
Rationierung als gesundheitspolitische *ultima ratio*

Hans Georg Faust

Da die Formulierung des mir gestellten Themas nicht mit einem Satzzeichen endet, möchte ich Ihnen im Folgenden zwei Positionen vorstellen, die ich einnehmen könnte. Einmal die des vorwiegend gesundheitspolitisch tätigen Arztes, der ein Ausrufezeichen setzen, und zum anderen die des von Wahlen abhängigen Politikers, der sich mit Gesundheitsfragen befasst und der so lange wie möglich ein Fragezeichen vorziehen würde.

Lassen Sie mich in beide Rollen schlüpfen und in der ersten mit der Definition von Mack zur Begriffserklärung der Rationierung beginnen: „Rationierung im Gesundheitswesen ist die Zuteilung bzw. die Verteilung von knappen und begrenzt vorhandenen Gesundheitsgütern ebenso wie pflegerischer oder medizinischer Maßnahmen unter der Bedingung, dass die Nachfrage größer ist als das Angebot.“¹

Im Gesundheitswesen von Rationierung sprechen zu können, setzt voraus, dass es sich um anerkannt wichtige und als notwendig beurteilte Güter bzw. Leistungen handelt, denn nicht jede Leistungsbegrenzung ist eine Rationierung. Das wird deutlich bei der Abgrenzung von Normalleistungen und Zusatzleistungen, denken wir an Zahnersatz, Chefarztbehandlung oder Einzelzimmer.² Auch ist nicht jede Allokationsentscheidung im Gesundheitswesen eine Rationierungsentscheidung. In der Regel fehlt bei den im gesundheitspolitischen oder medizinischen Alltag vorgenommenen Kontingentierungen die „dramatische Komponente“.

Des Weiteren beinhaltet der Begriff „notwendig“ ein Werturteil, das je nach Auffassung des Einzelnen oder der Gesellschaft unterschiedlich gesehen werden kann. Man vergleiche nur die Leistungskataloge in verschiedenen Ländern.

Es besteht sicher kein Zweifel darüber, dass die Behandlung eines Patienten mit schwerem Herzinfarkt auf der Intensivstation notwendig und die Entfernung von kosmetisch störenden Krampfadern medizinisch nicht notwendig ist, aber im Übergangsbereich gibt es ein breites Band von Leistungen – zum Beispiel in der Reproduktionsmedizin – über die diskutiert werden muss. Und auch wenn der Versicherte zwar notwendige, aber nicht besonders kosten-trächtige Hustenmittel oder Brillen selbst finanzieren muss, wird man nicht von Rationierung sprechen können. An dieser Stelle muss gesagt werden, dass sich meine Ausführungen auf eine Rationierung aus Mangel an Finanzmitteln beziehen. In der Transplantationsmedizin fehlt es in der Regel nicht am Geld, sondern an bereitgestellten Organen.

Gibt es in Deutschland unter den aufgeführten Bedingungen eine Rationierung zum jetzigen Zeitpunkt und/oder ist sie für die Zukunft vorhersehbar? Die Kontroverse über die Notwendigkeit einer Rationierung hängt nach Schöne-Seifert „... mit einem eklatanten Mangel an empirischen und prognostischen Daten zusammen, die man schon deswegen benötigt, um zwischen Rationierung und Rationalisierung überhaupt unterscheiden zu können ...“.³ Henke äußert sich schon 1993 dahingehend: „Als Beispiele für Bereiche mit Mangelproblemen seien genannt: Transplantationszentren; Intensivbetten; Plätze für Früh- und Neugeborene; medizinische Versorgungseinrichtungen in entlegenen Regionen; Spezialkliniken für Brand- und Unfallverletzte. Hinzu tritt ein Mangel an Pflegepersonal innerhalb und außerhalb von Krankenhäusern; sozialen und psychosozialen Diensten; Kompetenz und Zeit zur psychologischen Betreuung alter und chronisch kranker Menschen und zur Sterbe-

begleitung.“⁴ Dieser Beurteilung wird man im Großen und Ganzen auch heute noch folgen können.

Fragt man die Leistungsanbieter, ist das Meinungsbild eindeutig. Auf die Frage: Erfolgt nach Ihrer Auffassung heute schon eine Rationierung von Gesundheitsleistungen? antworteten 1998 73 % der Ärzte mit „ja“ und nur 31,7 % der Befragten waren der Auffassung, dass sie alle ihre Patienten noch ausreichend versorgen könnten.⁵ An dieser Stelle möchte ich anmerken, dass ich aus der Erfahrung vieler Veranstaltungen mit Ärzten davon überzeugt bin, dass sich diese Prozentzahlen in den letzten Jahren noch deutlich erhöht haben.

Bevor ich meine eigene Position darstelle, formuliere ich zunächst einige Voraussetzungen dafür, die ich im Moment als gegeben unterstelle und die der weitere Verlauf vermutlich bestätigen wird:

1. Unser Gesundheitssystem wird in seinen Grundlagen nicht gänzlich verändert. Auch wenn die aktuelle Gesundheitsreform nach Meinung mancher sehr einschneidend ist, bleiben wichtige Grundprinzipien bestehen. Für das heutige Thema bedeutet das, dass die Verteilung der knappen Güter und Leistungen durch eine zentrale Stelle, d. h. durch den Staat oder mittelbares Staatshandeln, und nicht über den Markt erfolgt.

2. Das Vorgehen muss verfassungsgemäß sein. Es ist davon auszugehen, dass Verfassungsmäßigkeit dann vorliegt, wenn die grundlegenden Rationierungsentscheidungen auf möglichst hoher Entscheidungsebene und unter Berücksichtigung der prinzipiellen Gleichwertigkeit eines jeden Menschenlebens getroffen werden.

3. Die Rationierungsüberlegungen entsprechen den von der Gesellschaft gestellten Ansprüchen an Gerechtigkeit. Hier liegt sicher die komplexeste Problematik: Mit den individuellen Vorstellungen von Gerechtigkeit sieht man sich ja im politischen Alltag dauernd konfrontiert.

4. Es ist möglich, eine faire Verteilung der Gesundheitsleistungen im Sinne einer allgemeinen medizinischen Grundversorgung zu gewährleisten und darüber hinaus eine Zusatzversorgung anzubieten. In der Literatur wird in weitgehender Übereinstimmung für die medizinische Grundversorgung eine harte Rationierung und für die Zusatzversorgung eine weiche Rationierung gefordert, d. h. staatliche Einwirkung und Kontrolle im Bereich der existenziell notwendigen Leistungen und weitgehende Einwirkung von Marktmechanismen bei darüber hinausgehenden Leistungsanforderungen.

5. Die Verantwortung der Ebenen wird eingehalten. Der Staat oder „die Politik“ (wie es in Veranstaltungen meistens formuliert wird) muss entscheiden, welcher Anteil des Bruttosozialprodukts ins Gesundheitswesen geht und wie die interne Verteilung in den Leistungsbereichen des Gesundheitswesens erfolgt. Und es ist auch unstrittig, dass auf der unteren oder Mikroebene der Arzt im engen Verhältnis mit dem Patienten die Rahmenbedingungen unter begründeter Abweichung im Einzelfall wird ausfüllen müssen, mag er das nun nach seinem ärztlichen Selbstverständnis wollen oder nicht. Eine entscheidende Frage wird die Gestaltung der Zwischenebene sein, die als obere Ebene der Mikroallokation bezeichnet wird, in der sich die von der Politik gesetzten Rahmenbedingungen mit den Vorgaben für ärztliches Handeln eng vernetzen. Hier schlägt Nagel eine Art Gesundheitsrat vor, der aus dem um Politiker erweiterten Gemeinsamen Bundesausschuss bestehen könnte.⁶

Unter diesen Voraussetzungen und der weiteren, dass die Bedingungen explizit und offen gestaltet werden müssen, spreche ich mich für Rationierung als *ultima ratio* im Gesundheitssystem aus und leite über zu dem Problem, das Politiker und Standesvertreter mit dem Begriff der Rationierung haben.

Während man als Politiker von Allokationsproblemen noch reden kann, wird der Begriff der Rationierung von den gesellschaftlichen Gruppierungen in Deutschland als Bedrohung aufgefasst. Moderat ist da noch die Formulierung „Rationalisierung geht vor Rationierung“, wobei immer wieder der Eindruck erweckt wird, dass durch Ressourcenmobilisierung eine drohende Rationierung im Gesundheitswesen verhindert oder zumindest noch längere Zeit hinausgeschoben werden kann. In der Regel aber ist der Begriff im politischen Alltag negativ besetzt und wird in diesem Sinne auch in der gesellschaftlich-politischen Auseinandersetzung gezielt eingesetzt. Beispiele dafür: „Eines ist klar: Eine explizite Rationierung in dem Sinne, dass medizinisch notwendige und sinnvolle Leistungen vorenthalten werden, wird es mit mir nicht geben. Zu Recht liegt die Entscheidung, welche Behandlung an Menschen sinnvoll und notwendig ist, beim Arzt oder bei der Ärztin“ (Ulla Schmidt auf dem 108. Deutschen Ärztetag). Prof. Dr. Hoppe in derselben Veranstaltung: „Die Ärztinnen und Ärzte stehen in der täglichen Praxis dann vor den ganz konkreten Folgen dieser Politik, nämlich der Rationierung in ihren vielfältigen Erscheinungsformen. Und nun sagen Sie mal einem kranken Menschen, dass er nicht alles bekommen kann, was medizinisch sinnvoll ist.“

Wer den Kampfbegriff „Rationierung“ in der gesellschaftlichen Diskussion verwendet, ruft damit mit hoher Wahrscheinlichkeit eine fast reflexhafte Reaktion hervor, nämlich Ablehnung. Es ist nicht zu leugnen, dass insbesondere die Politiker in der Vergangenheit – in Zeiten besserer ökonomischer Rahmenbedingungen – immer mehr Leistungen in die solidarische Finanzierung der GKV überführt haben. Dann ist es nur allzu menschlich, dass die Bevölkerung trotz demographischer Entwicklung und der Kosten des medizinischen Fortschritts auch an dem bisher Gewohnten festhalten will. Der einfache Weg,

den Leistungskatalog festzuschreiben und keine neuen Leistungen mehr einzuführen, ist aber mit Sicherheit nicht zielführend und verbietet sich aus naheliegenden Gründen.

Mir ist bewusst, dass ich mich auf ein gefährliches Terrain begeben, wenn ich die Interessenlage und die Beweggründe einzelner Akteure oder Bevölkerungsgruppen skizziere. Unstreitig ist Gesundheit ein hohes Gut, und die Angst vor Krankheit und letztlich Tod überlagert naturgemäß auch die Diskussion um die Rationierung. Dabei gilt, dass ausreichende Finanzmittel eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für eine umfassende Versorgung ist. Interessanterweise gibt es allerdings auch Ausnahmen, wie z. B. bei der Forderung in Patientenverfügungen, die apparative Intensivmedizin zurückzufahren, und zwar aus Angst vor einer Leidensverlängerung. Damit wird die Angst vor Rationierung überlagert, und in der Konsequenz sind ethische und ökonomische Forderungen deckungsgleich. In der Regel aber ist Rationierung mit unerwünschten Leistungseinschränkungen verbunden, und aufgrund der in der Öffentlichkeit nicht geführten Diskussion darüber werden aus dem Zusammenhang gerissene Einzelaussagen von Politikern oder Wissenschaftlern sofort mit entsprechender Empörung aufgenommen. Ich erinnere hier an die Überlegung des JU-Vorsitzenden Mißfelder zur Frage des Alters als Rationierungskriterium, wiewohl auch renommierte Wissenschaftler wie Wiemeyer⁷ mit ausführlicher Begründung dafür plädieren, bestimmte teure medizinische Leistungen ab einer bestimmten Altersgrenze nicht mehr vorzusehen, sondern sich z. B. auf eine Behandlung akuter Schmerzen zu beschränken. Die Reaktion in der Öffentlichkeit war vorhersehbar, die große Gruppe der Rentner in einer alternden Gesellschaft empörte sich individuell und vor allem auch organisiert, und die Politik verstummte sofort. Hier geht es nicht darum, ob Alter ein geeignetes Rationierungskriterium sein kann,

sondern ob eine Debatte darum geordnet geführt werden kann – eine Debatte, die auch die Problematik des sogenannten Generationsvertrages umfasst, die ältere Politiker über die Parteigrenzen hinweg vermeiden und die jüngere Politiker mit Blick auf die Nachhaltigkeit der Sozialsysteme vehement führen wollen. Es ist offensichtlich, dass auch hier die Interessenlage einzelner Altersgruppen entscheidend berührt wird.

Genauso interessant ist die Debatte um die sogenannten riskanten Lebensstile, wie z. B. Extremsport, Rauchen, Alkoholenuss, Drogenkonsum, aber auch mangelnde Zahnhygiene oder jetzt Infektionsgefahren bei Piercing und Tätowierungen. Soll hier eine Rationierung dahingehend durchgeführt werden, dass diese Leistungen aus dem Bereich dessen, wofür die Solidargemeinschaft aufkommt, herausgenommen und in die Verantwortung des Einzelnen gegeben werden? Ob diesbezüglich die Zustimmung oder die Ablehnung überwiegt, hängt von der Zugehörigkeit zu mehr oder minder großen Gruppen in der Bevölkerung und von einer im Einzelfall (z. B. bei Drogensucht) eventuell gegebenen Stigmatisierung ab. Jedenfalls gibt es hierzu kein einheitliches gesellschaftliches Meinungsbild. Es geht mir hier auch gar nicht um die Problematik der Abgrenzung und die wichtigen wissenschaftlichen Gründe, die für oder gegen eine solche erhöhte Verantwortung sprechen, sondern allein um die vom Politiker vorhersehbare Reaktion breiter Bevölkerungsschichten. Dass der Zahnersatz für Jugendliche durch den damaligen Gesundheitsminister Horst Seehofer aus dem Leistungskatalog der GKV herausgenommen worden war, hat dazu geführt, dass der CDU/CSU im Wahlkampf zur Bundestagswahl 1998 Entsolidarisierung vorgeworfen wurde (durch das weit verbreitete Plakat, das einen jungen Menschen mit Zahnlücke zeigte).

Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, so wie er jetzt angelegt ist, ist ein Problemfeld, das Po-

litiker nur mit spitzen Fingern angehen. Zwar sind marginale Veränderungen möglich, aber prinzipiell hegt die Bevölkerung die Erwartung – und die Politik entspricht dem auch –, dass der jetzige Leistungskatalog auch die Grundlage für die Zukunft ist. Eine Neueinteilung in Grund- und Zusatzleistungen, gar verbunden mit harter und weicher Rationierung, hätte sofort mit dem Vorwurf der Zwei-Klassen-Medizin zu kämpfen. Die „Zwei-Klassen-Medizin“ ist ein weiterer Kampfbegriff, der als Totschlagargument mit vorhersehbarer Reaktion verwendet wird. Der Provinziallandtag Östergötland in Schweden bezahlt unter anderem die Behandlung von chronischen Rückenschmerzen, von Kniebeschwerden bei älteren Patienten und die Operation gutartiger Tumore nicht mehr mit öffentlichen Mitteln und hat diese Erkrankungen damit in die finanzielle Eigenverantwortung des Patienten gegeben.⁸ Ich kann hier nur feststellen, dass eine derartige Einschränkung des Leistungskataloges in Deutschland zurzeit kaum möglich wäre oder zumindest vom Wähler bei der nächsten Wahl empfindlich abgestraft werden würde.

Kommen wir zur Rolle des Arztes. Ihm liegt das Wohl des konkreten Patienten am Herzen, und es ist nachvollziehbar, dass in seinen persönlichen Humanitätsvorstellungen Überlegungen zur Finanzierung des Gesamtsystems sekundär sind. Deswegen sollten Begrenzungen, wo sie unabwendbar sind, von außen gesetzt werden. Innerhalb der vorgegebenen Grenzen müssen die Ärzte die Freiheit behalten, sich weitestmöglich für ihre Patienten einzusetzen. Das schließt auch Kritik an den politischen Maßnahmen ein, aber auch, dass sie die Patienten über die von ihnen nicht selbst zu vertretenden Beschränkungen aufklären und nicht die Illusion einer heilen Welt unbegrenzter Ressourcen erzeugen.⁹ Problematisch wird es dann, wenn das Streben des Arztes das Wohl des Patienten überhöht und eine optimale, gar maximale Gesundheitsver-

sorgung gefordert wird. Ein Anspruch auf eine maximale Gesundheitsversorgung wäre gleichsam ein Grundrecht auf Gesundheit, das genauso unsinnig ist wie ein Grundrecht auf Arbeit. Die Interessenlage der Leistungsanbieter – ich führe hier stellvertretend die Ärzte an – ist zwar verständlich, kann aber nicht Richtlinie für politisches Handeln sein, auch wenn immer wieder auf die politische Macht der gut organisierten Leistungsanbietergruppierungen hingewiesen wird. Horst Seehofer hat einmal mit Blick auf diese Situation Gesundheitspolitik als „Wasserballett im Hai-fischbecken“ bezeichnet.

Nun befinden sich die Angehörigen der Gesundheitsberufe in einer schwierigen Lage insofern, als sie für die 90 % der Bevölkerung, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, eng in das Sozialversicherungssystem eingebunden sind und sie sich auf der anderen Seite als Freiberufler fühlen bzw. eine freiberufliche Alternative haben. Tritt man in eine tiefer gehende Diskussion mit Ärzten über Rationierung ein, dann zeigt sich schnell, dass nach einer ersten grundlegenden Ablehnung von Einschränkungen eine Debatte über die Einteilung in Grund- und Zusatzleistungen geführt werden kann, wobei durchaus auch die vermehrte Eigenverantwortung der Versicherten in finanzieller Hinsicht bei den Zusatzleistungen positiv gesehen wird. Mit den Ärzten wird also darüber zu diskutieren sein, inwieweit eine Einschränkung der ärztlichen Autonomie im Bereich existenziell notwendiger Leistungen auf der einen Seite mit mehr marktwirtschaftlichen Strukturen im Bereich der weichen Rationierung bei der Zusatzversorgung auf der anderen Seite kombiniert werden kann.

Nun mag der auf den nächsten Wahltag schauende Politiker ja weiterhin die Illusion schüren, dass die medizinische Versorgung hinreichend vorhanden ist und jeder Nachfrager den erwünschten und notwendigen Service bekommt. Als verantwortlicher Politiker, dem die Nachhal-

tigkeit im Gesundheitswesen am Herzen liegt, wird man aber gut vorbereitet versuchen müssen, diese Politik der selektiven Information und des Verschweigens zu beenden. Sie ist letztendlich Patientenbetrug. Dennoch zeigen die Verhaltensweisen von Bevölkerung, Leistungserbringern und Politikern, dass es mehr als nur einer wissenschaftlichen Diskussion bedarf, um hier eine Umsteuerung vorzunehmen. Die Diskussion muss in die Öffentlichkeit hineingetragen werden und dort nach guter Vorbereitung nicht nur, aber auch von Politikern geführt werden. Dass das möglich ist, zeigt der Bericht der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“, der zur Verantwortung des Gesetzgebers folgendes ausführt: „Da es im Gesundheitswesen um die Verwirklichung des Grundrechts der Menschenwürde und des Grundrechts auf Leben und Gesundheit geht, muss der Gesetzgeber zumindest grundlegende Allokations-, Priorisierungs-, Rationalisierungs- und Rationierungsentscheidungen selbst treffen.“¹⁰ Ich hoffe, dass zumindest die Politiker, die der Enquete-Kommission angehört haben, sich in ihren politischen Alltagsdiskussionen mit Blick auf schwierige Rationierungsentscheidungen an ihre Aussagen erinnern und hinter die Formulierung „Rationierung als gesundheitspolitische *ultima ratio*“ kein Fragezeichen mehr setzen.

Anmerkungen

¹ Mack, Elke: Rationierung im Gesundheitswesen – ein wirtschafts- und sozialetisches Problem. In: Ethik in der Medizin 13 (2001), 17–32, 21.

² Birnbacher, Dieter: Ethische Probleme der Rationierung im Gesundheitswesen. In: Brudermüller, Gerd (Hrsg.): Angewandte Ethik und Medizin. Würzburg 1999, 50.

³ Schöne-Seifert, Bettina: Was sind „gerechte“ Verteilungskriterien? In: Mehr, Jürgen / Schubert, Charlotte (Hrsg.): Ethik der Gesundheitsökonomie. Berlin 1992, 34–44, 35.

⁴ *Hohmeier, Jens*: Gerechtigkeit bei der Verteilung und Rationierung von Gesundheitsleistungen – eine wirtschaftsethische Analyse der gesetzlichen Krankenversicherung. Herdecke 2000, 184.

⁵ Ebd., 181.

⁶ *Beneker, Christian*: Ein Gesundheitsrat muß über Rationierung entscheiden (25.4.2006); In: *Ärztezeitung Online*; URL: ><http://www.aerztezeitung.de/docs/2006/04/25/075a801.asp?cat=>> (25.4.2006).

⁷ *Wiemeyer, Joachim*: An Haupt und Gliedern. Eckpunkte für eine umfassende Gesundheitsreform. In: *Herder-Korrespondenz* 56 (2002), 605–610.

⁸ *Preusker, Uwe K.*: Offene Priorisierung als Weg zu einer gerechten Rationierung? In: *G + G Wissenschaft* 2/2004, 16–22.

⁹ *Birnbacher, Dieter*: Ethische Probleme der Rationierung im Gesundheitswesen. In: *Brudermüller* 1999 (Anm. 2), 62.

¹⁰ Bundestagsdrucksache 15/5980, 38.