



ICEP · Berliner Institut für
christliche Ethik und Politik

ICEP *arbeitspapier*

**Effizienz – Bedeutung und Nutzen für
die Reform des Gesundheitswesens**

von Dietmar Mieth

Ausgabe 2 | 2006
www.icep-berlin.de

Dietmar Mieth: Effizienz – Bedeutung und Nutzen für die Reform des Gesundheitswesens
Arbeitspapiere des ICEP 2/2006, S. 1–11.

ISSN: 1860-5850

© Dietmar Mieth 2006

Alle Rechte vorbehalten. Die Verwendung des Textes,
auch auszugsweise, ist nur mit schriftlicher Zustimmung
des Autors erlaubt.

Impressum

ICEP · Berliner Institut für
christliche Ethik und Politik

Köpenicker Allee 39–57

10318 Berlin

Fon: 0049 (0)30 / 50 10 10 – 913

Fax: 0049 (0)30 / 50 10 10 – 932

E-Mail: info@icep-berlin.de

Geschäftsführer:

Prof. Dr. Andreas Lienkamp (V.i.S.d.P.)

Effizienz – Bedeutung und Nutzen für die Reform des Gesundheitswesens

von Dietmar Mieth, Tübingen

1 Effektivität und Effizienz – Unterscheidung und Zusammenwirken

Im Gesundheitswesen unterscheidet man Effektivität und Effizienz. Effektiv ist eine Maßnahme im Gesundheitswesen, wenn sie eine Krankheit wirksam bekämpft; effizient ist eine Maßnahme, wenn sie das größtmögliche Ziel mit den kleinstmöglichen Anstrengungen erreicht. Um beides zu vergleichen oder zu vereinbaren, muss man es messen können. Dazu dienen Elemente der Qualitätssicherung, der Prävention, der nachhaltigen Erfolgssicherung, der Ressourcen- und Preiskontrolle und schließlich der Priorisierung nach Bedürftigkeit und Dringlichkeit, wie wir sie bereits aus Extremfällen kennen. Es gibt auch Priorisierungen nach Kaufkraft und Vertragsrecht, aber diese sollten hinter den vorgenannten zurückstehen.

Die Suche nach der Vereinbarung von Sozialstaat und Gesundheitsökonomie setzt auf solche Messgrößen, mit denen man hofft, das *Minimax* zu erreichen: das Maximum mit Minimalaufwand. Dabei gibt es aber Schwierigkeiten. So beruht die Mehrheit der Evidenz in der Medizin nicht auf empirischer Messung, sondern auf Bewährung in der Erfahrung. Ressourcen lassen sich zwar messen, aber ihre Größe ist nicht nur durch die Ermittlung des Minimalaufwandes, sondern durch die effektive Steuerung zu ermitteln. Die Messgrößen müssen also in moralische beziehungsweise in rechtliche Normgrößen eingebaut werden. Umgekehrt sucht man den Schlüssel zu ihrer moralischen Implementierung. Dabei stehen moralische Rechte ebenso wie moralisch relevante Güter wie das der Gesundheit auf dem Spiel.

Effizienz ist ein vormoralischer Begriff. Nicht alles, was effizient ist, ist auch gut. Etwas kann bekanntlich höchst effizient und moralisch höchst verwerflich sein, vom Rauschgift- bis zum Menschenhandel. Aber auch Effektivität ist ein vormoralischer Begriff. Im Gesundheitswesen erhält er erst durch die normativen Implikationen des Gutes Gesundheit beziehungsweise des Rechtes auf Gesundheit beziehungsweise der dem Sozialstaat innewohnenden Solidarität ein moralisches Profil. Er „erbt“ es sozusagen von dem moralischen Rahmen. Der Wirtschaftsethiker KARL HOMANN hat das schöne Bild von den Spielregeln und Spielzügen eingeführt.¹ Es ist freilich ambivalent: Geht es darum, moralische Spielzüge unter ökonomischen Regeln zu machen, also Ethik unter den Voraussetzungen der Ökonomie zu etablieren, dann muss man sich klar machen, dass es sich um Wissens- und Strukturvoraussetzungen handelt, die nicht als solche über moralische Legitimation verfügen. Geht es aber in Analogie zum Sport darum, dass die Regeln legitimiert sind und die schöpferischen Spielzüge sich deshalb in diesem Rahmen zu bewegen haben, dann ist nach den moralischen Bestandteilen der Legitimation zu fragen. Von welcher Seite man es auch sieht: die Regeln dürfen nicht im Gegensatz zu moralischen Grundsätzen verfasst sein, auch wenn sie nicht auf der Basis moralischer Grundsätze verfasst sind. Die Regeln des Fußballspiels sind dafür ein gutes Beispiel. Um es deutlich

¹ Vgl. HOMANN, KARL/BLOME-DREES, FRANZ (1992): *Wirtschafts- und Unternehmensethik*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; und HOMANN, KARL/PIES, INGO (1994): *Wirtschaftsethik in der Moderne: Zur ökonomischen Theorie der Moral*, in: Ethik und Sozialwissenschaften 5, Heft 1, S. 3–12. HOMANN orientiert sich bei diesem Bild im Wesentlichen am Ökonomen und Nobelpreisträger JAMES M. BUCHANAN. Vgl. BUCHANAN, JAMES M. (1984): *Die Grenzen der Freiheit. Zwischen Anarchie und Leviathan*, Tübingen: Mohr; und BUCHANAN, JAMES M./BRENNAN, GEOFFREY (1993): *Die Begründung von Regeln*, Tübingen: Mohr.

zu wiederholen: es geht nicht um moralische Ableitungen, sondern um Nichtwidersprüchlichkeit zu moralischen Grundsätzen.

Wenn also Effektivität im Gesundheitswesen aus einem normativen Rahmen abgeleitet ist, wie steht es dann um die Effizienz? Hier geht es um Nichtwidersprüchlichkeit zu moralischen Grundsätzen. Meine Kurzformel lautet: je mehr es um Effektivität geht, um so unmittelbarer ist die Kontrolle an den moralischen Grundsätzen, es ist gleichsam eine positive Kontrolle; je mehr es um Effizienz geht, um so mehr wird die Kontrolle negativ, eben im Sinne der Nichtwidersprüchlichkeit. Das Gesundheitswesen steht, was seine Effektivität betrifft, unter den Bedingungen des Sozialstaates, die in der Sozialgesetzgebung Ausdruck gefunden haben. Was seine Effizienz betrifft, so gilt hier die Nichtwidersprüchlichkeit, weil die Kriterien der Effizienz nicht aus dem Sozialstaat, sondern aus der Ökonomie und ihren Implikationen utilitaristischer Ethik abgeleitet sind, aber nicht die Kriterien des Sozialstaats außer Kraft setzen dürfen.

Effizienz muss sich aber nicht nur in den Grenzen der Nichtwidersprüchlichkeit zu den sozial-ethischen Grundsätzen bewegen, sie kann auch der Effektivität dieser Grundsätze dienen. Mit der Entwicklung der modernen Industriegesellschaft wurde die Sklaverei überflüssig und ihr moralisches Verbot konnte sich durchsetzen. Ähnliches könnte mit der Entwicklung der individualisierten Medizin aus ökonomischen Interessen geschehen. Damit ist gemeint, dass vor allem die Verfeinerung diagnostischer Methoden uns genauer, früher und nachhaltiger über den individuellen Lebensverlauf zwischen Krankheit und Gesundheit informiert. Auch wenn man die Einschränkungen, die Belastungen und Folgeprobleme solcher Informationen kennt und deshalb keine unzweideutigen Erwartungen hat, kann das ökonomische Interesse an der Verwertbarkeit solcher Kenntnisse für die Entwicklung individualisierter Behandlungsmethoden zugleich die moralischen Impulse für individuelle Selbstbestimmung, für individuelle Beratung und Betreuung stärken.

Hoffnungen dieser Art sind auch mit einer entwicklungsorientierten Medizin verbunden, die ebenfalls aus langfristig angelegten ökonomischen Interessen verstärkt werden kann. Vor- und außermoralische Interessen müssen nicht moralisch kontraproduktiv sein, wenn sie sich an die Norm der Nichtwidersprüchlichkeit halten. Freilich setzt dies voraus, dass diese Interessen dem Gemeinwohl als Gemeinschaft aller Rechte und Güter der Menschen untergeordnet werden.

2 Begriffsklärungen: Rationalisierung, Rationierung, Priorisierung

Rationalisierung

Rationalisierung bedeutet die Effizienzsteigerung der für gesundheitliche Maßnahmen eingesetzten Ressourcen. Rationalisierung hat folgende Ziele: (a) gleicher Effekt beim Einsatz von weniger Mitteln, (b) größerer Effekt beim Einsatz von gleichen Mitteln, (c) kein Einsatz von Mitteln ohne wahrscheinlichen Effekt oder (d) kein Einsatz von Mitteln ohne angezeigte Indikation. Damit laufen in der Rationalisierung medizinische, ökonomische und ethische Rationalität zusammen.²

² Vgl. MARCKMANN, GEORG (2000): *Rationierung oder Rationalisierung?* Ethische Überlegungen zur Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen, in: RÜHLAND, DIETER (Hrsg.): *Bilanz zur Jahrtausendwende*, Berlin – Heidelberg: Springer, S. 850–857; und KRUKEMEYER, MANFRED/MARCKMANN, GEORG/WIESING, URBAN (Hrsg.) (2006): *Krankenhaus und soziale Gerechtigkeit*, Stuttgart: Schattauer.

Ausschließlich mit Rationalisierung wird man der Mittelknappheit im Gesundheitswesen jedoch nicht begegnen können, denn sie birgt folgende Probleme. (a) *Medizinisch*: Der Effekt von medizinischen Interventionen und ihre Indikation sind nicht immer klar zu bestimmen. (b) *Ökonomisch*: Rationalisierungsmaßnahmen führen nicht direkt und unter allen Umständen zu einer Kostensenkung; auch könnten die Kosten von Rationalisierungsmaßnahmen ihren Effekt nivellieren; und zudem werden die Gesundheitsausgaben durch den demografischen Wandel und medizinischen Fortschritt dennoch weiter steigen. (c) *Ethisch*: Finanzielle Anreizsysteme als Instrument der Effizienzsteigerung bewirken nicht immer mehr Wirtschaftlichkeit, sondern bergen die Gefahr einer Kostensenkung durch Qualitätsverlust oder durch Marginalisierung kostenintensiver Patienten.

Rationierung

Rationierung bedeutet die Begrenzung medizinischer Leistungen unter den Bedingungen der Ressourcenknappheit. Das Ziel ist die Eingrenzung des Leistungsumfangs, um jedem eine gute medizinische Grundversorgung zu ermöglichen. Die Begrenzung des Leistungsspektrums kann nicht nur nach medizinischen und wirtschaftlichen Kriterien erfolgen. Sie ist eine Werteentscheidung und erfordert damit den ethischen, politischen und öffentlichen Diskurs über die folgenden zentralen Fragen. (a) *Substanziell*: Nach welchen Kriterien sollen die begrenzten Ressourcen verteilt werden? Wie soll der Nutzen, die Wahrscheinlichkeit des Nutzens und die Kosteneffektivität einer medizinischen Intervention gegen die Bedürftigkeit, Gleichheit und Gerechtigkeit gewogen werden? Welchen Prinzipien haben Priorität und in welchem Verhältnis stehen sie zueinander (vgl. den folgenden Abschnitt zur *Priorisierung*)? (b) *Prozedural*: Wer ist legitimiert, diese substanziellen Entscheidungen zu treffen? Welches politische Verfahren ist transparent und beteiligt Interessensvertreter? Nach welchen operativen Kriterien soll es evaluiert werden?

Priorisierung

Priorisierung beziehungsweise Posteriorisierung meint die Definition von Schwerpunkten in der gesundheitlichen Versorgung, die in einer expliziten Rangfolge die Versorgungsleistungen und Versorgungsgruppen zueinander in Relation setzt. Priorisierung entspricht nicht schon der Rationalisierung und Rationierung von gesundheitlichen Maßnahmen, sondern bildet für beides Grundlage und Ausgangspunkt. Damit ist Priorisierung ein Instrument für transparente Allokationsentscheidungen. Die Priorisierung der begrenzten Ressourcen muss auf unterschiedlichen Ebenen einsetzen. (a) *Makroebene*: Priorisierung der medizinischen Versorgung gegenüber anderen Sozialleistungen (von denen einige ebenfalls Gesundheit bedingen – zum Beispiel Bildung, Umweltschutz, Armut, innere Sicherheit, Verkehrssicherheit). (b) *Mesoebene*: Priorisierung von einzelnen Versorgungsbereichen (zum Beispiel ambulanter/stationärer Sektor, Rehabilitation, Pflege) oder von einzelnen Krankheitsgruppen gegenüber anderen (*vertikale Priorisierung*). (c) *Mikroebene*: Priorisierung von einzelnen Indikationen und Leistungen für Patienten einer Krankheitsgruppe (*horizontale Priorisierung*).³

³ Vgl. MARCKMANN, GEORG (2002): *Prioritäten im Gesundheitswesen*. Zwischen Gerechtigkeit und gutem Leben, in: BRAND, ANGELA/ENGELHARDT, DIETRICH VON/SIMON, ALFRED/WEHKAMP, KARL-HEINZ (Hrsg.), *Individuelle Gesundheit versus Public Health?* Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin e.V., Hamburg 2001, Münster: Lit, S. 178–189.

3 Weitere ethikrelevante Begriffe im Horizont der Effizienzdebatte

Evidenz

Zur Sicherung der Genauigkeit und Geeignetheit medizinischer Diagnose- und Behandlungsmethoden wird der Evidenzbegriff herangezogen (*evidenzbasierte Medizin*). Er ist mit der Einhaltung bewährter wissenschaftlicher Methoden in der Diagnose- und Arzneimittelforschung verbunden. Die Anwendung dieser Methoden ist freilich aufwändig und an Interessen gebunden. Zudem stützen sich medizinische Verfahren auch auf ärztliche und pflegerische Erfahrungen. Außerdem kann die Evidenz nicht die Differenzen individueller Fälle auffangen und bedarf daher auch der Ergänzung durch individuelle Kommunikation zwischen Patienten, Ärzten und Pflegern. Diese Einschränkung provoziert die Frage, wie das Verhältnis beziehungsweise das Zusammenwirken unterschiedlicher Gewissheitsmodi in der Ermittlung der Diagnosen und Behandlungen geklärt werden.

Standards

Standards werden als pragmatische Problemlösung für die Verteilung knapper Ressourcen herangezogen. „Im Begriffsfeld von Norm, Regel und Prinzip stellen Standards Maßstäbe dar, die einerseits ein erreichtes und verbindlich gemachtes Qualitäts- oder Leistungsniveau (z. B. Bildungsstandards, Sicherheitsstandards), andererseits einen durchschnittlichen oder am häufigsten auftretenden Wert (z. B. Lebenserhaltungsstandards, Erwartungsstandards) bezeichnen. [...] In dieser (vorschreibenden) Verwendung dient [...] der Standardbegriff, wie der Regelbegriff, sowohl zur Konstitution als auch zur Regulierung von Handlungen [...] Standards sind insofern auf jeweils bestimmte gesellschaftliche Handlungskontexte bezogene institutionalisierte Normen, Regeln oder Vorschriften unterschiedlicher Art.“⁴ Der Einzelne hat nach der hier zitierten Studie keinen Anspruch auf „eine vollumfängliche Gesundheitsversorgung“⁵. Vielmehr seien Standards, die durch rationale Diskurse ermittelt würden, ausreichend. Dies betrifft zum Beispiel Diagnosestandards, Behandlungsstandards und Leistungsstandards.

Eine Standardisierung steht in einer gewissen Spannung zur *Individualisierung* medizinischer Anwendungen oder auch von Betreuung und Pflege. Außerdem sind im Begriff des Standards Rationalisierung und Rationierung miteinander verbunden. In der Ermittlung der Standards sind deshalb die Einhaltung formaler Regeln und die potenzielle Teilnahme aller am Diskurs wichtig. In diesem Diskurs ist die Frage zu beantworten, nach welchen ethischen Kriterien Standards erhalten oder verändert werden. Auch muss auf der ethischen Begründungsebene angefragt werden, ob formale Diskursregeln und *potenzielle* bzw. *advokatorische* Diskursteilnahme einen umfassenden moralischen Gesichtspunkt bilden.

Autonomie und Fürsorge

Es ist medizinethischer Konsens, dass Autonomie und Fürsorge in den Kanon der wichtigsten Kriterien medizinischer und pflegerischer Handlungen gehören. Eine umfangreiche Diskussion versucht zu klären, wie sie sich zueinander und zu den Forderungen der Gerechtigkeit verhalten.

⁴ NICKEL, RENATE (Hrsg.) (2004), *Gesundheit nach Maß?* Eine transdisziplinäre Studie zu den Grundlagen eines dauerhaften Gesundheitssystems, Berlin: Akademie Verlag, 57.

⁵ NICKEL 2004, 237.

ten.⁶ Dabei wird immer wieder darauf aufmerksam gemacht, dass der Mensch ein soziales Wesen ist, das der Fürsorge bedarf, insbesondere in defizitären Zuständen. Zugleich ist der Mensch ein Freiheitswesen, dem diese Fürsorge Raum zur Bewährung seiner Freiheit lassen muss. Allokationsentscheidungen adressieren sich an Menschen und müssen sich in konkreten Situationen bewähren. Insofern müssen sie Raum für Autonomie und Fürsorge lassen. Dieser Raum wird am besten durch die Förderung kommunikativer Strukturen ausgefüllt.⁷

4 Sozialethische Kriterien

Sozialethische Kriterien sind leitende Prinzipien, die rechtsethisch, institutionenbezogen, verfahrensrelevant und handlungsleitend zu Grunde gelegt und verwendet werden sollen.

Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriff

Der Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriff hat normative Implikationen und kann aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden: (a) aus der medizinisch-wissenschaftlichen Perspektive; (b) aus der allgemein anthropologischen Perspektive menschlicher Bedürfnisse und Fähigkeiten; (c) aus den Einschätzungen der betroffenen Menschen heraus (Verbindung der objektiven mit der subjektiven Komponente). Jede Perspektive hat Teil an der normativen Valenz dieser Begriffe.

Menschenwürde

In Deutschland und in vielen anderen Ländern sowie in internationalen Dokumenten wird aus der Menschenwürde abgeleiteter und auf die Menschenrechte bezogener Ansatz zu Grunde gelegt. Liberal-ökonomische Ansätze legen ihn anders aus als deontologische Ansätze, etwa im Sinne Kants. Der Ansatz bei der Menschenwürde und den daraus abgeleiteten Rechten kann mit Überlegungen zu grundsätzlichen Bedürfnissen und Fähigkeiten des Menschen kombiniert werden. Die Menschenwürde ist unter verschiedenen Aspekten zu betrachten: (a) als die *unverfügbare* Würde, die jedem Menschen aufgrund seiner Existenz als Mensch zukommt; (b) als die *nicht fremdverfügbare* Würde, die sich in *Würdigkeiten* ausdrückt. Damit sind gemeint: Lebensqualitäten, selbstbestimmte Lebensformen, individuell unverzichtbar erscheinende Werte; (c) als die *Konkretisierung* der Würde, die sich angesichts von negativen Erfahrungen und Missbräuchen aktuell in den Bereichen Gesundheit, Krankheit und Behinderung als besonders schützenswert aufdrängt.

Gemeinwohl

Das Prinzip des Gemeinwohls überbietet nicht die Kriterien, die aus der Menschenwürde und den Personenrechten abgeleitet werden. Es bündelt diese Rechte als Gemeinschaftsaufgabe, insofern der Staat die Gemeinsamkeit und die Abstimmung dieser Rechte miteinander zu regeln hat.

⁶ Vgl. nur: SCHNABL, CHRISTA (2005): *Gerecht sorgen*. Grundlagen einer sozialethischen Theorie der Fürsorge, Freiburg i. Br. – Basel – Wien: Herder.

⁷ Zur Kolonialisierung der kommunikativen Räume des pflegerischen und ärztlichen Handelns durch Arbeitsverdichtung vgl. EWIG, SANTIAGO, *Was ist ein guter Arzt?*, in: Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, 07.05.2006 (Nr. 18), S. 74.

Gleichheit und Gerechtigkeit

Trotz sehr verschiedener Gerechtigkeitstheorien ist der Ausgangspunkt des Gerechtigkeitsbegriffes stets derselbe: es geht immer um berechnete Gleichheit und Ungleichheit.⁸ Demnach muss vorrangig Gleiches gleich behandelt werden. Die Beweislast liegt dann nicht in der Frage, ob Gleichheit vorliegt, diese wird in konventionellen Konsensfällen unterstellt. Die Beweislast liegt in den Fragen, ob es (a) generell gerechtfertigte Ungleichheiten gibt, die nach ungleicher Behandlung verlangen (wie zum Beispiel der physische Unterschied zwischen Mann und Frau, der Gynäkologie und Andrologie unterscheiden lässt); ob es (b) fallbezogene, entwicklungsbezogene, personenbezogene und andere Ungleichheiten gibt, und wie sie zu rechtfertigen wären. Mit Bezug auf das deutsche Gesundheitswesen ist zu prüfen, welche Schlussfolgerungen gezogen werden müssen, wenn man an dem hier traditionell sozialgesetzlich zu Grunde liegenden Begriff des „Vorranges der Gleichheit“ festhalten will.

Solidarität

Solidarität unterscheidet sich von Gerechtigkeit, ohne davon getrennt zu sein, durch die Betonung des moralisch gebotenen Zusammenstehens und Zusammenwirkens (auf verschiedenen Ebenen und in verschiedener Dichte), um Gerechtigkeitsziele zu erreichen. Solidarität ist auch aus der wechselseitigen Fürsorge als anthropologischem Grundelement abzuleiten. Historische Quellen sind die christliche Nächstenliebe, die Brüderlichkeit der französischen Revolution im Kampf um Freiheitsrechte, die sozialen Bewegungen.⁹ Solidarität kann als Weg zur Aufrechterhaltung bzw. Einlösung der Gerechtigkeit betrachtet werden. Ausgangspunkt ist dabei oft das Defekte oder die Ungerechtigkeit. Während die Gerechtigkeit das Ziel ist, ist Solidarität der Weg und *Subsidiarität* die Methode, diesen Weg zu verfolgen.

Subsidiarität

Subsidiarität ordnet die Aufgaben in der Gesellschaft nach ihrer Leistbarkeit von unten nach oben. Was auf einer unteren Ebene effektiv leistbar ist, sollte dort unter Umständen mit der Hilfe der jeweils oberen Ebene bewältigt werden. Deshalb wird die untere Ebene gefordert und gefördert. Auf der anderen Seite muss das, was mit den Ressourcen der unteren Ebene nicht geleistet werden kann, von der oberen oder umfassenderen Ebene übernommen werden.

Eigenverantwortung und Selbstbestimmung

Eigenverantwortung ist eine Zuweisung von Aufgaben an den Einzelnen mit der Auflage, sie selbstständig zu bewältigen. Davon zu unterscheiden ist die Selbstbestimmung, in welcher man von einer Wahl zwischen zwei oder mehr Möglichkeiten ausgeht. Beide Elemente machen dann Sinn, wenn sie vom Subsidiaritätsprinzip her begründet werden können beziehungsweise wenn sie für die Effektivität des gesundheitlichen Handelns förderlich sind.

⁸ Vgl. dazu: GOSEPATH, STEPHAN (2004): *Gleiche Gerechtigkeit*. Grundlagen eines liberalen Egalitarismus, Frankfurt am Main: Suhrkamp.

⁹ Vgl. FIEGLE, THOMAS (2003): *Von der Solidarité zur Solidarität*. Ein französisch-deutscher Begriffstransfer. Münster – Hamburg – London: Lit.

5 Sozialrechtliche und sozialetische Handhabungen von einschlägiger und begründbarer Ungleichheit

Haben sich die die traditionellen handlungsleitenden Maximen von Bedürftigkeit und Dringlichkeit bewährt?¹⁰ Problematisch ist, dass sich generalisierte und konkret individuelle Lagen nach Bedürftigkeit und Dringlichkeit unterscheiden können. Die Stärke der Bedürftigkeit misst sich am Ausmaß von Bedrohungen und Leidensdruck. Was davon objektivierbar ist, muss objektiviert werden. Was davon durch Verfahren zu klären ist, muss durch Verfahren geklärt werden. Was davon subjektiv ist, fällt unter die Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Dringlichkeit bezieht sich auf die zeitliche Kategorie der Notwendigkeit des Eingreifens, des Wartens, des Verschiebens und Ähnliches. Um Bedürftigkeit und Dringlichkeit besser zu verstehen, bedarf es anthropologischer Erwägungen. Diese finden sich zum Beispiel in philosophischen Konzeptionen eines Neo-Aristotelismus, aber auch in religiösen/christlichen Menschenbildern. So hat die Philosophin MARTHA C. NUSSBAUM eine Liste *dicker* Bedürfnisse mit schwachem allgemeinem Profil entwickelt, die auch in diesem Kontext hilfreich sein kann.¹¹

Was muss sich ändern, wenn die Kluft zwischen Prinzipien und Werten einerseits und Systemfunktionalismus beziehungsweise Pragmatik andererseits geschlossen oder verringert werden soll? Und was darf sich nicht ändern? Einige Schlaglichter:

- Sind Leistungsausschlüsse¹² mit dem Grundrecht der allgemeinen Handlungsfreiheit¹³ und mit den ethischen Grundkriterien (Gerechtigkeit mit Vorrang der Gleichheit, Solidarität, Bedürftigkeit und Dringlichkeit) vereinbar? Es bedarf der Kontrolle auf allen Ebenen, die etwaige Leistungsausschlüsse zu verantworten haben.
- Festbeträge sollten am Sachleistungsprinzip ausgerichtet werden können, nicht umgekehrt.¹⁴
- Eine analoge Anwendung des SEM-Prinzips (Sicherung des Existenzminimums) ist sinnvoll.¹⁵ Die Bestimmung des *Minimums* in der Gesundheitsversorgung kann auch der Realisierung einer Reformdynamik dienen, die sich am Maximum des Minimums orientiert, das heißt, Ungleichheiten können insoweit hingenommen werden, als sie den größten Vorteil des am meisten Benachteiligten einschließen.¹⁶ Die Konkretisierung der Frage nach dem Minimum könnte an folgenden Kriterien überprüft werden: Bewahrung vor Lebensgefahr, Teilhabe am Spielraum für persönliche Präferenzen, Zugang zum Gesundheitsmarkt, (Über-) Lebensstandard nach gegebenem Kulturniveau.¹⁷

¹⁰ Vgl. NEUMANN, VOLKER/NICKLAS-FAUST, JEANNE/WERNER, MICHA H. (2005): *Wertimplikationen von Allokationsregeln, -verfahren und -entscheidungen im deutschen Gesundheitswesen* (mit Schwerpunkt auf dem Bereich der GKV). Gutachten im Auftrag der Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages „Ethik und Recht der modernen Medizin“, 15. Legislaturperiode, Kommissions-Drucksache 15–238.

¹¹ Vgl. NUSSBAUM, MARTHA C. (1998): *Gerechtigkeit oder Das gute Leben*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.

¹² Vgl. NEUMANN/NICKLAS-FAUST/WERNER (2005), S. 139–154.

¹³ Vgl. NEUMANN/NICKLAS-FAUST/WERNER (2005), S. 154–156.

¹⁴ Vgl. NEUMANN/NICKLAS-FAUST/WERNER (2005), S. 156.

¹⁵ Vgl. zur Rechtfertigung des Anspruchs auf die Sicherung des Existenzminimums: ENDERLE, GEORGES (1987): *Sicherung des Existenzminimums im nationalen und internationalen Kontext*. Eine wirtschaftsethische Studie, Bern – Stuttgart – Wien: Paul Haupt; und ENDERLE, GEORGES (1990): *Das Verteilungsproblem als Problem der Sicherung des Existenzminimums*, in: STEIGLEDER, KLAUS/MIETH, DIETMAR (Hrsg.), *Ethik in den Wissenschaften. Ariadnefaden im technischen Labyrinth?*, Tübingen: Attempto, S. 121–135.

¹⁶ Vgl. das Maximinprinzip bei: RAWLS, JOHN (1975): *Eine Theorie der Gerechtigkeit*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.

¹⁷ Vgl. NEUMANN/NICKLAS-FAUST/WERNER (2005), S. 157–162.

- Wieweit reicht der „Wesentlichkeits“-Vorbehalt des Parlamentes? Sollte er für alles gelten, was die Vorgaben des Grundgesetzes, die verfahrensmäßig anerkannten Sozialrechte und die ethischen Grundkriterien (Personwürde, Gerechtigkeit als Vorrang der Gleichheit, Solidarität) betrifft?¹⁸
- Wie Standardisierungen können auch Allokationsentscheidungen auf der Verfügungsebene, vertraglicher Ebene und Leitlinienebene „untergesetzlich“ vorgenommen werden, ohne in den „Wesentlichkeits“-Bereich gelangen.¹⁹
- Auch innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherungen beziehungsweise zwischen den einzelnen Kassen sollte Wettbewerb möglich sein.²⁰
- Angesichts sich schnell weiter entwickelnder wissenschaftlicher Standards müssen Regeln für die Zuständigkeit von Leitlinien, Regeln für die genormte Entwicklung von Leitlinien, Regeln für deren Überprüfung und kontinuierliche Verbesserung erstellt werden können.²¹ Wer aber stellt diese Regeln auf?
- Zu prüfen ist, wie die Unangemessenheit von Einschränkungen zu ermitteln und dann im Einzelfall zu bewerten ist.²²
- Sofern es ökonomisch motivierte Entscheidungen von Ärzten gibt, die „nicht allein am Patientenwohl ausgerichtet“²³ sind, sollte geprüft werden, ob ein jährlicher Bericht über den Stand solcher Entscheidungen hilfreich wäre, damit dem Vorrang des Patientenwohls durch Verbesserung der Rahmenbedingungen gedient werden kann.
- Förderungsmaßnahmen für Disease Management Programme (DMP)²⁴ und zur Integrierten Versorgung²⁵ sollten bedacht und installiert werden. Dagegen müssen Fehlentwicklungen bei Diagnosis-related Groups (DRG) abgestellt werden.²⁶

6 Kriterien der Abwägung

Trotz der Kontroversen über Menschenwürde, Gerechtigkeit, Solidarität, Subsidiarität, Selbstbestimmung, Gemeinwohl könnten auch Vertreter unterschiedlicher Positionen einer Kriterienliste, bestehend aus *Abwägungskriterien* zustimmen. Abwägungskriterien lassen sich einerseits in einer gewissen Bandbreite des Verständnisses ethischer Prinzipien als deren Implementierung formulieren; andererseits nehmen sie bereits gewisse Umsetzungsziele im Kontext der konkreten Problemlagen in sich auf. Sie haben daher eine größere Anpassungsfähigkeit an diverse Problemlagen. Man kann sie auch als soziale Klugheitsregeln verstehen, die sich in der Praxis bewährt haben. Klugheitsregeln dienen auch einer Rechtsauslegung als *Epikie*, das heißt im Sinne der konkreten Angemessenheit (*aequitas* – Billigkeit).

Abwägungen vermitteln Erfahrung vor Ort und Grundregeln. Die wichtigste Erfahrung ist die Kontrasterfahrung: so geht es nicht, so geht es nicht weiter. Sie verstärkt das Motiv, jeweils von unten, bei den Schwachen, anzusetzen:

¹⁸ Vgl. NEUMANN/NICKLAS-FAUST/WERNER (2005), S. 163–166.

¹⁹ Vgl. NEUMANN/NICKLAS-FAUST/WERNER (2005), S. 167–189.

²⁰ Vgl. NEUMANN/NICKLAS-FAUST/WERNER (2005), S. 194.

²¹ Vgl. NEUMANN/NICKLAS-FAUST/WERNER (2005), S. 195.

²² Vgl. NEUMANN/NICKLAS-FAUST/WERNER (2005), S. 230.

²³ NEUMANN/NICKLAS-FAUST/WERNER (2005), S. 195.

²⁴ Vgl. NEUMANN/NICKLAS-FAUST/WERNER (2005), S. 262–272.

²⁵ Vgl. NEUMANN/NICKLAS-FAUST/WERNER (2005), 273–276.

²⁶ Vgl. NEUMANN/NICKLAS-FAUST/WERNER (2005), 273–284.

- jede Maßnahme sollte bei der Verbesserung der Lage für die Schwachen anfangen;
- die besonders verletzlichen Personengruppen (*vulnerable persons*) sind stets besonders zu beachten;
- besonders gravierende Missstände sollten dringlich beseitigt werden;
- abzuwägen sind die Stärke der Beeinträchtigung, die Dringlichkeit und die Erfolgsaussicht der Maßnahme;
- bei allen Entscheidungen muss möglichst viel Transparenz und Partizipation erreicht werden;
- die Zuweisung von *Eigenverantwortung* im Interesse des Gemeinwohls findet ihre Grenze in der Zumutbarkeit für die Betroffenen.

Zu den weiteren Verträglichkeitsprüfungen gehören:

- Verträglichkeit mit Rechten und Pflichten;
- Verträglichkeit mit dem Gemeinwohl;
- Verträglichkeit mit den Ressourcen;
- Verträglichkeit mit den nach Gravität und Dringlichkeit gestaffelten Bedürfnissen.

Zu den Faustregeln der Abwägung gehört es, das kleinere Übel zu wählen, von zwei Prognosen die schlechtere, von mehreren die untere Mitte als Grundlage zu nehmen. Maßnahmen, die eine Mehrfachwirkung zeigen, sind dann akzeptabel, wenn die dabei in Kauf zu nehmenden nachteiligen Wirkungen auch ohne die Maßnahme nicht auszuschließen wären, die Vorteile aber durch notwendige Gefahrenabwehr oder Gesundheitseffizienz anders nicht zu erreichen wären. Zu den sozialen Klugheitsregeln gehört es, eine Maßnahme dann als ethisch vertretbar einzuschätzen, wenn die Gründe für diese Maßnahme mindestens die Gegengründe aufwiegen (*Äquiprobabilismus*). Bei der Folgenbewertung sind zeitliche Rahmen zu beachten: kurzfristig – mittelfristig – langfristig. In der Abwägung hat die Dringlichkeit gegenüber der Erfolgshöhe das größere Gewicht, wenn es sich um lebensbedrohliche Übel handelt. Der Vorrang des Gemeinwohls gilt, wenn er mit den Grundrechten der Bürger verträglich ist.

Literatur

- BUCHANAN, JAMES M. (1984): *Die Grenzen der Freiheit*. Zwischen Anarchie und Leviathan, Tübingen: Mohr.
- BUCHANAN, JAMES M./BRENNAN, GEOFFREY (1993): *Die Begründung von Regeln*, Tübingen: Mohr.
- ENDERLE, GEORGES (1987): *Sicherung des Existenzminimums im nationalen und internationalen Kontext*. Eine wirtschaftsethische Studie, Bern – Stuttgart – Wien: Paul Haupt.
- ENDERLE, GEORGES (1990): *Das Verteilungsproblem als Problem der Sicherung des Existenzminimums*, in: STEIGLEDER, KLAUS/MIETH, DIETMAR (Hrsg.), *Ethik in den Wissenschaften*. Ariadnefaden im technischen Labyrinth?, Tübingen: Attempto, S. 121–135.
- EWIG, SANTIAGO, *Was ist ein guter Arzt?*, in: Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, 07.05.2006 (Nr. 18), S. 74.
- FIEGLE, THOMAS (2003): *Von der Solidarité zur Solidarität*. Ein französisch-deutscher Begriffstransfer. Münster – Hamburg – London: Lit.
- GOSEPATH, STEPHAN (2004): *Gleiche Gerechtigkeit*. Grundlagen eines liberalen Egalitarismus, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- HOMANN, KARL/BLOME-DREES, FRANZ (1992): *Wirtschafts- und Unternehmensethik*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- HOMANN, KARL/PIES, INGO (1994): *Wirtschaftsethik in der Moderne: Zur ökonomischen Theorie der Moral*, in: Ethik und Sozialwissenschaften 5, Heft 1, S. 3–12.
- KRUKEMEYER, MANFRED/MARCKMANN, GEORG/WIESING, URBAN (Hrsg.) (2006): *Krankenhaus und soziale Gerechtigkeit*, Stuttgart: Schattauer.
- MARCKMANN, GEORG (2000): *Rationierung oder Rationalisierung?* Ethische Überlegungen zur Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen, in: RÜHLAND, DIETER (Hrsg.): *Bilanz zur Jahrtausendwende*, Berlin – Heidelberg: Springer, S. 850–857.
- MARCKMANN, GEORG (2002): *Prioritäten im Gesundheitswesen*. Zwischen Gerechtigkeit und gutem Leben, in: BRAND, ANGELA/ENGELHARDT, DIETRICH VON/SIMON, ALFRED/WEHKAMP, KARL-HEINZ (Hrsg.), *Individuelle Gesundheit versus Public Health?* Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin e.V., Hamburg 2001, Münster: Lit, S. 178–189.
- NEUMANN, VOLKER/NICKLAS-FAUST, JEANNE/WERNER, MICHA H. (2005): *Wertimplikationen von Allokationsregeln, -verfahren und -entscheidungen im deutschen Gesundheitswesen* (mit Schwerpunkt auf dem Bereich der GKV). Gutachten im Auftrag der Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages „Ethik und Recht der modernen Medizin“, 15. Legislaturperiode, Kommissions-Drucksache 15–238.
- NICKEL, RENATE (Hrsg.) (2004), *Gesundheit nach Maß?* Eine transdisziplinäre Studie zu den Grundlagen eines dauerhaften Gesundheitssystems, Berlin: Akademie Verlag.
- NUSSBAUM, MARTHA C. (1998): *Gerechtigkeit oder Das gute Leben*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- RAWLS, JOHN (1975): *Eine Theorie der Gerechtigkeit*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- SCHNABL, CHRISTA (2005): *Gerecht sorgen*. Grundlagen einer sozialetischen Theorie der Fürsorge, Freiburg i. Br. – Basel – Wien: Herder.

Zum Autor

Dr. theol. Dietmar Mieth ist Professor für Theologische Ethik/Sozialethik an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen und war als Sachverständiger Mitglied der Enquête-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“. Er ist Vorsitzender des Beirats des Berliner Instituts für christliche Ethik und Politik (ICEP). Seine Forschungsschwerpunkte sind Sozialethik, Bioethik, Ethik in den Wissenschaften, Narrative Ethik und Mystik.