, Hansjacob* (Hrsg.): *Medizinische Ethik im ärztlichen Alltag*. Bern/Basel 1999, 123–139.

¹³ GKV-Modernisierungsgesetz: www.die-gesundheitsreform.de/gesetze_meilensteine/gesetze/pdf/kv-modernisierungsgesetz-gmg.pdf. GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz: www.die-gesundheitsreform.de/gesetze_meilensteine/gesetze/pdf/gkv-wsg-bgbi.pdf.

¹⁴ Vgl. Bahro u. a. 2001 (Anm. 5), 51.