

Rationierung im Gesundheitswesen – Politische Ökonomie einer internationalen Ethikdebatte¹

1. Der Anfang

Die Debatte über eine »Rationierung« medizinischer Leistungen hat seit Mitte der 80er Jahre innerhalb kurzer Zeit einen oberen Rang auf der Agenda der gesundheitspolitischen Themen in den USA erobert. Selbst vage Kenntnisse von Richtung und Geschwindigkeit des ideologischen »Golfstroms« über den Atlantik reichten aus, um deren baldigen Start in Deutschland vorherzusehen. In der vorletzten Ziffer (800) seines Jahresgutachtens 1991 hat nun der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) den Begriff der »Rationierung« ins Spiel gebracht. Unter der Überschrift »Ethische Aspekte der Leistungsgewährung« heißt es, dem einzelnen Arzt sei »mit keiner Entscheidung auf der Ebene der Politik und Selbstverwaltung das Dilemma einer Rationierung von Leistungen zu ersparen. Eine Allokation von Ressourcen für einen Patienten auf Kosten eines anderen, wird mit dem weiteren Fortschritt und dem Auftreten von Kapazitätsengpässen immer häufiger erfolgen müssen.« Es sollten – so wurde empfohlen – in der Ausund Weiter- und Fortbildung »die bestehenden Konflikte identifiziert, Dilemmasituationen aufgezeigt und denkbare Entscheidungen gerechtfertigt (?) werden.«²

Das »Deutsche Ärzteblatt«³ nannte es einen »Hammer«, wenn nun empfohlen werde, man »müsse die Leistungen für den einzelnen Patienten »rationieren«.« Eine solche Rationierung habe mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot des §12 Sozialgesetzbuches (SGB V) »nichts zu tun«. Der Forderung gehe es vielmehr darum, »daß ärztliches Handeln, das medizinisch geboten und leistungsrechtlich anerkannt ist, unterbleiben soll, weil das Geld fehlt, genauer gesagt, weil das vorhandene Geld anderen Anforderern zufließt, denen politisch höhere Priorität eingeräumt wird.«

Um in die Lage zu kommen, den sozialen Gehalt der sich anbahnenden Debatte zu erfassen, ist es geraten, einen Blick auf den US-amerikanischen Diskurs zur »Rationierung« zu werfen, zunächst einmal nur zu dem Zweck, die Vielfalt der möglichen akademischen Definitionen einerseits und den sozialen Gehalt dieses Begriffes in der gesundheitspolitischen Debatte und Praxis auf der anderen Seite auseinanderzu-

halten. Die vorliegenden empirischen Erfahrungen nutzend komme ich dann zu der Schlußfolgerung, daß die »Rationierung« effektiver medizinischer Leistungen:

- erstens nicht notwendig ist,
- zweitens unvereinbar ist mit dem bisherigen breiten gesundheitspolitischen und ethischen Zielkonsens in der Bundesrepublik und schließlich
- drittens nicht einmal zur Kostendämpfung beitragen würde.

2. Was meint der Begriff »Rationierung«?

Die Pluralität der möglichen Auffassungen darüber, wie denn der Begriff »Rationierung« zu definieren sei, läßt sich auf zwei Grundmuster reduzieren. Das erstere versteht darunter alle Maßnahmen, die eine limitierende Wirkung auf die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen und Güter haben. Das ist eine sehr allgemeine Definition, denn prinzipiell kann jedes ökonomische, bürokratische oder geographische Hindernis, unterschiedlich und sozial selektiv, ausschließend wirken, da die Möglichkeiten zu seiner Überwindung (z.B. Geld, Bildung, Selbstbewußtsein, Fitneß, Routine usw.) in der Gesellschaft ungleich verteilt sind. Vertreter dieser allgemeinen Definition unterscheiden dann noch, ob die Rationierung impliziter und expliziter Natur ist⁴. *Explizit* ist sie dann, wenn bestimmten Personen bzw. Personengruppen (z.B. nach Kriterien des Alters, des Schweregrades ihrer Behinderung) eine Leistung versagt wird. Andererseits wirkt die Einführung einer hohen Selbstbeteiligung der Patienten an den Kosten oder die bewußt knappe Bereitstellung medizinischer Kapazitäten durch eine Regierung oder die Verteilung über den Markt in diesem Sinne implizit rationierend. Der Begriff der *impliziten* Rationierung kann das analytische Verständnis für Verteilungsprozesse im Gesundheitswesen ohne Zweifel schärfen und hat von daher seinen didaktischen Wert.

Allerdings kann die eher akademisch allgemeine Definition zwar die *Kontinuität* aufzeigen, in der der aktuelle Diskurs um die Rationierung steht – nämlich Bestandteil des gesellschaftlichen Verteilungskonflikts und der »Kostendämpfung« zu sein –, aber das eigentlich *Neue* der Rationierungsdebatte innerhalb dieses Kontexts kann sie nicht erfassen. Im Gegenteil, die allgemeine Definition bietet sich geradezu an, in apologetischer Weise von den Befürwortern einer expliziten Rationierung gebraucht zu werden. Die ethisch neue Qualität der aktuellen Rationierungsdebatte wird verwischt mit dem – insofern auch zutreffenden – Hinweis, im Gesundheitswesen sei implizit schon immer rationiert worden, nun gehe es lediglich darum, dies explizit und »ehrlich« zu tun.

Schon die Verbissenheit, mit der diese Diskussion in den Vereinigten Staaten geführt wird, sollte aber deutlich machen, daß es bei der Rationierung nicht lediglich um ein anderes Wort für eine schon immer übliche Praxis geht. Den tatsächlich diskutierten und teilweise auch praktizierten Sachverhalt trifft daher die zweite und engere Definition ungleich genauer: Zur Debatte steht *die ökonomisch, juristisch und ethisch legitimierte Verweigerung medizinischer Leistungen auch dann, wenn sie klinisch anerkannt sind und ihr Nutzen unbestritten ist.*⁵

Der Streitpunkt liegt also klar auf der Hand. Aber nicht alle Teilnehmer des Diskurses sind an Klarheit interessiert. Die Verweigerung von möglicher Hilfe durch die medizinischen Institutionen galt bislang (und gilt weitgehend noch immer) in den westlichen Industrieländern als moralisch verwerflich.⁶ Die Bevölkerung dieser Länder hat die Möglichkeit, darauf zu vertrauen, daß – zwar nicht in jedem Einzelfall, aber im Prinzip die Ärzte uneingeschränkt die Agenten der individuellen Patienten sind. Diese generell bestehende Möglichkeit hat die Eigenschaften eines »öffentlichen Gutes« wie gute Atemluft oder wie Rechtsicherheit.⁷ Alle bisherigen Strategien der Kostendämpfung versuchten sich stets damit zu legitimieren (oder waren es auch tatsächlich), daß die Versorgung mit medizinisch notwendigen Leistungen davon nicht tangiert sei. Das Neue ist, daß dies bei der Rationierungsdebatte erstmals nicht mehr behauptet wird.

Eine weitverbreitete Art der Vernebelung ist es, inhaltliche und moralische Begründungen aus anderen als den zur Debatte stehenden Problemen der medizinischen Versorgung abzuleiten und unbemerkt auf die Rationierung zu übertragen. Darum sei deutlich an den Anfang gestellt: zur Debatte steht *nicht* die Einschränkung von überflüssigen, schädlichen, riskanten, unzumutbaren oder inhumanen Leistungen und Gütern, ebensowenig wie es darum geht, bestimmte Leistungen durch andere zu ersetzen, wenn diese den gleichen Nutzen mit geringerem Aufwand, also *wirtschaftlicher* erzielen können. Dies alles würde keine ethische Debatte vom Zaun brechen, weil es prinzipiell unbestritten ist und entsprechende Reformen eher als längst überfällig angesehen werden. Dennoch versuchen die meisten Befürworter der Rationierung, die gewachsenen medizin- und technikkritischen Einsichten und das verbreitete ökologische Problembewußtsein als Wind hinter ihre Segel zu bekommen. Die »Inhumanität der Intensiv- oder Apparatemedizin« etwa ist ein gern ins Feld geführtes Stereotyp, und Extrembeispiele von lebensverlängernden medizintechnischen Maßnahmen bei »vegetablen« Patienten (wie sich deutsche Ethikprofessoren angelsächselnd auszudrücken pflegen) sind schnell zur Hand. Aber das hat ebensowenig mit der Rationierung zu tun und kann diese deshalb auch nicht legitimieren,

wie etwa Einsichten in die nur begrenzte Ausdehnungsfähigkeit der Präventivmedizin (s. Abholz in diesem Band).

Ideologisch, d.h. voller »versteckter Interessen« ist selbst schon die Anwendung des Begriffes »Rationierung« auf die fragliche Forderung nach der legalen Möglichkeit, Patienten klinisch anerkannte Leistungen aus keinen anderen als aus Gründen monetärer »Knappheit«, also aus finanzpolitischen Gründen zu verweigern. Das wird deutlich, wenn man sich die übliche alltagssprachliche Bedeutung des Begriffes vor Augen hält. Mit »Rationierung« geht die Konnotation von *Notzeiten* (z.B. Kriege, Hungersnöte, Schiffe in Seenot usw.) einher. Der Duden führt das Wort zurück auf das französische »rationer«, mit der Bedeutung der Zuteilung bestimmter, relativ kleiner »Rationen« in Notzeiten. Websters »Third New International Dictionary« fügt noch zwei weitere Konnotationen hinzu; es handelt sich erstens um *physisch knappe, reale Güter* (commodities in short supply), die zweitens in »gerechter Weise« (equitable manner) verteilt werden sollen. Not, reale Güterknappheit und gleichmäßige Verteilung sind auch die Kriterien, mit denen die Brockhaus Enzyklopädie die übliche Bedeutung des Begriffes »Rationierung« eingrenzt, mit denen aber sicher nicht ernsthaft die ökonomische Lage so reicher Länder wie der Vereinigten Staaten oder Deutschlands mit ihren enormen Arztzahlen und medizinischen Überkapazitäten, Arzteinkommen, Pharmagewinnen etc. gekennzeichnet werden kann. Auch dreht es sich weder um reale Güterknappheit, noch – wie bei Rationierungen in Notzeiten – um öffentliche Maßnahmen zur Aufrechterhaltung des gesellschaftlichen Lebens, sondern um die Fortsetzung von Kostendämpfungsstrategien im Gesundheitswesen. Der solchermaßen ideologische Gebrauch eines Begriffes läßt darauf schließen, daß er Herrschaftsinteressen kaschieren soll. Das wird an der gesellschaftlichen Praxis realer Rationierungsstrategien leicht sichtbar.

3. Praxis

3.1. Oregon: »Tragische Entscheidungen«

Die Verwaltung des Sozialhilfeprogramms Medicaid des US-Bundesstaats Oregon beantragte 1987, die Finanzierung von Organtransplantationen (Knochenmark, Herz, Leber und Pankreas) für Kinder der Sozialhilfeberechtigten zu streichen und stattdessen für 1500 zusätzliche bedürftige Kinder und schwangere Mütter Vorsorgeuntersuchungen einzuführen, bei denen das Kosten-Nutzen-Verhältnis günstiger sei.⁸ Eine »tragische Entscheidung« sei aufgrund der »knappen Ressourcen« notwendig. Das Parlament – das Anfang der 80er Jahre für staatliche

Einnahmen und Ausgaben ein Limit gesetzt hatte – stimmte dem mit überwältigender Mehrheit zu.

In der öffentlichen Debatte ging es fast ausschließlich um die Alternative: entweder Organtransplantation für wenige (geschätzte 34 Kinder) oder Früherkennung für viele. Es nützte auch nichts, daß ein Versicherungsmathematiker die Fehlerhaftigkeit der Berechnungen öffentlich ausgewiesen hat (von den Kosten der Transplantation, sind die Behandlungskosten abzuziehen, die für die nichttransplantierten Kinder aufzuwenden sind).⁹

Es handelt sich also um den Fall, um den die Rationierungs-Debatte geht: um die ökonomisch begründete Verweigerung einer Behandlung, die als effektiv angesehen wird. Öffentlich bekannt wurde der Fall des Coby Howard, eines siebenjährigen Medicaid-Patienten mit Leukämie, dem, obwohl die Mutter durch eine Spendenkampagne 80.000 von veranschlagten 100.000 Dollars aufbringen konnte, die Knochenmarktransplantation verweigert wurde mit der Begründung, der Staat müsse seine knappen Ressourcen für andere, kosteneffektivere Behandlungen ausgeben, insbesondere für Schwangerenvorsorge.¹⁰ Sein Tod dürfte der erste sein, den die US-amerikanische Öffentlichkeit als direkte Folge expliziter Rationierung wahrgenommen hat.

Oregon ist nicht der einzige Staat der USA, der sehr teure Leistungen aus dem Medicaid-Angebot kürzt. Der besondere Fall der Oregon-Politik ist, daß sie sehr offensiv, mit sehr progressiv klingenden Begründungen von liberalen Demokraten ebenso wie von konservativen Republikanern gegenüber einer breiten Öffentlichkeit verfochten wird und für sich beansprucht, ein Modell für das ganze Land zu sein.¹¹

Die Behörden propagieren ihre Entscheidung als den Königsweg, knappe Mittel effektiver zu verwenden. Statt der für 1987 geschätzten 1,1 Millionen Dollar für Transplantationen, die nur wenigen Leuten zugute kämen, werde man damit bei der Schwangerenvorsorge mehr Leben retten. Immer wieder wird die »tragische« Natur dieser Entscheidung betont. Jedoch seien die Folgen der Vernachlässigung von »unsichtbaren« Schwangeren, die sich keine Vorsorge leisten können viel schlimmer, als die Verweigerung der Transplantation für die freilich »hoch sichtbaren« Kinder. Schließlich lehne man das in den USA vorherrschende Rationierungssystem ab, das die Armen und Schlechtverdienenden, also Menschen, aus der Krankenversicherung ausgrenze, während es bei der Rationierung in Oregon lediglich um die Ausgrenzung von Leistungen minderen Vorranges gehe.¹² Ziel der Rationierung sei ein System der Basisversorgung nach »rationalen« Prioritäten der Kosteneffektivität um den unvermeidlichen Preis von weniger Leistungen.¹³

Oregon ist keineswegs ein konservativ oder gar reaktionär regierter Staat, an der Spitze der Gesundheitspolitik sind liberale Demokraten, die in Deutschland eher sozialliberal anzusiedeln wären. Man verkündete Anfang 1991, nach Erhalt der Ausnahmegenehmigung von den Auflagen, die Washington den Staaten für seine Medicaid-Zuschüsse macht, werde man in der Lage sein, durch Ersparnisse aus zu streichenden wenig effektiven Leistungen den Prozentsatz von versicherten Armen (unter \$6.620) auf 100 Prozent zu erhöhen und damit mit einer Quote von 97 Prozent der Bevölkerung dem Traum von einer »universellen« Versicherung nahe kommen.¹⁴

Die erste Frage der Kritiker ist die nach der *Größe der Risikogemeinschaft*, an der die bislang unversicherten Oregonier teilnehmen sollen. Mit anderen Worten: welche sozialen Gruppen werden herangezogen? Die Verantwortlichen hatten zunächst an alle Medicaid-Berechtigten gedacht. Das wären in Durchschnitt der USA 29 Prozent (1990) jener Menschen mit einem Einkommen unter dem Existenzminimum. Das sind dominierend alleinstehende Mütter mit Kindern, Behinderte, Alte (mit Medicaid ohne privaten Zusatz), Blinde und psychiatrische Patienten. Wem bekannt ist, daß bereits seit Jahren Medicaid die medizinischen Anbieter unter ihren Kosten bezahlt und viele Ärzte sich weigern, Medicaid-Berechtigten überhaupt einen Termin zu geben, der hat einen Eindruck vom Niveau der universellen »Basisversorgung« nach einer Rationierung.

Da die notwendige Ausnahmegenehmigung von den Auflagen, die Washington für seine Medicaid-Zuschüsse erteilt, anders keine Chance hätte, wurden, verstärkt durch die organisierte Macht der Alten-Organisationen, zunächst die Behinderten, Alten und Blinden aus dem Pool herausgenommen.¹⁵ Auch der Psychiatrie-Lobby gelang es schließlich, sich und ihre Klientel vor der »rationalen« Rationierung zu schützen. Es verbleiben somit zwar noch 70 Prozent der Medicaid-Berechtigten, aber nur noch 30 Prozent des Medicaid-Budgets um die universelle Basisversicherung zu finanzieren. Auch der *Ärztstand* wollte zwar zum allgemeinen Wohl die anstehenden »schweren und tragischen Entscheidung« mittragen, machte seine Gefolgschaft aber von der, dann auch erfolgten, Zusage der Straffreiheit für den – sicher eintretenden – Fall der Klage wegen unterlassener Hilfeleistung abhängig. Zur Sicherung der wirtschaftlichen Interessen der Anbieter schließlich garantiert der Staat Oregon die Deckung der »notwendigen« Kosten. Kritiker stellen nun die Frage, warum jetzt fast die gesamte Last der »universellen Versicherung« ausgerechnet von den sozialhilfeberechtigten alleinstehenden Müttern und Kindern getragen werden solle, also auf eine Gruppe der bedürftigsten, anfälligsten und am wenigsten or-

ganisierten Mitglieder der Gesellschaft abgewälzt wird. Sie fragen, warum beispielsweise nicht auch die – ebenfalls staatliche – Versicherung der öffentlich Bediensteten Oregons und seiner Abgeordneten beteiligt werde, zumal man zu dieser Lösung keiner Genehmigung aus Washington bedürfe. Gegner der Oregon-Strategie fanden zudem heraus, daß die progressiven Reformer im Vergleich der Medicaid-Ausgaben (als Prozent des Gesamthaushalts) an 46. Stelle der Staaten in den U.S.A. liegen und daß, wenn sie nur mit den meisten Staaten gleichziehen würden, allen Unversicherten den vollen Medicaid-Anspruch zubilligen könnten.¹⁶

Was den sozialen Gehalt der Oregoner Rationierungsstrategie angeht, verweisen die Befürworter auf einen basisdemokratischen Prozeß. Man habe 1989 und 1990 elf öffentliche Hearings, 47 kommunale Versammlungen und eine Telefon-Umfrage abgehalten um die »Werte und Präferenzen des durchschnittlichen Bürgers« in die Erstellung einer »rationalen Prioritätenliste« einzubeziehen, um den Medicaid-Dollar von Oregon zu »strecken«. Es gehe darum, daß unter Berücksichtigung »sozialer Werte« bestimmt werde, welche Leistungen in dieser *Basisversorgung* enthalten sein sollen.¹⁷ Die Gegner verweisen auf die soziale Zusammensetzung der Teilnehmer (über 50 Prozent allein aus medizinischen Professionen) und halten dem entgegen, es hätten sich lediglich die »haves« über die Gesundheit und Lebensqualität der »have-nots« eine Meinung gebildet.¹⁸

Kern der Strategie ist eine *Prioritätenliste* der Leistungen, die mittels *Kosten-Effektivitäts-Analysen* erstellt wurde. Im Prinzip soll dann je nach Haushaltslage, Inanspruchnahme und Kostenentwicklung auf dieser Liste eine Linie gezogen werden, unterhalb derer die Leistungen gestrichen werden. Eine solche Prioritätenliste von 1.600 medizinischen Leistungen wurde im Mai 1990 der Öffentlichkeit vorgelegt. Deren Inhalt war teilweise von einer solchen Absurdität, daß sich die verantwortliche Kommission beeilte, sie zu einer vorläufigen zu erklären. Auf der 161 Seiten umfassenden Rangordnung ist beispielweise Therapie gegen Daumenlutschen und akuten Kopfschmerz kosteneffektiver als die Behandlung von fibrozystischer Entzündung und AIDS. Die besonders laut verkündete »präventive Orientierung« drückt sich darin aus, daß Früherkennungsuntersuchungen und diagnostische Leistungen vor chirurgischen Operationen eingestuft werden. Während der Prävention und Früherkennung von AIDS ein hoher Rang eingeräumt wird, ist die Kosten-Effektivität der Behandlung AIDS-Kranker in späteren Stadien so ungünstig, daß diese auf einem aussichtslosen Listenplatz gelandet ist.¹⁹ Um noch einige Beispiele zu nennen: Die chirurgische Behandlung von Eileiterschwangerschaft und Blinddarmentzündung erhielt ge-

ringere Priorität als nervnahe Zahnkronen und das Schienens des Schläfenoberkiefergelenks. Bemerkenswert ist die Deutlichkeit, mit der ein mit dem Oregoner Plan sympathisierender und völlig immanenter Kritiker zeigt, daß »diese vom Computer erstellte Prioritätenliste nicht durch falsche Daten zustande gekommen ist, wie zunächst von der Kommission behauptet wurde, auch nicht durch Zufall, sondern eine unvermeidliche Konsequenz der Anwendung von Kosten-Effektivitäts-Analysen ist.«²⁰

Die Liste mußte zurückgezogen werden und wurde im Februar 1991 durch eine neue von nur noch 800 Leistungsgruppen ersetzt, bei der die Grundlage der Kosten-Effektivitätsanalyse »modifiziert« Anwendung gefunden haben soll. Tatsächlich besteht ein wesentlicher Teil der »Modifikation« darin, daß die Kommissionsmitglieder mit eigener Hand die großen Leistungskategorien in eine Rangfolge gebracht haben – wie es hieß – »entsprechend ihrer Bedeutung für den Einzelnen, die Gesellschaft und die Krankenversicherung« und auch innerhalb dieser Gruppen einzelne Prioritäten eher »freihändig« verändert haben.²¹ Nichts kennzeichnet den ideologischen Charakter der Rationierungskonzepte deutlicher, als die Tatsache, daß weder die Enthüllungen über Medicaid in Oregon, noch solche öffentlichen Blamagen und Peinlichkeiten ihre politischen Träger und ihre – mittlerweile weltweiten – akademischen Befürworter zu mehr als taktischen Korrekturen veranlassen konnten.

Aus dem »natürlichen Experiment« der realen Rationierung läßt sich folgendes *Fazit* ziehen: Die Rationalität, die der *Verteilung von Lasten und Opfern* der Rationierungspolitik unterliegt, ist die *Rationalität des geringsten politischen Widerstands* vor dem Hintergrund der ökonomistischen Klassengesellschaft. Nationale Unterschiede dürften nicht wesentlich über das Maß hinausgehen, in dem die jeweiligen sozialen Kräftekoordinaten voneinander abweichen.

Illustrative *Ergänzung*: Das Knappheitsaxiom, mit dem die Gesundheitsökonomie operiert, ist bei der verweigerten Transplantation in einer fatalen Weise Realität. Da Transplantationsorgane tatsächlich physisch knapp sind, haben die Ober- und Mittelschichtangehörigen, die der Rationierung für die Sozialhilfebedürftigen zugestimmt haben, die statistische Wahrscheinlichkeit, daß ihre eigenen Kinder im Bedarfsfall ein Organ erhalten können, verbessert. In den Vereinigten Staaten hat sich die Zahl der auf eine Nierentransplantation wartenden Menschen innerhalb weniger Jahre verdreifacht, obwohl die Zahl der Operationen sich verdoppelt hat.²² 1988 wurden 12.798 Organtransplantationen in 221 Zentren der USA vorgenommen, deren Erfolgsquote stetig gesteigert wurde. Ende 1989 jedoch standen schon 18.575

Patienten aufgrund fehlender transplantierbarer Organe auf der Warteliste.²³

3.2. England: Künstliche Verknappung

Das zweite Beispiel liefert die Praxis des *National Health Service (NHS) Großbritanniens*. Sie repräsentiert diejenige Rationierungsstrategie, die auch in der Bundesrepublik dabei ist, ihrer Anhänger zu finden: die der prospektiven Limitierung des Gesundheitsbudgets auf gesamtwirtschaftlicher Ebene mit dem Ziel der bewußten Verknappung von Behandlungskapazitäten, wodurch dann die Anbieter (d.h. in erster Linie die Ärzte) dazu gezwungen werden, bestimmte teure Leistungen zu »rationieren«, was nach vorgegebenen Kriterien (z.B. dem Alter der Patienten) zu geschehen hat. Ironischerweise muß also die Knappheit, die doch die zentrale Begründung der Rationierung ist, erst einmal hergestellt werden.

Anders als in Deutschland und den Vereinigten Staaten bestehen für diese Strategie sowohl die institutionellen²⁴ als auch die ideologisch-moralischen²⁵ Voraussetzungen. Strukturell handelt es sich beim NHS um ein streng zentralistisches und hierarchisches Modell, dessen regionale Untergliederungen sich an die planerischen, allokativen und finanziellen Vorgaben der nächsthöheren Ebene zu halten haben. An der Spitze steht ein Staatssekretär, die Kontrolle erfolgt durch das zentrale Parlament. Die dezentrale Mitbestimmung durch Bürger ist sehr formal, reduziert sich weitgehend auf Beschwerderechte und nicht auf Allokationsentscheidungen und hat sehr geringe Effekte; die freie Arztwahl ist zwar grundsätzlich möglich, stößt praktisch jedoch auf Probleme.²⁶ Gerade bei prospektiver Limitierung von Budgets, von der stets ein Anreiz zur Unterversorgung ausgeht, wären Patientenrechte, zumindest das zum Wechsel der Behandlungsinstitution, eine entscheidende Voraussetzung der Qualitätssicherung. Vereinfacht ausgedrückt: Die fehlende Kontrolle durch eine kaufkräftige Nachfrage auf dem Markt wird nicht ersetzt durch individuelle und demokratische Rechte und Chancen; ideale Voraussetzungen für zentralistische Restriktionspolitik. Im NHS werden Dialysegeräte, andere teure Geräte sowie Einrichtungen und auch Spezialärzte auf der Makro-Ebene bewußt knapp gehalten. Das vorwiegende Kriterium für die »Rationierung« der künstlich verknappten Ressourcen auf der Mikro-Ebene ist das *Alter* der Patienten. Das Alterskriterium, z.B. bei der Dialyse, variiert von Region zu Region aufgrund der sehr unterschiedlichen Wohlstandsniveaus, die Verweigerung der Behandlung kann schon bei den 45jährigen Patienten in armen Regionen einsetzen,²⁷ durchschnittlich soll das Limit

bei etwa 65 bis 75 Jahren liegen.²⁸ Das Alter ist nicht einziges Ausschlußkriterium aus teuren Behandlungen. Es wird berichtet, daß die Abschätzung des »sozialen Wertes« oder der Schuld (»blame worthiness«) an der Krankheit ebenfalls in die Entscheidungen einfließt.²⁹ Aaron und Schwartz³⁰ wiesen für die chronisch nierenkranken Engländer der Altersgruppen über 45 Jahre, insbesondere aber der Alten eine deutlich höhere Sterblichkeit als in den USA nach.

Wie wir aus der Theorie wissen, neigen Menschen allgemein dazu, sich den von »außen« gesetzten Normen bzw. Fremdwängen dadurch anzupassen, daß sie diese verinnerlichen, sie also in Selbstzwänge transformieren. Dadurch ist es ihnen nur möglich, sich selbst als Subjekte des Geschehens zu sehen. Auch die britischen Ärzte bilden hier keine Ausnahme: Der berühmt gewordenen Studie von Aaron und Schwartz³¹ können viele Hinweise auf solche Anpassungsprozesse entnommen werden: Die Budgetbegrenzung haben zur Folge, daß sich die Ärzte »selbst überzeugen, es sei eine gute medizinische Handlungsweise, einem Patienten die Behandlung zu verweigern, der, stünde sie zur Verfügung, davon profitieren würde.« Reagan faßt die Ergebnisse zusammen: »Sie fangen an zu glauben, daß die Verweigerung der Behandlung gerechtfertigt ist, da 'der Wert der Behandlung gegen ihre Kosten explizit oder implizit abzuwägen ist'. Dadurch wird wiederum Rationierung gleichgesetzt mit einer derzeit modischen ökonomischen Entscheidungsregel: der *Kosten-Nutzen-Analyse* (s.u.). Mit dieser Regel wird die Behandlung nicht verweigert, weil sie dem Patienten nicht helfen würde, sondern weil ihr Nutzen geringer ist als ihre Kosten – das heißt es werden medizinische Kriterien durch ökonomische Kriterien ersetzt.«³²

Auf die *moralprägende* Wirkung dieser Anpassungsprozesse setzt Aaron seine Hoffnung, wenn er die makroökonomische Rationierungsstrategie des knappen Budgets auch der amerikanischen Gesundheitspolitik als einzig realistischen Weg empfiehlt: »Die Rationierungsmuster, die wir in Großbritannien beobachtet haben (...) zeigen, daß angesichts der extern auferlegten Schranken bei den Ressourcen die Anbieter ihre Werte verändern. Sie beginnen andere Standards anzunehmen für das, was sie als medizinisch angemessen halten, sehr ähnlich wie Ärzte in Kriegszeiten medizinische Entscheidungen treffen – Triage-Entscheidungen³³ – die sie niemals treffen würden, wenn genug Ressourcen vorhanden wären. (...) Ein (Arzt) beispielsweise wies darauf hin, daß die Ärzte, um nachts schlafen zu können und um in Frieden mit ihrer professionellen Ethik zu leben, erkennen müssen, daß sie in ihrer Eigenschaft als soziale Agenten handeln müssen, die die Res-

sourcen zu verwalten haben, die politisch für medizinische Versorgung bestimmt sind. Sie müssen also für sich selbst entsprechende Begründungen finden, warum in bestimmten Fällen eine medizinische Behandlung nicht angezeigt ist.«³⁴ Woher soll nun ein Patient wissen, in wessen Namen der ihm gegenüberstehende Arzt über seine Gesundheit entscheidet?

4. Begründungen

4.1. Kostensteigerung

Aus der umfangreichen befürwortenden Literatur zur Rationierung lassen sich folgende Begründungen destillieren: Die Ausgaben für das Gesundheitswesen – so wird angenommen – haben eine Dynamik, die mit den bisherigen Kostendämpfungsstrategien nicht gebrochen werden konnte. Verantwortlich gemacht werden dafür überwiegend Faktoren, die außerhalb des Medizinsystems angesiedelt sind, wie der wachsende Anteil *alter Menschen* in den Industriegesellschaften und *steigende Ansprüche* der Menschen an die Medizin, die insbesondere durch den pharmazeutischen und *medizintechnischen Fortschritt* angefacht oder verstärkt werden. Die Stichhaltigkeit dieser verbreiteten Annahmen hängt von den Antworten auf zwei Fragen ab. Erstens: haben die Ausgabensteigerungen tatsächlich eine so unbegrenzte Dynamik und sind die angegebenen Faktoren empirisch zutreffend? Zweitens: folgt, soweit dies zutrifft, daraus zwingend die Notwendigkeit der »Rationierung« im Sinne der Verweigerung von als nützlich anerkannten medizinischen Leistungen?

Was die Entwicklung der *Gesundheitsausgaben* anbelangt, so ist der international übliche Indikator der Anteil dieser Ausgaben am Brutto-sozialprodukt. Vergleicht man die Daten der 70er und 80er Jahre (s. Tabelle 1), so fällt zunächst auf, welche absurde Forderung die weitere Vermarktung und Privatisierung des Gesundheitswesens als Mittel zur Kostendämpfung ist: Zwei nationale Gesundheitssysteme, Großbritannien und Schweden (davon das letztere von hohem Versorgungsniveau) senken den Ausgabenanteil. Das sowohl auf der Finanzierungs- als auch der Leistungsseite überwiegend private System der USA expandiert trotz enormer staatlicher und privater Regulationsanstrengungen auf dem mit Abstand höchsten Ausgabenniveau weiter und die »gemischten« Sozialversicherungssysteme (Kanada und Deutschland-West) kontrollieren immerhin das Wachstum auf einem mittleren Niveau.³⁵

Tabelle 1:

Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttosozialprodukts 1960 bis 1989

| Jahr | 1970 | 1975 | 1980 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 | 1989 |
|-------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Kanada | 7,1 | 7,2 | 7,4 | 8,5 | 8,8 | 8,8 | 8,6 | 8,7 |
| Deutschld. | 5,9 | 8,2 | 8,5 | 8,6 | 8,5 | 8,6 | 8,9 | 8,2 |
| Schweden | 7,2 | 7,9 | 9,5 | 9,3 | 9,0 | 9,0 | 9,0 | 8,8 |
| GB | 4,5 | 5,5 | 5,8 | 6,0 | 6,0 | 5,9 | 5,9 | 5,8 |
| U.S.A. | 7,4 | 8,4 | 9,3 | 10,6 | 10,8 | 11,1 | 11,3 | 11,8 |

Quelle: Health OECD, Facts and Trends, n. Schieber, G. J. u. J.-P.

Poullier: International Health Spending: Issues and Trends, in: Health Affairs, Vol.10, Spring 1991, S.109 (Die bislang -auch vom Sachverständigenrat – veröffentlichten Angaben der OECD sind für einige Länder nach Berücksichtigung der privaten Ausgaben rückwirkend revidiert worden, darunter für U.S.A. und Deutschland (W) alle Jahre)

Betrachtet man den immer noch ansteigenden Anteil des gesellschaftlichen Reichtums, den die medizinische Versorgung in den Vereinigten Staaten auf dem höchsten Ausgabeniveau beansprucht, dann muß man sich über die stattfindende Rationierungs-Debatte nicht wundern. Aber in Deutschland muß das zunächst überraschen. Bei der Suche nach möglichen Gründen drängen sich zwei, einander ergänzende, Vermutungen auf: Die Vorbildwirkung der U.S.A. für bundesdeutsche Gesundheitsökonomien und Gesundheitswissenschaftler könnte so intensiv sein, daß »Lösungen« selbst noch dort übernommen oder imitiert würden, wo die dazugehörigen Probleme fehlen, insbesondere wenn sie in das eigene ideologische Raster passen. Eine zweite Erklärung könnte die Unkenntnis des folgenden makroökonomischen Zusammenhanges sein: Im bundesdeutschen Gesundheitswesen ist der größte einzelne Zahler die GKV. Deren Beiträge haben – im Unterschied zur volkswirtschaftlichen Ausgabenquote – eine steigende Tendenz (s.Tab. 2, BS). Was nicht erkannt wird (oder werden soll) ist der Grund dieser Beitragsatzsteigerungen. Das Beitragsaufkommen ist – näherungsweise ausgedrückt – abhängig von der makroökonomischen Lohnsumme, also vom Produkt aus dem Lohnniveau und der Beschäftigung. Da die Gesundheitsausgaben im Gleichschritt mit dem Sozialprodukt gewachsen sind, aber der Anteil der Bruttolohnsumme (Tab. 2, BL) am Sozialprodukt zurückgegangen ist³⁶, muß der Anteil der Gesundheitsausgaben an den Löhnen und Gehältern gestiegen sein. Das konnte auch nicht ganz dadurch kompensiert werden, daß der beitragspflichtige Anteil

dieser Lohnsumme (der »Grundlohn«, Tab. 2, GL) durch Heranziehung zusätzlicher Lohnbestandteile, wie der tariflichen Einmalzahlungen (Weihnachtsgeld u. ä. m.), erhöht worden ist.

Tabelle 2:

Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Bruttolöhne (BL), Grundlohnsumme (GL), alle in Prozent des Bruttosozialprodukts und allgemeiner Beitragssatz der GKV (BS) 1970 - 1989 (BR Deutschland)

| | 1970 | 1975 | 1980 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 | 1989 |
|------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| GKV | 3,7 | 5,8 | 5,9 | 6,1 | 6,0 | 6,1 | 6,2 | 5,6 |
| BL* | 45,6 | 47,2 | 46,5 | 43,3 | 43,1 | 43,2 | 42,5 | 41,9 |
| GL | 34,8 | 40,1 | 39,6 | 40,3 | 39,8 | 39,5 | 39,1 | 38,2 |
| BS | 8,2 | 10,5 | 11,4 | 11,8 | 12,2 | 12,6 | 12,9 | 12,9 |

Quellen: Wirtschaft und Statistik 8/1991; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jg. 1991; eigene Berechnungen

*Diese Quote wird aus Vergleichsgründen angegeben, sie spiegelt nicht das Einkommensniveau der abhängig Beschäftigten, nur den Verlauf.

Die Tabelle 2 zeigt außerdem noch, daß der Ausgabenanteil der GKV am Sozialprodukt 1989 sogar die Werte in der Mitte der 70er Jahre unterschritten hat. (Die geringfügigen Steigerungen der Gesamtausgabenquoten gehen auf das Konto der privaten Finanzierung.) Die Beitragssätze wären also nicht gestiegen, wenn die Löhne und Gehälter mit dem Wirtschaftswachstum Schritt gehalten hätten, ja sie wären sogar schon zeitweise gesunken, wenn der Lohnanteil am Sozialprodukt auch nur konstant geblieben wäre. Es geht hier nicht um eine normative Feststellung, ob die Gesundheitsausgaben zu hoch sind oder wie effizient und effektiv sie sind. All dieses kann von unterschiedlichen Interessen her auch unterschiedlich bewertet werden. Solche gesellschaftlichen Bewertungsprozesse werden jedoch vergiftet, wenn die *Tatsache* geleugnet wird, daß die gesetzlichen Krankenversicherungen heute keinen größeren Anteil des gesellschaftlichen Reichtums auf die Krankenversorgung verwenden, als Anfang der 80er Jahre.

Man könnte also noch darüber streiten, ob bei einer außer Kontrolle geratenen volkswirtschaftlichen Ausgabenquote und nach Ausschöpfung aller Möglichkeiten der institutionellen und strukturellen Effizienzsteigerung, der Eliminierung von überflüssigen und schädlichen Leistungen und Medikamenten und der Kontrolle von Preisen, Honoraren und Pflegesätzen, die Rationierung wirkungsvoller medizinischer Leistungen gerechtfertigt sei. Auch dann wären allerdings die Befürworter die ethische Begründung schuldig, warum diese – wie es in den bestehenden Industriegesellschaften unvermeidlich ist (s.u.) – gerade die schwächsten und hilflosesten Bürger treffen soll. Da aber die gesamtwirtschaftliche Ausgabenquote nicht nur nicht außer Kontrolle ist, sondern noch nicht einmal steigt, stellt sich die Frage nach den hinter der falschen Annahme stehenden Motiven und Interessen. Hier reicht die Palette vom beinhalten wirtschaftsliberalen Utilitarismus, der Ausgaben für entwertetes »human capital«, wie alte oder todkranke oder behinderte Menschen nur als sinnlose Verschwendung ansehen kann (siehe die anschließend skizzierten Rationierungsbeispiele), über die Verfechter der Definition und Aussonderung »unwerten Lebens«³⁷ bis zur Übernahme einer Meinung, weil sie die dominierende Meinung ist und/oder weil sie die eigene gesellschaftliche Position bestätigt. Die beiden letztgenannten Gründe dürften überwiegen.

Selbstverständlich sind auch Beitragssatzsteigerungen bei konstanter Ausgabenquote eine wirtschaftliche Belastung. Wie gezeigt leitet sie sich in der Perspektive der Versicherten von ihrer verschlechterten Position in der Einkommensverteilung ab. Das gesetzlich vorgeschriebene Ziel der »Beitragsstabilität« fragt nicht nach der Einkommensverteilung und nicht nach der Kostenentwicklung, sondern es schreibt de facto vor, daß sich relative Lohnsenkungen auch in relativen Ausgabensenkungen der GKV auszudrücken haben. Man sieht hier den interessenpolitischen Gehalt der falschen Fragestellung: geht es um die »Beitragsstabilität« kreisen die Antworten um Kürzung und Rationierung, ginge es stattdessen um *Effektivität* und *Effizienz* der medizinischen Versorgung, dann stünden die Strukturen, Leistungsqualitäten, Preise und Einkommen im Gesundheitswesen zur Disposition.³⁸

Die Bereitschaft, schon auf den vagen Eindruck einer »Grenze der Finanzierbarkeit« die Rationierung als ein kostensparendes Instrument zu akzeptieren, steht auch im Widerspruch zum *sozialstaatlichen Konsens* wie er die Sozialpolitik seit Bestehen der Bundesrepublik weitgehend bestimmt hat. Dieser schließt den Anspruch gerade der Schwächsten auf Hilfe ein, und ist gebunden an das Ziel »einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung von hoher Qualität, unabhängig vom Einkommen, Wohnort und sozialem Status.«³⁹

Im folgenden wird begründet, warum eine Rationierung zu ihrem erklärten Ziel der Kontrolle der *Kosten* nicht beitragen kann, aber dafür mit dem in der gesetzlichen Krankenversicherung noch angelegten sozialen Gehalt *beider* Zielkomponenten, der *Bedarfsgerechtigkeit* und der *Chancengleichheit* in eklatanter Weise unvereinbar ist.

4.2. Unendliche Bedürfnisse, Alterstruktur und Knappheit

Wenden wir die kritische Aufmerksamkeit jenen Faktoren zu, die vom gesundheitsökonomischen »Mainstream« vorwiegend für die Ausgabendynamik des medizinischen Systems verantwortlich gemacht werden. Bemerkenswert ist zunächst die Eigenschaft der drei am häufigsten genannten Faktoren, *Alterstruktur*, »grundsätzlich unendliche Bedürfnisse«⁴⁰ und *medizintechnischer Fortschritt*, außerhalb der Reichweite von Reformen des Gesundheitswesens zu liegen. Es sind Faktoren, die üblicherweise als – zumindest für Gesundheitspolitik – *unvermeidlich* angesehen werden. Die in ihrer Hervorhebung »versteckte« bzw. durch sie assoziativ nahegelegte Argumentation lautet also: »Angesichts dieser Ursachen sind (Struktur-)Reformen im Gesundheitswesen sinnlos, ihre Unvermeidlichkeit erfordert, daß 'wir' uns bescheiden und anpassen.« Auch dieses versteckte Argument steht empirisch auf schwachen Füßen:

Wiederholt und überzeugend ist nachgewiesen worden, daß die Dynamik der Kostenentwicklung nicht vorrangig auf die Veränderung der *Alterstruktur* zurückgeführt werden kann. Vieles was üblicherweise ohne empirischen Nachweis als »Kosten des Alterns« angeführt wird stimmt hiernach faktisch nicht. So machen Barer und andere⁴¹ deutlich, daß zwar der Anteil der Gesundheitsausgaben für die älteren Menschen zunimmt, jedoch die übliche Hochrechnung in die Zukunft mit Hilfe der Lebenserwartung unrichtig ist. Ansteigend sind tatsächlich die durchschnittliche Häufigkeit und die Kosten der Leistungen, jedoch gilt das für ältere Menschen *jeder Altersgruppe*. Es verbirgt sich dahinter eine Intensivierung und Veränderung in den medizinischen Behandlungsmustern bei älteren Menschen, deren Kostenwirksamkeit weit über den des demographischen Faktors hinausgeht. Evans vergleicht letzteren mit einem Gletscher, der zwar in einem Zeitraum von fünfzig Jahren die Landschaft verändern kann, aber kurzfristig wenig Wirkungen zeigt.⁴² Woods schätzte in Kanada den Ausgabeneffekt der demographischen Veränderung auf ein Prozent pro Kopf pro Jahr.⁴³ »Demographische Faktoren« – so schlußfolgert Evans – »sind ein bequemes rhetorisches Mittel, um die politische Aufmerksamkeit von den tatsächlich wirk-

samen Kräften im Gesundheitswesen durch einen oberflächlich plausiblen externen Faktor abzulenken.«⁴⁴

Ähnlich verhält es sich mit den angeblich »unendlichen« bzw. »unbegrenzten« *Bedürfnissen*⁴⁵ und dem *medizinischen Fortschritt*. Der Meinung, man müsse die medizinischen Leistungen rationieren, liegt die Annahme zugrunde, das derzeitige Niveau der Inanspruchnahme insbesondere der teuren medizinischen Leistungen sei ein Ausdruck der Patientenbedürfnisse und des medizinischen Fortschritts.⁴⁶ Auf dieser – empirisch vielfach falsifizierten Grundlage wird mit Hilfe des lehrbuchökonomischen Axioms der Knappheit die Notwendigkeit der Rationierung geschlußfolgert. Beide Voraussetzungen können jedoch im hier interessierenden Zusammenhang nicht aufrechterhalten werden: Wennberg faßt sehr vorsichtig den Stand des Wissens über die Bedarfsabhängigkeit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zusammen: »Obwohl wir eine Menge wissen über die Rolle der angebotsinduzierten Nachfrage für Raten der Inanspruchnahme, hatten wir bislang noch nicht die Möglichkeit herauszufinden, welches Nachfrageniveau realisiert würde, wenn die Patienten wirklich über ihre Optionen informiert wären und wenn ihnen die Aussichten der verschiedenen Alternativen umfassend präsentiert werden könnten.«⁴⁷ Auch das Axiom vom zwangsläufigen Widerspruch zwischen unbegrenzten Bedürfnissen und knappen Ressourcen entbehrt, zumindest für den Bereich der Medizin, bislang der empirischen Bestätigung. Sie ist nicht einmal plausibel. Warum beispielsweise sollten die Menschen ein grenzenloses Bedürfnis nach Krankenhaustagen, Herzkathetern oder Röntgenbildern haben? Hingegen sprechen eine ganze Reihe empirischer Gründe dafür, daß die Inanspruchnahme, auch und besonders der *Medizintechnik*, überwiegend angebotsinduziert ist. Ohne Zweifel spielen nachfrageseitige Faktoren wie das Krankheitsgeschehen, die soziale Selbsthilfefähigkeit oder auch das je historische und schichtenspezifische Erwartungsniveau etc. eine wichtige Rolle. Aber die tatsächliche Inanspruchnahme kann damit schwerlich erklärt werden.

In den Vereinigten Staaten liegt eine große Anzahl von Studien vor, die im regionalen Vergleich eine fast unglaubliche Variationsbreite in den ärztlichen Behandlungsmustern nachweisen. Brook und Lohr geben Beispiele für relevante Leistungsarten, bei denen die regionalen Häufigkeiten bestimmter Leistungsarten zwischen 700 Prozent (bei Computertomographien) und 60 Prozent (Krankenhaus-Inanspruchnahmen) bei vergleichbaren Patientengruppen variieren (standardisiert nach Alter, Geschlecht, Gesundheitsstatus sowie anderer demographischer und sozialer Faktoren). Würde man – was allerdings empirisch nicht gedeckt ist – jeweils die niedrigeren Häufigkeiten als adäquat ansehen,

dann könnte daraus gefolgert werden, daß zwischen 30 und 50 Prozent der US-amerikanischen Ausgaben für Leistungen ausgegeben werden, die als nicht oder kaum wirkungsvoll angesehen werden können.⁴⁸ Daraus lassen sich im Hinblick auf die Bedarfsthese folgende Konsequenzen ziehen:

1.) Wie hoch dieser Prozentsatz auch immer sein mag: jede Kürzung nach *ökonomischen* Kriterien (anstelle fallbezogen-medizinischer), wird mit der gleichen Treffsicherheit notwendige und effektive wie überflüssige und schädliche treffen und daher den Anteil der letzteren nicht reduzieren, aber die Versorgung verschlechtern.

2.) Die Behandlungsmuster variieren und sind unverbunden mit dem Gesundheitsstatus in einer Weise, die den Schluß zuläßt, daß sie nicht sehr stark von den Bedürfnissen der Patienten und der vorhandenen Technologie determiniert sein können, sondern sehr wesentlich durch *die Anbieter* beeinflusst werden.⁴⁹ In keiner Weise kann aus diesen Erkenntnissen auf die Notwendigkeit oder Berechtigung geschlossen werden, den *Patienten* aus ökonomischen Gründen angemessene Leistungen zu verweigern, d.h. sie zu rationieren.

Was die Bedürfnisse der Patienten und deren angebliche Unendlichkeit angeht, kann noch ergänzt werden, daß bisherige Ergebnisse der in großem Maßstab seit Ende der 80er Jahre geförderten US-amerikanischen medizinischen Wirkungsforschung (outcomes research) die Hypothese erhärten, derzufolge die über die spezifischen Risiken von Behandlungsoptionen informierten Patienten im Durchschnitt weniger hochtechnische (und sehr teure) Leistungen nachfragen würden, als heute die amerikanischen Ärzte anwenden.⁵⁰ Unplausibel erscheint die Hypothese von den unbegrenzten Bedürfnissen selbst am Beispiel der Früherkennungsuntersuchungen in der (west)deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, deren Inanspruchnahme ja weitgehend nachfrageseitig bestimmt ist und zusätzlich sogar noch gefördert wird durch Kostenlosigkeit und Werbung; ebenfalls ist ihre symbolische Bedeutung positiv, da die Inanspruchnahme als »verantwortungsbewußt« angesehen wird. Ginge es nach der Schulökonomie müßte die Nachfrage geradezu explodieren. Tatsächlich aber wurden diese Untersuchungen 1988 nur von 33,5 Prozent der Frauen und von 14,1 Prozent der Männer nachgefragt.⁵¹ Wer kann angesichts dieser Zahlen davon sprechen, die Versicherten hätten das Bedürfnis der »Risikoverminderung um jeden Preis«?⁵² Die Entstehungsgeschichte des – ebenfalls bislang trotz Werbung nur schwach nachgefragten – sogenannten allgemeinen »Check up« nach dem Gesundheitsreformgesetz von 1988 geht ebenfalls nicht auf ein unendliches Bedürfnis der Versicherten, als vielmehr auf ein sol-

ches der ärztlichen Standesorganisationen zurück, die für die »Härten« des Gesetzes Kompensation erhielten.

Die Voraussetzungen, aus denen die Notwendigkeit der Rationierung gefolgert werden, sind also nicht nur faktisch nicht gegeben, sie enthalten auch unsichtbar ein Interesse gerade an der weiteren Ausweitung der Gesundheitsausgaben: »Das naive medikotechnische Modell in seinen zeitgemäßen Varianten⁵³ ist ein wichtiger Bestandteil der politischen Rhetorik, mit dem die Verfechter einer weiteren Expansion ihre Kampagne vorantreiben. Die Drohung gegenüber dem nicht folgsamen Patienten oder der Öffentlichkeit mit schrecklichen Folgen ('Wollen Sie etwa, daß Ihr Kind sterben muß?') ist eine alte Strategie. Die moderne Behauptung, daß Versuche der Kostendämpfung zur Rationierung und zu medizinisch behebbarem Schmerz und Leiden, vielleicht gar Tod führen müssen, heißt in der Alltagssprache schlicht 'Geld oder Leben'.«⁵⁴

Die Anhänger der Rationierung bringen ihre Argumente, da sie »ökonomisch« (Konnotation: nüchtern) sind, nicht selten mit dem Gestus des »Realpolitischen« vor. Es gibt aber hinreichende Gründe, ihnen selbst noch diesen Anspruch streitig zu machen: *Selbst wenn* die Bedürfnisse der Patienten die Inanspruchnahme bestimmen würden, so müßte auch das noch lange nicht heißen, es gerieten damit die Ausgaben zwangsläufig außer Kontrolle. Es wäre immer noch die Frage offen, wie effizient die *Strukturen* des Gesundheitswesens sind und – im Zusammenhang mit den Strukturen, die ja auch geronnene Kräfteverhältnisse sind – welche *Einkommensniveaus* (Preise, Honorare, Löhne, Pflegesätze) gesellschaftlich toleriert werden können. Bislang hat ja bemerkenswerterweise noch niemand mittels einer Kosten-Effektivitäts-Analyse errechnet, wieviele Lebensjahre ein Prozent Honorarsteigerung für die niedergelassenen Ärzte kosten. Die Einkommen der Anbieter weisen im internationalen Vergleich ein so hohes Maß an Unterschiedlichkeit auf, daß nichts dafür spricht, ausgerechnet das Niveau der USA, Kanadas und Deutschlands(West), die an der Spitze stehen, als das für die Versorgung optimale anzusehen. Man muß sich fragen, ob die Betonung externer Faktoren und die Schlußfolgerung der Rationierung nicht – begreiflicherweise – motiviert ist durch den Wunsch, von den eigenen Einkommen abzulenken. Mehr noch: *Selbst wenn* die Kostenentwicklung nicht zu bremsen wäre, dann wäre sie es auch nicht mit dem Mittel der Rationierung medizinisch wirksamer Leistungen. Erstens weil sie weder praktisch durchführbar noch (für die gesamte Gesellschaft) legitimierbar sind und zweitens weil selbst dann ohne Strukturveränderungen keine Kosten gedämpft würden.

Zu *erstens*: Kosten-Effektivitätsberechnungen als Entscheidungsgrundlage von Rationierung bedeuten den Ersatz inhaltlich-medizinischer, sozialer und moralischer Argumente durch eine, nicht einmal alle ökonomischen Faktoren erfassende, auf monetarisierbare Größen reduzierte Berechnung (s.u.). Das stellt zunächst einmal das *Legitimationsproblem*, von dem es bei Aufrechterhaltung einigermaßen demokratischer Verhältnisse nicht anzunehmen ist, daß es für die *ganze* Gesellschaft lösbar wäre. Dort wo es – wie in den o.a. Beispielen – realisiert wird, beschränkt sich die Härte auf die untersten und einflußlosesten Schichten (Oregon), zumindest aber auf die unterdurchschnittlich Verdienenden, die nicht ausweichen können (England).⁵⁵

Zu *zweitens*: Selbst wenn Rationierung legitimierbar und praktisch – d.h. ohne die Wirksamkeit des Gesundheitswesens in Frage zu stellen – durchführbar wäre, würde sie auf längere Sicht die Kosten nicht reduzieren, da sowohl die *politisch-ökonomischen Kräftekonstellationen* im Gesundheitswesen als auch die in den Strukturen angelegten Verhaltensmöglichkeiten und *Einkommenschancen* – zwei zentrale Inflationsursachen – ohne eine Strukturreform erhalten blieben. Darum gilt für die USA ebenso wie für die Bundesrepublik: Jede Begrenzung medizinischer Leistungen durch Rationierung würde die Anbieter einem wirtschaftlichen Druck aussetzen, ihre Einkommen zu erhalten, indem sie die Mengen, Arten und Preise, insbesondere von nicht rationierten Leistungen entsprechend erhöhen.⁵⁶ In der Bundesrepublik gibt derzeit die Neutralisierungsstrategie der Arzneimittelindustrie gegenüber den Festbeträgen ein illustratives Beispiel.

Fazit: Auch das »realpolitische« Argument, Rationierung sei notwendig, da das Gesundheitswesen nicht reformierbar sei, ist hinfällig, da – selbst wenn man unterstellt, sie könne funktionieren – Rationierung ohne Strukturreformen keine kostenreduzierende Wirkung hat. Wenden wir uns nun dem Problem der Kriterien, nach denen rationiert werden soll (und wird) zu.

5. Kriterien und Funktion

Alter und Behinderung scheinen mehr und mehr zum dominierenden Rationierungskriterium zu werden. Heere von Ethikern und Ökonomen mühen sich in den englischsprachigen Ländern nicht ohne Erfolg, eine moralische Umorientierung einzuleiten, die es dann möglich machen soll, politische Maßnahmen zu legitimieren. An Importversuchen in Deutschland ist kein Mangel.⁵⁷

Die ökonomische Annahme, die hinter der Empfehlung steht, medizinische Behandlung gemäß dem Alter zu rationieren, ist die, daß in

den letzten Lebensjahren, ein weit überdurchschnittlicher Anteil der lebenslangen Gesundheitsausgaben anfällt. Der »Gesamtnutzen« würde sich daher erhöhen, wenn diese Ausgaben in frühere Lebensphasen verlegt werden könnten. Daniels⁵⁸ bemüht den homo oeconomicus im Gewand des »prudent buyer«, der sein der Gesundheit gewidmetes Kapital lieber früher investiert, als es bis ins Alter aufzuheben. Callahan⁵⁹ ist der wohl einflußreichste ethisch argumentierende Vertreter des Alterskriteriums: Die Politik der Kostendämpfung habe versagt, »wir« müssten die »heroischen Maßnahmen« der Lebensverlängerung aufgeben und »uns« mit der »natürlichen Lebensspanne« (natural life span) zufrieden geben. Als deren Ende veranschlagt er die »späten 70er bis frühen 80er« des Lebens. Die auf den intensiven Einsatz technischer Medizin abstellende (und die, die darauf bezogene, berechtigte Kritik nutzende) Argumentation ist nicht nur ethisch fragwürdig, sondern auch ökonomisch falsch. Zwar verbrauchen die alten Menschen einen sehr großen Teil der Gesundheitsausgaben in den letzten Lebensjahren, aber auf die sehr teure, intensivmedizinische Behandlung entfallen selbst im hochtechnisierten US-amerikanischen Gesundheitswesen nur 3,5 Prozent der Medicare-Ausgaben (Krankenversicherung für die über 65jährigen) und ein bis zwei Prozent der nationalen Gesundheitsausgaben. Um wirkliche Einsparungen zu erzielen, müßte den alten Menschen also die basismedinische und pflegerische Behandlung verweigert werden. »Die Spareffekte verweigerter teurer Krankenhausbehandlung wären also gering und würden auf Kosten von Leben erzielt, da über die Hälfte dieser Patienten diese Behandlung für eine beträchtliche Zeit überleben.«⁶⁰

Eine Studie von Scitovsky und anderen⁶¹ untersucht den Hintergrund der statistischen Tatsache, daß die sechs Prozent der Medicareversicherten (Sozialversicherung für Alte in den U.S.A.) in ihren letzten Lebensjahren 28 Prozent der Ausgaben verursachten. Die detaillierte Analyse von Patientendaten ergab aber, daß die Gruppe der über 80jährigen (43 Prozent) erheblich *weniger* Krankenhauskosten (28 Prozent) und Arztkosten (23 Prozent) aufwies als die Gruppen der unter 65jährigen und der 65- bis 79jährigen Medicarepatienten. Auch die *intensivmedizinischen* Kosten sind unterdurchschnittlich. Unterteilt man die alten Menschen nach ihrem *funktionalen Status*, bestätigt sich das Ausgabenverhältnis: 96 Prozent der Ausgaben für Patienten ohne Einschränkungen sind medizinischer Art, bei Patienten mit teilweisen Einschränkungen sind es 73 Prozent, bei den gänzlich eingeschränkten Patienten sind es nur noch 25 Prozent. Der jeweils andere Teil sind Haus- oder Heimpflege, die mit dem Alter und schlechtem funktionalem Status überproportional ansteigen. Was das *letzte Lebensjahr* angeht, so ver-

teilt sich der überwiegende Anteil der Kosten für hochtechnologische, intensivmedizinische Behandlung auf die Gruppe der »jüngeren Alten« (65 bis 79 Jahre) bzw. der Patienten mit *guten funktionalen Status*⁶², also gerade auf jene Patienten, denen selbst die wackersten ökonomischen Ethiker das Lebensrecht nicht absprechen. Die von der Empirie gedeckte ökonomische Schlußfolgerung für die Zukunft der »alternden Gesellschaft« müßte also die Fragen der Finanzierung und Ausgestaltung einer menschenwürdigen *Pflege* aufwerfen.

Das Mißverhältnis zwischen den realen Problemen und den »Lösungen«, die die neuen Utilitaristen feilbieten, erinnert an Brechts »Turandot oder der Kongreß der Weißwäscher«, in dem die Kaste der TUIs (»Kopflanger«) darum wetteifert, dem Volk zu »erklären«, warum es trotz überreicher, aber am kaiserlichen Hof gehorteter, Baumwollerntefrieren muß. In den Abhandlungen des gegenwärtigen Ethikbooms dominiert der Gestus des Abwägens von Argumenten, die – mit Beleg-Episoden gespickt – so gegeneinander gesetzt werden, daß die gewünschte Schlußfolgerung sich aufzudrängen scheint. Ein Beispiel gibt Menzel⁶³: »Die Linie der Debatte (zur Rationierung, H.K.) steht fest. Sollten wir da nicht auch mit unserer Ethik ins Reine kommen?« (S.4) Nachdem er die utilitaristische Legitimation als angreifbar erkannt hat, fragt er: »Warum sollten wir aber deshalb unsere Hände in den Schoß legen und nichts tun, um die Behandlung mit niedrigem Grenznutzen zu begrenzen?« (S.8) »Egal wie eine Rationierungsstrategie gerechtfertigt wird, wenn sie es wird, dann sollten die Anbieter (Ärzte, H.K.) auch in die Lage kommen, angesichts ihrer Patienten dazu zu stehen« (S.17); die neue Ethik habe Verantwortung des Arztes gegenüber dem individuellen Patienten »reinterpretiert« (S.18). Soziale Ausgrenzung funktioniert in den modernen Gesellschaften nur, wenn deren *Exekutoren moralisch entlastet, ent-antwortet sind*.

Im Mittelpunkt der utilitaristischen Argumentationen steht die Erhöhung des »Gesamtnutzens«, eines Nutzens von *homines oeconomici*, denen alle nichtquantifizierbaren (und damit in Geld nicht ausdrückbaren) Werte fremd, bzw. »irrational« sein müssen. Mit jedem dieser Nützlichkeitsmodelle kann man leicht die Tötung eines Menschen damit rechtfertigen, daß anschließend mit dessen Organen (zwei Nieren, ein Herz, eine Leber, eine Bauchspeicheldrüse) das Leben von fünf Menschen gerettet werden kann. Mit formaler Ethik, sagte Bloch einmal, kann man jede Räuberbande zusammenhalten. Auch die »Bio-Ethik« variiert den Utilitarismus meist nur durch Hinzufügung biologischer, vor allem genetischer und bevölkerungsbiologischer Argumentationselemente, die meist ungewichtet und zufällig in rabulistischer »Abwägung« aneinandergereiht werden.⁶⁴

Eine andere ethische Legitimationsvariante ist das Modell »vorherigen Einverständnisses« (prior consent). Damit läßt sich begründen, der Patient, dem Behandlung verweigert werden soll, habe dem vorher fiktiv zugestimmt. Es ist das Modell einer Überlebenslotterie⁶⁵, zu der sich die Teilnehmer zusammenschließen, um ihren Gesamtnutzen zu erhöhen. Einer, den im Bedarfsfall das Los trifft, wird geopfert, z. B. als Organspender oder als Sparschwein, wenn er als Bluter, AIDS-Kranker oder alter Mensch zu viele Ressourcen verbraucht, die mit größerem Grenznutzen anderweitig eingesetzt werden könnten. Teilnehmer, und damit sein vorheriges Einverständnis erklärend, wird man z.B. durch die Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung, die für bestimmte Leistungen nicht aufkommt. Selbst durch Staatsangehörigkeit kann man zum Teilnehmer erklärt werden: Menzel legitimiert die Verweigerung der Dialyse im britischen NHS, da der Arzt dem Patienten unterstellen darf, er habe dem vorher zugestimmt, da ja die Mehrheit die Regierung gewählt habe, die für die Rationierung steht.⁶⁶

Ein weiterer befördernder Faktor ist die Perversion der Bewegung für »humanes Sterben«, deren Anstrengungen – unabhängig vom subjektiven Motiv – helfen, das Tötungstabu weiter zu demontieren. Es ist abzusehen, daß im realen Kontext der ökonomistischen Gesellschaft daraus eine nach ökonomischen Kriterien sich profilierende »Euthanasie«-Ideologie und -Praxis entstehen kann.⁶⁷

6. Methoden

Die beiden oben skizzierten Praxis-Beispiele England und Oregon illustrieren die beiden vorherrschenden Strategieelemente der Rationierung medizinischer Leistungen aus ökonomischen Gründen. Es stellt sich die Frage nach den darin verborgenen ethischen *Vor-Entscheidungen und Interessengehalten*. Wie man es auch dreht und wendet, es gibt keine Möglichkeit, ethische Entscheidungen zu vermeiden, man trifft sie auch dann, wenn sie in einer gewählten Methode versteckt sind.

6.1. Kosten-Nutzen(Effektivitäts)-Analyse zur moralischen Entlastung

Die Kosten-Nutzen- bzw. Effektivitäts-Analyse (K-N/E-A) stellt Formeln zur Verfügung, mittels derer die zukünftigen, auf den gegenwärtigen Zeitpunkt abdiskontierten⁶⁸ Kosten und Nutzen eines Vorhabens errechnet und mit den entsprechenden Größen alternativer Ressourcenverwendungen verglichen werden. Auf die Fallstricke, Begrenzungen und Anwendungsmöglichkeiten der K-N/E-A kann hier nicht eingegangen werden.⁶⁹ Die Verknüpfung von *Ethik* und *Ökonomie* ist

die, daß es sich letztlich um mathematisierte Fassungen des utilitaristischen Modells handelt. Kern ist also die Theorie der Opportunitätskosten, die besagt, daß die Kosten einer Maßnahme gegen konkurrierende Verwendungsmöglichkeiten (entgangenen Nutzen) für knappe Mittel aufzurechnen seien. Das hat sich bei der industriellen Produktion materieller Güter für den Markt seit langem bewährt, sieht man einmal davon ab, daß (z.B. ökologische) externe Effekte außer acht bleiben.

Es versteht sich, daß in solche Berechnungen bei der gesundheitsbezogenen Anwendung nur ein Teil der Kosten und Nutzen eingehen kann, ebenso bei der Effektivität, die man gegenwärtig versucht, durch »gewonnene Lebensjahre« auszudrücken, welche mit Koeffizienten der »Lebensqualität« gewichtet werden. Unberücksichtigt bleiben zum einen die nicht monetarisierbaren Kosten (Leid, Schmerz, Moral etc.) und ein Teil der nicht ermittelbaren monetarisierbaren Kosten. Häufig ist nur der Teil exakt, der das Budget der jeweiligen Institution betrifft. Ein nicht lösbares Problem besteht darin, daß jene Leistungsarten, bei denen Faktoren wie Schmerz, Leid, Lernprozesse, Zuwendung usw. eine überproportionale Rolle (im Verhältnis zu den verglichenen Leistungsarten) spielen, systematisch schlechter abschneiden. Das Oregoner Beispiel (s.o.), das in Bezug auf AIDS zwar die Tests als sehr kosten-effektiv und damit prioritär einstufte, aber die Behandlung der AIDS-Kranken in den Spätphasen abwertet, ist hier ein Beleg. Auch Leistungen für chronisch Kranke und alte Menschen werden systematisch unterbewertet. Die naive Verwendung impliziert also immer schon ein *intransparentes Werturteil* gegen die jeweils betroffenen Menschen und Leistungen.

Sieht man einmal von der Unmöglichkeit ab, ideelle Kosten wie Trauer, Leid usw. zu monetarisieren und einen Großteil selbst der wirtschaftlichen Kosten zuzurechnen, so verkommt die Anwendung des Opportunitätskostenprinzips auf einen so komplexen gesellschaftlichen Sachverhalt zur reinen Apologetik. Jede beliebige reale medizinische Verwendung kann als suboptimal berechnet werden, man muß nur eine fiktive Alternative dagegen rechnen, die einen höheren Grenznutzen bzw. Effektivität aufweist. Da fast nie die konkrete Ressourcenverlagerung in diesen Bereich höheren Grenznutzens staatlich *institutionalisiert* ist und noch weniger tatsächlich dann auch erfolgt, können solche Berechnungen – über ihre immanente Fehlerhaftigkeit hinaus – nur der *De-Legitimation* dienen, ohne daß der angeblich höhere Nutzen in einem anderen Bereich je erzielt wird. Auch hier liefert Oregon ein Beispiel: Die spektakuläre Verweigerung der Transplantation für Sozialhilfekinder 1987 wurde mit dem weit höheren Grenznutzen von Schwan-

geren-Vorsorgeuntersuchungen begründet. McKinzie berichtet, daß es seither keinen irgendwie gearteten Anstieg solcher Untersuchungen in Oregon gegeben habe.⁷⁰ Zudem müßten *sämtliche* Verwendungen berechnet werden, z.B. auch, wieviele qualitativ gewichtete Lebensjahre ein Prozentpunkt der ärztlichen Honorarsteigerung gegenüber einer alternativen Verwendung kostet.

Diese Argumentation freilich würde Callahan wie folgt kontern: »Die Ausgabenreduktion für die Alten (die über die »natural life span« hinaus sind, H. K.) stellt auf keinen Fall sicher, daß nun das ersparte Geld sinnvoller ausgegeben wird. Aber eine Ausdehnung der Ausgaben für die Alten macht es fast sicher, daß das Geld nicht für andere Bedürfnisse vorhanden ist, einschließlich solcher für Kinder.«⁷¹ Die Idee, daß es im Interesse der Kinder liegen könnte, in eine humane Gesellschaft hineinzuwachsen, in der die Starken den Schwachen auch dann helfen, wenn diese nicht mehr brauchbar sind und Hilfe teuer ist, kann in diesem Denken keinen Platz haben.⁷²

Ebensowenig kann ein anderer Kostenfaktor der Rationierung erkannt werden: die gesellschaftliche Möglichkeit, daß ein Kranker darauf hoffen kann, einen Arzt zu finden, dem er in seiner Not vertrauen kann, da dieser ausschließlich sein »Agent« ist, hat die Qualität eines »öffentlichen Guts«. Wie soll aber ein Nierenkranker einem Arzt vertrauen, der ihm sagt, für ihn sei die Dialyse ungeeignet, wenn dieser zugleich ein Rationierungsagent ist? Uexküll und Wesiack haben gezeigt, daß Hinwendung zum Kranken als Subjekt und Empathie sowohl unerläßlich sind, wenn die Medizin ihren gewandelten Aufgaben gerecht werden soll, als auch zugleich ein Vertrauensverhältnis voraussetzen, das mit der Funktion des Arztes als Rationierungsagent völlig unvereinbar ist.⁷³ Die inhumane Seite der Apparatedizin, wird noch vergrößert, wenn die technischen Möglichkeiten bestimmten Patientengruppen aus Ersparnisgründen vorenthalten werden.

Es stellt sich aber auch – in einer noch viel unlösbareren und unrealistischeren Weise – das *praktische* Problem der gesundheitspolitischen Wirksamkeit. Relman argumentiert: um von der medizinischen Wirksamkeit her gerechtfertigt zu werden, müssten die Rationierungsentscheidungen, d.h. die Prioritäten personalisierbar, also auf die individuelle Situation eines Patienten beziehbar sein. Der den Kosten gegenüberzustellende antizipierbare Nutzen variiert von Person zu Person in oft extremer Weise.⁷⁴ Eine abstrakte Gesamtwirksamkeit gibt es ebensowenig wie einen abstrakten Gesamtnutzen. Selbst die profiliertesten und qualifiziertesten Rationierungsverfechter geben nach der Oregon-Blamage zu⁷⁵, daß noch niemand einen praktischen Vorschlag

machen konnte, wie personenbezogene Rationierungsentscheidungen im Maßstab des gesamten Gesundheitswesens durchführbar wären.⁷⁶ Dennoch werden die ökonomischen Berechnungsformeln ihre Attraktivität für die utilitaristische Ethik behalten. Sie lassen sich handhaben wie kleine Entscheidungsmaschinen, von denen die »technological fix mentality« (Blank) des Alltagsbewußtseins fasziniert ist. Auch hier spielt die Funktion der *moralischen Entlastung* eine entscheidende Rolle. Die K-N/E-A als mechanischer *Entscheidungsersatz* enthält – wie gesagt – das Werturteil, jede moralische und ästhetische Bewertung, jede Berücksichtigung der Subjektivität zu negieren bzw. dem ökonomischen Imperativ zu unterwerfen. Die Ökonomik dieser Berechnungsformeln nimmt dem handelnden Subjekt die *Verantwortung* für seine Handlungen ab. »Es braucht« – resümiert Gorz⁷⁷ – »seine Entscheidungen nicht mehr selbst zu fällen.« (S.177) Der Handelnde kann dank dieser Formeln aus seinen Operationen fernbleiben. Die so angewandten Rechentechiken garantieren dem Handeln eine ansonsten kaum erreichbare Strenge, indem sie es nicht nur der Subjektivität, sondern auch jeder Reflexion und Kritik entziehen. Ungehindert und verinnerlicht im moralischen Habitus des »rationalen Entscheiders« regulieren somit die Imperative der zum Selbstzweck erhobenen Ökonomie die menschlichen Beziehungen. Das ist – bezogen auf die sozialen Beziehungen der Gesundheitsinstitutionen zu den Patienten – das, worum es den Rationierungsstrategen geht.

Die makroökonomische Rationierung ist eine flankierende Legitimation, auf die abschließend noch einmal eingegangen werden soll.

6.2. Makroökonomische Rationierung – individuelle Ent-Antwortung?

Die *makroökonomische* Strategie der Rationierung, die am Beispiel Englands skizziert wurde, wurde in den U.S.A. durch die Schrift Aaron und Schwartz⁷⁸ zu einem wichtigen Faktor, vielleicht sogar zur Initialzündung der Rationierungsdebatte. Importversuche nach Deutschland durch Kraemer blieben längere Zeit ungehört, bis auch hier der sogenannte Zeitgeist sein Werk getan hat. In einer populistischen Schrift⁷⁹ stellt er als die besondere Attraktion heraus, daß es bei einer solchen Strategie keine individuelle Verantwortung für die Verweigerung nützlicher medizinischer Leistungen gäbe. Niemand müsse die Behandlung eines individuellen Kranken mehr ablehnen, wenn nur »vorher« im gesellschaftlichen Maßstab durch Politik die Möglichkeit der Behandlung reduziert oder verboten worden sei. Der somit entstandene Sachzwang nähme dem Arzt die *Verantwortung* (und Haftung) ab. Bei der Rationierungsentscheidung gegen die Verfügbarkeit von

Dialysegeräten oder Bypass-Operationen seien schließlich nicht mehr individuelle, sondern nur noch künftige Kranke, »statistische Menschenleben« betroffen (S.78), über »Leben und Tod, über Schmerz und Leid« werde »nicht individuell und personenbezogen, sondern allein abstrakt und statistisch verhandelt.« (S.87) Dieses Versprechen wird seine Wirkung nicht verfehlen.⁸⁰

Der verständliche Wunsch manch wackeren Rationierers im weißen Kittel, sozusagen bei der Ausübung des »öffentlichen Interesses« am Krankenbett oder im Sprechzimmer, für unterlassene Hilfeleistung weder verantwortlich noch haftbar zu sein, sollte nicht blind machen gegen den trügerischen Charakter dieses Versprechens: Um nur einige Gründe zu nennen:

Die Forderung nach der generellen Nichtverfügbarkeit von medizinischer Technologie oder pharmazeutischen Präparaten⁸¹ (Konnotation: »Gerechtigkeit«) ist demagogisch. Sie hat mit der realen Welt, in der Giftgasfabriken und Atomanlagen jede Grenze passieren, aber Dialysegeräte oder Medikamente unerreichbar sein sollen, keine Tuchfühlung. Aber selbst wenn sie durchführbar wäre, so hätte sich die ethische Qualität der Entscheidung nicht geändert: einer bestimmten Anzahl von Menschen wird nicht geholfen, obwohl es möglich wäre. Verändert wird lediglich die Situation und Ebene der Entscheidung. Bei allem Bewußtsein für den Unterschied des Gegenstands kann hier auch H. Arendts Begriff der »Banalisierung« zu ihrer Charakterisierung herangezogen werden.⁸² Die Entscheidung ist bürokratisiert, geschieht »ohne Ansehen der Person«. Weiterhin ist sie anonym und damit leicht zu treffen, ähnlich wie dem Bomberpiloten (der möglicherweise kein Blut sehen kann) die Arbeit dadurch leichter wird, daß ihm seine Opfer allenfalls als Ziffern in der Todesstatistik begegnen.

Die *soziale Selektivität* dieser Rationierungsstrategie, man darf sagen ihr sozialdarwinistischer Inhalt, ist vielfach nachgewiesen worden. Die Empirie in England zeigt, daß Personen, die die Regeln des Rationierungssystems beherrschen, sich auch bei verknapptem Angebot Zutritt verschaffen können. Das gleiche ist für die USA nachgewiesen worden.⁸³ Beispielsweise führt die aus wirtschaftlichen Gründen hergestellte Knappheit der Kapazitäten für bestimmte chirurgische Eingriffe zu langen Wartelisten. Trotz eines relativ niedrigen Einkommensniveaus (verglichen mit West-Deutschland und USA) werden als Folge davon in England 25 Prozent aller Hüftoperationen privat bezahlt.⁸⁴ Diese Operation bzw. eine kurze Wartezeit (die für die älteren Menschen einen nicht unerheblichen Wert hat) ist damit zu einem sozialen Privileg geworden. Rationierung medizinischer Leistungen – wie immer sie im Einzelfall erfolgen mag – trifft also vorwiegend (wenn nicht

ausschließlich) *die Älteren, die Ärmeren und die chronisch Kranken*. Der Versuch, dem erwachten kritischeren Verhältnis zur Hochtechnologie und speziell zur high-tech-Medizin »Zucker zu geben« um dies zu überdecken, ist allzu offensichtlich. Denn die Rationierung technischer Leistungen wie der Dialyse ist keine Kritik an der Inhumanität in der Medizin, sondern deren soziale Verschärfung.⁸⁵ Es gibt wenig Gründe anzunehmen, bestimmte Personengruppen könnten sich nicht dennoch die Behandlung verschaffen, durch Wohlstand, Sozialstatus, Beziehungen, politische Artikulationsfähigkeit usw., Merkmale, die sozial höchst ungleich verteilt sind.⁸⁶

Die Befürworter ziehen sich letztlich immer auf das Argument zurück, von den verweigerten Leistungen würde »nur eine kleine Zahl« von Menschen einen Nutzen haben (der durch »Quality of Life«-Koeffizienten noch beliebig devaluiert werden kann) im Vergleich zu den »hohen« Kosten. Davon abgesehen, daß jede Gruppe von Schwerkranken eine Minderheit darstellt, wird damit nichts anderes ausgedrückt als die moralische Haltung, nach der die Schwächsten ausgesondert werden können. Eine Ironie ist es, wenn in Deutschland der Wert der »Solidargemeinschaft«⁸⁷ zur Legitimation der Rationierung, also zu ihrer Abschaffung, bemüht wird.

7. Fazit

Die neue Moral der Rationierung zielt auf die Entlastung aller, die verantwortlich mit Kranken zu tun haben von eben dieser Verantwortung für den individuellen Patienten. Das macht sie für die unter hohem Druck stehenden Ärzte und Schwestern attraktiv.⁸⁸ Diese Entlastung geschieht im Namen eines abstrakten Gesamtnutzens, der in Deutschland praktisch zur »Beitragsstabilität« operationalisiert ist. Die übliche Diskussion um Extremfälle (z.B. hirnlose Neugeborene) läßt vergessen, daß es in der Rationierungsdebatte darum nicht geht. Kostendämpfung ohne tiefgreifende Strukturereformen im Gesundheitswesen und ohne problemorientierte, präventive Gesundheitspolitik, welche Finanzierungs- und Anreizsysteme sie sich auch immer ausdenken mag, hat als strategischen Freiheitsgrad nur noch den Einfluß auf die *Gewissensentscheidungen* im medizinisch-pflegerischen *Alltagshandeln*. Volkswirtschaftlich *spürbare* Einsparungen ohne eine generelle Umorientierung sind nicht bei den Extremfällen, kaum in der Intensivmedizin, sondern nur durch einen, freilich durch »private Vorsorge« abpolsterbaren, Entzivilisierungsschub der breiten medizinischen Krankenversorgung erzielbar.

Wie auch immer die Begründung ausfällt und motiviert sein mag, faktisch bedeutet Rationierung im konkreten gesellschaftlichen Kontext der modernen Industrieländer eine *Ausgrenzung von Schwerkranken, Alten und Behinderten vorwiegend unterer sozialer Schichten* von bestimmten aufwendigen medizinischen Leistungen. Der Erfolg ihrer Propagierung in Deutschland würde nicht zuletzt die Zerstörung des Solidarprinzips der GKV bedeuten. Es gibt Gründe, sich darauf gefaßt zu machen. Das absehbare wirtschaftliche Desaster im Gefolge der Anschlußpolitik und das Ende der Hochkonjunktur führen zum Rückgang der Beitrags- und Steuereinnahmen bei zugleich sich erhöhendem Bedarf an Sozialleistungen. Für sozial selektive Kürzungslegitimationen ist dies ein fruchtbarer Boden.

Korrespondenzanschrift: Hagen Kühn
Wissenschaftszentrum Berlin
Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik
Reichpietschufer 50
W-1000 Berlin 30

Anmerkungen

- 1 Einige Gedanken des vorliegenden Textes sind übernommen aus meinem Aufsatz: »Ökonomische Moral der Ausgrenzung: Solidarität versus Rationierung im Gesundheitswesen«, in: J.-P.Stössel(Hg.): Tüchtig oder tot. Die-Entsorgung des Leidens, Freiburg-Basel-Wien 1991, S. 115 ff.
- 2 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Jahresgutachten 1991. Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland, Baden-Baden 1991, S.208, vgl. auch Ziff. 238 ff. der Zusammenfassung, im folgenden zitiert als SVR.
- 3 o.V.: »Zukunftsdilemma Rationierung«, in: Deutsches Ärzteblatt v.4.4.1991
- 4 Vgl. Mechanic,D.: Rationing strategies in an era of constrained resources, in: ders.:From Advocacy to Allocation. The Evolving American Health Care System, New York u.London 1986, S.59-84
- 5 Zeichensetzend und auslösend für die amerikanische Debatte waren in diesem Sinne: Aaron, H.J. und Schwartz, W.B.: The Painfull Prescription. Rationing Hospital Care, Washington, D.C. (Brookings Institution) 1984
- 6 Natürlich nicht in Deutschland zwischen 1933 und 1945, wo große Gruppen der Bevölkerung vom moralischen Anspruch auf medizinische Hilfe und dem Tötungsverbot ausgenommen wurden.
- 7 Von »öffentlichen Gütern« spricht man wenn Güter oder Zustände folgende Merkmale haben: 1.) Nichtausschließbarkeit: jeder kommt in den Genuß, auch der Nichtzahlende, z.B. von reiner Luft oder von einem moralischen »Klima«, 2.) Nichtrivalität: mehrere können das ö.G. nutzen ohne daß dadurch einer von ihnen beeinträchtigt wird und 3. Unteilbarkeit: die bei der Rationierung nicht mehr gegeben ist, wenn z.B. das Vertrauen auf das Arzt-

Patient-Verhältnis nur noch für privatversicherte Patienten gerechtfertigt sein sollte.

- 8 Es gibt eine andere Darstellung des Hergangs: Fox, D.M. and Leichter, H.M.: Rationing Care in Oregon: The New Accountability, in: Health Affairs, Vol.10 (1991), No.2, S. 7ff. Hiernach stand lediglich zuerst die Entscheidung an, daß alle nachgefragten teuren Leistungen das Budget überschreiten würden. Falls dies zu trifft, dann wurde die zitierte heutige Legitimation »nachgeschoben«.
- 9 Welch, H.G.; Larson, E.B.: Dealing with limited resources: the Oregon decision to curtail funding for organ transplantation, in: The New England Journal of Medicine, Vol. 319(1988),No.3,S.171 ff.
- 10 Vgl. Hadorn, D.C.: Setting Health Care Priorities in Oregon. Cost-effectiveness Meets the Rule of Rescue, in: JAMA, Vo.265 (1991), No.17, S.2219
- 11 Vgl. Brown, L.D.: The National Politics of Oregon's Rationing Plan, in: Health Affairs, Vol.10 (1991), No.2, S.28 ff.
- 12 Vgl. Daniels, N.: Is the Oregon Rationing Plan Fair?, in: JAMA, (1991), Vol.265,No.17, S.2232
- 13 Vgl. Medical Benefits, Vol.7,No.10, May 30, 1990, S.1
- 14 Brown,L.D., a.a.O.,S.33
- 15 Vgl. Medical Benefits, Vol.7,No.10, May 30, (1990), S.2
- 16 Brown, L.D., a.a.O.,S. 38
- 17 Vgl. Daniels, N.: Is the Oregon Rationing Plan Fair?, a.a.O.
- 18 Daniels, N., a.a.O.,S.2234
- 19 Medical Benefits, Vol.7, No.10, May 1990, S.2
- 20 Hadorn, D.C.: Setting Health Care Priorities in Oregon. Cost effectiveness Meets the Rule of Rescue, a.a.O.,S.2219
- 21 Daniels, N., a.a.O.,S.2235
- 22 The Economist v.20.Okttober 1990, S.108
- 23 Health Insurance Association of America: Source Book of Health Insurance Data 1990, Washington, DC 1991, S.77 und 86
- 24 Vgl. Day, P. and R. Klein: The Politics of Modernization. Britain's National Health Service in the 1980's, in: The Milbank Quarterly, Vol.67 (1989), No.1, S.1 ff.; Ham, C.: Governing the Health Sector: Power and Policy Making in the English and Swedish Health Services, in: the Milbank Quarterly, Vol.66 (1988), No.2, S.389 ff.; Döhler, M.: Gesundheitspolitik nach der »Wende«. Policy Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik Deutschland, Berlin (sigma) 1990
- 25 Vgl. Payer, L.: Medicine and Culture. Varieties of Treatment in the United States, England, West-Germany and France, New York (penguin) 1989, S.101 ff.
- 26 Vgl. ebenda, S.122
- 27 Vgl. Aaron, H.J.: Lessons from the United Kingdom, in: Strosberg, M.A. et.al.(ed.): Rationing of Medical Care for the Critically Ill, (The Brookings Institution) Washington,DC 1989, S.24 ff.

- 28 Gill, D.G., Ingman, S.R.; Campbell, J.: Health Care Provision and Distributive Justice: End Stage Renal Disease and the Elderly in Britain and America, in: *Social Science and Medicine*, Vol.32, No.5 (1991), S.565-577
- 29 Carter-Jones, I.: Politics, Morality and Economics – are there choices?, in: *Renal Failure – Who Cares?*, MTP-Press, Lancaster 1983, zit. n. Dill, D. G: et al. a.a.O., S.571
- 30 Vgl. Welch, H. G.; Larson, E. B.: *Dealing with ...* a.a.O.
- 31 Aaron, H. J. and Schwartz, W. B.: *The Painfull Prescription: Rationing Hospital Care* (Brookings) Washington 1984
- 32 Reagan, M. D.: Health Care Rationing. What does it mean?, in: *New England Journal of Medicine*, Vol.319 (1988), No.17, S.1149 ff.
- 33 Mit dem häufig benutzten Beispiel der Triage-Entscheidung im Krieg, bei der die Patienten in dringliche, weniger dringliche und auszusondernde Fälle eingeteilt werden, wird eine äußerst dramatische Situation suggeriert.
- 34 Aaron, H. J.: *Lessons from the United Kingdom*, a.a.O., S.27
- 35 Vgl. Pfaff, M.: Differences in Health Care Spending across Countries, in: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol.15 (1990), No.1, S.1 ff.; Evans, R. G.: Tension, Compression, and Shear: Directions, Stresses, and Outcomes of Health Care Cost Control, in: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol.15 (1990) No.1., S.101ff.; Kühn, H.: Ökonomisierung der Gesundheit Am Beispiel des US-amerikanischen Gesundheitswesens, Wissenschaftszentrum Berlin (P90-206) 1990, gekürzte Fassung. in: *WSI-Mitteilungen*, H.2/1990, S.62 ff.
- 36 Vgl. Schäfer, C.: Die Früchte in einem reichen Land werden immer ungleicher verteilt – Zur Entwicklung der Einkommensverteilung 1989, in: *WSI-Mitteilungen* Jg.43 (1990), H.10, S.563 ff.) Monatsbericht der Deutschen Bundesbank, August 1991, S.43 ff.
- 37 s. dazu: J.-P. Stössel (Hg.): *Tüchtig oder tot. Die Entsorgung des Leidens*, Freiburg-Basel-Wien 1991; Zum Nachweis des Unwerts von durch Krankheit oder Behinderung beschädigten Leben wird derzeit auch die an sich lobenswerte Einführung von Erhebungen zur »Lebensqualität« in der Medizin mißbraucht.
- 38 Die »Wirtschaftlichkeit« wird nicht erhöht, wenn man eine Leistung kürzt, sondern wenn sie mit geringeren Kosten (in denen Einkommen der Anbieter enthalten sind) erstellt werden.
- 39 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: *Jahresgutachten 1991*, a.a.O., S.207
- 40 ebenda, S.206
- 41 Vgl. Barer, M. L.; G. Evans, C. Hertzman, and J. Lomas: Aging and Health Care Utilization: New Evidence on Old Fallacies, in: *Social Science and Medicine*, Vol.24 (10), 1987, S.851 ff.
- 42 Evans, R. G.: Tension, Compression, and Shear: Directions, Stresses, and Outcomes of Health Care Cost Control, in: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol.15, No.1, Spring 1990, S.101-128
- 43 Woods, Gordon Management Consultants: *Investigation of the Impact of Demographic Change on the Health Care System in Canada: Final Report*. Canadian Medical Association, August 1984, zit. n. Evans, R. G., a.a.O.

- 44 Evans, R.G., a.a.O.
- 45 Diese Annahme macht auch der Sachverständigenrat, a.a.O., S.206 bzw.208
- 46 Vgl. Frankel, S.: Health needs, health-care requirements, and the myth of infinite demand, in: *The Lancet*, Vol.337 (1991), S.1588 ff.
- 47 Wennberg, J.E.: Outcomes Research, Cost Containment, and the Fear of Health Care Rationing, in: *New England Journal of Medicine*, Vol.323 (1990), No.17, S.1203
- 48 Brook, R. H.; Lohr, K. N.: Will we need to ration effective care?, in: *Issues in Science and Technology*, Fall 1986, S.68 ff.
- 49 Vgl dazu Evans, R. G., a.a.O., 106 f.
- 50 Wennberg, J. E.: Outcomes Research, a.a.O.
- 51 Vgl. Statistischer Anhang in: Sachverständigenrat, a.a.O., S.288 f. Von der nachfrageinduzierten Inanspruchnahme ist noch der sicher hohe Prozentsatz der Patienten abzuziehen, deren Arztbesuch einem anderen Zweck gegolten hat, anlässlich dessen sie aber untersucht wurden.
- 52 So behauptet es auch Abholz in diesem Band.
- 53 Evans verweist hier auf Aaron und Schwartz a.a.O., deren »painfull prescription« für die Rationierungsdebatte auslösend und zeichensetzend war.
- 54 Evans, a.a.O.
- 55 Rationierung auf der Basis von cost-effectiveness-analysis ist auch gesundheitspolitisch ein Fehlschlag, s.u. »6. Methoden«
- 56 Vgl. Evans, a.a.O.
- 57 Beispiel: Sass, H.-M. (Hg.): *Medizin und Ethik*, Stuttgart 1989; vgl. dazu: Tolmein, O.: *Geschätztes Leben*, Hamburg 1990
- 58 Vgl. Daniels, N.: *Am I my parents' keeper? An essay on justice between young and old*, New York (Oxford University Press) 1988
- 59 Callahan, D.: *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society*, New York 1987; ders.: *What kind of life: the limits of medical progress*, New York 1990
- 60 Vgl. Levinsky, N. G.: Age as a criterion for rationing health care, in: *New England Journal of Medicine*, Vol.322(1990), No.25, S.1814
- 61 Scitovsky, A. A.: Medical Care in the Last Twelve Months of Life: The Relation between Age, Functional Status, and Medical Expenditures, in: *The Milbank Quarterly*, Vol.66 (1989), No.4, S. 640-660
- 62 ebenda, S.656
- 63 Menzel, P. T: *Strong Medicine. The Ethical Rationing of Health Care*, New York (Oxford Univ. Press) 1990, hier: S.4-18
- 64 z.B. Snell, G. D.: *Search for a Rational Ethic*, New York (Springer) 1988
- 65 vgl. Harris, J.: The Survival Lottery, in: *Philosophy* 50 (January) 1975, S. 81 ff.
- 66 Menzel, P. T., a.a.O., Kapitel 1
- 67 Vgl dazu Tolmein, O.: *Geschätztes Leben*, a.a.O.
- 68 Die Ökonomie macht unterschiedliche Zeitpunkte durch Zinsen und Diskonte vergleichbar. Allein die Frage, der bei gesundheitsökonomischen Berechnungen zu wählenden Diskontsätze entscheidet meist schon über das Ergebnis. Lobpreisungen der K-N/E-A, die nicht gündlich auf dieses Problem eingehen, sind mit schweren »Kunstfehlern« in der Medizin vergleichbar.

- 69 Zur Einführung: Drummond, M.; Smith, G.T.; Wells, N.: *Economic Evaluation in the Development of Medicines*, London (Office of Health Economics) 1988; Borgers, D.: Lassen sich durch Prävention Kosten sparen?, in: *Grenzen der Medizin, Argument-Sonderband AS 178*, Hamburg 1988, S.50 ff. Himmelstein, D.U.; Woolhandler, S.: Will Cost Effectiveness-Analysis worsen the Cost-Effectiveness of Health Care?, in: *Intern.Journ.of Health Services*, Vol.18 (1988), No.1., S.1 ff. Leaf, A.: Cost effectiveness as a criterion for medicare coverage, in: *New England Journal of Medicine*, Vol.321 (1989), S.898 ff.
- 70 McKinzie, N.: Oregon Redux, in: *Health/PAC-Bulletin*, Spring 1991, S.32
- 71 Callahan, D.: *Setting ...*, a.a.O., S.128
- 72 Soziologisch gesehen ist es kein Zufall, daß Kraemer, als er Beispiele suchte für alternative Verwendungen, auf die »die Men schen« nicht verzichten wollen, die Golfusrüstung und das Segelboot eingefallen sind. Kraemer, W., *Die Krankheit ...*, a.a.O., S.71
- 73 Vgl. Uexküll, T.v.; Wesiack, W.: *Theorie der Humanmedizin*, München, Wien, Baltimore 1988; über die Unvereinbarkeit einer Subjektorientierten Medizin mit der Ökonomisierung s. Kühn, H.: *Glanzvolle Ohnmacht*, Wissenschaftszentrum Berlin 1989
- 74 Vgl. Relman, A. S.: The trouble with rationing, in: *New England Journal of Medicine*, Vol.323 (1990), No.13, S.911 ff.
- 75 s. Aaron und Schwartz in: *New York Times* v. 9. Juli 1990
- 76 Wenn sich amerikanische Gesundheitsökonomien vom Instrument der K-E-A als Rationierungsinstrument distanzieren (s. auch Hadorn, D. C. a.a. O.), dann geschieht dies allerdings meist zugunsten eines anderen Instruments, das einfach auf jeden, selbst den formalen Bezug zur Notwendigkeit, Nutzen oder Effektivität verzichtet und an deren Stelle die »Zahlungsbereitschaft« (willingness to pay) stellt.
- 77 Gorz, A.: *Kritik der ökonomischen Vernunft*, Berlin 1989, bes. S. 156-191
- 78 Aaron, H. J. and Schwartz, W. B.: *The Painfull Prescription*, a.a.O.
- 79 Kraemer, W.: *Die Krankheit des Gesundheitswesens. Die Fortschrittsfalle der modernen Medizin*, Frankfurt/M 1989; Das (milde) Prädikat »populistisch« bezeichnet zum einen Kraemers Jargon, wenn von »Zombies« und »nutzlosen Essern«, die Rede ist, die Krankenhäuser als »Horrorakabinett« und »Folterkammer« bezeichnet werden und zum anderen die Argumentationsweise, die es auf die sozialdarwinistischen Instinkte am Provinzstammtisch abgesehen zu haben scheint.
- 80 z.B. auf Abholz, in diesem Band
- 81 Kraemer will sie »grundsätzlich einstellen«, a.a.O., S.92
- 82 Arendt, H.: *Eichmann in Jerusalem. Ein Bericht von der Banalität des Bösen*, München 1964
- 83 Levinsky, N. G.: Age as a criterion for rationing health care, in: *New England Journal of Medicine*, Vol.322 (1990), No.25, S.1814
- 84 Nicholl, J. P. et al.: Contribution of the Private Sector to Elective Surgery in England and Wales, in: *The Lancet*, 1984, No.2, S.89 ff.

- 85 Die Technikkritik findet sich besser und realistischer aufgehoben in einer transparenten, demokratischen und ökologischen Forschungsplanung und -förderung.
- 86 1991 liegen z.B. in vielen Kliniken Mittel- und Westeuropas schwerkranke Patienten aus der Sowjetunion, deren teure Behandlung (z.B. Krebstherapie) sowohl im Land »nicht verfügbar« ist, als auch angesichts schwindelerregender Wertverluste des Rubel zum vollen Preis in Devisen bezahlt werden. (persönl.Berichte)
- 87 Vgl. Kühn, H.: Die rationalisierte Ethik. Zur Moralisierung von Krise und Krankheit, in: Jahrbuch für kritische Medizin, Argument-Sonderband AS 146, Hamburg 1987
- 88 Vgl.: »Die Patienten sterben lassen heißt auch, die schreckliche Frustration beenden, wie sie das gesamte behandelnde Personal erfahren hat, das sich für die Versorgung der Patientin so viel Zeit genommen hat. Darüber hinaus lassen sich die der Gesellschaft entstehenden enormen Pflegekosten einsparen.« Brody, B.A.: Der vegetabile Patient und die Ethik der Medizin, in: Sass, H.M., a.a.O., S.307