



Jenseits von Rationierung und Priorisierung – Effizienz im Gesundheitswesen

von Axel Bohmeyer, Berlin

Eine politische Reform des Gesundheitswesens wird allenthalben angemahnt und steht ganz oben auf der Prioritätenliste der Großen Koalition. Deren Finanzpolitiker erhoffen sich davon eine Entlastung der öffentlichen Haushalte und eine Stabilisierung der Versicherungsbeiträge, wenn nicht sogar deren Reduzierung. Konsens besteht in der Einschätzung, dass im Gesundheitswesen bislang unausgeschöpfte Effizienzpotenziale schlummern. Nach optimistischen Schätzungen werden diese Reserven auf über zehn Prozent des gesamten Ausgabenvolumens taxiert; nach vorsichtigeren Prognosen sind es bis zu fünf Prozent. Somit ließe sich das Effizienzpotenzial des Gesundheitswesens auf eine Größenordnung zwischen 12 und 24 Milliarden Euro beziffern. Aber welche Maßnahmen bergen die größten Effizienzpotenziale? Im Gegensatz zur derzeitigen Engführung auf eine Verhaltensprävention müssen die Verhältnisprävention und Gesundheitsförderung in den Vordergrund der Diskussion treten.

Effizienz – ein vormoralischer Begriff

Ein Verhalten ist effizient, wenn entweder bei gegebenem Mitteleinsatz ein maximaler Erfolgsgrad erreicht wird, oder wenn der angestrebte Erfolgsgrad mit minimalem Aufwand erbracht wird. Mit dem Effizienzkriterium kann also das Verhältnis zwischen dem erreichten Ergebnis und den eingesetzten Ressourcen bewertet werden. Diese Kosten-Nutzen-Relation spielt bei einer effizienten Zielerreichung die entscheidende Rolle, womit auch der Unterschied zu einem effektiven Verhalten markiert ist. Darunter versteht man im Gesundheitswesen eine Maßnahme, mit der unter anderem etwa eine Krankheit wirksam bekämpft wird.

Aus der Definition des Effizienzbegriffs wird ersichtlich, dass es sich hierbei um einen vormoralischen Begriff handelt. Er bekommt ein moralisches Profil erst durch die Verbindung mit dem normativ gehaltvollen Gut der Gesundheit. Aus ethischer Perspektive ist ein effizienter Umgang mit den vorhandenen Ressourcen unter Knappheitsbedingungen ein Gebot der Gerechtigkeit. Im Kontext des Gesundheitswesens stellt sich deshalb die Frage,

wie mit den begrenzten finanziellen Ressourcen der optimale Nutzen für die Gesundheit erzielt werden kann.

Normative Rahmung des Gesundheitswesens

Weil Gesundheit eine Bedingung der Möglichkeit guten Lebens ist, verfehlt eine auf Rationierung und Priorisierung fokussierte Reform den ethischen Anspruch der Bedarfsgerechtigkeit. Ausgeschlossen ist, dass die Effizienz des Gesundheitswesens gesteigert wird, indem Patienten mit kostenträchtigen Krankheiten von der medizinischen Versorgung ausgeschlossen und die freiwerdenden Mittel zur Versorgung der anderen Patienten aufgewendet werden. In der Gesamtsumme könnte ein solches Vorgehen durchaus das Siegel der Effizienz erhalten; aber eine Maximierung des gesellschaftlichen Gesamtnutzens zu Lasten des Einzelnen ist ethisch nicht zu rechtfertigen. Deshalb soll das Gut „Gesundheit“ nicht über die individuelle finanzielle Leistungsfähigkeit der Gesellschaftsmitglieder verteilt werden. Aus diesem Grund ist die Absicherung der medizinischen Leistungen in privatrechtlich orga-

ICEP · Berliner Institut für
christliche Ethik und Politik

Das ICEP versteht sich als politische Ideenagentur, die mit sozialethischen Positionen und Expertisen zu gesellschaftspolitischen Fragestellungen Entscheidungsträger und Betroffene vom Standpunkt einer anwendungsorientierten christlichen Ethik aus berät. Zusammen mit anderen Sozialethikerinnen und Sozialethikern bildet es eine Plattform für christliche Ethik im politischen Raum. Das ICEP ist eine Forschungseinrichtung der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB).

Über den Autor

Dr. Axel Bohmeyer ist Leiter der Geschäftsstelle des ICEP. Seine Forschungsschwerpunkte sind die philosophisch-theologischen Grundlagen der christlichen Sozialethik, Ethik der Sozialen Arbeit, Anerkennungsethik/Diskursethik und anthropologische Grundfragen.

nisierten Versicherungsunternehmen auch die Ausnahme von der Regel. Eigentlich soll niemand nur diejenige Gesundheitsversorgung erhalten, die er sich auch finanziell leisten kann; vielmehr sollen jedem Einzelnen nach seinem Bedarf die notwendigen medizinischen Leistungen zur Verfügung stehen. Auf einem Markt können diese normativen Vorentscheidungen nicht eingelöst werden, weil diesem die bewusste Umverteilung von finanziellen Mitteln wesensfremd ist.



Auch der in den öffentlichen Debatten vollzogene semantische Wechsel vom „Gut“ zur „Ware“ Gesundheit, wird der normativen Eigenlogik des Begriffs nicht gerecht. Gesundheit wird nicht zum Zweck der Überschusserzielung und Gewinnmaximierung „produziert“, vielmehr soll der notwendige Ermöglichungsgrund für menschliches Leben gesichert werden. Die Gesundheit ist ein Grund- oder Basisgut des Menschen. Deshalb kennt die allgemeine Erklärung der Menschenrechte in Artikel 25 auch ein Recht auf einen Lebensstandard, der Gesundheit und Wohl einschließlich einer angemessenen medizinischen Versorgung gewährleistet. Zwar gibt es eine zulässige Rede über die Nachfrage und das Angebot im Gesundheitswesen; aber vollständig lässt sich das Gesundheitswesen eben nicht als ein Marktgeschehen abbilden. Für die Nachfrage nach medizinischen Leistungen gelten nicht dieselben Gesetzmäßigkeiten wie für Waren.

Trotzdem will auch die zunehmende Rede vom „Kunden“ suggerieren, dass sich im Gesundheitswesen autonome Subjekte treffen. Aber der Patient hat in der Regel nicht die Souveränität zu entscheiden, zu welchem Zeitpunkt er eine medizinische Leistung nachfragt. Er kann sich oftmals nicht längere Zeit in Konsumverzicht üben und andere Anbieter suchen. Auch die Art und den Umfang der medizinischen Leistung kann der Patient nur schwer bestimmen, weil die Informations- und Kompetenzverteilung in hohem Maße asymmetrisch sind.

Effizienzreserven im deutschen Gesundheitswesen

Trotz dieser ethischen Einwände unterliegt auch ein nicht-marktförmig organisiertes Gesundheitswesen den Erfordernissen effizienzbewussten Haushaltens. Eine Integration des vormoralischen Effizienzkriteriums in das Gesundheitswesen ist dann möglich, wenn der Effizienzgedanke nicht an das ökonomische Prinzip der Gewinnmaximierung gebunden und auf Kosteneffizienz verengt wird. Mehr Effizienz im Ge-

sundheitswesen lässt sich dadurch kennzeichnen, dass bei gleich bleibendem Mittelaufwand eine höhere Qualität der medizinischen Versorgung erreicht werden kann. Es geht sowohl um möglichst geringe Kosten der medizinischen Behandlung für einen durchschnittlichen Patienten als auch um die optimale medizinische Versorgung des Einzelnen und der Gesamtbevölkerung. Doch viele der derzeitigen Reformbemühungen führen nicht zu mehr Effizienz, sondern zu mehr Ineffizienz. So kolonialisiert die vorgeblich effiziente Arbeitsverdichtung die letzten kommunikativen Räume ärztlichen und pflegerischen Handelns. Zudem haben sich im deutschen Gesundheitswesen Ineffizienzen auch deshalb entwickelt, weil die handelnden Akteure verschiedener Leistungsbereiche nebeneinander statt miteinander arbeiten. So kommt es zu Mehrfachuntersuchungen und zu einer unkoordinierten Behandlung von Krankheiten. Außerdem ist die Verzahnung zwischen ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgungsformen nach wie vor ungenügend. Effizienzpotenziale liegen deshalb im Abbau dieser Fragmentierung der medizinischen Versorgung. Mittels integrierter Versorgungsformen können die vorhandenen Kapazitäten sinnvoll genutzt und Synergieeffekte geschaffen werden.

Sozialraumorientierte Gesundheitsförderung

Die signifikante Verteilung von Krankheit nach sozialem Status und das schichten-spezifische Auftreten von Krankheitsbildern machen nochmals deutlich, warum Gesundheit auch gesellschaftlich bedingt ist. Gerade die so genannten bildungsfernen Schichten und Personen mit geringem Einkommen haben ein vergleichsweise höheres Gesundheitsrisiko zu tragen. Deshalb liegen in einer konsequenten Bildungspolitik und strukturellen Armutsbekämpfung die größten Effizienzpotenziale verborgen. Doch eine konsequente Verhältnisprävention, also eine gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeits- und Lebenswelt, steht nicht auf der politischen Agenda. Stattdessen fordern die Meinungsführer unter Ausblendung der sozio-ökonomischen Situation der Betroffenen eine Verhaltensprävention des Einzelnen. Aber um eine nachhaltige Verhaltensprävention zu erreichen, müsste der Blickwinkel geweitet werden. Um dem Präventionsdilemma zu entkommen, muss neben gezielten Bildungsanstrengungen und neben Armutsbekämpfung eine ziel-

gruppenspezifische, sozialraumorientierte Gesundheitsförderung etabliert werden. Der niedrige medizinische Informationsstand der anvisierten Bevölkerungsschichten erschwert deren Übernahme von Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit. Nicht nur die Einkommen sondern auch die Selbsthilfepotenziale sind in der Gesellschaft ungleich verteilt. Diese Bevölkerungsschichten bedürfen einer gezielten Gesundheitsförderung. In einem ersten Schritt gilt es, diese ungleich verteilten Fähigkeiten zur Kenntnis zu nehmen, die fehlenden Eigenpotenziale zu fördern und gegebenenfalls auch kurzfristig zu substituieren. Die hier angedeuteten Effizienzpotenziale können nur genutzt werden, wenn es zu einem Paradigmenwechsel kommt: Die Trennung zwischen kurativer Medizin und Gesundheitsförderung muss aufgehoben werden. Es gilt diejenigen Effizienzpotenziale auszuschöpfen, die durch Bildungspolitik und Armutsbekämpfung, sowie auch arbeitsmarkt-, umwelt- und verkehrspolitische Maßnahmen erreicht werden können. Um die strukturellen Ineffizienzen dauerhaft zu überwinden, muss die sozialraumorientierte Soziale Arbeit gestärkt werden. An einem solchen Paradigmenwechsel sind aber viele Akteure im Gesundheitswesen nicht interessiert. Ihn dennoch gegen ihre gegenläufigen Interessen einzufordern, ist ein Gebot der Gerechtigkeit.

Hinweis: Weitere Informationen und Publikationen zu diesem Thema und eine Dokumentation der Tagung „Wege und Irrwege der Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen“ im Internet.

Impressum

Herausgeber / V.i.S.d.P.

ICEP · Berliner Institut für christliche Ethik und Politik

Köpenicker Allee 39–57
10318 Berlin

vertreten durch
Prof. Dr. Andreas Lienkamp

info@icep-berlin.de
www.icep-berlin.de

ISSN-Nr. 1614–7677