

Medizin und Ökonomie

Stellungnahme der
Bioethikkommission

ethik

Medizin und Ökonomie

Stellungnahme der
Bioethikkommission

Wien, 2018

Geschäftsstelle der Bioethikkommission

Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt – Geschäftsstelle

1014 Wien, Ballhausplatz 2

www.bundeskanzleramt.at/bioethik

Impressum

Herausgeber: Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt – Geschäftsstelle

Ballhausplatz 2, 1014 Wien

Für den Inhalt verantwortlich: Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt

Grafische Gestaltung: BKA Design & Grafik

Druck: Digitalprintcenter des BM.I

Wien, 2018

Inhalt

Präambel	5
Thesen für die öffentliche Debatte	6
1 Methodische Herangehensweise	8
2 Der Kontext der Diskussionen	9
2.1 Gesundheit.....	9
2.1.1 Existenzielle Bedeutung von Gesundheit.....	9
2.1.2 Gesellschaftliche Bedeutung von Gesundheit.....	10
2.1.3 Reichweite des Gesundheitsbegriffs.....	10
2.1.4 Die professionelle Sorge um gesundheitliche Bedürfnisse.....	11
2.1.5 Gesundheitswesen.....	12
2.2 Ökonomie.....	13
2.2.1 Ökonomie.....	13
2.2.2 Ökonomisierung.....	14
2.2.3 Sozioökonomisch relevante Aspekte des Gesundheitswesens.....	15
2.3 Systemlogiken.....	16
2.3.1 Ökonomische Besonderheiten im Gesundheitswesen.....	16
2.3.2 Ambivalenz statt Antagonismus.....	17
3 Ethische Prinzipien	19
3.1 Respekt vor der Selbstbestimmung.....	19
3.1.1 Beispiel 1: Investition in Kommunikation.....	19
3.1.2 Beispiel 2: Investition in Gesundheitskompetenz – Kommunikation braucht Literacy.....	19
3.2 Nichtschaden.....	20
3.2.1 Beispiel 1: Sicherheitskosten.....	20
3.2.2 Beispiel 2: Verzicht auf nicht indizierte Maßnahmen.....	21

3.2.3 Beispiel 3: Unterversorgung.....	21
3.3 Wohltun.....	22
3.3.1 Beispiel 1: Behandlungsqualität.....	22
3.3.2 Beispiel 2: Kosteneffektivität.....	23
3.4 Gerechtigkeit.....	23
3.4.1 Beispiel 1: Fairer Zugang zu Gesundheitsleistungen.....	24
3.4.2 Beispiel 2: Gesundheitsgerechtigkeit.....	25
4 Zwei Stränge der Diskussion.....	26
4.1 Rationalisierung (Effizienz, Wirtschaftlichkeit).....	26
4.1.1 Begriffe.....	26
4.1.1.1 Effizienz.....	26
4.1.1.2 Wirtschaftlichkeit.....	27
4.1.1.3 Rationalisierung.....	28
4.1.2 Beispiel 1: Medizinischer Umgang mit Überversorgung (Choosing Wisely & Co.)	29
4.1.3 Beispiel 2: Ökonomischer Umgang mit Überversorgung (Lean Health Care).....	30
4.2 Rationierung (Allokation, Prioritätensetzung).....	31
4.2.1 Begriffe.....	31
4.2.1.1 Rationierung.....	31
4.2.1.2 Allokation.....	31
4.2.1.3 Prioritätensetzung.....	32
4.2.2 Allokationskriterien.....	33
4.2.3 Allokationsebenen.....	33
4.2.3.1 Makroebene: Gesellschaft.....	33
4.2.3.2 Mesoebene: Gesundheitssystem.....	34
4.2.3.3 Mikroebene: Krankenbett.....	35
4.2.4 Beispiel 1: Allokation mittels Kosten-Effektivitäts-Bewertungen.....	36
4.2.5 Beispiel 2: Allokation mittels Wartezeiten.....	38
Empfehlungen.....	39
Literaturverzeichnis.....	40
Mitglieder der Bioethikkommission für das Mandat 2017.....	48

Präambel

Die Mitglieder der Bioethikkommission haben im Jahr 2015 mit großer Zustimmung beschlossen, sich dem Thema »Medizin und Ökonomie« zu widmen. Dieser Entscheidung zu Grunde lag die zunehmend schwierige Frage der Verteilungsgerechtigkeit angesichts von Ressourcenknappheit, demografischer Entwicklung und Kommerzialisierungstendenzen. Die Diskussion startete mit der öffentlichen internationalen Veranstaltung »Medizin und Ökonomie – ein Tabu?« am 5. Oktober 2015.

Unsere Zeit ist dominiert von begrenzten Ressourcen und damit von Diskussionen über die Vermeidung von Verschwendung und über das Vorenthalten wünschenswerter Leistungen, zu denen beispielsweise Behandlungen, Medikamente, aber auch persönliche Betreuung zählen. In Zukunft werden wir alle vermehrt mit dieser Begrenztheit konfrontiert sein und uns den wirtschaftlichen Herausforderungen, die der medizinische Alltag und die dortigen Innovationen mit sich bringen, stellen. Alle Leistungserbringer im Gesundheitssystem werden vermehrt auf die Kosten, die ihre Entscheidungen verursachen, achten müssen. In einer Solidargemeinschaft tragen alle Akteure die Verpflichtung, mit den vorhandenen Ressourcen verantwortungsvoll zu agieren. Die ethischen Prinzipien wie das Wohltunsprinzip, das Nichtschadensprinzip, der Respekt vor der Autonomie des Patienten oder der Patientin und vor allem das Gerechtigkeitsprinzip und mit ihm Solidarität und Fairness sind für alle Entscheidungen, auch gesundheitsökonomische, zu bedenken.

Es ist jedem klar, dass – auch das beste – Gesundheitssystem nicht alle möglicherweise bloß marginal wirksamen medizinischen Behandlungen jedem Menschen zu jeder Zeit an jedem Ort unbegrenzt finanzieren und zukommen lassen kann. Medizin und Ökonomie sind jedoch keine Gegensätze, sondern müssen gemeinsam in die Entscheidungen einfließen. Für Bioethikkommissionen kann es keine Tabus geben: sie müssen sich den Fragen stellen, die durch die Weiterentwicklung der Lebenswissenschaften auf die Gesellschaft zukommen. Auch hier heißt »über alles reden« nicht »alles zuzulassen«, aber es bedeutet, die einzelnen Themen unter Beiziehung von Experten und Expertinnen zu beleuchten und zu erwägen und zu einem für alle Menschen guten Ergebnis zu kommen.

Die Bioethikkommission möchte durch eine solche ethisch verantwortungsbewusste Auseinandersetzung mit »Ökonomie und Medizin« dazu beitragen, unser öffentliches, solidarisches Gesundheitssystem zu stärken. In diesem Sinn hat sich die Bioethikkommission seit dem Beginn der Diskussion im Oktober 2015 über die Neubestellung im Juli 2017 hinaus diesem Gebiet gewidmet und schließt die Debatte mit den hier vorliegenden Empfehlungen im Februar 2018 ab.

Thesen für die öffentliche Debatte

Für viele Menschen hat es den Anschein, dass wirtschaftliche Überlegungen im Gesundheitswesen in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen haben. Damit einher gehen Auseinandersetzungen über Vorstellungen von »Gerechtigkeit«, »Fairness« oder »Solidarität«, die an grundlegende ethische Kategorien anknüpfen. Sowohl für den individuell betroffenen Menschen wie auch für das gesellschaftliche Zusammenleben sind solche Auseinandersetzungen um »Medizin und Ökonomie« essentiell.

Die Beschäftigung mit Fragestellungen in diesem Themenfeld stellt seit ihrem Beginn einen wichtigen Bestandteil der modernen Bioethik dar. Von der Ethik wird normative Orientierungshilfe für Fragen und Interessen erwartet, wobei einer mitunter empfundenen Macht des (ökonomisch) Faktischen etwas entgegengehalten werden soll, das die Ethik begründen möge.

Das vorliegende Dokument greift einige der wichtigsten Diskussionen aus dem Themenfeld »Medizin und Ökonomie« auf: die grundlegende Frage des Verhältnisses von Gesundheitswesen und Wirtschaft; die Anstrengungen um eine Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen; sowie die Problemstellung der Allokation begrenzter Ressourcen. Alle drei Debattenstränge weisen ethische Dimensionen auf, die aufgezeigt und zu deren Auseinandersetzung ethische Orientierungshilfen notwendig sind.

Die Bioethikkommission sieht ihren Auftrag darin, einen Beitrag zu einer reflexiven und differenzierten öffentlichen Debatte zu leisten, die über geläufige Stereotype und Frontstellungen hinausweist und den Entscheidungsträgern und Entscheidungsträgerinnen Möglichkeiten für Perspektivenwechsel aufzeigt. Das vorliegende Dossier soll dazu beitragen, wichtige Begriffe und Ausgangspositionen, die dieser Stellungnahme zugrunde liegen, zu klären.

1 Ökonomie ist ein wichtiges Prinzip des verantwortungsvollen Umgangs mit öffentlichen Ressourcen

Auch sie kann und muss dem Wohl einzelner Patienten und Patientinnen sowie der Gesellschaft dienen. Eine ökonomische Medizin ist nicht identisch mit einer Medizin, in der überschießende Kommerzialisierung nicht mehr dem Wohl von Patienten bzw. Patientinnen und Gesellschaft dient. Zudem bedeutet Medizin nach ökonomischen Prinzipien nicht eine Rationierung von Gesundheitsleistungen nach der »Kaufkraft« einzelner Patienten und Patientinnen; dies würde fundamentalen Gerechtigkeitsüberzeugungen widersprechen, wie sie für den entwickelten österreichischen Sozialstaat prägend sind. Die sozioökonomische Lage eines Menschen darf nicht determinieren, ob und welche Unterstützung er für die Erhaltung oder Wiederherstellung seiner Gesundheit erhält.

2 Enttabuisierung verbessert die Qualität der öffentlichen Diskussion

Sieht man ökonomische Überlegungen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit als eine Bedrohung für den solidarischen Sozialstaat an, so ist eine gängige Reaktion die mehr oder weniger stark ausgeprägte Tabuisierung des Themas. Über den alternativen Einsatz begrenzter Ressourcen im Gesundheitswesen diskutieren zu wollen, kann schnell als Tabubruch gewertet werden. Dies täuscht jedoch über eine implizit ohnedies stets vorhandene Wechselwirkung von Medizin und Ökonomie hinweg:

- Der sozioökonomische Status eines Menschen ist ein wesentlicher Einflussfaktor für seine Gesundheit. Daraus kann abgeleitet werden, dass Menschen mit niedrigerem sozioökonomischen Status mehr, nicht weniger, Unterstützung brauchen als jene mit höherem Status.
- Alle Beteiligten des Gesundheitssystems – Leistungserbringer und Leistungsbezieher – haben auch ökonomische Interessen. Diese sind legitim, sind aber dem Ziel einer qualitativ hochwertigen und solidarischen Gesundheitsversorgung unterzuordnen.

3 Das Thema »Medizin und Ökonomie« hat ethische Relevanz

Die ethische Relevanz des Themas ergibt sich aus mindestens zwei Gründen:

- Erstens geht es um Fragen von Bewertungen: Welchen Wert hat ein bestimmtes Gesundheitswesen? Wie können wir ein »Zuwenig« oder »Zuviel« an Medizin bewerten? Was brauchen einzelne Patienten und Patientinnen?
- Zweitens geht es um Fragen der Gerechtigkeit: Wie setzen wir unsere Ressourcen ein? Wie gehen wir mit dem Risiko von Diskriminierungen um?

Die zentrale ökonomische Herausforderung, vor der wir in allen Lebensbereichen stehen, lautet: Wie gehen wir damit um, dass unsere Ressourcen begrenzt sind? Auf diese Frage gibt es grundsätzlich drei Antwortmöglichkeiten, auch im Gesundheitssystem:

- Wir versuchen, unsere Ressourcen zu vermehren.
- Wir versuchen, unsere Ressourcen effizienter einzusetzen.
- Wir versuchen, unsere Ressourcen nur begrenzt einzusetzen.

4 Simple Ansätze bringen keine längerfristige Lösung

Entgegen einer simplen Entweder-Oder-Logik muss es um eine verantwortungsbewusste Arbeit mit allen drei Ansätzen gehen:

- Wir werden mehr Ressourcen für Gesundheit investieren müssen. Das heißt nicht automatisch, dass die derzeitigen Strukturen und Empfänger dieser Ressourcen auch in Zukunft mehr erhalten sollen.
- Wir werden die Ressourcen noch viel effizienter einsetzen müssen. Der möglichst sparsame Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel ist eine Frage der Verantwortung für alle, die gesundheitliche Hilfe benötigen. Gleichwohl müssen Effizienzsteigerungen stets mit einer Qualitätssicherung einhergehen.
- Wir werden über Allokationsentscheidungen ehrlich reden müssen. Schon heute wird die öffentliche Finanzierung einzelner wirksamer Gesundheitsleistungen punktuell ausgehöhlt. Ein offener gesellschaftlicher Diskurs kann subtile Rationierungen auf ihre Rechtfertigung hin prüfen.

1 Methodische Herangehensweise

Eine ethisch fundierte Auseinandersetzung mit Fragen aus dem Themenfeld »Medizin und Ökonomie« ist ohne Reflexion einiger grundlegender Begriffe, Methoden und Bezugspunkte nicht möglich. Die Ethik hat in diesem Zusammenhang einen Beitrag zu einer *reflexiven* und *differenzierten* öffentlichen Debatte zu leisten, die über geläufige Stereotype und Frontstellungen hinausweist und den Entscheidungsträgern und Entscheidungsträgerinnen Möglichkeiten für Perspektivenwechsel aufzeigt.

Die ethische Beurteilung von Fragen im Themenfeld »Medizin und Ökonomie« muss zwei Fehlschlüsse¹ vermeiden:

- Der *normativistische Fehlschluss* leitet aus moralischen Idealen unvermittelt Forderungen an das Handeln und Entscheiden ab, ohne auf die situativen und kontextuellen Faktoren, das faktisch in einer Situation Gegebene, einzugehen. So neigen viele Menschen zur Auffassung, »wenn man nur wolle, ließen sich solidarischere, gerechtere und andere Zustände erreichen.«² Solche Vorstellungen laufen Gefahr zu moralisieren, d.h. moralische Normen zu Forschungs- oder Gestaltungsprozessen zu erheben, ohne hinreichend auf den komplexen Kontext entsprechender Entscheidungsmöglichkeiten einzugehen. Mögliche Folgen können ungerechtfertigte Schuldzuweisungen, undurchführbare oder unzumutbare Forderungen, Forderungen mit konstraintentionalen Konsequenzen, Erosion von Institutionen und Moral, Wecken von nicht-realiserbaren Erwartungen und Anspruchshaltungen, Blockaden und Frontstellungen und eine Verschärfung gesellschaftlicher Konflikte sein.³
- Der *empiristische (ökonomistische) Fehlschluss* leitet im Gegensatz dazu aus den gegebenen Bedingungen unvermittelt Forderungen an das Handeln und Entscheiden ab, ohne auf normative Gesichtspunkte des (Ge-)Rechten oder des Guten (Werte, Ideale) einzugehen. Im Falle wirtschaftlicher Rahmenbedingungen kommt hierbei insbesondere Zahlen eine scheinbare Macht des Faktischen zu. Angesichts von volks- und betriebswirtschaftlichen Kennzahlen neigen viele Menschen zu der Annahme, *dass man nicht anders könne*, als sich für eine bestimmte Option zu entscheiden. Dabei wird nicht hinreichend bedacht, dass Entscheidungen, welche Kennzahlen Relevanz besitzen sollen, bzw. wie diese Kennzahlen zu definieren sind und welche Zielvorgaben für entwickelte Kennzahlen angenommen werden, allesamt normative, d.h. ethisch relevante Aspekte in sich tragen. Es wäre freilich wiederum ein normativistischer Fehlschluss, wollte man eine völlige Beliebigkeit in diesen Fragen annehmen. Umgekehrt wäre es aber ein empiristischer Fehlschluss, aus gegebenen Kennzahlen einfachhin zu schlussfolgern, dass es nicht anders ginge.

Eine ethische Reflexion zu Fragen aus dem Themenfeld »Medizin und Ökonomie« muss daher einerseits hinreichend kontextsensitiv sein, d.h. sie muss auf die Rahmenbedingungen der Entscheidungen in diesem Themenfeld eingehen; die ethische Reflexion muss andererseits das zur Auseinandersetzung beisteuern, was man sich zu Recht von ihr erwarten kann: normatives Orientierungswissen. Die Schlussfolgerungen, die sich aus der Zusammenschau von Anspruch (normative Ideale, Prinzipien, Werte) und Wirklichkeit (wirtschaftliche Zusammenhänge, medizin-fachliche Gegebenheiten) entwickeln, sollten aus ethischer Perspektive folgenden Anspruch anstreben: Urteile, Forderungen und Entscheidungen sind dann vernünftig begründet, wenn ihnen konsensfähige moralische Prinzipien zu Grunde liegen und sie die jeweils relevanten empirischen Bedingungen angemessen berücksichtigen.⁴

1 Suchanek (2007), *Ökonomische Ethik*, 30 f.

2 Suchanek (2014), *Ökonomische Ethik – Grundlagen und Empfehlungen*, 119.

3 Suchanek (2007), *Ökonomische Ethik*, 32 f.

4 Suchanek (2007), *Ökonomische Ethik*, 34.

2 Der Kontext der Diskussionen

Der Kontext der Diskussionen im Themenfeld »Medizin und Ökonomie« weist eine hohe Komplexität⁵ auf und ist daher in besonderem Maß von der Gefahr normativistischer Fehlschlüsse betroffen. Um urteils- und entscheidungsfähig zu bleiben, muss Komplexität allerdings reduziert werden.⁶ Dies geschieht sowohl in der Medizin als auch in der Ökonomie. Die Komplexitätsreduktion erfolgt im Wissen, nicht alle Aspekte einer Situation zu erfassen und unter Umständen auch Aspekte auszublenden, die für ein gut begründetes Urteil relevant sein könnten. Welche Aspekte als relevant für das Urteil oder die Entscheidung angesehen werden, ist eine ethische Frage, weil dadurch Wertungen vorgenommen werden.

2.1 Gesundheit

Keine ethische Debatte um den Zusammenhang von Medizin und Ökonomie kann ohne ein ausreichendes Verständnis der Begriffe »Gesundheit, Medizin, Gesundheitswesen« geführt werden.

2.1.1 Existenzielle Bedeutung von Gesundheit

Ausgangspunkt jeder ethischen Analyse im vorliegenden Themenbereich ist die existenzielle Bedeutung von Gesundheit. Ungeachtet der nicht abschließend zu klärenden Frage, was »Gesundheit« genau bedeutet (und was nicht)⁷, wird in der Ethik allgemein davon ausgegangen, dass Gesundheit zwar nicht als absolutes Gut des Menschen begründet werden kann, wohl aber ein fundamentales Ermöglichungsgut für viele Lebensvollzüge ist. Diese existenzielle Bedeutung von Gesundheit wird vielfach erst dann bewusst, wenn es zu Einschränkungen der Gesundheit kommt.

Die Gesundheit des Menschen ist zeit seines Lebens fragil. Dieser grundsätzlichen Vulnerabilität unterliegen alle Menschen. Bei manchen wird sie bereits sehr früh im Leben deutlich (z. B. bei angeborenen Erkrankungen), bei manchen bricht sie unvermittelt ins Leben ein (z. B. bei einem Unfall), andere lernen mit ihr ein Leben lang bewusst umzugehen (z. B. bei chronischen Erkrankungen), wieder andere merken sie langsam, aber unaufhaltsam zunehmen (z. B. bei einer altersbedingten Gebrechlichkeit).

Aus ethischer Perspektive kann in dieser allgemeinen Vulnerabilität des Menschen eine gemeinsame Betroffenheit von der existenziellen Bedeutung der Gesundheit erkannt werden. Mit anderen Worten: Gesundheit und Krankheit sind niemals Phänomene, die einen isolierten Menschen allein betreffen, sondern Phänomene, die alle gemeinsam angehen. Aus dieser gemeinsamen Betroffenheit kann eine gemeinsame, solidarische⁸ Verantwortung für die Bewältigung der Herausforderungen im Zusammenhang mit Gesundheit abgeleitet werden.

5 Luhmann (1980), *Komplexität*.

6 Eine neue Form der Bewältigung von Komplexität eröffnet sich mit Big-Data-Anwendungen, die auch zunehmend für gesundheitsökonomische Analysen und Steuerungsversuche eingesetzt werden; vgl. Deutscher Ethikrat (2017), *Big Data und Gesundheit*, 68, 71, 108.

7 Die oft angeführte, aber ebenso oft kritisierte Definition der WHO lautet z. B. »Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.« WHO (1948), *Concept of Health*; Schmidt (2010), *Gesundheit*.

8 Jennings & Dawson (2015), *Solidarity*; Prainsack & Buyx (2016), *Solidaritätsprinzip*.

2.1.2 Gesellschaftliche Bedeutung von Gesundheit

Die gemeinsame Betroffenheit von und Verantwortung für die Gesundheit setzt sich konsequenterweise auf gesellschaftlicher Ebene fort. In ethischer Perspektive wurde ein gesellschaftlich institutionalisiertes Gesundheitswesen als Ausdruck der »Wohlgeordnetheit«⁹ oder »Anständigkeit«¹⁰ charakterisiert, kurzum als Zeichen einer gerechten Gesellschaft.

Dass Menschen mit ihren gesundheitlichen Problemen nicht alleine gelassen werden, hängt allerdings nicht allein mit der gemeinsamen existenziellen Betroffenheit zusammen, sondern auch mit kollektiven Interessen an einem funktionierenden gemeinsamen Gesundheitswesen. Die gesellschaftliche Bedeutung eines funktionierenden Gesundheitswesens für alle Menschen ergibt sich unter anderem aus einem Interesse an sozialem Frieden und gesellschaftlicher Stabilität; und sie wird gefördert von wirtschaftlichen Interessen (Minimierung der Krankheitslast in der Bevölkerung, aber auch Versorgung von kranken Menschen). Es sollte also im *Eigeninteresse* jedes Akteurs liegen, ein effektives und effizientes Gesundheitswesen für die gesamte Bevölkerung aufrechtzuerhalten.

2.1.3 Reichweite des Gesundheitsbegriffs

Wengleich sich also vernünftige (d.h. verallgemeinerungsfähige) und rationale (d.h. dem Eigeninteresse geschuldete) Gründe dafür anführen lassen, dass die Sorge um die Gesundheit jedes Gesellschaftsmitglieds eine gemeinsame Aufgabe ist, so ergeben sich im Zusammenhang mit ökonomischen Erwägungen schwerwiegende Herausforderungen aus der Frage nach der Reichweite des Gesundheitsbegriffs.

Eine gerechte Sorge um gesundheitliche Bedürfnisse setzt nämlich voraus, dass ein Konsens darüber besteht, welche gesundheitlichen Bedürfnisse als gerechtfertigt angesehen werden, also einen Bedarf ergeben. Neben altbekannten Erkrankungen, deren Auftreten zum Beispiel mit dem demografischen Wandel (mehr Menschen in höherem Alter) zunimmt und dadurch mehr Bedarf begründet, kommen Zustände hinzu, bei denen sich die Frage stellt, ob bzw. ab wann eine behandlungsbedürftige Krankheit vorliegt. Darüber hinaus verlagert sich der Krankheitsbegriff teilweise zeitlich nach vorne: durch erweiterte Möglichkeiten der prädiktiven Medizin rücken Dispositionen und Zustände in den Radius des Krankheitsbegriffs, die zuvor nicht dort angesiedelt waren. Damit verbunden wird in vielen Fällen ein Bedarf an z. B. engmaschigerer Vorsorge, Diagnostik und präventiver Behandlung, um die ungleichen biologischen Voraussetzungen der Menschen (»Lotterie der Gene«) auszugleichen.

Bei all diesen Aspekten bleibt weithin ausgeblendet, dass Gesundheit nicht nur von medizinisch vorhersagbaren, diagnostizierbaren und behandelbaren Faktoren abhängt, sondern – über weite Strecken – von sozioökonomischen Einflüssen (»soziale Lotterie«) wie Bildung, Sicherheit, Arbeit, Einkommen, Wohnverhältnissen etc.¹¹ Insofern kommt die Medizin, wie wir sie derzeit definieren, in vielen Fällen zu spät, dann aber mit einem hohen Bedarf. Daran werden auch Ansätze einer individualisierten (personalisierten) Medizin¹² so lange nichts ändern können, als die sozioökonomischen Lebensverhältnisse von Menschen das Verständnis und die Inanspruch-

9 Rawls (1975), *Theorie der Gerechtigkeit*.

10 Margalit (1996), *The Decent Society*.

11 Marmot (2015), *Health Gap*.

12 Deutscher Ethikrat (2013), *Personalisierte Medizin*; Holgate, Palotie, et al. (2012), *Personalised Medicine for the European Citizen*.

nahme möglicher Ansätze der individualisierten Medizin erschweren. Diesem Faktum versucht die WHO mit der »Health in All Policies«-Strategie gerecht zu werden.¹³

Letztlich muss aus ethischer Perspektive in Hinblick auf das Gesundheits- bzw. Krankheitsverständnis auch hinterfragt werden, inwieweit die gesundheitlichen Bedürfnisse und der vordergründig dazu festgestellte Bedarf auf einer falschen Hoffnung basieren, nämlich dem Glauben, *jede* medizinische Versorgung sei gerechtfertigt und notwendig, um Krankheiten, Gebrechen und damit verbundenes Leiden *endgültig* zu eliminieren.¹⁴ Eine solche Sichtweise würde die grundlegende Kontingenz des menschlichen Lebens negieren und die Gefahr einer »Gesundheitsideologie« befördern, der alle anderen Aspekte eines guten Lebens unterzuordnen wären.

2.1.4 Die professionelle Sorge um gesundheitliche Bedürfnisse

Die professionelle Sorge um gesundheitliche Bedürfnisse wird häufig auf den Begriff »Medizin« konzentriert. Dabei muss bedacht werden, dass es sich hierbei um ein Zusammenwirken unterschiedlicher Professionen und Fachgebiete handelt, deren Ausdifferenzierung zunimmt und die Komplexität damit weiter erhöht.

Um Gerechtigkeitsfragen in der Medizin hinreichend beantworten zu können, ist es notwendig (aber nicht ausreichend), die Frage nach den Zielen der Medizin zu diskutieren.¹⁵ Die klassischen Ziele – Gesundheit fördern; Gesundheit erhalten; Gesundheit wiederherstellen; Leiden lindern – haben nach wie vor Gültigkeit. Doch schon innerhalb dieser etablierten Ziele wird in Hinblick auf ökonomische Entscheidungen deutlich, dass das Ziel »Gesundheit wiederherstellen« einen überragenden Stellenwert einnimmt, was zuweilen kritisiert wird. Die Komplexität steigt, wenn die Grenzen der klassischen Ziele der Medizin erweitert werden. Medizinische Leistungen, die mit Schlagwörtern wie »Lifestyle-Medizin«¹⁶ oder »Enhancement«¹⁷ verbunden werden, werden meist nicht im Bereich der gemeinsamen gesellschaftlichen Verantwortung gesehen, obwohl die Abgrenzungen nicht immer einfach zu treffen sind. Zusätzlich werden derartige Leistungen in einem hohen Maß von Menschen mit einem hohen sozioökonomischen Status in Anspruch genommen, da andere nicht über die notwendigen Ressourcen verfügen. Doch unabhängig von der Frage, ob solche medizinische Leistungen von einem öffentlichen Gesundheitssystem getragen werden sollen, haben sie eine Auswirkung auf das Selbstverständnis der Gesundheitsberufe und das Verhältnis zu ihren Patienten und Patientinnen bzw. Klienten und Klientinnen. Mit dem Wandel in den Zielen der Medizin verändert sich auch das Selbstverständnis der Gesundheitsberufe, die Erwartungshaltung der Öffentlichkeit und die damit zusammenhängenden Entscheidungen über die Gestaltung und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Ein mit dem Selbstverständnis der Gesundheitsberufe zusammenhängender Begriff ist das in der Medizin artikulierte Ethos. Zu diesem Ethos wird unter anderem gezählt: eine gewisse Gemeinwohlverantwortung; eine Priorisierung der Patientenbedürfnisse über eigene Präferenzen; sowie eine Verantwortung für Schadensminimierung und Nutzenmaximierung für den konkreten Patienten bzw. die konkrete Patientin.¹⁸

13 Gesundheit Österreich GmbH (2012), *Health in All Policies*; Kickbusch & Buckett (2010), *Health in All Policies*.

14 Callahan (1998), *False Hopes*.

15 Callahan (1996), *Goals of Medicine*; Hanson & Callahan (1999), *Goals of Medicine*.

16 Radlingmayr (2009), *Grenzen des Krankenbehandlungsanspruchs*; Engelhart (2014), *Lifestyle-Medizin*.

17 Eberbach (2008), *Verbesserung des Menschen*.

18 Vgl. ABIM, American College of Physicians – American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM), et al. (2002), *A Physician Charter*; Karsch (2015), *Zwischen Markt und Moral*, 79.

Inwieweit ein solches Ethos der Gesundheitsprofessionen heute noch maßgeblich ist und dadurch das Gesundheitswesen von anderen Systemen unterscheidet, wird international kontrovers diskutiert.¹⁹ Aus ethischer Perspektive ist ein emphatisch vertretenes Ethos stets ideologiekritisch zu hinterfragen. Nicht selten verbirgt sich hinter der Ankündigung, »Schutzherr« der Patienteninteressen zu sein, vornehmlich eine Haltung, eigene Interessen zu wahren. Dennoch muss auch bei kritischer Betrachtung konstatiert werden, dass das Gesundheitswesen nach wie vor über weite Strecken von Angehörigen der Gesundheitsberufe geprägt ist, die einem hohen sozialen Ethos verbunden sind.

Für viele Akteure im Gesundheitswesen erscheint dieses Ethos unvereinbar mit ökonomischen Überlegungen zu sein. Dies würde allerdings voraussetzen, dass Angehörige von Gesundheitsberufen *keine* ökonomischen Interessen haben dürfen – was weder der Fall ist, noch abverlangt werden kann. Denn zum Verständnis von Profession gehört seit jeher auch die Annahme, dass die erbrachten Leistungen ein Honorar rechtfertigen.

2.1.5 Gesundheitswesen

Unter »Gesundheitswesen« wird ein soziales System verstanden, welches sein Ziel darin hat, die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern, zu erhalten, wiederherzustellen und krankheitsbedingtes Leiden zu lindern, auch wenn eine Wiederherstellung der Gesundheit nicht möglich ist.

Das Gesundheitswesen ist ein soziales System mit zahlreichen Akteuren mit bestimmten individuellen Interessen (»Stakeholder«). In der öffentlichen Artikulation wird in aller Regel der Patient bzw. die Patientin als zentraler Stakeholder angesehen.²⁰ Hierfür lassen sich ethische Argumente anführen, vor allem jenes, wonach der Patient bzw. die Patientin sich aufgrund seiner bzw. ihrer Erkrankung in einer besonders vulnerablen Position befindet und daher die in unserer Gesellschaft hoch bewerteten Güter der Gesundheit und des Lebens potenziell auf dem Spiel stehen. Ein ethischer Grundsatz könnte daher lauten: Ökonomische Überlegungen im Gesundheitswesen haben den zentralen Stakeholder – den Patienten, die Patientin – in ihren Mittelpunkt zu stellen.

Bei einer ethisch fairen Analyse darf allerdings nicht negiert werden, dass es neben dem Patienten bzw. der Patientin auch andere Stakeholder mit berechtigten Interessen gibt. Zu ihnen gehören unter anderem: die im Gesundheitssystem Tätigen (selbstständig oder angestellt); die dem Gesundheitssystem Lieferenden (z. B. pharmazeutische Industrie, Medizinproduktehersteller, Verbrauchsgüter- und Lebensmittelerzeuger); die das Gesundheitssystem Finanzierenden (Sozialversicherung, Gebietskörperschaften bzw. Beitrags- und Steuerzahler, private Krankenversicherungen); die das Gesundheitswesen Erhaltenden (öffentliche und private Träger); die am und im Gesundheitswesen Forschenden (Universitäten und außeruniversitäre Einrichtungen); die das Gesundheitswesen Regulierenden (Bund, Länder, EU, Berufsgruppen).

Innerhalb dieser Stakeholder ist die Interessenlage nicht immer gleich ausgerichtet. *Alle* Stakeholder haben allerdings (neben anderen) *auch* ökonomische Interessen am Gesundheitssystem, selbst die Patienten bzw. Patientinnen: Sie befinden sich in einer vielschichtigen Interessenlage. Als Kranke möchten sie möglichst effektive und effiziente Hilfe bei ihren gesundheitlichen Problemen. Als Angehörige möchten sie die womöglich finanzielle Belastung der Versorgung für ihre Familie möglichst erfüllbar halten. Als Beitrags- und Steuerzahler möchten sie eine möglichst geringe Abgabenquote auf ihr Einkommen.

19 Freidson (1970), *Profession in Medicine*; Freidson (2001), *Professionalism*.

20 Deutscher Ethikrat (2016), *Patientenwohl*.

Aus ethischer Perspektive lässt sich vor dem Hintergrund dieser komplexen Stakeholder-Landschaft im Gesundheitswesen Folgendes festhalten: Es wäre unehrlich zu behaupten, dass es im Gesundheitswesen einen Stakeholder gäbe der *kein* ökonomisches Interesse an diesem System hätte. Schon allein aus diesem Grund ist der Hinweis auf ökonomische Implikationen im Gesundheitswesen keine *unethische* Vorgehensweise, sondern Voraussetzung dafür, sich kritisch mit diesen Implikationen auseinanderzusetzen. Normativ-ethisch kann und soll davon ausgegangen werden, dass bei allen ökonomischen Überlegungen die Interessen des Patienten bzw. der Patientin an ihrer Gesundheit im Zentrum stehen müssen. Dies begründet allerdings nicht eine Sichtweise, wonach dort, wo es um Interessen des Patienten bzw. der Patientin geht, ökonomische Überlegungen keinen Platz haben dürfen – und zwar nicht zuletzt deshalb, weil es sich *auch* um Interessen des Patienten bzw. der Patientin selbst handelt.

2.2 Ökonomie

Parallel zur Auseinandersetzung mit grundlegenden Vorstellungen zu den Konzepten und Begriffen wie Gesundheit, Medizin und Gesundheitswesen bedarf es für eine ethische Urteilsbildung einer Beschäftigung mit ökonomischen Begriffen.

2.2.1 Ökonomie

Unter »Ökonomie« wird klassischerweise ein soziales System verstanden, welches darauf fokussiert, die Akteure anzuleiten, die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen in Hinblick auf bestimmte Ziele möglichst rational einzusetzen.

Ein zentrales Bestreben der Ökonomie ist damit die »Wirtschaftlichkeit« menschlichen Handelns; darunter wird die effiziente Allokation der Ressourcen verstanden. Der Effizienzgedanke bedeutet, in einem ersten Sinn: festgelegte Ziele sollen mit möglichst geringem Ressourcenaufwand erreichbar sein. Eine solche Vermeidung von Verschwendung stellt einen auch im Gesundheitswesen weithin geteilten, ethisch argumentierbaren Orientierungspunkt dar.²¹ Doch auch hier stecken im Detail ethisch relevante Fragen, insbesondere: Was zählt zu »Verschwendung«? Der Effizienzgedanke kann, in einem zweiten Sinn, noch etwas anderes bedeuten: aus vorhandenen Ressourcen soll ein bestmögliches Ergebnis erreicht werden. Legt man Wirtschaftlichkeitsüberlegungen ausschließlich diese Perspektive zu Grunde, so bleibt dabei die Frage offen, welchen Qualitätskriterien das Ergebnis genügen muss. – Diese Problematik spielt daher im Zusammenhang mit Rationalisierungsansätzen im Gesundheitswesen eine ethisch relevante Rolle (siehe unten, Abschnitt 4.1).

Gegenüber dem klassischen, auf Knappheit und daraus resultierenden Wirtschaftlichkeitsanforderungen fokussierenden Verständnis von Ökonomie ist gerade in Hinblick auf gesellschaftsrelevante Einrichtungen wie das Gesundheitswesen noch auf ein erweitertes Ökonomieverständnis hinzuweisen. Demnach geht es in der Ökonomie um »Möglichkeiten und Probleme der gesellschaftlichen Zusammenarbeit zum gegenseitigen Vorteil.«²² Dieser Ansatz sieht das Grundproblem der Ökonomie nicht in der technischen Frage der Effizienz, sondern in der sozialen Frage der Systemgestaltung. Die Knappheit wird in dieser Sichtweise nicht negiert,

21 ZEK-BÄK (2013), *Berufsethos und Ökonomisierung*, A1753; Brody (2012), *Ethics of Waste Avoidance*.

22 Homann & Suchanek (2005), *Ökonomik*, 4.

aber sie wird als eine Situation verstanden, in der Menschen um knappe Güter miteinander in einen Konflikt geraten können oder aber kooperieren, um sich gegenseitig besserzustellen.

Für den Sozialstaat europäischer Prägung scheint diese Sichtweise auf Ökonomie die adäquatere zu sein als eine, die Ökonomie auf bloß rechnerische bzw. technische Aspekte reduziert. Das Gesundheitswesen ist vor diesem Hintergrund eine Institution, die eine gesellschaftliche Zusammenarbeit zum gegenseitigen Vorteil der Stakeholder gewährleisten soll. Ein Auseinanderdividieren, Ab- und Ausgrenzen einzelner Stakeholder mit dem Argument, diese müssten in ihren Ansprüchen zurücktreten, damit andere mehr hätten, greift in dieser Betrachtungsweise von Ökonomie zu kurz, weil damit von einem bloßen Nullsummenspiel ausgegangen wird, aber nicht von einem Mehrwert durch gesellschaftliche Kooperation.

2.2.2 Ökonomisierung

Wenn von einer »Ökonomisierung« des Gesundheitswesens gesprochen wird, so soll damit zum Ausdruck gebracht werden, dass die Integrität der Sphäre »Gesundheitswesen« durch die Eigenlogik der Sphäre »Ökonomie« verändert wird.²³ Mit »Ökonomisierung«²⁴ wird, vereinfacht ausgedrückt, der Einzug ökonomischer Überlegungen in das Gesundheitswesen beschrieben, wobei angenommen wird, dass solche Überlegungen dem Gesundheitswesen zuvor fremd gewesen seien. Die Bandbreite der konstatierten »Ökonomisierung« kann weit gestreut sein. So werden darunter etwa folgende Phänomene subsumiert:

- Redeweisen von »Gesundheitsmarkt«, »Gesundheitsdienstleistung« etc.
- Bildung von Gesundheitseinrichtungen in Form von Kapitalgesellschaften mit einhergehenden Expansionen, Übernahmen, Konzernstrukturen etc.
- Angebote von privat zukaufbaren Gesundheitsleistungen (z. B. Wahlarztsystem, Over-the-counter Arzneimitteln)
- Kostendämpfungsansätze im öffentlichen Gesundheitssystem (z. B. gedeckelte Budgets)
- Kosten-Effektivitäts-Kalkulationen von medizinischen Behandlungen (z. B. im Rahmen von Arzneimittelzulassungen)
- Leistungsorientierte Anreizsysteme (z. B. Bonuszahlungen in ärztlichen Arbeitsverträgen)
- Entwicklung von zweckrationalen Arbeitsprozessen (z. B. klinische Behandlungspfade)

Manche dieser Phänomene sind für die tradierte Eigenlogik des Gesundheitswesens tatsächlich relativ neu und entstammen einer anderen, der ökonomischen Systemlogik. So ist zum Beispiel die Verhaltensbeeinflussung mittels leistungsorientierter Anreizsysteme ein typischer Mechanismus, der dem Bild des »homo oeconomicus« entspringt. Andere Phänomene hingegen, die ebenfalls unter »Ökonomisierung« subsumiert werden, sind eine Veränderung innerhalb der Eigenlogik des Gesundheitswesens. So gab es zum Beispiel schon immer im öffentlichen Gesundheitssystem auch ökonomische Überlegungen und Verhaltensweisen, um mit zur Verfügung stehenden Ressourcen rational umzugehen. Was sich aber verändert hat, sind die hierzu heute eingesetzten Instrumente, wie etwa Zielvereinbarungen mit entsprechender Budgetverantwortung vor Ort.

Die Vielschichtigkeit der »Ökonomisierung« im Gesundheitswesen kann dadurch erklärt werden, dass die zwei Systemlogiken von Gesundheitswesen und Ökonomie zwar nicht deckungsgleich sind, es aber sehr wohl Überlappungen gibt, in denen das Gesundheitswesen Aspekte der ökonomischen Eigenlogik in sich trägt. Dies hängt nicht zuletzt auch damit zusammen, dass

23 Walzer (1983), *Spheres of Justice*.

24 Schimank & Volkmann (2008), *Ökonomisierung der Gesellschaft*.

das moderne Gesundheitswesen stark naturwissenschaftlich geprägt ist, und die Naturwissenschaften ähnlich der Ökonomie einem zweckrationalen Paradigma folgen, welches anderen Bereichen des Gesundheitswesens, die viel stärker einer Sorge-Logik (*care*) folgen, relativ fremd ist. In diesen Bereichen ist es wiederum hilfreich, die Ökonomie nicht auf technische Zweckrationalität zu beschränken, sondern in ihr das Bemühen um Kooperationschancen zu sehen.

Eine besondere Facette der Ökonomisierung stellt schließlich die »Kommerzialisierung«²⁵ dar. Bei der Kommerzialisierung wird der wichtigste Zweck des rationalen Handelns im monetären Wert gesehen. Eine Kommerzialisierung des Gesundheitswesens würde dementsprechend darauf abzielen, es so zu gestalten, dass die dabei eingesetzten Ressourcen möglichst weitgehend in monetären Werten abgebildet (»ausgepreist«) und diese monetären Werte maximiert werden können (Gewinnmaximierung). Diese Kommerzialisierungslogik scheint aber für das Gesundheitswesen ethisch besonders fragwürdig zu sein.²⁶ Viele Aspekte des Gesundheitswesens, so die Kritik, lassen sich nicht in monetären Werten ausdrücken, ohne dass ihr ethischer und sozialer Wert dabei verloren geht.²⁷ Durch Kommerzialisierung treten andere Normen in den Vordergrund (z. B. Messbarkeit, Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung) als jene, die in nicht so stark kommerzialisierten Beziehungen maßgeblich sind (z. B. Hilfsbereitschaft, Selbstverpflichtung), und formen das Verhalten der Akteure.²⁸

Für die ethische Beurteilung des Geldes im Gesundheitswesen ist daher ein gradueller Unterschied relevant: Prinzipiell spielte das Geld im Gesundheitswesen immer eine Rolle; graduell ist es aber dadurch wichtiger geworden, dass es heute Stakeholder im System gibt, die ihre Interessen *primär* durch eine finanzielle Gewinnbeteiligung definieren. Ökonomisch gesprochen steht für diese Akteure das Formalziel (Gewinnmaximierung) über dem Sachziel (Gesundheitsversorgung). Dieser Grad der Kommerzialisierung ist mit der sozialetischen Bedeutung des Gesundheitswesens nicht vereinbar.

2.2.3 Sozioökonomisch relevante Aspekte des Gesundheitswesens

Für ein basales Verständnis der Handlungsbedingungen im Gesundheitswesen ist es notwendig, sich folgende sozioökonomisch relevanten Aspekte, welche die Entwicklungen im Gesundheitswesen bestimmen, vor Augen zu führen:²⁹

- Medizintechnologische Entwicklungen (diagnostische und therapeutische Möglichkeiten)
- Gesellschaftliche Entwicklungen (Demografie, Bevölkerungspräferenzen, Lebensstil)
- Allgemeine wirtschaftliche Entwicklungen (Beitrags- bzw. Steueraufkommen, Kaufkraft)
- Regulatorische Entwicklungen (Qualitätssicherungssysteme, Leitlinien, Finanzierungs- und Anreizsysteme)

Fest steht, dass es keine monokausalen Einflussfaktoren auf die ökonomische Entwicklung des Gesundheitswesens gibt. Vielfach ist sogar nicht gänzlich geklärt, inwieweit isolierte Kausalitätszusammenhänge bestehen (z. B. in Hinblick auf eine angebotsinduzierte Nachfrage). Dennoch ist Folgendes klar: »Mit zunehmendem Wohlstand, zunehmender individueller Freiheit und mehr Wahlmöglichkeiten aufgrund von Innovationen steigt oft auch die (relative) Knappheit.«³⁰

25 Kettner & Loer (2011), *Ökonomisierungsprozesse*.

26 Karsch (2015), *Zwischen Markt und Moral*; Raspe (2016), *Indikationsstellung in der klinischen Medizin*, 248.

27 Sandel (2012), *Was man für Geld nicht kaufen kann*.

28 Gneezy & Rustichini (2000), *A Fine is a Price*.

29 Zerth (2015), *Ökonomische Rahmenbedingungen und medizinische Indikation*.

30 Suchanek (2014), *Ökonomische Ethik – Grundlagen und Empfehlungen*, 112.

Mehr und effizientere Möglichkeiten im Einzelnen (z. B. hinsichtlich einer Behandlungsmethode) erhöhen oftmals die systemischen Kosten durch vermehrte Anwendung.

Die Entscheidungsträger im Gesundheitswesen stehen vor diesem Hintergrund vor der Herausforderung, mehreren, miteinander nicht vollständig zu vereinbarenden Zielsetzungen gerecht werden zu müssen:³¹ (1) den medizinischen Möglichkeiten, (2) ihrer Qualität, (3) ihrer Finanzierbarkeit und (4) ihrer fairen Zugänglichkeit. Schon die Ziele (1) und (2) können miteinander in Spannung stehen, wenn die Vielfalt medizinischer Möglichkeiten, die heute verfügbar ist, mit ausreichenden Qualitäts- und Sicherheitsstandards versehen werden soll. Je höher die Barrieren aufgrund von Ziel (2), desto eingeschränkter das Ziel (1). Ziele (1) und (2) können wiederum in Spannung zu Ziel (3) stehen, denn nicht alles, was qualitätsgesichert möglich ist, ist auch ohne weiteres finanzierbar. Ziel (4) schließlich bedeutet in einem öffentlichen Gesundheitswesen, dass der Zugang zu medizinischen Angeboten ohne Diskriminierung sichergestellt sein muss. Dies steht mitunter in Spannung zu verschiedenen Zugangsmöglichkeiten, zum Beispiel je nach Versicherungsstatus, sozialem Status, Wohnort oder sozioökonomischem Hintergrund.

2.3 Systemlogiken

Aus den bisherigen Überlegungen wird deutlich, dass sowohl dem Gesundheitswesen als auch der Ökonomie ethische Fragestellungen immanent sind: Zum einen handelt es sich um *soziale* Systeme, das heißt von Menschen gestaltete, für die deshalb eine ethische Verantwortlichkeit besteht. Zum anderen wird in beiden Systemen über großteils hoch bewertete Güter entschieden, wofür ebenfalls eine entsprechende ethische Verantwortlichkeit besteht. Das Gesundheitswesen und die Ökonomie folgen jedoch jeweils eigenen Systemlogiken, die teilweise anschlussfähig sind (zusammenpassen), teilweise nebeneinander wirken und teilweise zu gegenteiligen Urteilen und Entscheidungen führen.

2.3.1 Ökonomische Besonderheiten im Gesundheitswesen

Einige Aspekte der herkömmlichen ökonomischen Logik, die beispielsweise im Kontext von Industriegütern plausibel erscheinen weisen im Gesundheitswesen Besonderheiten auf:³²

- Die Annahme, dass Konsumenten und Konsumentinnen Güter rational nach Nutzen-Kosten-Erwägungen auswählen, ist auf die Nachfrage von Patienten und Patientinnen nach Gesundheitsleistungen nicht übertragbar, weil die Nachfrage vielmehr durch medizinische Informationen, Erziehung und soziale Gewohnheiten beeinflusst wird.
- Krankheit verändert die Präferenzen von Menschen. Plötzlich werden zuvor vernachlässigte Werte nahezu unendlich wichtig. Ökonomen und Ökonominen ist es nicht möglich, diese Veränderungen in den Präferenzen zu modellieren; stattdessen wird vereinfacht von gegebenen Präferenzen ausgegangen.
- Das Modell der Konsumentensouveränität³³ greift im Gesundheitswesen zumeist nicht, weil es sich zwischen Patient bzw. Patientin und Arzt bzw. Ärztin um eine deutlich asymmetrische Beziehung in Hinblick auf die Situationseinschätzung handelt.

31 Eiff (2014), *Ziele einer medizinischen, ökonomischen und ethischen Reflexion*, 7.

32 Schulenburg & Greiner (2007), *Gesundheitsökonomik*, 8, 108 f.

33 Das Modell der Konsumentensouveränität geht u. a. davon aus, dass der Kunde bzw. die Kundin über seine bzw. ihre Präferenzen vollständig Bescheid weiß, alle Informationen zur Verfügung hat und danach rational entscheidet.

- Gesundheitsleistungen zeichnen sich durch ein besonders intensiv ausgeprägtes Uno-actu-Prinzip aus, d. h. die Leistung kommt nur zustande, wenn Arzt bzw. Ärztin und Patient bzw. Patientin zusammenwirken – und zwar in vielen Fällen unter ausgeprägter Unsicherheit und Komplexität der Krankheitssituation. Hierfür bedarf es in der Regel einer weitaus höheren Kompetenz der Patienten und Patientinnen (health literacy³⁴), als dies in herkömmlichen Marktsituationen nötig ist.
- Weitere asymmetrische Beziehungen bestehen zwischen Versicherten und Versicherungen sowie zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern, die zu einem Marktversagen aufgrund von Moral Hazard³⁵ und Adverser Selektion³⁶ führen können.
- Das Gesundheitssystem ist mit gesellschaftsrelevanten »externen Effekten« konfrontiert. Im positiven Sinn führen diese Externalitäten dazu, dass Leistungen des Gesundheitssystems (z. B. Impfungen) dem gesellschaftlichen Gemeinwohl zugutekommen, ohne dass das Gesundheitssystem diese positiven externen Effekte »in Rechnung stellen« könnte. Im negativen Sinn führen die Externalitäten dazu, dass das Gesundheitssystem mit einer gesellschaftlich bedingten Krankheitslast (z. B. durch Umweltschäden) fertig werden muss, auf die es nur partiell Einfluss nehmen kann. Solche Externalitäten führen üblicherweise dazu, dass Güter und Dienstleistungen öffentlich finanziert werden, da sie von Privaten nicht kostendeckend erbracht werden können.
- In manchen systemrelevanten Bereichen des Gesundheitswesens herrscht eine monopolartige Anbieterdominanz, sodass für bestimmte Leistungen nur ein Anbieter verfügbar ist (z. B. hinsichtlich patentgeschützter Medikamente oder Medizinprodukte).

Diese und weitere Besonderheiten bedeuten nicht, dass ökonomische Zusammenhänge, die aus anderen Lebensbereichen bekannt sind, völlig irrelevant wären. Es bedarf aber einer weitaus differenzierteren gesundheitsökonomischen Analyse, als dies in simplifizierenden Übertragungen ökonomischer Vorstellungen von anderen Lebensbereichen auf das Gesundheitswesen mitunter der Fall ist.

2.3.2 Ambivalenz statt Antagonismus

Eine ökonomische Ethik, die sich mit Fragen des Gesundheitswesens auseinandersetzt, sollte vor dem Hintergrund der bisher skizzierten Komplexität nicht der Versuchung einfach gestrickter Antagonismen von Medizin und Ökonomie einerseits bzw. Ethik und Ökonomie andererseits aufsitzen.³⁷ Erstens ist nicht alles, was ethisch zu Recht im modernen Gesundheitswesen kritisiert werden kann, auf ökonomische Einflüsse zurückzuführen, sondern wurzelt beispielsweise auch in tradierten Standesvorstellungen, in einer forensisch bedingten Defensivmedizin oder einfach in mangelndem medizinischen Fachwissen. Zweitens ist nicht alles, was im Gesundheitswesen tatsächlich auf ökonomische Einflüsse zurückzuführen ist, ethisch kritikwürdig; vielfach tragen ökonomische Ansätze gerade dazu bei, das Patientenwohl zu verstärken, indem beispielsweise eine nachhaltige Finanzierung oder effizientere Behandlungsabläufe sichergestellt werden.

34 Sørensen, Van den Broucke, et al. (2012), *Health literacy and public health*.

35 Beim Moral Hazard haben Akteure den Anreiz, risikoerhöhendes Verhalten zu setzen, weil sie ohnedies versichert oder finanziert sind. Der Versicherer bzw. Finanzierer verfügt nicht über ausreichende Informationen, um das Moral-Hazard-Verhalten verursachergerecht einzupreisen. Dadurch erhöhen sich die Kosten für alle Beteiligten, was letztlich zu einem Marktversagen führen kann.

36 Bei Adverser Selektion ziehen sich Anbieter hoher Qualität teilweise oder vollständig aus dem Markt zurück, weil die Nachfrager die Qualitätsunterschiede zwischen besseren und schlechteren Leistungen nicht erkennen können, sondern sich unter der Annahme, dass es sich bei allen Anbietern um eine durchschnittlich gleiche Qualität handle, lediglich an den Kosten orientieren und das günstigere Angebot wählen.

37 Kettner (2015), *Spannungen zwischen Medizin und Ökonomie*.

Eine ethische Bewertung von ökonomischen Einflüssen im Gesundheitswesen hat damit die Ambivalenz anzusprechen und offenzuhalten, die sich aus einer verstärkten Orientierung an Kriterien, die aus der Ökonomie ins Gesundheitswesen übertragen werden, ergibt. Eine Auflösung der Ambivalenz in eine Richtung (»Medizin *oder* Ökonomie«) würde dem individuellen und gesellschaftlichen Leben nicht gerecht, weil sie einen normativistischen oder ökonomistischen Fehlschluss darstellen und damit die ethische Begründbarkeit verfehlen würde.

3 Ethische Prinzipien

Für die normative Orientierung in der ethischen Bewertung von Fragen im Zusammenhang von Medizin und Ökonomie kann auf die vier klassischen Prinzipien biomedizinischer Ethik³⁸ zurückgegriffen werden, die es in Hinblick auf das Thema zu spezifizieren gilt.

3.1 Respekt vor der Selbstbestimmung

Dem Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten bzw. der Patientin kommt auch bei Überlegungen zu »Medizin und Ökonomie« eine zentrale Rolle zu.³⁹ Gesundheitsökonomische Entscheidungen sollten sich demnach daran messen lassen, inwieweit sie die Selbstbestimmungsmöglichkeiten und Selbstbestimmungsfähigkeiten der Patienten und Patientinnen schützen und fördern, insbesondere dann, wenn sie in Folge sich entwicklender Gebrechlichkeit (»frailty«) ein höheres Risiko für deren Verlust haben und in zunehmende Abhängigkeit von Betreuung in Strukturen des Gesundheits- und Sozialsystems kommen.

3.1.1 Beispiel 1: Investition in Kommunikation

Sowohl für die individuelle Behandlungssituation als auch für die systemischen Zusammenhänge im Gesundheitswesen ist eine gelingende Kommunikation der Akteure unerlässlich. Es mangelt an Respekt vor der Selbstbestimmung, wo nicht zugehört, auf Fragen, Sorgen und Hoffnungen nicht eingegangen wird. Zu Recht werden daher Forderungen nach einer »hörenden Medizin« und »Beziehungsmedizin« artikuliert.⁴⁰ Denn es mangelt in diesem Bereich an vielem, vor allem an der Ressource Zeit und an barrierefreier Kommunikation.

Die Mängel in der Kommunikation zwischen Patient bzw. Patientin und Arzt bzw. Ärztin oder innerhalb des Behandlungsteams oder zwischen Systempartnern im Gesundheitswesen wird häufig den ökonomisch engen Rahmenbedingungen zugeschrieben. Eine monokausale Erklärung bzw. Schuldzuweisung greift jedoch zu kurz. Ökonomische Überlegungen könnten vielmehr zeigen, dass eine Investition in eine gute Kommunikation sich auch finanziell rentiert. Zudem können ökonomisch mitbedingte Ansätze der Organisationsführung dabei helfen, Kommunikationsstrukturen aufzubauen, die dem Gesundheitswesen mit seinen traditionell nach wie vor stark individuell ausgerichteten Entscheidungsprozessen bislang fremd sind.

3.1.2 Beispiel 2: Investition in Gesundheitskompetenz – Kommunikation braucht Literacy

Selbstbestimmungsmöglichkeit bleibt ein bloß formales Recht, solange die Betroffenen nicht dazu ermächtigt werden, ihre Selbstbestimmung adäquat auszuüben. Im Gesundheitswesen hängt dies wesentlich mit der Gesundheitskompetenz (health literacy)⁴¹ zusammen, die keine naturwüchsige Fähigkeit ist, sondern die aufgebaut und unterstützt werden muss. Erst mit einer solchen Befähigung zur Gesundheitskompetenz kann von einem Respekt vor der Selbstbestimmung im Vollsinn gesprochen werden.

38 Beauchamp & Childress (2013), *Principles*^{7th}.

39 Deutscher Ethikrat (2016), *Patientenwohl*, 38 ff.

40 Maio (2014), *Geschäftsmodell Gesundheit*.

41 Unter »Gesundheitskompetenz« wird die Motivation und Fähigkeit verstanden, Gesundheitsinformationen zu erlangen, zu verstehen, zu beurteilen und umzusetzen; vgl. Sørensen, Van den Broucke, et al. (2012), *Health literacy and public health*.

Eine gestärkte Gesundheitskompetenz wirkt sich nicht zuletzt positiv auf ökonomische Aspekte des Gesundheitswesens aus. In gegebenen Behandlungssituationen ist sie eine Voraussetzung um eine möglichst hohe Übereinstimmung (Adhärenz) des Patientenverhaltens mit einem gemeinsam mit dem Arzt bzw. der Ärztin, der Pflegekraft oder dem Therapeuten bzw. der Therapeutin abgesprochenen Behandlungskonzept zu erreichen. Mangelnde Adhärenz resultiert in der Regel in erhöhten Behandlungskosten. Eine stark ausgebildete Gesundheitskompetenz hat zweitens positive Auswirkungen auf die Inanspruchnahme einzelner Gesundheitsleistungen. Um die richtige Stelle im komplexen Gesundheitswesen zu finden, braucht der Patient bzw. die Patientin eine zumindest basale Gesundheitskompetenz. Andernfalls besteht das Risiko, dass er in Versorgungssettings landet, die medizinisch nicht nötig und ökonomisch unverhältnismäßig teuer sind. Drittens ist eine ausgeprägte Gesundheitskompetenz für einen Lebensstil dienlich, der vermeidbare Krankheitsrisiken erkennt und darauf adäquat reagiert. In diesem Sinn sind Maßnahmen der Gesundheitserziehung/-förderung im Kindes- und Jugendalter wichtige Beiträge, um in die Gesundheitskompetenz zu investieren.

Gesundheitskompetenz ist auch Kernelement für den »Informed Consent« bzw. das »Shared Decision-Making«⁴² im Rahmen der auch immer mehr geforderten, patientenzentrierten partizipativen Medizin.⁴³

3.2 Nichtschaden

Das Nichtschadensprinzip zählt zu den ältesten ethischen Orientierungspunkten in der Medizin. Es verlangt, dass Risiken, Belastungen und Schäden, die mit einer medizinischen Behandlung verbunden sein können, möglichst gering zu halten sind. Gesundheitsökonomische Entscheidungen sollten sich demnach daran messen lassen, inwieweit sie Risiken, Belastungen oder Schäden für Patienten und Patientinnen erhöhen oder verringern.

3.2.1 Beispiel 1: Sicherheitskosten

Eine in vielen Lebensbereichen typische Abwägung betrifft die Beziehung zwischen Sicherheit und den damit verbundenen Kosten. Auch im Gesundheitswesen stellt sich regelmäßig die Frage, inwieweit die Nutzung eines kostengünstigeren, aber in der Anwendung mit Handhabungsrisiken verbundenen Medizinprodukts angesichts des Nichtschadensprinzips vertretbar ist.

Die Methodik der Prinzipienethik unterstützt in solchen Fragen den Ansatz einer Abwägung, d. h. sie geht davon aus, dass es keinen absoluten Anspruch auf »Null-Risiko« geben kann, sondern dass ein berechtigtes Nichtschadensprinzip gegenüber anderen berechtigten Interessen abzuwägen ist.⁴⁴ Aus dieser Überlegung ergeben sich Grenzbereiche, in denen ein Verzicht auf risikominimierende Merkmale einer Behandlung oder Technik unverantwortbar wäre, aber auch Bereiche, in denen ein Mehr an risikominimierenden Merkmalen unverhältnismäßig wäre, weil dies zu Einschränkungen in anderen Versorgungsaspekten führen würde. Gesundheitsökonomische Überlegungen, die eine Abwägung zwischen Sicherheit und Kosten anstellen, sind daher nicht per se ethisch verwerflich.

42 Godolphin (2009), *Shared Decision-Making*; Barry & Edgman-Levitan (2012), *Shared Decision Making*.

43 BEK-BKA (2015), *Partizipative Medizin und Internet*.

44 Eiff (2014), *Ziele einer medizinischen, ökonomischen und ethischen Reflexion*, 29; Eiff (2011), *Risikogewichtete Prozesskostenanalyse*.

3.2.2 Beispiel 2: Verzicht auf nicht indizierte Maßnahmen

Da mit jeder medizinischen Behandlung Risiken und Belastungen verbunden sind, ist ein Verzicht auf solche Behandlungen geboten, bei denen der Schaden größer wäre als der Nutzen für den konkreten Patienten bzw. die Patientin. Dieser medizinethische Grundsatz findet auch auf gesundheitsökonomische Überlegungen Anwendung.

Medizinisch nicht indizierte Maßnahmen verursachen Kosten, die im Allgemeinen nicht gerechtfertigt werden können. Solche Maßnahmen werden in unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens regelmäßig gesetzt.⁴⁵ Die Ursachen sind vielfältig: von forensisch bedingter Defensivmedizin, über therapeutischen Übereifer oder finanzielle Interessen, bis hin zu Anspruchshaltungen von Patienten bzw. Patientinnen und Angehörigen. Aus gesundheitsökonomischer Perspektive ist jedoch insbesondere darauf zu blicken, inwieweit nicht auch finanzielle Anreizsysteme eine Überdiagnostik und Übertherapie befeuern.⁴⁶

3.2.3 Beispiel 3: Unterversorgung

Gleichzeitig zum Problem der Überversorgung mit medizinisch nicht indizierten Maßnahmen ergeben sich im Gesundheitswesen systembedingte Unterversorgungssituationen, die mit dem Nichtschadensprinzip kollidieren.

Ein Beispiel hierfür sind frühzeitige Entlassungen aus dem Krankenhaus, die dem Anreiz zur Verweildauerverkürzung folgen. Eine solche Verkürzung des Krankenhausaufenthalts kann aus mehreren ethisch relevanten Gründen gerechtfertigt und geboten sein: insbesondere dann, wenn sie dazu dient, die Selbstständigkeit des Patienten bzw. der Patientin möglichst zu erhalten (z. B. bei einem möglichst raschen Rücktransfer eines kognitiv eingeschränkten Menschen in seine gewohnte Umgebung); oder dadurch, dass damit die Krankenhausressourcen rascher einem Patienten bzw. einer Patientin zur Verfügung stehen, der bzw. die sie dringend benötigt (z. B. bei einer möglichst rasch durchzuführenden Tumoroperation). In anderen Fällen führt eine frühzeitige Entlassung aus dem Krankenhaus aber zu einer Unterversorgung des Patienten bzw. der Patientin, weil aufgrund der Schnittstellenproblematik der Heilungs- und Rehabilitationsprozess, der im Krankenhaus begonnen wurde, nicht nachhaltig genug fortgesetzt werden kann (z. B. weil die Wohn- und Betreuungsverhältnisse dafür nicht ausreichen oder eine Anschlusstherapie nur begrenzt finanziert wird) und daraus eventuell weitere Krankenhausaufenthalte resultieren.

Ein weiteres Beispiel wäre die Unterversorgung mit sinnvollen, indizierten medikamentötherapeutischen Maßnahmen – nicht nur ein Zuviel (overprescribing), auch ein Zuwenig (underprescribing) kann für den Patienten bzw. die Patientin nachteilig sein und vermeidbare Kosten generieren. Uninformiertheit, Nichtwissen und therapeutischer Nihilismus können als Ursachen gelten.⁴⁷

45 Huynh, Kleerup, et al. (2014), *The Opportunity Cost of Futile Treatment in the ICU*.

46 ZEK-BÄK (2013), *Berufsethos und Ökonomisierung*; Eiff (2014), *Zielvereinbarungen und Bonizahlungen*; Raspe (2016), *Indikationsstellung in der klinischen Medizin*, 248.

47 Mann, Böhmendorfer, et al. (2012), *Potentially inappropriate medication in geriatric patients*; O'Mahony, O'Sullivan, et al. (2014), *STOPP/START version 2*.

3.3 Wohltun

Das Wohltunsprinzip verlangt, dass dem konkreten Patienten bzw. der Patientin aus der medizinischen Behandlung ein Nutzen erwächst, etwas Gutes geschieht, sein bzw. ihr Wohl unterstützt wird. Gesundheitsökonomische Entscheidungen sollen sich demnach daran messen lassen, inwieweit sie den Nutzen für die Patienten und Patientinnen sicherstellen bzw. erhöhen. Hinsichtlich der Frage, wie Patientennutzen oder Patientenwohl zu messen ist, gibt es eine Vielzahl an unterschiedlichen Ansätzen, die sowohl objektive als auch subjektive Kriterien einschließen. In den letzten Jahren ist eine größere Orientierung hin zu »subjektiven« Kriterien zu beobachten, die darauf abstellen, wie Patienten bzw. Patientinnen selbst das Resultat eines Eingriffes oder einer Therapie beschreiben (z. B. sogenannte *patient-reported outcome measures*, PROM und *patient-reported experience measures*, PREM).⁴⁸

3.3.1 Beispiel 1: Behandlungsqualität

Ein weithin geteilter Maßstab für die Beurteilung des Nutzens einer medizinischen Behandlung wird in ihrer Qualität gesehen. Qualitativ hochwertige Behandlungen versprechen einen größeren Nutzen als solche, deren Qualität fragwürdig ist. Doch woran lässt sich die Behandlungsqualität erkennen? Diese Frage ist nicht leicht zu beantworten. Von den vielen Indikatoren, die üblicherweise für die »Qualität« einer medizinischen Behandlung angeführt werden, betreffen viele nicht wirklich eine für den Patienten bzw. die Patientin relevante Ergebnisqualität, sondern strukturelle und prozedurale Aspekte der Versorgung sowie die subjektive Zufriedenheit der Patienten und Patientinnen.⁴⁹ Die finanziellen Anreize im österreichischen Gesundheitswesen sind weiterhin so ausgerichtet, dass vor allem für die Anzahl der Behandlungen Erträge fließen, nicht für den (Mehr-)Wert, den Patienten bzw. Patientinnen aus der Behandlung erhalten.⁵⁰

Qualitätsmanagement, das oftmals als Ausdruck der »Ökonomisierung« der Medizin angesehen und kritisiert⁵¹ wird, ist in diesem Zusammenhang ein ethisch gut begründbarer Steuerungsmechanismus medizinischer Tätigkeit. Dazu zählt auch die Auseinandersetzung mit medizinischen Behandlungsstandards, die »eine Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Behandlung«⁵² darstellen. Aus ökonomischer Sicht sind solche Standardisierungen eine Prozessoptimierung. Dies steht nicht per se im Gegensatz zur Orientierung am Patientenwohl. Ethisch problematisch werden Standardisierungen erst dort, wo sie dazu führen, dass Ungleiche gleich behandelt werden, weil damit nicht mehr der Nutzen des konkreten Patienten bzw. der Patientin im Zentrum der Entscheidung stünde.

48 In den Vereinigten Staaten wird die stärkere Orientierung hin zu patientenzentrierten, »subjektiven« Kriterien auch dadurch begünstigt, dass der *Affordable Care Act* (»Obamacare«) das System der Vergütung medizinischer Versorgung verändert: Statt einer Vergütung pro Patientenkontakt oder Versorgungsleistung geht man stärker auf eine Vergütung bestimmter Resultate über; vgl. Blumenthal, Abrams, et al. (2015), *Affordable Care Act*; zu PROMs und PREMs im Allgemeinen vgl. Kohlmann (2012), *Patientenberichtete Studienendpunkte*; Kingsley & Patel (2017), *PROM & PREM*; Weldring & Smith (2013), *PROs & PROMs*.

49 Porter, Larsson, et al. (2016), *Standardizing Patient Outcomes Measurement*.

50 Swensen, Meyer, et al. (2010), *Cottage Industry to Postindustrial Care*. So kann es auch in Österreich z. B. dazu kommen, dass von der Krankenkasse nur eine Magensonde zur künstlichen Ernährung finanziert wird, nicht aber Nahrungszusatzmittel, mit deren Hilfe (erhöhte Kalorien- und Nährstoffgehalt) hochbetagten Menschen mit Schluckstörungen weiterhin eine orale Ernährung ermöglicht würde, was für die Betroffenen einen weitaus höheren Wert hätte.

51 Maio (2014), *Vom Verlust des Ärztlichen in einer ökonomisierten Medizin*, 422 f.

52 Deutscher Ethikrat (2016), *Patientenwohl*, 49.

3.3.2 Beispiel 2: Kosteneffektivität

Eine genuin ökonomische Herangehensweise besteht in der Beurteilung der Kosteneffektivität von medizinischen Maßnahmen. Was aus ökonomischer Perspektive interessiert, sind die Kosten einer Behandlung *in Relation* zu ihrer Effektivität (ihrem Nutzen). Zwei ethisch relevante Fragen in diesem Zusammenhang sind:

- Wie wird die Effektivität einer Behandlung bewertet bzw. wie wird ihr Nutzen gemessen? – Damit verbunden sind nämlich grundlegende evaluative Urteile über das, was als »gut« und »erstrebenswert« in der Medizin angesehen wird.
- Wie hoch dürfen die Mehrkosten für einen marginalen Nutzenzuwachs durch eine medizinische Behandlung sein? – Diese Frage zielt auf die finanzielle Bewertung von Gesundheit und Leben ab.

Beide Fragen der Kosteneffektivitäts-Bewertungen können nicht ausschließlich unter Verweis auf ökonomische oder medizinische Kriterien allein beurteilt werden, weil die Antwort sonst ein empiristischer bzw. ökonomistischer Fehlschluss wäre. Dennoch stellt die Ökonomie mit der Frage nach der Kosteneffektivität eine ethisch valide Frage, weil Gesundheit nicht als absolutes Gut begründet werden kann und damit immer Abwägungsfragen verbunden sind.

3.4 Gerechtigkeit

Das Gerechtigkeitsprinzip steht gleichsam im Zentrum der ethischen Debatten um »Medizin und Ökonomie«. Was die Grundforderung nach einem »gerechten« Gesundheitssystem inhaltlich bedeuten soll, ist allerdings in der Ethik notorisch umstritten.⁵³ Für die ethische Auseinandersetzung kann zumindest von folgenden formalen Begrifflichkeiten und Konzepten ausgegangen werden:

- »Universale Gerechtigkeit« vermittelt einige Minimalstandards für das menschliche Handeln, zum Beispiel: Gleiches soll gleich, Ungleiches ungleich behandelt werden. Betroffene sollen ein Recht auf Gehör finden und einem unvoreingenommenen Urteil unterliegen. Entscheidungen sollen gemäß nachvollziehbaren Regeln getroffen werden. – Solche universalen Standards werden als unerlässlich für eine Vorstellung von Gerechtigkeit angesehen, sie bleiben aber zugleich losgelöst von konkreten inhaltlichen Fragen der Gerechtigkeit.
- »Tauschgerechtigkeit« beruht auf einer Äquivalenz der getauschten Güter und setzt Freiheit vor Gleichheit. Eine solche Vorstellung von Gerechtigkeit liegt insbesondere dem marktwirtschaftlichen System zugrunde, aber etwa auch der Vorstellung eines Generationenvertrags. Inwieweit das zentrale Äquivalenzkriterium der Tauschgerechtigkeit auf das Gesundheitswesen zutrifft, wird vielfach in Frage gestellt, es steht auch im Widerspruch zum Prinzip der Solidarität. Insbesondere die Asymmetrie zwischen Patient bzw. Patientin und Arzt bzw. Ärztin wird als Argument gegen die Äquivalenz der Tauschbeziehung angeführt.
- »Verteilungsgerechtigkeit« geht von Ungleichheiten zwischen denjenigen, die Güter zur Verfügung haben und denjenigen, die Güter benötigen, aus. Bei der Verteilungsgerechtigkeit geht es daher um die Frage, welche Ungleichheiten ausgeglichen werden sollen und wie dies vonstattengehen soll. Dieser Ansatz liegt insbesondere dem sozialstaatlichen – solidarischen – System zugrunde. In diesem Paradigma wird das Gesundheitssystem

53 Vgl. Höffe (2002), *Medizin ohne Ethik?*, 202 ff; Kersting (2005), *Kritik der Gleichheit*, 143 ff; Daniels (1985), *Just Health Care*; Callahan (1995), *Setting Limits*.

als wichtiger Beitrag gesehen, um Ungleichheiten im Zugang zu Gesundheitsleistungen auszugleichen.

Wenngleich es überzeugende ethische Argumente dafür gibt, dass das Gesundheitswesen primär unter dem Blickwinkel der Verteilungsgerechtigkeit beurteilt werden muss, ist damit noch nicht begründet, welche Ungleichheiten wie ausgeglichen werden sollen. So kann der bislang dominierende Fokus auf den Ausgleich der »Lotterie der Gene« (d.h. die biologischen Faktoren von Krankheit) dahingehend kritisch hinterfragt werden, ob damit ein Ausgleich der »sozialen Lotterie« (d.h. die sozioökonomischen Faktoren von Krankheit) nicht zu sehr an den Rand gedrängt wird. Bei der Wahl der Mittel, um einen Ausgleich zu schaffen, stellen sich ethisch relevante Fragen, die zum Beispiel das Solidaritätsprinzip⁵⁴ und seine Beziehung zu Steuerungs- und Wettbewerbsmechanismen in der Krankenversicherung⁵⁵ betreffen.

Um diese Problemstellungen der Verteilungsgerechtigkeit im Einzelnen bewerten zu können, bedarf es ethischer Maßstäbe der Gerechtigkeit. Auf der Suche nach solchen Maßstäben wurde in der Ethik ein weithin beachtetes Konzept vorgeschlagen, das Gerechtigkeit vor allem unter dem Blickwinkel der Fairness gegenüber allen Betroffenen bestimmt.⁵⁶ Fair ist ein gesellschaftliches System wie jenes des Gesundheitswesens dann, wenn es zwei Grundsätzen genügt:

- a. Jede Person hat den gleichen unabdingbaren Anspruch auf ein völlig adäquates System gleicher Grundfreiheiten, das mit demselben System von Freiheiten für alle vereinbar ist.
- b. Soziale und ökonomische Ungleichheiten müssen zwei Bedingungen erfüllen: erstens müssen sie mit Ämtern und Positionen verbunden sein, die unter Bedingungen fairer Chancengleichheit allen offenstehen; und zweitens müssen sie den am wenigsten begünstigten Angehörigen der Gesellschaft den größten Vorteil bringen (Differenzprinzip).⁵⁷

Diese Gerechtigkeitstheorie, die für das Gesundheitswesen konkretisiert wurde⁵⁸, verwurzelt einzelne Fragen der Tausch- und Verteilungsgerechtigkeit medizinische Leistungen betreffend in einem größeren sozialen Kontext, zu dem auch der Gedanke gleicher Grundrechte gehört. Die Bedeutung eines solchen Ansatzes wird anhand von zwei Beispielen deutlich.

3.4.1 Beispiel 1: Fairer Zugang zu Gesundheitsleistungen

Es sollte davon ausgegangen werden, dass in unserer Gesellschaft weiterhin ein breiter Konsens darüber besteht, »dass jeder Mensch die faire Chance haben sollte, seine eigene Persönlichkeit im Rahmen der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen entwickeln und am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können.«⁵⁹ Damit diese Chance tatsächlich »fair« ist, müssen die sozialen Systeme wie das Gesundheitswesen nicht nur eine formale Gleichberechtigung (*equality*) garantieren, sondern auch die Besonderheiten der Menschen in unparteiischer Weise berücksichtigen (*equity*).

So ist beispielsweise bei der Gestaltung von Gesundheitsförderungsprogrammen auch darauf abzustellen, dass Menschen an der Armutsgrenze zunächst einmal aus ihrem sozioökonomisch prekären Status kommen müssen, um eine reale Chance auf Inanspruchnahme der Gesundheitsförderung zu haben.

54 Prainsack & Buyx (2016), *Solidaritätsprinzip*.

55 Bohrmann (2002), *Solidarität und Wettbewerb*.

56 Rawls (1975), *Theorie der Gerechtigkeit*.

57 Rawls (2003), *Gerechtigkeit als Fairness*, 78.

58 Daniels (1985), *Just Health Care*.

59 Deutscher Ethikrat (2016), *Patientenwohl*, 54.

Auch gesundheitsbedingte Ungleichheiten sind für einen fairen Zugang zu Gesundheitsleistungen zu bedenken. Zum Beispiel sind Menschen mit kognitiven Einschränkungen selbstverständlich wie alle anderen Menschen dazu berechtigt, die Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch zu nehmen. Diese Leistungen sind aber üblicherweise sehr stark für Menschen ohne kognitive Einschränkungen ausgelegt. Ein fairer Zugang zu diesen Leistungen würde verlangen, dass die besonderen Bedürfnisse der Menschen mit kognitiven Einschränkungen in der Leistungserstellung und -finanzierung berücksichtigt werden. Inwieweit eine solche Forderung der Fairness umgesetzt wird, wirkt sich auch auf andere ethische Prinzipien wie insbesondere den Respekt vor der Selbstbestimmung und das Nichtschadensprinzip aus.

3.4.2 Beispiel 2: Gesundheitsgerechtigkeit

»Gesundheitsgerechtigkeit« bezeichnet die Gerechtigkeit des Gesundheitszustands von Bevölkerungsgruppen und Gesellschaften.⁶⁰ Da die »soziale Lotterie« Lebensumstände wie Bildung, Ernährungsweisen, Freizeit- und Erholungsverhalten, Arbeits- und Wohnbedingungen, soziale Netzwerke auch in tendenziell egalitären Gesellschaften ungleich verteilt, und diese Faktoren auch den Gesundheitszustand beeinflussen, kommt es zu teils gravierenden Ungleichheiten zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen hinsichtlich ihrer Gesundheit. Unter dem Blickwinkel der Verteilungsgerechtigkeit mit ihren Grundsätzen der Gerechtigkeit (v.a. dem Grundsatz der fairen Chancengleichheit) kann dieser Befund nicht einfach hingenommen werden. Es reicht allerdings nicht aus, das Problem durch eine Veränderung in der medizinischen Versorgung anzugehen. Stattdessen geht es um »Gesundheit in allen Politikfeldern«.⁶¹

Für die ethische Beurteilung ist in diesem Zusammenhang bemerkenswert, dass Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung üblicherweise in viel geringerem Ausmaß toleriert werden als Ungleichheiten in sozialen Gesundheitsfaktoren. Eine mögliche Erklärung (aber nicht ethische Rechtfertigung) hierfür kann darin gesehen werden, dass es die Medizin mit konkreten, identifizierbaren Menschen zu tun hat, wohingegen bei sozialpräventiven Programmen in der Regel anonyme und statistische Menschengruppen im Mittelpunkt stehen.⁶² Ein zweiter Grund für die Priorisierung medizinischer Versorgung kann in ihrer symbolischen Funktion gesehen werden: Es kollidiert mit unseren moralischen Vorstellungen mehr, wenn wir die medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung eines kranken Menschen begrenzen würden, als wenn wir auf präventive Maßnahmen verzichten würden.

Es sprechen also Gründe für einen *relativen* Vorrang der medizinischen Versorgung von Kranken, der mit dem Begriff »Rettungsbonus« zusammengefasst werden kann: Er repräsentiert eine Situation, in der »das menschliche Elend einen Namen hat«.⁶³ Eine Gesellschaft, die aus diesem Grund der medizinischen Versorgung unbegrenzt Ressourcen zur Verfügung stellen würde, unabhängig von der Kosteneffektivität der medizinischen Maßnahme, käme rasch in eine »Samariterfalle«⁶⁴: die (ethisch begründete) Hilfeleistung hinkt notorisch hinter dem systemischen Problem (Auswirkungen von sozioökonomischen Ungleichheit auf den Gesundheitszustand) hinterher. Es muss daher beachtet werden, dass nur durch entsprechende präventive/gesundheitsfördernde Maßnahmen die Krankheitslast besonders von chronischen Erkrankungen (z. B. Diabetes) nachhaltig gesenkt werden kann und damit der Beitrag zur Kostensenkung erfolgt.

60 Rauprich (2014), *Gesundheitsgerechtigkeit*, 363.

61 Gesundheit Österreich GmbH (2012), *Health in All Policies*.

62 Rauprich (2014), *Gesundheitsgerechtigkeit*, 371 f.

63 Eiff (2014), *Ziele einer medizinischen, ökonomischen und ethischen Reflexion*, 27.

64 Rauprich (2014), *Gesundheitsgerechtigkeit*, 374.

4 Zwei Stränge der Diskussion

In der ethischen Diskussion zum Themenfeld »Medizin und Ökonomie« lassen sich zwei große Stränge identifizieren: Auseinandersetzungen mit »Rationalisierung« und Debatten zur »Rationierung«. Diesen beiden Diskussionssträngen widmen sich die folgenden Abschnitte. Beide Stränge konzentrieren die Diskussion auf die Frage des (gerechten) Ressourceneinsatzes. Beide gehen davon aus, dass die zur Verfügung stehenden Ressourcen grundsätzlich begrenzt sind, d. h. nicht ohne Kosten für andere Lebensbereiche beliebig erweitert werden können.

Allgemein wird in der ökonomischen, politischen und ethischen Diskussion weiters davon ausgegangen, dass zwischen Rationalisierung und Rationierung eine Rangordnung bestehen müsse: Da Rationierungen von medizinischen Leistungen als weitaus problematischer angesehen werden und daher möglichst zu verhindern sind, müssten zunächst Rationalisierungen realisiert werden, da diese dieselben (oder sogar mehr bzw. bessere) Ergebnisse (outcomes) medizinischer Leistungen jedenfalls bei maximal gleichbleibendem, wenn nicht sogar bei einem geringeren Ressourceneinsatz in Aussicht stellen.⁶⁵

Auch wenn dieser Ansatz in der Theorie überzeugend klingt, so setzt er voraus, dass in der Realität trennscharf zwischen Rationalisierung und Rationierung unterschieden werden kann. Dies ist jedoch nicht durchgängig zu bewerkstelligen, wie sich anhand folgender Beispiele zeigen wird. Aus diesem Grund ist damit zu rechnen, dass es auch bei der Priorisierung von Rationalisierungsbestrebungen zu einem Nebeneinander mit Rationierungsphänomenen kommen kann.

4.1 Rationalisierung (Effizienz, Wirtschaftlichkeit)

Unter »Rationalisierung« versteht man im Allgemeinen das Ausschöpfen von Effizienz- bzw. Wirtschaftlichkeitsreserven. Diesem Ansatz wird in allen hochentwickelten Gesundheitssystemen große Aufmerksamkeit gewidmet, weil vermutet wird, dass die medizinischen Leistungen effizienter erbracht werden könnten, wenn bestimmte Steuerungsmaßnahmen greifen würden. Wenngleich also der Rationalisierungsansatz das Potenzial hat, die für die medizinische Versorgung zentralen ethischen Prinzipien von Gerechtigkeit und Nichtschaden zu unterstützen, so benötigt er eine ebenso ethisch begleitete Reflexion in der Durchführung. Die folgenden Überlegungen sollen dazu dienen.

4.1.1 Begriffe

4.1.1.1 Effizienz

Der Begriff »Effizienz« stellt allgemein ein Maß dar, welches das Verhältnis von Ziel und Mitteleinsatz bewertet. Diese Verhältnisbestimmung kann in unterschiedlichen Kontexten vorgenommen werden, weshalb der Effizienzbegriff mitunter auch mehrdeutig verwendet wird.⁶⁶

- Eine vorgegebene medizinische Leistung (Ziel) kann mit unterschiedlichen Behandlungsschritten (Mitteleinsatz) erfolgen. Je geringer der Mitteleinsatz ist, umso effizienter ist die Leistungserbringung (Minimalprinzip).
- Mit einem vorgegebenen Behandlungspaket (Mitteleinsatz) können unterschiedliche medizinische Leistungen (Ziel) erbracht werden. Je größer die Leistung, umso effizienter ist die Leistungserbringung (Maximalprinzip).

65 Vgl. Deutscher Ethikrat (2011), *Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen*, 18.

66 Clewer & Perkins (1998), *Economics for Health Care Management*, 25 ff.

Aus ethischer Perspektive (Wohltuns- und Nichtschadensprinzipien) liegt bei Effizienzbeurteilungen im Gesundheitswesen eine Präferenz auf dem ersten Begriffsverständnis. Nur durch die Bezugnahme auf *qualitativ* vorgegebene Leistungen kann gewährleistet werden, dass es durch Effizienzbestrebungen nicht zu einer Verschlechterung der Leistung kommt. Dies ist insbesondere bei einer allfälligen Privatisierung von Gesundheitsleistungen wichtig.

Ein weiterer ethisch relevanter Aspekt des Effizienzgedankens betrifft die Frage, welche Ziele und welche Mitteleinsätze in die Beurteilung der Effizienz einbezogen werden. Aufgrund externaler Effekte kann es nämlich dazu kommen, dass Effizienzsteigerungen des einen Akteurs auf Kosten anderer Akteure erfolgen. In einem stark fragmentierten System wie dem Gesundheitswesen⁶⁷ sind deshalb Effizienzbestrebungen in einem Sektor (z. B. im Krankenhausbereich) nicht gleichbedeutend mit Effizienzsteigerungen in einem anderen Sektor (z. B. im niedergelassenen ärztlichen Bereich) oder im gesamten Gesundheitssystem.

Beispiele für allgemeine Effizienzindikatoren aus dem OP-Bereich eines Krankenhauses sind: Auslastung (Verhältnis von tatsächlich genutzter OP-Zeit zu der zur Verfügung stehenden OP-Zeit); Wechselzeit (Zeitraum zwischen Ende einer Operation und Beginn der nächsten). Aus Patientenperspektive sind beispielsweise folgende Effizienzindikatoren zusätzlich interessant: Wartezeit bis zum OP-Termin; Wiederaufnahmerate ins Krankenhaus. – Während die meisten Effizienzindikatoren auf Struktur- und Prozesskriterien der Leistungserbringung achten, ist es nach wie vor schwierig, Ergebniskriterien in die Beurteilung miteinzubeziehen, obwohl dies für die Patienten und Patientinnen wohl der wichtigste Punkt wäre; teilweise geschieht es – gleichsam *via negationis* – über die Berücksichtigung von Indikatoren für unerwünschte Effekte (z. B. Komplikationsraten, Dekubitusraten, Mortalitätsraten).⁶⁸

4.1.1.2 Wirtschaftlichkeit

Der Begriff »Wirtschaftlichkeit« konkretisiert die Effizienz in ökonomischer Weise. Er stellt das Verhältnis von Ertrag (Ziel) und Aufwand (Miteinsatz) dar. Der Ertrag ist der in Geld gemessene Wertzuwachs durch eine Leistung; der Aufwand ist der in Geld gemessene Wert aller für die Leistungserstellung eingesetzten Güter.

Im Gesundheitswesen ist es in zentralen Leistungsbereichen aber schwer, den Effekt einer medizinischen Behandlung in Geld zu bemessen. Deshalb wird die durch Ertrag bestimmte Wirtschaftlichkeit einer Leistung in der Regel nur auf die finanziellen Erlöse bezogen, die der Erbringer der Leistung (Arzt bzw. Ärztin, Krankenhaus) vom Kostenträger (Krankenversicherung, Staat) erhält. Dem Leistungserbringer bieten sich damit zwei Möglichkeiten, seine Wirtschaftlichkeit sicherzustellen bzw. zu verbessern: Je nach Finanzierungssystem kann er versuchen, erlössteigernde Leistungen zu erbringen. Und je nach Betriebsführung kann er versuchen, diese Leistungen aufwandsminimierend zu erbringen.

Analog zu den externalen Effekten von Effizienzbestrebungen im Allgemeinen ist auch bei einem Bemühen um mehr Wirtschaftlichkeit in einem fragmentierten System darauf zu achten, dass solche Steigerungen nicht auf Kosten Dritter geschehen. Dies wäre dann der Fall, wenn ein Leistungserbringer seine Ertrags- und Aufwandslage dadurch optimiert, dass er »unwirtschaftliche« Patienten bzw. Patientinnen, d. h. solche, die einen vergleichsweise hohen Behandlungs- und

67 Swensen, Meyer, et al. (2010), *Cottage Industry to Postindustrial Care*.

68 Porter, Larsson, et al. (2016), *Standardizing Patient Outcomes Measurement*.

Pflegebedarf haben, aber für deren Leistungserbringung nur geringe Erlöse generiert werden können, auf andere Leistungserbringer ausgelagert (sog. Rosinenpicken⁶⁹).

Um ethische Verwerfungen in diesem Zusammenhang zu vermeiden, ist es wie beim allgemeinen Effizienzgedanken essenziell, dass die Qualität und der Umfang der Leistungserbringung vorab definiert ist und die Wirtschaftlichkeit im Zusammenhang mit anderen Zielgrößen der medizinischen Leistungserbringung gesehen wird (v.a. Patientenwohl, Mitarbeiterorientierung).

Beispiele für Wirtschaftlichkeitsindikatoren aus dem Krankenhausbereich sind: Kosten pro LKF (Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung)-Punkt; Deckungsbeitrag pro Diagnose.

4.1.1.3 Rationalisierung

Mit »Rationalisierung« werden Maßnahmen bezeichnet, bei denen es um eine Steigerung der Effizienz bzw. Wirtschaftlichkeit geht. Diesen Anstrengungen liegt die Annahme zugrunde, dass es im System Effizienz- bzw. Wirtschaftlichkeitsreserven, mit einem anderen Wort »Verschwendung«, gibt.⁷⁰

Aus ökonomischer Perspektive ist in der Leistungserbringung all das potenzielle Verschwendung, was nicht zur Wertschöpfung beiträgt. Die Wertschöpfung kann in einem engen Sinn kommerziell verstanden werden, erfasst in einem weiteren Sinn aber insbesondere den ethisch relevanten Wert, den eine medizinische Behandlung für den Patienten bzw. die Patientin darstellt. Manche Elemente der Leistungserbringung sind zwar nicht wertschöpfend, aber sie können nicht ohne negative Konsequenz auf das Resultat weggelassen werden (z. B. Voruntersuchungen vor einer Operation); hierbei handelt es sich um unvermeidbare bzw. notwendige Verschwendung. Andere Elemente der Leistungserbringung können hingegen tatsächlich weggelassen, verkürzt oder anders angeordnet werden, ohne negative Konsequenzen für den Patienten bzw. die Patientin zu verursachen (Mehrfachbefunde).

Insofern ist Rationalisierung erstens eine ethisch berechtigte Forderung der Gerechtigkeit: Angesichts begrenzter Ressourcen wäre es unfair, Mittel zu verschwenden, die für andere Patienten und Patientinnen eingesetzt werden können. Zweitens ist Rationalisierung auch eine berechtigte Forderung unter dem Blickwinkel von Wohltun und Nichtschaden: Durch den Fokus auf die Wertschöpfung werden Leistungserbringer dazu angehalten, darüber Rechenschaft abzulegen, in welcher Weise das Patientenwohl durch ihre Leistungen gefördert wird. Und durch den Verzicht auf nicht-wertschöpfende Behandlungsschritte wird dem Nichtschadensprinzip Rechnung getragen.

Ethisch wurde bisher die notwendige Eindämmung der Kosten im Gesundheitssystem also mit dem Gerechtigkeitsprinzip argumentiert – dabei sollten die begrenzten Mittel nicht nach irrelevanten Kriterien (z. B. der sozialen Situation) ungleich verteilt werden. Dabei wäre auch eine Rationierung dieser beschränkten Mittel rechtfertigbar. Die ethische Debatte sollte sich aber vorher, noch bevor es soweit sein muss, von der Rationierung zur Vermeidung von Verschwendung verlagern.

Vor diesem Hintergrund versteht sich auch die Rangordnung »Rationalisierung vor Rationierung«. Doch Rationalisierungen können auch zu ethisch fragwürdigen Effekten führen, wenn die Grenzziehungen zwischen notwendigen/zweckmäßigen (d. h. wertschöpfenden),

69 Clewer & Perkins (1998), *Economics for Health Care Management*, 131.

70 Brody (2012), *Ethics of Waste Avoidance*.

nicht-wertschöpfenden, aber unumgänglichen und tatsächlich nicht-wertschöpfenden und überflüssigen Leistungen in Hinblick auf die ethischen Prinzipien nicht hinreichend differenziert vorgenommen werden.

4.1.2 Beispiel 1: Medizinischer Umgang mit Überversorgung (Choosing Wisely & Co.)

Das Bemühen um ein effizienteres Gesundheitswesen hat nicht nur eine ökonomische Ursache (die sich auf das Gerechtigkeitsprinzip beziehen kann), sondern auch einen Antrieb, der aus dem Arzt-Patienten-Verhältnis selbst stammt (und sich auf das Nichtschadens- bzw. Wohltunsprinzip beziehen kann). Seit mehreren Jahren arbeiten zahlreiche Programme daran, medizinische Behandlungen (Diagnostik, Interventionen, Medikamente etc.) zu identifizieren, deren Anwendung bei bestimmten Patientengruppen oder Krankheitssituationen nutzlos sind. Die vorhandene Evidenz für medizinische Maßnahmen wird daraufhin überprüft, ob sie für die intendierte Zielpopulation tatsächlich auch gilt – dies betrifft insbesondere die Pharmakotherapie im Alter, denn die meisten Zulassungsstudien schließen geriatrische Patienten und Patientinnen noch immer mehr oder minder explizit aus. Werden solche Behandlungen dennoch angeboten und durchgeführt, spricht man von einer »medizinischen Überversorgung«⁷¹. Ein Verzicht auf solche Behandlungen entspricht damit nicht nur dem Effizienzgedanken, sondern auch dem Nichtschadensgrundsatz der Medizin.

Die zwei wichtigsten ethischen Argumente für die Vermeidung von Verschwendung im Rahmen einer Überversorgung sind:

- dass man keinem Patienten bzw. keiner Patientin sinnvolle medizinische Maßnahmen vorenthalten soll (z. B. durch Rationierung), solange Mittel für sinnlose Maßnahmen verschwendet werden;
- dass sinnlose diagnostische Tests und Therapien negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben, also auch direkt schaden können.

Das wahrscheinlich bekannteste derartige Programm ist »Choosing Wisely«⁷², aber zusätzlich haben sich etliche weitere Initiativen in verschiedenen Ländern dieser Bewegung angeschlossen⁷³. Eine in Österreich in Anlehnung an Choosing Wisely entstehende Initiative heißt »Gemeinsam gut entscheiden«⁷⁴. Einige der Proponenten sind als ausgesprochene Kritiker der Kommerzialisierung im Gesundheitswesen bekannt.⁷⁵ Für sie ist die kritische und evidenzbasierte Reflexion des tatsächlichen Nutzens einer Behandlung und der Verzicht auf sie, wenn ein solcher Nutzen nicht plausibel erscheint, nicht nur eine notwendige Maßnahme, um mit den Ressourcen verantwortungsbewusst umzugehen, sondern eine Rückbesinnung des Gesundheitswesens auf die Patienten und Patientinnen, anstatt es an den Interessen der Arzneimittel- und Medizinprodukteherstellern auszurichten.

4.1.3 Beispiel 2: Ökonomischer Umgang mit Überversorgung (Lean Health Care)

Wenn Gesundheitsleistungen in ineffizienter Weise erbracht werden, kann von einer (ökonomischen) Überversorgung gesprochen werden. Die möglichen Ursachen für die ineffiziente Leistungserbringung sind insbesondere:⁷⁶

71 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001), *Gutachten 2000/2001 Bd. III*, 19.

72 Brody (2010), *Top Five List*; Cassel & Guest (2012), *Choosing Wisely*; Frühwald (2013), *Choosing Wisely für Österreich*; Casarett (2016), *Choosing Wisely*; Gogol & Siebenhofer (2016), *Choosing Wisely*.

73 Wild & Mayer (2016), *Überversorgung*.

74 Glechner & Horvath (2017), *Zu viel oder zu wenig?*

75 Himmelstein, Agretilis, et al. (1997), *For Our Patients, Not for Profits*; Lown (1999), *Lost Art of Healing*.

76 Berwick & Hackbarth (2012), *Eliminating Waste*.

- Unzulänglichkeiten in der Durchführung (z. B. Nicht-Einhaltung von Prozessstandards);
- Unzulänglichkeiten in der Koordination (z. B. »Spießrutenlauf« zwischen verschiedenen Gesundheitseinrichtungen);
- Administrative Komplexität (z. B. Dokumentationsanforderungen);
- Medizinische Überversorgung (siehe oben, Abschnitt 4.1.2);
- Korruption (z. B. manipuliertes Wartezeitenregime).

Die Minimierung solcher Quellen von Ineffizienz wird mittlerweile nicht nur von Ökonomen und Ökonominen, sondern auch von vielen in den Gesundheitsberufen Tätigen sowie Ethikern und Ethikerinnen als vorrangige Aufgabe gesehen.⁷⁷ Der dazugehörige Veränderungsansatz lautet »Lean Health Care«⁷⁸. Dabei geht es um die Identifikation und Verringerung von Verschwendung durch Überproduktion, Nacharbeiten, Lagerhaltung, Wartezeiten, Wegzeiten, Transportaufwand, überdimensionierte Abläufe, nicht-genutztes Mitarbeiterpotenzial.⁷⁹

In der Regel lassen sich solche Verschwendungen in arbeitsteiligen Systemen unter anderem durch gemeinsam vereinbarte Ablaufstandards (klinische Behandlungspfade⁸⁰, Disease Management Programme⁸¹) verringern; dies stößt mitunter auf Widerstand in einer Organisationskultur, die stark von persönlicher Entscheidungs- und Handlungsfreiheit geprägt ist (Stichwort »Therapiefreiheit«).⁸² Befürchtet wird eine »Industrialisierung« (Arbeitsteilung, Automatisierung, Zeittaktung, »Taylorismus« etc.) der Medizin im Sinn eines Produktionsbetriebs (Stichwort »Fließbandmedizin«).⁸³ Um diesen Vorurteilen und Risiken entgegenzuwirken, müssen Rationalisierungsansätze wie »Lean Health Care« letztlich immer darlegen können, inwieweit sie dem Patientenwohl dienen können. ‚Mehr vom selben‘, d. h. eine bloße Arbeitsverdichtung nach bisher gelebten Mustern, wird dafür nicht ausreichen, sondern vielmehr zu einer Ausdünnung der Qualität führen. Insofern verlangen Lean Health Care und vergleichbare Initiativen auch andere Haltungen im Berufsethos (z. B. Zusammenwirken jenseits von Berufs- und Fachgrenzen) und im Management (z. B. Subsidiarität in der Führung statt zentralistische Mikrosteuerungsversuche).

Aus ethischer Perspektive ist im Zusammenhang mit Lean Health Care schließlich noch anzumerken, dass die Wertschöpfung, um deren Erhalt und Steigerung es geht, in der Gesundheitsversorgung aus Sicht des Patienten bzw. der Patientin nicht allein in physischen (z. B. Wiedererlangung von Sprachvermögen nach einem Schlaganfall), schon gar nicht ausschließlich in monetären Kennzahlen zu bestimmen ist, sondern darüber hinaus auch wertschöpfende Handlungen beinhaltet, die sich in der psychosozialen, mitunter auch spirituell-existenziellen Dimension des Patientenlebens abspielen. Insofern wäre es kurzfristig, Elemente aus dem Versorgungsprozess zu eliminieren, die scheinbar und vordergründig keine Wertschöpfung im Sinn einer »Reparaturmedizin« erzielen. Was bei einer solchen Betrachtung ethisch fragwürdig ist, ist die Bestimmung der Medizin als Reparaturhandwerk und dessen unverhältnismäßige Kommerzialisierung.

77 Swensen, Meyer, et al. (2010), *Cottage Industry to Postindustrial Care*; Brody (2012), *Ethics of Waste Avoidance*.

78 Scholz (2016), *Lean-Methode im Krankenhaus*; Kraft (2016), *Lean Management im Krankenhaus*; Pöhls (2012), *Lean Management in Krankenhäusern*.

79 Scholz (2016), *Lean-Methode im Krankenhaus*, 21.

80 Greiling & Muszynski (2008), *Pfade zu effizienten Prozessen*; Lohfert & Peukert (2013), *Einführung von Behandlungspfaden/SOPs*.

81 Von der Heide, Ammenwerth, et al. (2004), *HerzMobil Tirol network*.

82 Hartzband & Groopman (2016), *Medical Taylorism*.

83 Möllmann (2014), *Industrialisierung in der Medizin*.

4.2 Rationierung (Allokation, Prioritätensetzung)

4.2.1 Begriffe

4.2.1.1 Rationierung

»Rationierung« kann dadurch beschrieben werden, dass eine aus Patientensicht zweckmäßige Behandlung aus Kostengründen gar nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt wird und gegebenenfalls durch eine weniger zweckmäßige, aber kostengünstigere Behandlung ersetzt wird.⁸⁴ Die Perspektive dieses Begriffsverständnisses liegt damit auf dem Vorenthalten einer Behandlung. Der Rationierungsbegriff kann noch weiter differenziert werden:⁸⁵

- Eine »harte« Rationierung liegt vor, wenn die Leistung unveränderlich begrenzt ist.
- Eine »weiche« Rationierung liegt vor, wenn die Leistung zwar grundsätzlich begrenzt ist, durch Selbstbeteiligung des Patienten bzw. der Patientin aber ausgedehnt werden kann.
- Eine »explizite/offene« Rationierung liegt vor, wenn für das Vorenthalten der Leistung klar vereinbarte Kriterien gelten.
- Eine »implizite/verdeckte« Rationierung liegt vor, wenn nur allgemeine Rahmenbedingungen für eine Leistungsbegrenzung bestehen (z. B. gedeckelte Budgets), ohne konkrete Kriterien dafür, welche Leistungen im konkreten Fall aufgrund der Begrenzung vorenthalten werden.

Rationierungen können durch unterschiedliche Maßnahmen erreicht werden, wie zum Beispiel explizite Leistungsverweigerung, systematische Verzögerung der Leistungserbringung, Ausdünnung der Leistungserbringung, Abschreckung vor der Leistungsanspruchnahme (z. B. durch finanzielle, bürokratische oder physische Hürden, sog. »hassle factors«⁸⁶). Je nach Maßnahme wird das Vorenthalten eher als harte, weiche, explizite oder implizite Rationierung wahrgenommen werden.

4.2.1.2 Allokation

»Allokation« bezeichnet die Ressourcenzuteilung zu einem bestimmten Verwendungszweck (einer bestimmten medizinischen Leistung). Hierbei handelt es sich in gewisser Weise um das positive (d. h. auf die Zuteilung und nicht das Vorenthalten fokussierte) Gegenstück zur Rationierung. Dennoch geht die Allokationslogik vom selben Knappheits-Paradigma aus wie die Rationierung. Bei Allokationsentscheidungen werden daher bewusst die Alternativen einer bestimmten Ressourcenzuteilung in den Blick genommen. Die Kosten für eine Allokationsentscheidung setzen sich damit aus den Aufwendungen für die Leistung, der Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, und den Kosten für die Alternative, die aber wegen der begrenzten Mittel nicht verwirklicht werden kann (»Opportunitätskosten«), zusammen.

Durch den Allokationsbegriff kommen die ethisch relevanten Präferenzen für verschiedene Güter zum Ausdruck: Die Entscheidung für eine medizinische Behandlung »kostet« den Patienten bzw. die Patientin andere Optionen, die er bzw. sie nicht realisieren kann. Dies kann zum Beispiel in einer Krankheitssituation mit infauster Prognose für ihn bzw. sie eine Rolle spielen. Auf Systemebene des Gesundheitswesens »kostet« die Allokationsentscheidung zugunsten

84 Vgl. SAMW (2007), *Rationierung*, 9.

85 Vgl. Eiff (2014), *Ziele einer medizinischen, ökonomischen und ethischen Reflexion*, 21 f; Gutmann & Schmidt (2002), *Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen*.

86 Loewy (2002), *Health Care Systems and Ethics*, 10.

bestimmter Versorgungsbereiche (z. B. stationärer Akutbereich) oftmals auch die Option, andere Settings (z. B. mobile Dienste) gleichermaßen mit Ressourcen auszustatten.

4.2.1.3 Prioritätensetzung

Die Allokationslogik führt damit vor Augen, dass es bei Entscheidungen über begrenzte Ressourcen zu einer Prioritätensetzung kommt. Mit »Priorisierung« ist die »ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen«⁸⁷ gemeint. »Sie folgt der Logik, dass die vorhandenen Mittel bei wachsendem Bedarf auf das Wesentliche, eben auf das als prioritär Festgestellte, konzentriert werden müssen.«⁸⁸

Mittlerweile hat es international eine Reihe von Versuchen gegeben, Allokationsentscheidungen im Gesundheitswesen auf Basis einer Priorisierung vorzunehmen.⁸⁹ Dabei lassen sich Ansätze einer leistungsbestimmenden Priorisierung von solchen einer steuernden Priorisierung unterscheiden.⁹⁰ Erstere legen der Prioritätensetzung eine eher technisch-naturwissenschaftliche Betrachtung zugrunde und definieren vorab, welche Leistungen prioritär zu finanzieren sind. Zweitere bauen mehr auf allgemeinen Rahmenbedingungen wie zum Beispiel klinischen Leitlinien auf, die für Prioritätensetzung einen Ermessensspielraum in der konkreten Situation offenhalten. Beide Ansätze haben Vor- und Nachteile: Bei der leistungsbestimmenden Priorisierung muss ein gesellschaftlicher Konsens zu sehr konkreten Präferenzen hergestellt werden, was mitunter zu komplex werden kann.⁹¹ Dafür bietet die leistungsbestimmende Priorisierung vorhersehbarere, gesellschaftlich getragene Rahmenbedingungen für alle Beteiligten, als dies bei der auf die Entscheidung im konkreten Fall abstellenden steuernden Priorisierung der Fall ist.⁹² Diese überlässt den Entscheidungsträgern vor Ort die konkrete Prioritätensetzung im Rahmen fachlicher Leitlinien, macht damit aber die Leistungserbringer auch mehr zu »Funktionären austeilender Gerechtigkeit«.⁹³

87 Bullinger (2009), *Leistungsbegrenzung im Gesundheitswesen*, 2.

88 Bullinger (2009), *Leistungsbegrenzung im Gesundheitswesen*, 2.

89 Preusker (2014), *Priorisierung im Medizinbetrieb*; Schmitz-Luhn (2015), *Priorisierung in der Medizin*; Sabik & Lie (2008), *Priority setting in health care*.

90 Schmitz-Luhn (2015), *Priorisierung in der Medizin*, 196.

91 ZEK-BÄK (2000), *Prioritäten in der medizinischen Versorgung*, A1018.

92 Raspe (2016), *Indikationsstellung in der klinischen Medizin*, 249.

93 Katzenmeier (2013), *Kriterien der Priorisierung medizinischer Leistungen*, 7.

4.2.2 Allokationskriterien

In der Priorisierung von Gesundheitsleistungen werden insbesondere folgende Allokationskriterien diskutiert:

- Kosteneffektivität⁹⁴
- Dringlichkeit⁹⁵
- Eigenverantwortung⁹⁶
- Alter⁹⁷

Jedes Kriterium ist entweder aufgrund der methodischen Komplexität seiner Bestimmung oder aufgrund von Spannungen zu grundlegenden ethischen Überzeugungen (oder aufgrund beider Punkte) umstritten, wenngleich keines der Kriterien als völlig ohne ethisch begründete Relevanz für eine Prioritätensetzung angesehen werden kann.

4.2.3 Allokationsebenen

Allokationsentscheidungen im Schnittfeld von Medizin und Ökonomie werden auf unterschiedlichen Ebenen getroffen: auf gesellschaftlicher Ebene, auf Systemebene und am Krankenbett. Dieser Differenzierung entspricht in der Ethik die Unterscheidung zwischen Sozial-, Organisations- und Individualethik mit ihren je eigenen Fragestellungen.

4.2.3.1 Makroebene: Gesellschaft

Auf oberster Ebene (Makroebene) werden Entscheidungen darüber getroffen, welche Ressourcen gesellschaftlich für das Gesundheitswesen als Ganzes eingesetzt werden sollen. Hierbei geht es, ethisch gesprochen, um die Frage, was uns als Gesellschaft die Ziele des Gesundheitswesens wert sind. Solche Entscheidungen werden immer relativ getroffen, das heißt im Vergleich zu anderen Lebensbereichen in unserer Gesellschaft (z. B. Bildung, Sicherheit, Infrastruktur). Aus ethischer Perspektive ergeben sich auf dieser Makroebene folgende Beobachtungen:

Entgegen plakativen Aussagen, wonach die Gesundheit eines Menschen keinen Preis haben dürfe, hat das Gesundheitswesen in der gesellschaftlichen Bewertung offenbar nicht die höchste Priorität und werden ihm deshalb nicht unbegrenzt Ressourcen zur Verfügung gestellt. Wenn aber die Ressourcen auf der Makroebene begrenzt werden, können auf den darunterliegenden Allokationsebenen (d. h. in einzelnen medizinischen Fachbereichen, in einzelnen Einrichtungen des Gesundheitswesens, in konkreten Behandlungsfällen) logischerweise nicht unbegrenzte Ressourcen vorhanden sein.

Die Zielsetzung des Gesundheitswesens muss durch eine begrenzte Ressourcenallokation allerdings nicht notwendigerweise vereitelt werden. Denn zumindest ein Ziel – die Erhaltung der Gesundheit – hängt von vielen Lebensumständen ab, die nicht unmittelbar mit dem Gesundheitswesen zu tun haben, wie es derzeit vorherrschend ist (nämlich auf die Behandlung von Krankheit ausgerichtet). Daher kann eine Allokation, die Ressourcen zum Beispiel in

94 Marckmann (2015), *Kostensensible Leitlinien*, 28 ff; Kamm (2015), *Cost Effectiveness Analysis and Fairness*; Deutscher Ethikrat (2011), *Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen*.

95 Schöne-Seifert & Friedrich (2013), *Priorisierung nach Dringlichkeit*; McKie & Richardson (2003), *Rule of Rescue*; Bohmeier & Schmitz-Luhn (2013), *Dringlichkeit*.

96 Rubrech (2015), *Individueller Lebensstil*; Schwettmann (2013), *Wird alles, was Spaß macht, besteuert*; Dörries & Arnold (2013), *Kurzzeitiger Spaß? Langfristige Zufriedenheit*; Alber & Bayerl (2013), *Eigenverantwortung*; Buyx (2005), *Eigenverantwortung*; Buyx & Prainsack (2012), *Lifestyle-related diseases*.

97 Fleck (2010), *Just Caring*; Zitter (2001), *Rationierung in der Altersmedizin*; Huster (2013), *Alter als Priorisierungskriterium*.

die soziale Sicherheit und Bildung der Bevölkerung investiert, Gesundheitszielen dienen, die zumindest im herkömmlichen Gesundheitswesen nicht oder zumindest nicht derartig effizient erreicht werden könnten.

Eine ethisch relevante Frage, die im Zusammenhang mit Allokationen auf der Makroebene gesellschaftlich diskutiert werden muss, betrifft jene nach den Gesundheitszielen. Nur wenn hinreichend klar ist, welche Gesundheitsziele wir als Gesellschaft für wichtig erachten, wie wir sie priorisieren und von welchen Determinanten ihre Erreichung abhängt, werden rationale Allokationsentscheidungen auf der Makroebene möglich sein. Fehlt es an solchen gesellschaftlichen Gesundheitszielen, kann im Grunde nicht beurteilt werden, wie rational die Allokationsentscheidungen sind; denn ohne Ziele als Referenzpunkte sind alle Allokationsentscheidungen gleich rational bzw. irrational.

4.2.3.2 Mesoebene: Gesundheitssystem

Auf mittlerer Ebene (Mesoebene) werden Entscheidungen darüber getroffen, wie die im Gesundheitswesen zur Verfügung stehenden Ressourcen in diesem System eingesetzt werden sollen. Hierbei geht es beispielsweise um Fragen, welche Ressourcen den verschiedenen medizinischen Fachbereichen (Krankheitsbilder) und Versorgungsangeboten (niedergelassene Praxen, mobile Dienste, teilstationäre Einrichtungen, Krankenhäuser etc.) zur Verfügung stehen sollen.

Dabei unterliegt unsere Gesellschaft einer gewissen Paradoxie. Obwohl die auf der Makroebene geschilderten sozioökonomischen Faktoren für den Gesundheitszustand bekannt sind und dementsprechende Allokationsentscheidungen rational wären, verhalten wir uns vielfach irrational. Tendenziell werden Allokationsentscheidungen eher befürwortet, wenn sie zugunsten von aufsehenerregenden Themengebieten und Versorgungsangeboten getroffen werden, die eine Wiederherstellung der akut gefährdeten Gesundheit in Aussicht stellen. Diese Ressourcenpräferenz für eine »Reparaturmedizin« ist emotional verständlich, aus Sicht der betroffenen Kranken rational, aus Systemsicht jedoch fragwürdig, weil die Allokation unter Umständen an der falschen Stelle bzw. zu spät erfolgt. Stattdessen wären aus Systemsicht auf der Mesoebene präventivere Ansätze und niederschwellige Versorgungsangebote vielfach rationaler.

Allokationsentscheidungen auf Mesoebene werden von ökonomischen Mechanismen begleitet, die sicherstellen sollen, dass die intendierten Zielsetzungen der Allokation erreicht werden (dass z. B. als wichtig bewertete Krankheitsbilder vorrangig behandelt werden oder Leistungen in bestimmten Versorgungssettings erbracht werden). Beispiele für derartige Mechanismen sind die Honorarordnungen für den niedergelassenen ärztlichen Bereich und das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) im Spitalsbereich. Jeder Mechanismus hat ethische Implikationen, die sich aus den spezifischen Anreizen des Mechanismus ergeben. So setzt etwa das LKF-System Anreize zur Verweildauerverkürzung im Krankenhaus; eine Intention, für die es etliche gute Argumente gibt (z. B. geringeres Risiko für nosokomiale Infektionen), die aber auch zu unerwünschten Nebeneffekten wie z. B. dem »Drehtüreffekt«⁹⁸ führen kann.

Ungeachtet dessen, ob Allokationsentscheidungen auf der Mesoebene durch einen bewussten Akt (z. B. in Budgetverhandlungen) oder in der Folge durch einen institutionellen Mechanismus (z. B. Honorarordnung) erfolgen, wird diese Ressourcenallokation umso irrationaler sein, je mehr die Interessenlagen der daran Beteiligten divergieren. So kann es beispielsweise dazu

98 Der »Drehtüreffekt« beschreibt das Phänomen, wonach Patienten bzw. Patientinnen aufgrund der anreizspezifischen Verweildauerverkürzung zwar rascher aus dem Krankenhaus entlassen werden, dafür aber in kurzer Zeit wieder im Krankenhaus sind, weil sie außerhalb des Spitals mit ihrem Gesundheitszustand nicht zurechtkommen und/oder ein Rückfall der Krankheit eintritt.

kommen, dass die Krankenhausträger Patienten und Patientinnen aus den Spitalsambulanzen in den niedergelassenen Bereich verlagern wollen (weil für die Krankenhausträger dort keine Kosten anfallen), während die Sozialversicherung dieselben Patienten und Patientinnen lieber in den Spitalsambulanzen sehen würden (weil für die Krankenkassen dort geringere Kosten anfallen). An dieser Stelle setzt das Bemühen vieler Staaten an, eine Finanzierung und Steuerung »aus einer Hand« zu etablieren. Dadurch sollen die Allokationsentscheidungen auf Mesoebene rationaler erfolgen. Für eine solche Vorgehensweise sprechen aus ethischer Perspektive folgende Argumente: Erstens scheint der Patient bzw. die Patientin bei den derzeit praktizierten Allokationsentscheidungen der divergierenden Akteure nur eine untergeordnete Rolle zu spielen. Dies ist nicht kongruent mit dem grundsätzlichen Bekenntnis, dass die Stakeholder-Rolle des Patienten bzw. der Patientin den zentralen Maßstab für solche Allokationsentscheidungen einnehmen muss. Zweitens begünstigt ein nicht hinreichend aufeinander abgestimmtes Finanzierungs- und Steuerungssystem eine fragmentierte Verantwortlichkeit⁹⁹, bei der jeder Akteur den jeweils anderen in der Pflicht sieht und Kooperationsbemühungen in gefangenendilemmaartigen¹⁰⁰ Settings scheitern.

Wenn diese und andere Argumente mehr dafürsprechen, dass wir bei rationaler Betrachtung verstärkt integrierte Versorgungsangebote brauchen, so lässt sich vermuten, dass die Aufrechterhaltung des derzeitigen Zustands ethisch nicht gut begründet werden kann, sondern vornehmlich der Macht des Faktischen folgt.

4.2.3.3 Mikroebene: Krankenbett

Auf unterer Ebene (Mikroebene) werden Entscheidungen darüber getroffen, wie Ressourcen in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens für konkrete Patienten und Patientinnen eingesetzt werden sollen. Hierbei geht es nicht zuletzt um meist auch öffentlich thematisierte Fragen, inwieweit bestimmte kostenintensive Therapien bei einem Patienten bzw. einer Patientin (oder einer definierten Patientengruppe) vertretbar seien. Debatten um besonders teure Medikamente oder Medizinprodukte scheinen dabei von besonderer ethischer Brisanz zu sein.

Die täglichen Allokationsentscheidungen, die auf der Mikroebene getroffen werden müssen, sind aber in der Regel weniger spektakulär und an Sachgütern festzumachen als »sündteure Medikamente«; sie betreffen vor allem die Allokation der persönlichen Ressourcen der im Gesundheitswesen Tätigen – ihre Zeit und Energie. Ebenso wie andere Ressourcen sind sie begrenzt, und zwar aus ethischer Perspektive in einer noch fundamentaleren Weise als die Begrenztheit der Sachgüter: die Begrenztheit der persönlichen Ressourcen ergibt sich aus der menschlichen Natur (»conditio humana«).

Weil Allokationsentscheidungen auf der Mikroebene konkrete Menschen betreffen (und nicht bloß Strukturen wie auf der Makro- und Mesoebene), verdichtet sich in ihnen die ethische Verantwortlichkeit. Dies kann etwa dazu führen, dass Ressourcen für einen *konkreten* Patienten bzw. eine *konkrete* Patientin zur Verfügung gestellt werden, obwohl die Verhältnismäßigkeit dieser Allokation angesichts eines geringen medizinischen Nutzens fragwürdig erscheint. Dieselbe Ressourcenallokation wäre unter Umständen auf einer anonymeren Makro- oder Mesoebene aus guten Gründen unterblieben. Das offensichtlich widersprüchliche Verhalten in den Allokationsentscheidungen auf den verschiedenen Ebenen mag durchaus irrational sein; aus ethischer Perspektive ist es zugleich verständlich, wenn eine ethische Urteilsbildung nicht

⁹⁹ Swensen, Meyer, et al. (2010), *Cottage Industry to Postindustrial Care*.

¹⁰⁰ In Situationen eines »Gefangenendilemmas« wäre eine Kooperation zwar die rationalste Vorgehensweise, sie wird aber durch die Rahmenbedingungen vereitelt.

allein auf Basis rationaler Abwägungen (Perspektive der Gerechtigkeit), sondern auch auf Basis persönlicher Verbundenheit (Perspektive der Sorge) erfolgt.

Die Spannung zwischen rationaler Gerechtigkeit und umfassender Sorge lässt sich nicht vollständig auflösen. Deshalb greifen auch Ansätze, wonach bloß auf Makro- und Mesoebene eine »klare« und »harte« Allokation erfolgen müsse, um die Akteure auf der Mikroebene von schwierigen Allokationsentscheidungen zu entlasten, zu kurz. Zweifellos benötigen wir diese rationalen Erwägungen auf Makro- und Mesoebene; dazu gehören auch Effizienz- und Kosteneffektivitäts-Bewertungen in der Betrachtung des Gesundheitswesens. Aber dennoch werden die Akteure auf der Mikroebene nicht um Allokationsentscheidungen in konkreten Situationen herumkommen. Was wir den Akteuren hierfür schulden, ist eine Anerkennung, dass diese Entscheidungen unumgänglich¹⁰¹ sind und dass die Akteure Beurteilungskriterien zur Verfügung haben, die von der Gesellschaft als gerechtfertigt angesehen werden.

4.2.4 Beispiel 1: Allokation mittels Kosten-Effektivitäts-Bewertungen

Allokationsentscheidungen über eine Therapieform unter Berücksichtigung von Kosten und Nutzen sind auf verschiedene Arten möglich:¹⁰²

- Krankheitskostenstudien (Cost of Illness Study): Hierbei handelt es sich um eine Kostenabschätzung (direkte und indirekte Kosten der Krankheit), wenn nur eine Therapiemöglichkeit gegeben ist.
- Kostenvergleichsanalysen: Bei zwei oder mehreren Behandlungsalternativen, deren Behandlungsnutzen gleichwertig ist, werden die Kosten der verschiedenen Optionen miteinander verglichen.
- Kosten-Wirksamkeitsanalysen: Die Wirksamkeit einer Behandlung wird hierbei über die Messung von Surrogatparametern (z. B. Laborwerten) bewertet.
- Kosten-Effektivitätsanalysen (KEA): Bei KEA werden die Kosten für eine Behandlung mit deren Nutzen-Effekt für den Patienten bzw. die Patientin verglichen. Die Effektivität, d. h. das therapeutische Ergebnis, soll über patientenrelevante Parameter dargestellt werden.¹⁰³

Für die Bewertung der Effektivität einer medizinischen Behandlung wird heute in erster Linie das Konzept der QALY eingesetzt. QALY (»Quality-Adjusted Life Year« / »Qualitäts-korrigiertes Lebensjahr«) ist der Versuch, Lebenszeit und Lebensqualität miteinander in Beziehung zu setzen.¹⁰⁴ Der ethisch relevante Grundgedanke lässt sich wie folgt zusammenfassen: Ein numerisches Lebensjahr kann vom betroffenen Menschen unterschiedlich gut bewertet werden. Im Idealfall beurteilt er es in Bezug auf seinen Gesundheitszustand als mit »sehr gut«, dann wird das numerische Lebensjahr mit »1« bewertet. Je schlechter die Lebensqualität bewertet wird, umso geringer fällt die Zahl aus.¹⁰⁵

101 Gegen die Unumgänglichkeit von Allokationsentscheidungen wird mitunter eingewandt, dass die im Gesundheitswesen eingesetzten Ressourcen »künstlich« knappgehalten würden und es möglich wäre, sie zu erweitern. Dies mag auf sehr viele Sachverhalte zutreffen, in denen es um rein monetäre Ressourcen geht. Letztlich ergibt sich die Unumgänglichkeit von Allokationsentscheidungen aber aus der natürlichen Knappheit der Ressourcen, die jeder im Gesundheitssystem tätige Mensch hat. Jede Person muss sich deshalb damit aus ethischer Perspektive auseinandersetzen, wie sie mit ihren persönlichen Ressourcen haushält, d. h. sie alloziert.

102 Czapionka, Kraus, et al. (2008), *Gesundheitsökonomische Evaluation*.

103 Marckmann (2015), *Kostensensible Leitlinien*.

104 Tunder & Martschinke (2014), *QALY-Ansatz*; Zeckhauser & Shepard (1976), *Where now for saving lives?*

105 Ein mit dem QALY-Konzept verwandtes Konstrukt – DALY (Disability-Adjusted Life Years) – berücksichtigt die Krankheitslast (durch vorzeitigen Tod verlorene Lebensjahre sowie mit Behinderung verbrachte Lebensjahre), um dem Begriff der Lebensqualität noch umfassender gerecht zu werden; vgl. Sassi (2006), *Calculating QALYs*.

Das bedeutet z. B. in Hinblick auf eine onkologische Therapie, dass eine Behandlung, die von den Patienten bzw. Patientinnen mit einer sehr guten Lebensqualität verbunden wird und in 3 Jahren ohne neuerliches Auftreten eines Tumors resultiert, 3 QALYs bringt (3 numerische Lebensjahre, jedes mit der Lebensqualität »1« beurteilt). Beurteilt der Patient bzw. die Patientin hingegen nur das erste Jahr nach der Behandlung mit »1«, die beiden Folgejahre aufgrund von erneut auftretenden Problemen und Behandlungsaufwand mit Nebenwirkungen nur mit »0,7« bzw. »0,5«, so ergibt dies nur 2,2 QALYs ($1 \times 1 + 1 \times 0,7 + 1 \times 0,5$) – also zwar drei numerische Lebensjahre, aber mit abnehmender Lebensqualität. In der Kosten-Effektivitätsanalyse wird dieser Nutzen (2,2 QALYs) nun in Relation zu den Kosten der Behandlung gesetzt. Wenn die Behandlung z. B. 20.000 Euro kostet, so belaufen sich die Kosten pro QALY auf 9.090 Euro (20.000 dividiert durch 2,2).¹⁰⁶

Die Kosten-Effektivitätsanalyse ist der Versuch, die Kosten für eine medizinische Behandlung in Relation zu ihrem Nutzen im Sinn von Lebensqualität zu setzen.¹⁰⁷ Dies erscheint insbesondere bei sogenannten hochinnovativen Behandlungen geboten zu sein, da es hierbei mitunter nur zu marginalen Nutzenzuwächsen für den Patienten bzw. die Patientin kommt, dafür aber hohe Kosten anfallen.

So stieg etwa die Inzidenz von Krebserkrankungen¹⁰⁸ in den letzten 30 Jahren um ca. 30 % (d. h. jeder Dritte wird im Laufe seines Lebens an Krebs erkranken), die Gesamtzahl der Menschen, die an Krebs sterben, bleibt aber auch infolge immer neuer optimierter Therapien in etwa gleich. In den USA wurden 2012 39 neue Arzneimittel von der Zulassungsbehörde Food and Drug Administration (FDA) freigegeben, darunter 12 onkologische. Eine ähnliche Entwicklung ist auch in Europa zu verzeichnen: 2009–2015 hat die EMA (Europäische Arzneimittel-Agentur) 70 neue Wirkstoffe zugelassen. Bei ca. einem Viertel dieser Therapeutika fehlen allerdings Informationen zur Steigerung der Lebenserwartung. Die Nutzenbewertung des deutschen Innovationsreports¹⁰⁹ ergibt, dass sich bei der Bewertung der Mehrzahl der neuen Wirkstoffe nur ein geringer bzw. kein Zusatznutzen gegenüber der Vergleichstherapie ergab, wobei die onkologischen Präparate im Vergleich zu anderen Medikamentengruppen besser abschnitten. Daraus lässt sich schließen, dass ein neues Wirkprinzip eines Medikaments kein Garant für einen therapeutischen, für den Patienten bzw. die Patientin relevanten Zusatznutzen ist. Kosten-Effektivitätsanalysen können diese Zusammenhänge darstellen und damit für die Allokationsentscheidungen eine sachliche Ausgangslage definieren.¹¹⁰

In der Infektionstherapie, z. B. für Hepatitis C, kamen ebenfalls sehr teure Medikamente auf den Markt, die allerdings ein dauerhaftes Therapieansprechen ermöglichen. Das ist besonders für Patienten und Patientinnen von Vorteil, die aufgrund eines bestimmten Erreger-Genotyps nur eingeschränkt auf die konventionellen Therapien ansprechen. Um einen optimalen Patientenutzen zu erzielen, werden diese Medikamente in Österreich nur in Zentren angeboten, die ihre Patienten und Patientinnen auch verpflichtend in einem speziellen Register dokumentieren. Damit soll gewährleistet werden, dass die Therapie unter optimalen Rahmenbedingungen für

106 Es ist offenkundig, dass der grundsätzlich gerechtfertigte Versuch, die Lebensqualität in einem mathematischen Modell zu berücksichtigen, auf methodische Schwierigkeiten und praktische Grenzen stößt; vgl. Nord (1992), *Methods of Quality Adjustment of Life Years*. Daher sieht sich der QALY-Ansatz auch regelmäßiger Kritik ausgesetzt.

107 Insofern liegt diesem Ansatz der gleiche Gedanke zu Grunde wie der Palliative Care, nämlich »dem Jahr mehr Leben und nicht bloß dem Leben mehr Jahre« zu geben.

108 Ludwig & Schott (2013), *Neue Arzneimittel in der Onkologie*.

109 Windt, Boeschen, et al. (2013), *Innovationsreport 2013*.

110 Ludwig, Fetscher, et al. (2009), *Teure Innovationen in der Onkologie*.

die Patienten und Patientinnen erfolgt bzw. ein Kostenanstieg durch undifferenzierte Abgabe verhindert wird. Derzeit erfolgt eine Priorisierung von Patienten bzw. Patientinnen, die das höchste Progressionsrisiko haben und daher am meisten von der Therapie profitieren (Indikator »Fibrosegrad«). Patienten bzw. Patientinnen, die keine Progression aufweisen, werden hingegen derzeit nicht mit den innovativen Arzneimitteln therapiert. Die Priorisierung erfolgt daher auf Basis von Kosten-Effektivitätsüberlegungen.

Im Vereinten Königreich wird der QALY-Ansatz bereits seit Jahren standardmäßig für Entscheidungen über die Allokation öffentlicher Mittel in der Gesundheitsversorgung angewendet.¹¹¹ Nach Auskunft des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) wird dabei eine Behandlung als nicht ausreichend kosteneffektiv eingestuft, wenn sie mehr als 20.000 bis 30.000 Pfund pro QALY kostet.¹¹² Eine derartige Therapie muss speziell gerechtfertigt werden. Dies stellt aus ethischer Perspektive eine Art Gerechtigkeits-Korrektiv dar, da in bestimmten Konstellationen gerade auch nicht besondere kosteneffektive Behandlungen gesellschaftlich erwünscht und daher öffentlich finanziert werden können.

Ethisch problematisch wäre es hingegen, einen der Debatte entzogenen QALY-Maximierungs-Automatismus zu etablieren, da dieser einen empiristischen Fehlschluss¹¹³ darstellen würde. Insofern werden auch Krankheitsbilder übergreifende Priorisierungsversuche nach Kosten-Effektivitätsanalysen ethisch kritisch beurteilt, da dies z. B. dazu führen würde, dass seltene Krankheitsbilder oder Krankheiten, bei denen die Betroffenen nicht ausreichend ihre eigene Lebensqualität mitteilen können, automatisch niedriger bewertet würden.¹¹⁴

4.2.5 Beispiel 2: Allokation mittels Wartezeiten

Eine Ressourcenallokation über Wartelisten kann einerseits durch das begrenzte Angebot eines Gutes erfolgen (z. B. Zeitslots für eine Untersuchung), andererseits kann das Gut selbst nur eingeschränkt verfügbar sein (z. B. Organe für Transplantationen).

In Österreich kam es z. B. aufgrund der Vertragssituation mit den Radiologen und Radiologinnen zu Engpässen bei der Versorgung mit einzelnen Untersuchungen (MRT). Da die Bezahlung der Leistungen mit einem Gesamtbudget limitiert war, wurden die Untersuchungen für Versicherte der Gebietskrankenkassen anhand einer Warteliste terminisiert, woraus auch längere Wartezeiten resultierten. Es war allerdings möglich, dass diese Untersuchung kurzfristig durchgeführt wurde, wenn der Patient bzw. die Patientin bereit war, dafür privat zu zahlen. Begründet wurde dieses Vorgehen damit, dass die zusätzlichen Kapazitäten auch entsprechende Rahmenbedingungen hinsichtlich der Finanzierung haben, nämlich nicht durch ein Gesamtbudget gedeckelt sind, sondern jede zusätzliche Untersuchung ein zusätzliches Honorar erbringt. In diesem Fall handelt es sich um eine implizite Rationierung, da die Leistungsbegrenzung über einen Mechanismus durchgeführt wurde, der für die Bevölkerung nicht transparent war.

111 In Österreich widmet sich das Ludwig-Boltzmann-Institut für Health Technology Assessment seit 2006 der Nutzenbewertung medizinischer Behandlungen; vgl. <http://hta.lbg.ac.at>

112 NICE (2013), *Value for money*.

113 Siehe oben, Abschnitt 1

114 Deutscher Ethikrat (2011), *Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen*, 61–70.

Empfehlungen

- 1** Medizin und Ökonomie sollen sowohl dem Einzelnen als auch der Gesellschaft dienen.
- 2** Ökonomie (z. B. Effizienzsteigerung) ist nötig, um mit begrenzten Ressourcen möglichst verantwortungsbewusst umzugehen und damit beizutragen, ein soziales Gesundheitssystem zu erhalten. Eine Kommerzialisierung im alleinigen Sinn einer Gewinnmaximierung ist abzulehnen.
- 3** Zur Stärkung der Rationalität von gesundheitspolitischen Entscheidungen ist eine systematische Einbindung von gesundheitsökonomischer Forschung und Versorgungsforschung anzustreben.
- 4** Leistungs- und Kostentransparenz über Systemgrenzen hinweg sind eine Voraussetzung, um Verantwortung nicht auf den jeweils anderen Systempartner abzuwälzen (»externe Effekte«).
- 5** Der Wert des Gesprächs mit Patienten und Patientinnen ist im finanziellen Anreizsystem stärker zu gewichten.
- 6** Von Patienten und Patientinnen selbst systematisch rückgemeldete Ergebnisse der Behandlung (»Patient-Reported Outcomes«) sollten vermehrt für die Beurteilung des Werts und der Qualität von Behandlungen herangezogen werden.
- 7** Präventionsprogramme, die auch sozioökonomische Faktoren der Gesundheit berücksichtigen, sollten mehr Gewicht in der Ressourcenzuteilung erhalten als eine reine »Reparaturmedizin«.
- 8** Auf Über- und Fehlversorgung, auf unwirksame Leistungen (Diagnostik und Therapie) ist durch medizinische Qualitätssicherung zu verzichten, auf unverhältnismäßige durch eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Patienten bzw. der Patientin.
- 9** Wir empfehlen, transparente Verfahren für die Ressourcenallokation und Prioritätensetzung auf politischer Ebene sowie auf Ebene der Träger von Gesundheitseinrichtungen zu etablieren, statt auf Einzelentscheidungen am Krankenbett abzuwälzen.

Literaturverzeichnis

ABIM, American College of Physicians–American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM), European Foundation of Internal Medicine (EFIM). Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *Ann Intern Med.* 2002 Feb 5;136(3):243–246.

Alber K, Bayerl B. Das Kriterium der Eigenverantwortung in der Allokationsdebatte – Wie frei sind wir in Bezug auf unser Gesundheitsverhalten wirklich? In: Schmitz-Luhn B, Bohmeier A, editors. *Priorisierung in der Medizin: Kriterien im Dialog.* Berlin: Springer; 2013. p. 205–213.

Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared Decision Making – The Pinnacle of Patient-Centered Care. *N Engl J Med.* 2012 Mar 1;366(9):780–781. DOI 10.1056/NEJMp1109283.

Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics.* 7th ed. New York, NY: Oxford University Press; 2013 [1979].

BEK-BKA. Partizipative Medizin und Internet: Stellungnahme der Bioethikkommission. Wien: Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt; 2015. Verfügbar unter <http://archiv.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=60026>

Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating Waste in US Health Care. *JAMA.* 2012 Apr 11; 307(14):1513–1516. DOI 10.1001/jama.2012.362.

Blumenthal D, Abrams M, Nuzum R. The Affordable Care Act at 5 Years. *N Engl J Med.* 2015 Jun 18;372(25):2451–2458. DOI 10.1056/NEJMp1503614.

Bohmeier A, Schmitz-Luhn B. Dringlichkeit und die »Rule of Rescue« im Recht. In: Schmitz-Luhn B, Bohmeier A, editors. *Priorisierung in der Medizin: Kriterien im Dialog.* Berlin: Springer; 2013. p. 125–133.

Bohrmann T. Solidarität und Wettbewerb: Ethische Ordnungsprinzipien im Gesundheitswesen. In: Aufderheide D, Dabrowski M, editors. *Gesundheit – Ethik – Ökonomik: Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven des Gesundheitswesens.* Berlin: Duncker & Humblot; 2002. p. 95–123.

Brody H. Medicine's Ethical Responsibility for Health Care Reform – The Top Five List. *N Engl J Med.* 2010 Jan 28;362(4):283–285. DOI 10.1056/NEJMp0911423.

Brody H. From an Ethics of Rationing to an Ethics of Waste Avoidance. [Perspective]. *N Engl J Med.* 2012 May 24;366(21):1949–1951. DOI 10.1056/NEJMp1203365.

Bullinger GM. Aktueller Begriff: Leistungsbegrenzung im Gesundheitswesen. Berlin: Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages; 2009.

Buyx A. Eigenverantwortung als Verteilungskriterium im Gesundheitswesen: Theoretische Grundlagen und praktische Umsetzung. *Ethik Med.* 2005 Dec.;17(4):269–283. DOI 10.1007/s00481-005-0398-2.

Buyx A, Prainsack B. Lifestyle-related diseases and individual responsibility through the prism of solidarity. *Clin Ethics*. 2012 June 1, 2012;7(2):79–85. DOI 10.1258/ce.2012.012008.

Callahan D. *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society*. 2nd ed. Washington, DC: Georgetown University Press; 1995 [1987].

Callahan D. The Goals of Medicine: Setting New Priorities. *Hastings Cent Rep*. 1996 Nov–Dec;26(6):S1–S27. DOI 10.1002/j.1552-146X.1996.tb04777.x.

Callahan D. *False Hopes: Overcoming the Obstacles to a Sustainable, Affordable Medicine*. New York, NY: Simon & Schuster; 1998.

Casarett D. The Science of Choosing Wisely – Overcoming the Therapeutic Illusion. *N Engl J Med*. 2016 Mar 31;374(13):1203–1205. DOI 10.1056/NEJMp1516803.

Cassel CK, Guest JA. Choosing Wisely: Helping Physicians and Patients Make Smart Decisions About Their Care. [Viewpoint]. *JAMA*. 2012;307(17):1801–1802. DOI 10.1001/jama.2012.476.

Clewer A, Perkins D. *Economics for Health Care Management*. London: Prentice Hall; 1998.

Czypionka T, Kraus M, Röhrling G, Straka H. Gesundheitsökonomische Evaluation: politische Implikationen und nutzentheoretischer Outcome. *Health System Watch*. 2008 Frühjahr(1):8–15.

Daniels N. *Just Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press; 1985.

Deutscher Ethikrat. *Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung*. Berlin: Deutscher Ethikrat; 2011.

Deutscher Ethikrat. *Personalisierte Medizin – der Patient als Nutznießer oder Opfer?* Berlin: Deutscher Ethikrat; 2013. Verfügbar unter: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/tagungsdokumentation-personalisierte-medizin.pdf>

Deutscher Ethikrat. *Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus*. Berlin: Deutscher Ethikrat; 2016. Verfügbar unter: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf>

Deutscher Ethikrat. *Big Data und Gesundheit – Datensouveränität als informationelle Freiheitsgestaltung*. Berlin: Deutscher Ethikrat; 2017. Verfügbar unter: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-big-data-und-gesundheit.pdf>

Dörries A, Arnold D. Kurzzeitiger Spaß? Langfristige Zufriedenheit! Eigenverantwortung und Solidarität am Beispiel von Übergewicht. In: Schmitz-Luhn B, Bohmeier A, editors. *Priorisierung in der Medizin: Kriterien im Dialog*. Berlin: Springer; 2013. p. 197–203.

Eberbach WH. Die Verbesserung des Menschen: Tatsächliche und rechtliche Aspekte der wunscherfüllenden Medizin. *MedR*. 2008 Jul;26(6):325–336. DOI 10.1007/s00350-008-2187-7.

Eiff Wv. Risikogewichtete Prozesskostenanalyse (RPA): Ansatz zur Bewertung alternativer Organisationskonzepte der Arzneimittelversorgung. In: Eiff Wv, editor. *Patientenorientierte Arzneimittelversorgung*. Stuttgart: Thieme; 2011. p. 243–256.

Eiff Wv. Ziele einer medizinischen, ökonomischen und ethischen Reflexion. In: Eiff Wv, editor. *Ethik und Ökonomie in der Medizin*. Heidelberg: Medhochzwei; 2014. p. 3–35.

Eiff Wv. Zielvereinbarungen und Bonizahlungen: die ethische Grenze ökonomisch-industrieller Instrumente zur Leistungssteuerung. In: Eiff Wv, editor. *Ethik und Ökonomie in der Medizin*. Heidelberg: Medhochzwei; 2014. p. 125–142.

Engelhart AL. *Der Krankheitsbegriff in Abgrenzung zur Lifestyle-Medizin: Gesund oder krank?* Saarbrücken: Akademikerverlag; 2014.

Fleck LM. Just Caring: In Defense of Limited Age-Based Healthcare Rationing. *Camb Q Healthc Ethics*. 2010 Jan;19(1):27–37. DOI 10.1017/S0963180109990223.

Freidson E. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York, NY: Dodd, Mead & Co.; 1970.

Freidson E. *Professionalism: The Third Logic*. Chicago, IL: University of Chicago Press; 2001.

Frühwald T. »Choosing Wisely« für Österreich? Eine nachahmenswerte Initiative zu Reduktion von Überversorgung. *HTA-Newsletter*. 2013 Jun(118):1.

Gesundheit Österreich GmbH. *Health in All Policies*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH; 2012. Verfügbar unter: <http://www.goeg.at/de/Bereich/Health-in-All-Policies.html> [abgerufen am 1.7.2016; nicht mehr online verfügbar]

Glechner A, Horvath K. Zu viel oder zu wenig? *ÖKZ*. 2017;58(8–9):14–16.

Gneezy U, Rustichini A. A Fine is a Price. *J Leg Stud*. 2000 Jan;29(1):1–17. DOI 10.1086/468061.

Godolphin W. Shared Decision-Making. *Healthcare Quarterly*. 2009;12:e186–190. DOI 10.12927/hcq.2009.20947.

Gogol M, Siebenhofer A. Choosing Wisely – Gegen Überversorgung im Gesundheitswesen – Aktivitäten aus Deutschland und Österreich am Beispiel der Geriatrie. *Wien Med Wochenschr*. 2016 Apr;166(5):155–160. DOI 10.1007/s10354-015-0424-z.

Greiling M, Muszynski T. *Pfade zu effizienten Prozessen: Prozessgestaltung im Krankenhaus*. Kulmbach: Baumann Fachverlage; 2008.

Gutmann T, Schmidt VH, editors. *Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen*. Weilerwist: Velbrück; 2002.

Hanson MJ, Callahan D, editors. *The Goals of Medicine: The Forgotten Issue in Health Care Reform*. Washington, DC: Georgetown University Press; 1999.

Hartzband P, Groopman J. Medical Taylorism. *N Engl J Med*. 2016 Jan 14;374(2):106–108. DOI 10.1056/NEJMp1512402.

Himmelstein DU, Agretelis J, Avorn J, Blatt CM, Bedell SE, Bennett SE, Bor DH, Frei E, Gonzalez E, Gordon S, Graboyes T, Hatern C, Holtz TH, Levy BS, Lown B, Master RJ, McCall TB, Rabkin MT, Scavron J, Stoeckle JD, Swislow L, Walsh J, Woolhandler S. For Our Patients, Not for Profits: A Call to Action. *JAMA*. 1997 Dec 3;279(21):1733–1738. DOI 10.1001/jama.1997.03550210031020.

Höffe O. *Medizin ohne Ethik?* Frankfurt aM: Suhrkamp; 2002.

Holgate ST, Palotie A, Prainsack B, Brand A, Lehrach H, Steinhausen K, Berghmans S, Kristiansen L, Latzel J, Seewald C, Patten I. *Personalised Medicine for the European Citizen: Toward more precise medicine for the diagnosis, treatment and prevention of disease (iPM)*. Strasbourg: European Science Foundation; 2012.

Homann K, Suchanek A. *Ökonomik*. 2nd ed. Tübingen: Mohr-Siebeck; 2005.

Huster S. Alter als Priorisierungskriterium. In: Schmitz-Luhn B, Bohmeier A, editors. *Priorisierung in der Medizin: Kriterien im Dialog*. Berlin: Springer; 2013. p. 215–223.

Huynh TN, Kleerup EC, Raj PP, Wenger NS. The Opportunity Cost of Futile Treatment in the ICU. *Crit Care Med*. 2014 Sep;42(9):1977–1982. DOI 10.1097/CCM.0000000000000402.

Jennings B, Dawson A. Solidarity in the Moral Imagination of Bioethics. *Hastings Cent Rep*. 2015 Sep–Oct;45(5):31–38. DOI 10.1002/hast.490.

Kamm FM. Cost Effectiveness Analysis and Fairness. *J Pract Ethics*. 2015 Jun;3(1):1–14.

Karsch F. *Zwischen Markt und Moral: Zur Kommerzialisierung ärztlicher Handlungsfelder*. Bielefeld: transcript; 2015.

Katzenmeier C. Kriterien der Priorisierung medizinischer Leistungen – Maßgaben des Rechts. In: Schmitz-Luhn B, Bohmeier A, editors. *Priorisierung in der Medizin: Kriterien im Dialog*. Berlin: Springer; 2013. p. 1–7.

Kersting W. *Kritik der Gleichheit: Über die Grenzen der Gerechtigkeit und der Moral*. 2nd ed. Weilerwist: Velbrück; 2005.

Kettner M. Spannungen zwischen Medizin und Ökonomie. In: Dörries A, Lipp V, editors. *Medizinische Indikation*. Stuttgart: Kohlhammer; 2015. p. 141–155.

Kettner M, Loer T. Das Arzt/Patienten-Wirkbündnis als Basis der moralischen Beurteilung von Ökonomisierungsprozessen im Krankenhaus. In: Frewer A, Bruns F, Rascher W, editors. *Gesundheit, Empathie und Ökonomie*. Würzburg: Königshausen & Neumann; 2011. p. 17–40.

Kickbusch I, Buckett K. *Implementing Health in All Policies*: Adelaide 2010. Rundle Mall, SA: Government of South Australia; 2010. Available from: <http://www.who.int/sdhconference/resources/implementinghiapadel-sahealth-100622.pdf>

- Kingsley C, Patel S. Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures. *BJA Educ.* 2017 Apr;17(4):137–144. DOI 10.1093/bjaed/mkw060.
- Kohlmann T. Patientenberichtete Studienendpunkte – Stand in Forschung und Praxis. *ZEFQ.* 2012;104(3):259–263. DOI 10.1016/j.zefq.2010.03.014.
- Kraft T. *Lean Management im Krankenhaus: Konzept und praxisorientierte Handlungsempfehlungen.* Wiesbaden: Springer Gabler; 2016.
- Loewy EH. Health Care Systems and Ethics. In: Loewy EH, Loewy RS, editors. *Changing Health Care Systems from Ethical, Economic, and Cross Cultural Perspectives.* New York, NY: Kluwer Academic; 2002. p. 1–14.
- Lohfert C, Peukert J. Einführung von Behandlungspfaden/SOPs. In: Debatin JF, Ekkernkamp A, Schulte B, Tecklenburg A, editors. *Krankenhausmanagement.* 2nd ed. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2013. p. 412–416.
- Lown B. *The Lost Art of Healing: Practicing Compassion in Medicine.* New York, NY: Ballantine Books; 1999.
- Ludwig W-D, Fetscher S, Schildmann J. Teure Innovationen in der Onkologie – für alle? Überlegungen zu Voraussetzungen für eine rationale Pharmakotherapie und ethische Herausforderungen. *Onkologie.* 2009 Oct;15(10):1004–1014. DOI 10.1007/s00761-009-1691-3.
- Ludwig W-D, Schott G. Neue Arzneimittel in der Onkologie: Merkmale klinischer Zulassungsstudien und Argumente für die rasche Durchführung unabhängiger klinischer Studien nach der Zulassung. *Onkologie.* 2013;36(Suppl 2):17–22. DOI 10.1159/000348253.
- Luhmann N. Komplexität. In: Grochla E, editor. *Handwörterbuch der Organisation.* 2nd ed. Stuttgart: Schäffer-Poeschel; 1980. p. 1064–1070.
- Maio G. *Geschäftsmodell Gesundheit: Wie der Markt die Heilkunst abschafft.* Berlin: Suhrkamp; 2014.
- Maio G. Vom Verlust des Ärztlichen in einer ökonomisierten Medizin. In: Eiff Wv, editor. *Ethik und Ökonomie in der Medizin.* Heidelberg: Medhochzwei; 2014. p. 421–433.
- Mann E, Böhmendorfer B, Frühwald T, Roller-Wirnsberger RE, Dovjak P, Dückelmann-Hofer C, Fischer P, Rabady S, Iglseder B. Potentially inappropriate medication in geriatric patients: the Austrian consensus panel list. *Wien Klin Wochenschr.* 2012 Mar;124(5):160–169. DOI 10.1007/s00508-011-0061-5.
- Marckmann G, editor. *Kostensensible Leitlinien: Evidenzbasierte Leistungssteuerung für eine effiziente und gerechte Gesundheitsversorgung.* München: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2015.
- Margalit A. *The Decent Society.* Cambridge, MA: Harvard University Press; 1996.
- Marmot M. *The Health Gap: The Challenge of an Unequal World.* London: Bloomsbury; 2015.

McKie J, Richardson J. The Rule of Rescue. *Soc Sci Med.* 2003 Jun;56(12):2407–2419. DOI 10.1016/S0277-9536(02)00244-7.

Möllmann M. Zunehmende Industrialisierung in der Medizin. In: Eiff Wv, editor. *Ethik und Ökonomie in der Medizin.* Heidelberg: Medhochzwei; 2014. p. 37–46.

NICE. Judging whether public health interventions offer value for money. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2013. Available from: <https://www.nice.org.uk/advice/lgb10/chapter/judging-the-cost-effectiveness-of-public-health-activities>

Nord E. Methods of Quality Adjustment of Life Years. *Soc Sci Med.* 1992 Mar;34(5):559–569.

O’Mahony D, O’Sullivan D, Byrne S, O’Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing.* 2014 Oct;44(2):213–218. DOI 10.1093/ageing/afu145.

Pöhls K. *Lean Management in Krankenhäusern: Erfolgsfaktoren für die Umsetzung.* Lingenfelder M, editor. Wiesbaden: Gabler; 2012.

Porter ME, Larsson S, Lee TH. Standardizing Patient Outcomes Measurement. *N Engl J Med.* 2016 Feb 11;374(6):504–506. DOI 10.1056/NEJMp1511701.

Prainsack B, Buyx A. *Das Solidaritätsprinzip: Ein Plädoyer für eine Renaissance in Medizin und Bioethik.* Frankfurt aM: Campus; 2016.

Preusker UK. Priorisierung im Medizinbetrieb: Konzeptansätze und nordeuropäische Erfahrungen. In: Eiff Wv, editor. *Ethik und Ökonomie in der Medizin.* Heidelberg: Medhochzwei; 2014. p. 267–288.

Radlingmayr C. Die Grenzen des Krankenbehandlungsanspruchs am Beispiel der erektilen Dysfunktion. *Soziale Sicherheit.* 2009 Sep;62(9):446–459.

Raspe H. Indikationsstellung in der klinischen Medizin: Dem Individuum und/oder dem Patientenkollektiv verpflichtet? *MedR.* 2016 Apr;34(4):248–250. DOI 10.1007/s00350-016-4244-y.

Rauprich O. Gesundheitsgerechtigkeit – Eine Einführung aus ethischer Sicht. In: Eiff Wv, editor. *Ethik und Ökonomie in der Medizin.* Heidelberg: Medhochzwei; 2014. p. 361–380.

Rawls J. *Eine Theorie der Gerechtigkeit.* Frankfurt aM: Suhrkamp; 1975 [1971 Orig., 1975 Rev.].

Rawls J. *Gerechtigkeit als Fairness: Ein Neuentwurf.* Frankfurt aM: Suhrkamp; 2003 [2001].

Rubrech C. Der individuelle Lebensstil als Allokationskriterium. *Z med Ethik.* 2015;61(2): 121–132. DOI 10.14623/zfme.2015.2.121–132.

Sabik LM, Lie RK. Priority setting in health care: Lessons from the experience of eight countries. *Int J Equity Health.* 2008 Jan 21;7(4):1–13. DOI 10.1186/1475-9276-7-4.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten 2000/2001 Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit: Band III; Über-, Unter- und Fehlversorgung. Berlin: Deutscher Bundestag; 2001. Verfügbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/14/068/1406871.pdf>

SAMW. Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen: Einschätzung und Empfehlungen. Basel: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften; 2007 Aug.

Sandel MJ. Was man für Geld nicht kaufen kann: Die moralischen Grenzen des Marktes. Berlin: Ullstein; 2012.

Sassi F. Calculating QALYs, comparing QALY and DALY calculations. *Health Policy Plan.* 2006;21(5):402–408. DOI 10.1093/heapol/czl018.

Schimank U, Volkmann U. Ökonomisierung der Gesellschaft. In: Maurer A, editor. *Handbuch der Wirtschaftssoziologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2008. p. 382–393.

Schmidt JM. Gesundheit! – Geschichte und Konzepte des Leitbegriffs der Medizin. *Wien Klin Wochenschr.* 2010 Oct;122(17–18):538–542. DOI 10.1007/s00508-010-1429-7.

Schmitz-Luhn B, editor. *Priorisierung in der Medizin: Erfahrungen und Perspektiven*. Berlin: Springer; 2015.

Scholz A. *Die Lean-Methode im Krankenhaus: Die eigenen Reserven erkennen und heben*. 2nd ed. Wiesbaden: Springer; 2016.

Schöne-Seifert B, Friedrich DR. Priorisierung nach Dringlichkeit? Kritische Überlegungen zur Rule of Rescue. In: Schmitz-Luhn B, Bohmeier A, editors. *Priorisierung in der Medizin: Kriterien im Dialog*. Berlin: Springer; 2013. p. 109–123.

Schulenburg JM, Greiner W. *Gesundheitsökonomik*. 2. ed. Tübingen: Mohr-Siebeck; 2007.

Schwettmann L. Wird alles, was Spaß macht, besteuert? Möglichkeiten und Grenzen der Berücksichtigung von Eigenverantwortung bei der medizinischen Versorgung am Beispiel von Übergewicht und Fettleibigkeit. In: Schmitz-Luhn B, Bohmeier A, editors. *Priorisierung in der Medizin: Kriterien im Dialog*. Berlin: Springer; 2013. p. 175–192.

Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 2012;12(1):1–13. DOI 10.1186/1471-2458-12-80.

Suchanek A. *Ökonomische Ethik*. 2nd ed. Tübingen: Mohr-Siebeck; 2007.

Suchanek A. *Ökonomische Ethik – Grundlagen und Empfehlungen*. In: Eiff W, editor. *Ethik und Ökonomie in der Medizin*. Heidelberg: Medhochzwei; 2014. p. 111–124.

Swensen SJ, Meyer GS, Nelson EC, Hunt GC, Pryor DB, Weissberg JI, Kaplan GS, Daley J, Yates GR, Chassin MR, James BC, Berwick DM. Cottage Industry to Postindustrial Care – The Revolution in Health Care Delivery. *N Engl J Med.* 2010 Feb 4;362(5):e12. DOI 10.1056/NEJMp0911199.

Tunder R, Martschinke B. Der QALY-Ansatz – Potentiale und Grenzen. *Urologe*. 2014 Jan;53(1):7–14. DOI 10.1007/s00120-013-3358-3.

Von der Heide A, Ammenwerth E, Bauer K, Fetz B, Fluckinger T, Gassner A, Grander W, Gritsch W, Haffner I, Henle-Talirz G, Hoschek S, Huter S, Kastner P, Krestan S, Kufner P, Modre-Ospiran R, Noebl J, Radi M, Raffeiner C, Welte S, Wiseman A, Ploetzl G. HerzMobil Tirol network: rationale for and design of a collaborative heart failure disease management program in Austria. *Wien Klin Wochenschr*. 2004 Nov;126(21):734–741. DOI 10.1007/s00508-014-0665-7.

Walzer M. *Spheres of Justice: A Defense of Pluralism and Equality*. New York, NY: Basic Books; 1983.

Weldring T, Smith SMS. Patient-Reported Outcomes (PROs) and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). *Health Serv Insights*. 2013 Aug;6:61–68. DOI 10.4137/HSLS11093.

WHO. Preamble to the Constitution of the World Health Organization. New York, NY: World Health Organization (WHO); 1948.
Available from: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

Wild C, Mayer J. Überversorgung: Initiativen zur Identifikation ineffektiver oder nicht bedarfsgerechter Leistungen. *Wien Med Wochenschr*. 2016 Apr;166(5–6):149–154. DOI 10.1007/s10354-016-0442-5.

Windt R, Boesch D, Glaeske G. Innovationsreport 2013: Wissenschaftliche Studie zur Versorgung mit innovativen Arzneimitteln – Eine Analyse von Evidenz und Effizienz. Bremen: Universität Bremen; 2013. Verfügbar unter: <https://www.tk.de/tk/studien-und-auswertungen/innovationsreport-2016/innovationsreport-2013/520604>

Zeckhauser RJ, Shepard DS. Where now for saving lives? *Law Contemp Probl*. 1976 Autumn;40(4):5–45.

ZEK-BÄK. Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden? *Dtsch Ärztebl*. 2000 Apr 14;97(15):A-1017-1023.

ZEK-BÄK. Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung: Das Beispiel der Verträge mit leitenden Klinikärztinnen und -ärzten. *Dtsch Ärztebl*. 2013 Sep 20;110(38):A1752-1756.

Zerth J. Ökonomische Rahmenbedingungen und medizinische Indikation. In: Dörries A, Lipp V, editors. *Medizinische Indikation*. Stuttgart: Kohlhammer; 2015. p. 125–140.

Zitter G. Rationierung in der Altersmedizin? Zur Verteilungsgerechtigkeit in einer alternden Gesellschaft. Wien: Manz; 2001.

Mitglieder der Bioethikkommission für das Mandat 2017

Vorsitzende

Dr. Christiane Druml

Stv. Vorsitzender

Univ.-Prof. Mag. Dr. Markus Hengstschläger

Stv. Vorsitzender

Univ.-Prof. Dr. h.c. Dr. Peter Kampits

Univ.-Prof. DDr. Matthias Beck

Univ.-Prof. Dr. Alois Birklbauer

Dr. Andrea Bronner

Univ.-Prof. Dr. Christian Egarter

Dr. Thomas Frühwald

Dr. Ludwig Kaspar

Dr. Maria Kletecka-Pulker

Univ.-Prof. Dr. Ursula Köller MPH

Univ.-Prof. Mag. Dr. Michael Mayrhofer

Univ.-Prof. Dr. Johannes Gobertus Meran MA

Dr. Stephanie Merckens

Univ.-Prof. Dr. Siegfried Meryn

Univ.-Prof. Dr. Christina Peters

Univ.-Prof. Mag. Dr. Barbara Prainsack

Univ.-Prof. DDr. Walter Schaupp

Univ.-Prof. Dr. Andreas Valentin MBA

Dr. Klaus Voget

Univ.-Prof. Dr. Ina Wagner

Priv.-Doz. Dr. Jürgen Wallner MBA

Univ.-Prof. Dr. Christiane Wendehorst LL.M

Univ.-Prof. Dr. Gabriele Werner-Felmayer

Biologie