

Gestaltung von Gesundheitspolitik: Rationalitäten einer gerechten Verteilungspolitik

Health Technology Assessment als Mittel zum Zweck

Claudia Wild und Ingrid Zechmeister

Abstract

Die gesundheitspolitische Diskussion ist heute stark von den ökonomischen Rahmenbedingungen geprägt: den steigenden Ausgaben stehen gleichzeitig begrenzte Mittel gegenüber. Ethisch angemessene Lösungsansätze zu einer verteilungsgerechten Ressourcenallokation bedürfen aber einer Auseinandersetzung mit den verschiedenen Positionen. Verdeckt durch Pragmatismus in alltäglichen Entscheidungen zur Ressourcenallokation ist es *nicht* vordergründig offensichtlich, dass jeder Allokationsentscheidung aber auch eine Werthaltung zugrunde liegt: Neoliberalismus, Utilitarismus oder Egalitarismus. Diese zugrundeliegenden Werthaltungen offenzulegen, die den Einsatz des Politikinstruments Health Technology Assessment/HTA beeinflussen und diesen Einfluss anhand einzelner Beispiele aufzuzeigen, ist Intention und Inhalt des vorliegenden Artikels.

Einführung

Vor dem Hintergrund der vielfältig bedingten steigenden Ausgaben für die Gesundheitsversorgung wird es immer offensichtlicher, dass selbst mit größerem Ressourceninput die zur Verfügung stehenden Mittel begrenzt sind und begrenzt bleiben werden. Noch etwas zögerlich und mit großen Berührungsängsten behaftet, aber dennoch immer häufiger wird das Thema der »Ressourcenallokation« diskutiert: Denn kein Gesundheitssystem der Welt, wenngleich großzügig mit finanziellen Mitteln ausgestattet, kommt an dem Thema einer Grenzziehung vorbei. Da die Mittelbegrenzung für das Gesundheitswesen auch in Konkurrenz zur Mittelverwendung zu anderen gesellschaftlichen Anliegen steht (z. B. Bildung oder Beschäftigung), steht deren Notwendigkeit zwar nicht zur Diskussion, wohl aber die Mittel und Instrumente zur Benennung der Grenzen. Die öffentliche Diskussion um eine gerechte Verteilung der knappen Mittel ist noch selten und auch die Debatten in Expertenkreisen wie etwa dem Nationalen (deutschen) Ethikrat (Breyer et al. 2002; Lübke 2002; Marckmann 2006; Nationaler Ethikrat 2006) tauschen nur vorsichtig den Begriff der »Prioritätensetzung« durch »Rationierung« aus.

Ethisch angemessene Lösungsansätze zu einer verteilungsgerechten Ressourcenallokation (Wild 2005) bedürfen zunächst einer Auseinandersetzung mit den verschiedenen Sichtweisen und Positionen bzw. Begriffen. Die explizite Zuteilung/ Allokation von Ressourcen bedeutet natürlich ein »Wegnehmen« andernorts und wird häufig mit dem Begriff der Rationierung verwechselt. Rationierung ist allgemein durch

»Vorenthalten« von medizinischen Leistungen definiert (Moormann 1999): Es muss jedoch differenziert werden zwischen Rationierung als Vorenthalten von Leistungen, ohne die gesundheitliche Beeinträchtigung auftreten würde und einer breiteren und oft populistischen Verwendung¹ im Sinne eines Vorenthaltes jedweder medizinischer Leistung ohne Bewertung des Nutzens für den/die LeistungsbezieherIn. Implizite oder stille Rationierung passiert dann, wenn eine Leistungsbeschränkung nicht thematisiert wird, explizite Rationierung, wenn die Kriterien der Begrenzung klar benannt werden (Kopetsch 2000). *Health Technology Assessment/ (HTA)* (Wild 2006) wird in diesem Kontext verstärkt zur Steuerung und Regulierung, d. h. zur Operationalisierung der Grenzziehung und expliziten Rationierung herangezogen und stellt damit einen rationalen Lösungsansatz dar.

Verdeckt durch Pragmatismus in alltäglichen Entscheidungen zur Ressourcenallokation ist es *nicht* vordergründig offensichtlich, dass jeder Allokationsentscheidung aber auch eine Werthaltung zugrunde liegt. Diese zugrundeliegenden Werthaltungen offenzulegen, die den Einsatz des Politikinstruments HTA beeinflussen und diesen Einfluss anhand einzelner Beispiele aufzuzeigen, ist Intention des vorliegenden Artikels.

Ressourcenallokation und Verteilungsgerechtigkeit: Rationierungsethiken

In einem rein dem privaten Markt überlassenen System der Gesundheitsversorgung, ohne regulierende Eingriffe und Mittelbegrenzungen, regelt die Nachfrage das Angebot und vice versa und die Frage, wem was in welcher Quantität und Qualität zukommen sollte, stellt sich nicht. Ist die Gesundheitsversorgung ganz oder teilweise einem öffentlich finanzierten System überantwortet – basierend auf den Prinzipien des Rechts- und Sozialstaates und den verbreiteten moralischen Überzeugungen, dass Gesundheitsversorgung kein »privates Gut«, das am freien Markt gehandelt werden kann, sondern ein »konditionales Gut«, das Voraussetzung und Grundbedingung für Chancengleichheit darstellt – steht die Frage der distributiven Gerechtigkeit der Mittelallokation im Zentrum der notwendigen Überlegungen. In den »Großtheorien« zur Gerechtigkeit (Zitter 2001) lassen sich letztendlich drei Grundpositionen zur Beurteilung von Fragen der Verteilungsgerechtigkeit (theoretisch) isolieren, die sich auch in der gesundheitspolitischen Ressourcenallokationspraxis in Teilelementen wiederfinden.

- Liberalisten oder Neoliberale setzen auf die Urteilskraft und Autonomie der Individuen, ein Sozialsystem für die Befriedigung gesundheitlicher Bedürfnisse ist von untergeordneter Bedeutung.
- Egalitäre oder Egalitaristen streben gleiches Wohlergehen von Individuen mit unterschiedlichen Befähigungen an und fordern gleichen Anspruch auf Gesundheitsversorgung für alle.
- Utilitaristen oder Kommunitaristen orientieren Allokationsentscheidungen an »Substantiellen Gemeinschaften« und orientieren sich also am Nutzen für möglichst viele.

Die genannten »Ethiken« unterscheiden sich zum einen in der Bewertung der individuellen, sozialen Bedürftigkeit (liberal vs. utilitaristisch), in der Differenzierung im Grad der Bedürftigkeit (egalitär vs. utilitaristisch) sowie in der zugeschriebenen Selbstverantwortung für die eigene Bedürftigkeit (liberal vs. utilitaristisch/ egalitär).

Im Folgenden werden die grundsätzlichen Leitprinzipien der Ethiken besprochen, um darauf aufbauend deren implizite Rolle in Ressourcenallokationsentscheidungen aufzuzeigen.

Neoliberale Einflüsse auf die Gestaltung von Gesundheitspolitik

Ein neoliberales Gesundheitssystemmodell in seiner Extremform würde – dem Ideal der liberalen Schule folgend – der individuellen Freiheit und »Selbstregulation« über einen freien Markt oberste Priorität einräumen. Eine liberale Gesundheitspolitik in dieser Form existiert in westlichen Ländern nicht, was zumeist mit dem Argument des »Marktversagens« im Gesundheitssystem begründet wird. Dennoch lassen sich in Ländern, die weitgehend vom Verständnis eines modernen Wohlfahrtsstaats und seiner Idee sozialer Grundrechte geprägt waren, spätestens seit Beginn der 1990er Jahre zunehmend liberale Gesundheitspolitikelemente beobachten.

Dabei geht es zum einen darum, die Aufgaben des Staates auf Kernleistungsbereiche zu beschränken. Ein Beispiel dafür ist etwa der Trend zur Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser (siehe Artikel Rümmele in dieser Ausgabe). Allerdings findet nicht nur ein »Abbau des Sozialstaates« im Sinne von Deregulierung und Privatisierung statt, sondern vielmehr kommt es zum Umbau des Gesundheitssystems im Sinne einer »Vermarktlichung«, sprich einer Übertragung der Marktlogik auf sozialstaatliche Agenden des Gesundheitswesens. Die wesentlichen Charakteristika dieser Anpassung an das Konstrukt eines »Gesundheitsmarktes« sind einerseits die »Kommodifizierung«², die Leistungen zu »Waren« macht und Gesundheitsleistungen damit Privateigentumscharakter verleiht. Dies ist etwa dann der Fall, wenn die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch individuelle Zahlungsfähigkeit beeinflusst wird (z. B. durch vermehrte Selbstbehalte). Der Warencharakter von Gesundheitsleistungen verlangt außerdem, diese mit einem »Preis« zu versehen. Dafür müssen sie definitorisch als Leistungspaket abgegrenzt werden, wie dies etwa bei der Krankenhausfinanzierung der Fall ist. Das zweite Charakteristikum der Marktlogik ist die Transformation von Leistungsanbietern zu Gesundheitsunternehmen³ nach privatwirtschaftlichem Modell, sowie die Konstruktion von NutzerInnen zu »KonsumentInnen« und »UnternehmerInnen« ihrer selbst. Letzteres manifestiert sich im Diskurs um die individuelle Selbstverantwortung für Gesundheit, der etwa auch mit Vorschlägen zu finanziellen »Bonus- oder Malussystemen« für die versicherten Individuen gekoppelt wird. Das dritte wesentliche Element der Marktlogik ist die gezielte Einführung von Wettbewerbselementen (Gestaltung von Akteursbeziehungen als Konkurrenzbeziehungen) in unterschiedlichsten Formen.

Die Marktlogik verändert die Akteursbeziehungen im Gesundheitswesen (Deppe 2002). Beispielsweise transformiert es die ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehungen von einem Vertrauensverhältnis in ein merkantiles Vertragsverhältnis. Dies kommt in einer veränderten Wahrnehmung ärztlicher Leistungen zum Ausdruck, in der die »messbare Leistung zu einem festgesetzten Preis« in den Vordergrund rückt. Mit der sich gleichzeitig verändernden Rolle der PatientInnen hin zu KonsumentInnen oder KundInnen, ist auch ein immanenter Anreiz verbunden, jene Leistungen zu erbringen, die KundInnen wünschen, anstatt jenen, die PatientInnen brauchen.

Ein zusätzliches Merkmal neoliberaler Ansätze im Gesundheitswesen wird darin gesehen (Schönhofer 2002), dass sie zu einem systemimmanenten »Ausbeutungs-

verhalten« der Anbieter führen. Es findet eine nach außen nicht transparente Aushandlung zwischen »Warenanbietern« (z. B. Pharma- oder Medizintechnikindustrie) und öffentlichen Institutionen bzw. deren Akteuren statt, bei der Forderungen der Industrie relativ unkritisch übernommen werden. Den Warenanbietern bietet das Solidarsystem eine Garantie für die Vermarktung ihrer Produkte, deren Nutzen, sowie Preis-Leistungsverhältnis nur sekundär thematisiert wird.

Eine verstärkte Marktlogik bedeutet insgesamt, dass die öffentliche Finanzierung von Gesundheitsleistungen und die Verteilung von öffentlichen Ressourcen innerhalb des Gesundheitswesens weniger nach Bedarfskriterien (z. B. Ausgleich bestehender Unterversorgung, Verhinderung von Fehlversorgung), sondern – systemrational – nach marktgesteuerten Interessen erfolgt. Die dem zugrunde liegende Verteilungstheorie ist die der Leistungsgerechtigkeit. Das bedeutet, es liegt am Individuum, sich Vorteile innerhalb einer Gesellschaft zu verschaffen. Die Aufgabe des Staates ist es hierbei, Chancengleichheit herzustellen.

Obwohl laut theoretischer Basis die Marktlogik alleine Effizienzmaximierung gewährleistet und Verfechter wirtschaftsliberaler Ansätze gerade auf dieser Grundlage argumentieren, interessiert sich »kein Mensch wirklich für Effizienz. Interesse besteht nur für Verteilung. Und da gilt: Wer das Kreuz hat, segnet sich selbst zuerst.« (Munnich 2006). Vor allem die gesamtwirtschaftliche Effizienz wird de facto vernachlässigt.

Utilitaristische Einflüsse auf die Gestaltung von Gesundheitspolitik

Knappe medizinische Güter sind – so besagen utilitaristische Ansätze zu einer Verteilungsgerechtigkeit – grundsätzlich so zu verteilen, dass der größte erwartbare Gesundheitsnutzen in Summe erreicht wird (Zitter 2001; Birnbacher 2002). Im Knappheitsfall ist eine Allokation der knappen Ressourcen auf jede andere als die »lohnendste« Verwendung – aus utilitaristischer Sicht – nicht nur unvernünftig, sondern auch unverantwortlich. Die utilitaristische Maximierungsethik erhebt also das Nutzenprinzip zur Maxime einer Verteilungsgerechtigkeit.

Die Frage der Bezugsmenge also der Alternativverwendung muss Antworten auf verschiedenen Allokationsebenen (Engelhardt 2003) finden: Auf Makroallokationsebene bedeutet eine Nutzenmaximierung zum einen die Abwägung des Nutzens unterschiedlicher Bereiche der Gesundheitsversorgung (Prävention, kurative Medizin, Rehabilitation, Pflege) bei der Verteilung der Ressourcen innerhalb der Ausgaben für das Gesundheitswesen, auf Mesoebene eine Abwägung des Nutzens verstärkter Ressourcenzuteilung für unterschiedliche Patientengruppen (geriatrische, onkologische, adipöse etc.) nach Kriterien wie Alter, Lebensqualität oder Lebensstil, auf Mikroallokationsebene zuletzt die Nutzenabwägung von Diagnose- und Therapieentscheidungen (und damit Mittelverteilung) bei einzelnen PatientInnen. Auch die Frage der Nutzendefinition (gemessen an rein biologisch-physiologischen Parametern oder unter Einbezug auch subjektivistischer Lebensqualitätskonzepte) und des Zeitfaktors (Einbezug der Zeitdauer, über die ein Patient infolge einer medizinischen Maßnahme eine bestimmte Lebensqualität hat), der Risiken und Prognosen aufgrund unterlassener und geleisteter Maßnahmen sind in einer praxisnahen Umsetzung utilitaristischer Verteilungsgerechtigkeit zu berücksichtigen, resp. als Rahmenbedingungen zu definieren.

Unter utilitaristischer Perspektive ist der Gesamtnutzen zu beurteilen und also die Auswirkungen auf mittelbar Betroffene auch zu berücksichtigen: eine Mutter mit versorgungsbedürftigen Kindern ist hier jedenfalls auch bei geringerem Nutzen der medizinischen Intervention der Vorzug zu geben, vor Alleinlebenden ohne Angehörige. Tendenziell werden unter utilitaristischer Perspektive Jüngere gegenüber Älteren bevorzugt, da bei jüngeren Personen die Relation von Aufwand und Aussichten in der Regel günstiger ist, ebenso wie tendenziell PatientInnen mit häufigen Erkrankungen gegenüber jenen mit seltenen Erkrankungen oder »vulnerablen« Gruppen (Schröder 2007) bevorzugt werden. Beide Bevorzungen sind mit dem Prinzip der »gleichen Chancen zum Leistungszugang unabhängig von Aufwand, Prognose und Kosten-Nutzen Relation« – dem Grundprinzip der Egalitaristen – nicht zu vereinbaren.

Die alleinige Orientierung an utilitaristisch-effizienter Mittelverwendung (größtmöglicher Ertrag zu geringsten Kosten) greift in der Praxis zu kurz, da in manchen Bereichen – z. B. bei den orphan drugs (für sehr seltene Erkrankungen mit entsprechend kleinen Märkten) – gar keine Mittel fließen würden und damit gegen das Prinzip des gleichen Zugangs zu Leistungen, einem wesentlichen Gerechtigkeitsgrundsatz, verstoßen würde. Umstritten ist auch die Rationierung nach Lebensalter (Zitter 2001; Leist 2002), die nach einem Prinzip der Ergebnismaximierung und der damit inhärenten Bewertung von relativen Erfolgsaussichten eines/r Patienten/in, ältere Menschen benachteiligt. Effizienz im Sinne utilitaristischer Ethik ist zwar – unter gewissen Bedingungen – rechtfertigbar, zahlreiche Fragen der Gewichtung in der Nutzenbewertung (Orientierung am objektiven Bedarf oder auch an den subjektiven Bedürfnis) sind aber noch offen.

Egalitäre Einflüsse auf die Gestaltung von Gesundheitspolitik

Der gerechtigkeitsethische Ansatz des Egalitarismus (Zitter 2001; Kersting 2002) geht davon aus, dass auch unter Knappheitsbedingungen medizinischer Güter, jedes Individuum *gleiche* Ansprüche, gegebenenfalls proportional zu seiner aktuellen Bedürftigkeit die gleichen Chancen auf medizinische Versorgung hat und eine Nutzmaximierung im Sinne des Utilitarismus erst zweitrangig zu rechtfertigen ist. Da Gesundheit ein transzendentes und konditionales Gut (ebenso wie Freiheit und Sicherheit ist Gesundheit Voraussetzung, um unsere Ziele und Pläne zu verwirklichen) ist, das erst die Entfaltung der Möglichkeiten des Individuums bedingt, sollte – entsprechend des WHO-Gesundheitsbegriffs – Gesundheit als Zustand vollkommenen biologischen, sozialen und psychischen Wohlbefindens jedem ermöglicht werden. Dazu ist in einer solidarisch-gemeinschaftlichen oder kollektiven Finanzierung eine »sockel-egalitaristische« Gesundheitsversorgung ethisch zu rechtfertigen und daher auch zu bevorzugen. Die finanzierende Allgemeinheit hat ein Recht auf Bemühungen um objektive und intersubjektive Kriterien, die diese »angemessene« basalen »Ermöglichungs-«versorgung definieren.

Die Operationalisierung des philosophischen Anspruchs auf basale Versorgung zugunsten der Erhaltung und Wiederherstellung von Körperfunktionen wird über eine Abgrenzung zu rationierungs-zugänglichen und zu inegalitären Versorgungsbereichen versucht, indem medizinisch und ökonomisch »sinnlose Bagatellmedizin« definiert wird (Kersting 2002). Eine Operationalisierung wird des Weiteren über eine Abgrenzung zu ökonomisch untragbarer und auch utilitaristisch nicht begründbarer

Spitzenversorgung und über fakultativ individuelles Risikomanagement im Rahmen individueller Gesundheitsverantwortung versucht. Konkret zum Vorschlag kommt eine einkommensunabhängige Grundversorgung, basierend auf dem durch die Menschenrechte abgesicherten Fundament des Egalitarismus, die aber begrenzt ist durch jene Bereiche, wo individuelle Gesundheitsverantwortlichkeit kausal festgemacht werden kann. Rationierungsregeln sollten sich bei dieser Position an legitimierten Angemessenheitshierarchien unter Bezugnahme auf Dringlichkeit und Erfolg, gemessen an Nutzen-Kosten Analysen, orientieren.

Operationalisierung zu Allokationsentscheidungen: Health Technology Assessment

Bedarf/Bedürftigkeit nach Gesundheitsversorgung und der Nutzen von Interventionen traten als Mittel der Bewertung zugunsten einer Grenzziehung – in den weltbildlichen Perspektiven in unterschiedlicher Ausprägung – in den Vordergrund der Auseinandersetzung zur Operationalisierung von Allokationsentscheidungen. Die Wissenschaftsmethode Health Technology Assessment (HTA) (Banta/Luce 1993; Velasco-Garrido/Busse 2005) wurde vor diesem Hintergrund *als Analyse- wie Politikinstrument* entwickelt.

Aufgabe und Ziel von HTA ist es, medizinische Interventionen auf ihre tatsächliche Wirksamkeit, ihre angemessene und effiziente Anwendung, auf Qualitätsveränderungen, klinische und organisatorische Auswirkungen, gesellschaftliche Akzeptanz etc. zu untersuchen. Der (ev. irreführende) Technologiebegriff von HTA bezieht sich dabei sowohl auf medizinische Interventionen, Verfahren und Methoden, wie auch auf Großtechnologien und technische Geräte. Aus Notwendigkeit der »Straffung« (Beseitigung von Ineffizienzen) im Gesundheitswesen unterstützt HTA Entscheidungen, welche medizinischen Interventionen wirksam *und* kostengünstig sind, und bei welchen Interventionen ein Wirksamkeitsnachweis noch aussteht. HTA ist also ein Instrument der Entscheidungsunterstützung, das sich auf die Identifizierung von »unnötigen« (nicht schädlich, aber auch nicht wirksam) und »unnötigen« (falsche Indikationsstellung) medizinischen Interventionen konzentriert. Ziel ist die Beseitigung von Ineffizienzen ohne Qualitätsverlust für den/die PatientInnen.

Da gerade die rasche, unkontrollierte Verbreitung und unzweckmäßig häufige Anwendung von medizinischen Interventionen (Mengenausweitung) zu der Kostensteigerung einen wesentlichen Beitrag leisten, kommt die Methode HTA als gesundheitspolitisches Instrument der Steuerung und Regulierung der Anwendung medizinischer Leistungen zum Einsatz. Einfluss sollen Assessments auf den medizinisch wie ökonomisch sinnvollen Einsatz von medizinischen Interventionen haben: Sie basieren auf der politischen Maxime, dass der *Rationalisierung* des Einsatzes der vorhandenen Ressourcen Vorzug zu geben ist gegenüber einer *Rationierung* – dem Vorenthalten effektiver Leistungen. HTAs bieten Entscheidungsunterstützung zur

- Eindämmung der Überversorgung mit medizinischen Geräten und Verfahren,
- Begrenzung medizinischer Interventionen auf eine angemessene und wirksame Anwendung, d. h. auf spezifischen Indikationsbereiche,
- Sinnvolle Einbettung medizinischer Interventionen in Organisationen und Arbeitsabläufe.

HTA ist also ein Instrument/ eine Methode, das/ die systematisch und transparent vorhandenes Wissen zur klinischen Wirksamkeit und zu ökonomischen wie organisatorischen Auswirkungen (neuer) medizinischer Verfahren offenlegt. HTA ist ein international (<http://www.inahta.org/>) sehr ernst genommenes und häufig genutztes Instrument der Gesundheitspolitikberatung und verfügt auch über eine umfangreiche Datenbank (<http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/>).

Die Perspektiven, aus denen einzelne Assessments durchgeführt werden, sind aber zuweilen unterschiedlich, denn »der Standort bestimmt die Perspektive«. Handelt es sich um ein nationales, dem öffentlichen Gesundheitsdienst mit allen seinen Sektoren (intra- und extramural, Pflegedienste) unterstelltes HTA-Programm (Beispiel: Großbritannien, Kanada, ev. auch Deutschland) ist die Perspektive auf der Makroebene angesiedelt. Hierbei stehen die langfristige Erfüllung von Gesundheitszielen, gleicher Zugang in der Versorgung sowie Fragen der Reorganisation von Angeboten (z. B. Tagesklinische Eingriffe statt Spitalsaufenthalte, Arzneitherapie vs. chirurgische Eingriffe) im Zentrum.

Handelt es sich um ein nur einem Sektor (Krankenanstalten oder Sozialversicherungen) oder sogar nur mit einem Kostenträger kooperierendes HTA-Programm ist die Perspektive auf jene medizinische Leistungen beschränkt, die im Leistungskatalog refundiert werden oder zu denen Anträge zur Refundierung vorliegen (Beispiel: Niederlande, Österreich). Sektorspezifische Fragen der Instrumente der Umsetzung (z. B. Kriterien der Leistungsaufnahme, Tarifierung) und ökonomische Aspekte (Kosten-Effektivität von Arzneimitteltherapie A vs. B) mit unmittelbarer Entscheidungsrelevanz dominieren die Fragestellungen. Auf dieser Mesoebene kommt es am häufigsten zu Zielkonflikten zwischen Versorgungszweigen (Pädiatrie vs. Geriatrie, Kardiologie vs. Onkologie, präventive vs. kurative Medizin, high-tech Spitzenmedizin vs. breite Versorgung chronisch Kranker). HTA -Analysen finden am häufigsten auf der Mesoallokationsebene statt, da diese Methoden bei der Behandlung konkreter PatientInnen (Mikroebene) als inopportun gelten.

HTA als Analyseinstrument kommt am häufigsten im Graubereich zwischen »unnötig« (nicht schädlich, aber auch nicht wirksam) und wirksam (nutzbringend, eindeutig wirksam) zum Einsatz: es stehen zumeist medizinische Interventionen, die – bei einem bestimmten Patientenkollektiv – eine gewisse Wirksamkeit (Nutzen) gezeigt haben, bei gleichzeitig gewissen Nebenwirkungen (Schaden) zu hohen Kosten am Prüfstand.

Drei Beispiele zu Ressourcenallokationen: unterschiedliche Positionierungen

HTA kommt immer häufiger als Mittel zum Zweck der Begrenzung von Leistungen zum Einsatz. Scheinbar werturteils- und weltbild-unabhängig wird HTA zur Entscheidungsunterstützung herangezogen. HTA selbst folgt aber *unausgesprochen* der Rationalität des Utilitarismus und stößt daher vor allem bei jenen Gruppen auf Widerstand (z. B. ÄrztInnen), die nicht den gesundheitlichen Gesamtnutzen, sondern die Wahrung der individuellen Rechte einzelner PatientInnen und damit auch das Recht auf Hoffnung im Blick haben.

Im Folgenden wird versucht – anhand von einzelnen Beispielen – die unterschiedlichen Werturteile nebeneinanderzustellen, um daran die Notwendigkeit eines gesellschaftlichen Diskurses zur Akzeptabilität und zu Wert-Konsensbildung aufzuzeigen.

Letztlich soll dies auch dazu beitragen, die Diskussion zur Rolle, die HTA in diesem Prozess einnehmen kann, zu intensivieren.

Transplantationen: Letztendlich sind es wenige Beispiele anhand derer »Mangelmanagement« und die Notwendigkeit einer expliziten Rationierung in der Medizin ganz eindeutig gezeigt werden kann. Die Zuteilung von Transplantaten ist eines dieser Beispiele anhand derer die Problematik der Notwendigkeit von Transparenz in der Entscheidungsfindung aufzeigbar ist. Transplantationen gehören unbestritten zu den großen Fortschritten in der Medizin, sie sind wirksam, die Gefahr einer Mengenausweitung und eines unangemessenen Einsatzes ist nicht gegeben, die vorhandenen Organe sind jedoch begrenzt.

Beispiel: Ein Transplantat steht zur Verfügung. Zwei Frauen, beide gleich alt warten bereits beide gleich lange auf ein Transplantat. Die eine hat eine Überlebenswahrscheinlichkeit von nur 5 Jahren (aufgrund von Komorbiditäten), die andere von 7 Jahren.

Der Utilitarist entscheidet bei gleichen Kosten und unterschiedlichem Nutzen im Sinne der Gesamtnutzenmaximierung zugunsten der Frau mit Überlebenswahrscheinlichkeit von 7 Jahren; Der Egalitarist (Gleichheit der Chancen zum Leistungszugang bzw. Verteilung der Güter nach dem Bedarf) gibt jener Frau das Organ, die es medizinisch gesehen am nötigsten (schnellsten?) braucht, egal wie hoch die Überlebenswahrscheinlichkeit ist; zusätzlich werden externe, die Unterschiede bewertende Kriterien wie »soziale Bedürftigkeit«, soziale Belastung, Kinderreichtum, Armut, Reichtum, erfülltes Leben etc. implizit in die Beurteilung einfließen. Aus utilitaristischer Perspektive ist es dagegen nicht vertretbar, knappe Transplantate ausschließlich nach dem Dringlichkeitsprinzip zu verteilen, also mitunter jene PatientInnen zu bevorzugen, die die schlechtesten Aussichten haben, deren Prognose sich aber nur geringfügig verbessern lässt. Langfristig würde die konsequente egalitaristische Perspektive zu dem paradoxen Ergebnis führen, dass PatientInnen mit guten Erfolgsaussichten so lange auf ein Transplantat warten müssen, bis sich ihr Zustand so weit verschlechtert hat, dass sie die für die Transplantation notwendige Dringlichkeitsstufe erreicht haben. Im Liberalismus entscheidet »der Markt«; bei knappem Angebot (wenig Transplantate) bekommt diejenige Frau das Organ, die den höchsten Preis zu zahlen bereit ist. VertreterInnen der liberalen Position werden zusätzlich auf Mechanismen des freien Marktes (Organhandel etc.) setzen.

Lungenkarzinom-Screening: Screening Untersuchungen zielen auf Früherkennung von Erkrankungen ab, die behandelbar sind, bei denen also eine Vorverlegung des Diagnosezeitpunkts medizinisch sinnvoll ist. Da Lungenkrebs in einem späten Stadium mit hoher Letalität assoziiert ist, wäre ein effektives Screening wünschenswert. Die genaue Auswahl der PatientInnen, die Frequenz der Untersuchungen und die grundlegende Entscheidung, eine Früherkennung anzubieten, sind ständige Thematika in der Gesundheitspolitik.

Beispiel: Eine jährliche CT-Untersuchung der Lunge bei starken RaucherInnen oder Ex-RaucherInnen führt zu einer Reduktion der Wahrscheinlichkeit an Lungenkrebs zu versterben von 1%. Gleichzeitig verdreifacht sich die Zahl der diagnostizierten Bronchialkarzinome, und verzehnfacht sich die Zahl der Folgeoperationen.

Um Entscheidungen zur Gesamtnutzenmaximierung treffen zu können – so die Utilitaristen – braucht es einen generischen Nutzenparameter, der für alle Krankheitsgrup-

pen anwendbar ist (z. B. qualitätskorrigierte Lebensjahre/ QALYs). Nach Berechnung des Verhältnisses Kosten pro gewonnenen QALYs für verschiedene Altersgruppen, werden Utilitaristen einen Vergleich mit anderen Interventionen im Gesundheitssystem durchführen. Eine gesellschaftliche Zahlungsbereitschaft für die zusätzlichen Kosten pro gewonnenem QALY als Grenzwert wird festgelegt und die Entscheidung zugunsten oder gegen ein Lungen-CA Screening daran orientiert. Wenn Lungen-CA Screening als Teil der solidarisch finanzierten Grundversorgung definiert ist – so die Egalitaristen – zahlt die Solidargemeinschaft das Screening und die Folgekosten, egal was es kostet und wie hoch bei welchen Subpopulationen der Nutzen ist; notfalls müssen dafür mehr Ressourcen in das Gesundheitssystem fließen (z. B. durch zweckgebundene Tabaksteuern); wenn »mehr Ressourcen« keine Option ist, dann werden Egalitaristen nach anderen Kriterien (vgl. oben) individuell entscheiden. VertreterInnen liberaler Positionen werden aus Gründen der Selbstverantwortlichkeit für bestimmte Risiken ein Screening ablehnen, aber eine Zusatzversicherung für Risiken fordern oder für ein Bonus-Malus System für Raucherentwöhnung plädieren.

Monoklonale Antikörper: Neue teure Therapien in der Onkologie ermöglichen PatientInnen mit metastasierten Karzinomen eine Lebensverlängerung von einigen Wochen, und steigern bei Brustkrebs-Patientinnen mit nicht-metastasiertem Primärtumor die Wahrscheinlichkeit eines krankheitsfreien Überlebens um 1,8%, d. h. es müssen 55 Frauen ein Jahr behandelt werden, damit einer geholfen wird. Gleichzeitig bildet sich bei fast ebenso vielen Patientinnen eine symptomatische Herzschwäche, d. h. auf 51 behandelte Patientinnen kommt eine, die infolge der Behandlung eine Herzkrankheit entwickelt. Neben häufigen und intensiven Nebenwirkungen sind die genannten Therapien zusätzlich sehr kostenintensiv. Ob sie im Rahmen öffentlicher Gesundheitssysteme angeboten werden, wird in verschiedenen Ländern unterschiedlich gehandhabt.

Beispiel: Etwa 20% der Brustkrebspatientinnen (sog. HER2 positive) haben ein höheres Risiko an Brustkrebs zu versterben als BrustkrebspatientInnen, deren Karzinom nicht HER2 exprimiert. Die Behandlung mit einem monoklonalen Antikörper senkt das Risiko um 1,8% an Brustkrebs zu versterben. Eine Behandlung kostet rund 42.000.- Euro.

Utilitaristen empfehlen, dass die Behandlung diejenigen Patientinnen bekommen, deren Kosten/ zusätzliche QALYs unterhalb eines definierten Grenzwertes liegen. Sie fragen nach Alternativverwendungen und Vergleichswerten von anderen medizinischen Interventionen und deren Ergebnissen. Zusätzlich setzen sie die Größe des Nutzens in ein Verhältnis zum Schaden (Nebenwirkungen). Auch das Basisrisiko wird in den Vergleich einbezogen. Egalitaristen argumentieren, dass – sofern die Behandlung als Teil der (Grund-)Versorgung definiert ist – die Behandlung mit monoklonalen Antikörper alle bekommen, deren medizinischer Bedarf festgelegt wurde, das sind nach derzeitigen Standards alle BrustkrebspatientInnen mit einer HER2 Genexpression. Wenn die Kosten die Budgets übersteigen, müssen entweder zusätzliche Mittel in das Gesundheitssystem investiert werden, oder es werden so lange PatientInnen behandelt, bis das Budget erschöpft ist bzw. es werden Gelder von anderen Bereichen (innerhalb oder außerhalb der Onkologie) transferiert. Wenn wiederum »mehr Ressourcen« keine Option ist, dann werden Egalitaristen nach anderen Kriterien (vgl. oben) individuell entscheiden. Monoklonale Antikörper erhält – so die Liberalisten – wer sich dafür individuell entscheidet und zahlungsfähig ist bzw.

wessen Privatversicherung die Behandlung finanziert. In einem nach zunehmender Marktlogik gestaltetem öffentlichen Gesundheitssystem erhalten diejenigen die Behandlung, die in jenen Krankenanstalten behandelt werden, wo klinische Studien und die Vermarktungsstrategie der Hersteller am besten greifen und die meisten Behandlungseinheiten verkauft werden.

Politische Ansätze: Transparenz der Grenzziehung

Nachdem Entscheidungen zur Grenzziehung in der Gesundheitsversorgung unausweichlich sind und auch mit der Erschließung zusätzlicher Finanzierungsquellen letztendlich nicht zu verhindern sind, steht vielmehr die Frage nach dem Umgang mit Versorgungsengpässen zur Debatte. Verdeckte (implizite) Rationierung findet in allen Systemen statt. Diesem »bed-side rationing« liegt kein demokratisches Prinzip zugrunde, es überlässt die »Triage« den individuellen ÄrztInnen, belastet diese dadurch und gibt nahezu immer medizinische Gründe für das Vorenthalten einer Leistung vor, selbst wenn Knappheit die Ursache ist. Hingegen arbeitet offene (explizite) Rationierung mit transparenten Inklusions- und Exklusionskriterien, die gesellschaftlich ausgehandelt sein sollten und damit dem Demokratieprinzip näher kommen.

Aus den genannten Ethik-Positionierungen ist bereits zu erkennen, warum sich in protestantischen Ländern, die stärker von utilitaristischer Ethik geprägt sind, Techniken und Methoden wie Evidenzbasierte Medizin oder Health Technology Assessments, die ebenfalls am Gesamtnutzen orientiert sind, rascher durchsetzen als in christlich geprägten Gesellschaften, in denen das Prinzip der »Maximierung des medizinischen Nutzens« im Konflikt mit dem »moralischen Gebot der Hilfeleistung und Nächstenliebe« steht. Es ist aber allzu offensichtlich, dass Methoden zur Bewertung konkurrierender medizinischer Leistungen notwendig sind, um Abwägungen transparent darzustellen. Die verwendeten Bewertungskriterien sollen einerseits den Geltungsanspruch konkurrierender Zuteilungsprinzipien thematisieren, andererseits dienen sie dazu, Allokationsentscheidungen in Übereinstimmung mit den Gerechtigkeitseinstellungen unserer Gesellschaft zu unterstützen. Die Kriterien müssen akzeptabel sein und gesellschaftlich akzeptiert werden.

Es ist evident, dass der Beitrag rein medizinischen Expertenwissens im Zuge gerechtigkeitsethischer Überlegungen bei Entscheidungen zur Ressourcenverteilung abnimmt. Unabhängig davon, ob man sich dem einen oder anderen Perspektive nähert, ist die Nachvollziehbarkeit der Entscheidungsfindung von enormer – legitimierender – Bedeutung. Ein hinreichend komplexer Nutzenbegriff, der in mehr (egalitärer Zugang) oder geringerem Ausmaß (utilitaristischer Zugang) individuelle Lebenskonzepte und Qualitätsorientierungen zulässt, mag utilitaristische und egalitäre Perspektiven einander näher bringen. Ethische Abwägungen verlangen jedenfalls danach, Wissen zu Basisrisiken, Heilungswahrscheinlichkeiten und absolute wie relative Zustandsverbesserung in die Entscheidungsfindung einzubeziehen. Hier kann Health Technology Assessment einen wesentlichen Beitrag zu mehr Transparenz des Wissens leisten.

Liberalisten stoßen sich daran, dass Finanzierung und Inanspruchnahme von Leistungen gänzlich getrennt werden und die Eigenverantwortung dabei vernachlässigt wird. Egalitäre kritisieren den Umstand, dass die Erfolgsaussichten zum entscheidenden Kriterium für die Finanzierung einer Leistung herangezogen werden,

was in vielen Fällen zu einer Begünstigung jener führt, die bereits anderweitig bevorzugt sind (jüngere, leistungsfähigere, gebildete, sozial besser integrierte Personen etc.). Damit wird letztlich auch die Möglichkeit der kompensatorischen und ausgleichenden Funktionen des Gesundheitssystems konterkariert. Utilitaristen wiederum kritisieren die bedarfsorientierte Versorgung auf Kosten des maximalen Gesamtnutzens als unverantwortlich, da ineffizient.

Ein reiner Egalitarismus, der Gleichheit über andere Werte stellt, ist nur im Prozess der Verteilung der Ressourcen egalitär, nicht aber im Gesundheitsergebnis (da er sich der Nutzenfragen entzieht) und daher unter den Bedingungen begrenzter Ressourcen allein nicht operationalisierbar. Als komplementäres Prinzip und Gegenwelt zu einer rein utilitaristisch oder liberal orientierten Gesundheitsversorgung und als Basis für Ausgleich zu inegalitären Lebensbedingungen aber zu befürworten.

Wer diese Diskussion scheut – sie ist zugegebenerweise schwierig – muss sich vor Augen halten, dass sich bei einem Verhindern einer normativen Argumentation einzelpolitische Lösungen, die hochanfällig sind für den Einfluss von Einzelinteressen (Lobbyismus) durchsetzen werden. Health Technology Assessment ist in diesem Diskurs nur ein Mittel zu einem noch nicht ausdiskutierten Zweck.

Literatur

- Banta, D./ B.R. Luce (1993) Health Care Technology and its Assessment. An international perspective. Oxford Medical Publications
- Birnbacher, D. (2002) Allokation und Rationierung im Gesundheitswesen. Eine utilitaristische Perspektive. Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen; in: Gutmann, Th./ V.H. Schmidt (Hrsg.) 91-110
- Breyer, F. et al. (2002) Rationing in Medicine – ethical, legal and practical aspects, Springer
- Deppe, H.-U. (2002) Kommerzialisierung oder Solidarität? Zur grundlegenden Orientierung von Gesundheitspolitik; in: Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin. H. U. Deppe/ W. Burkhardt (Hrsg.) Hamburg, VSA Verlag
- Engelhardt, H. T. (2003) Das Recht auf Gesundheitsversorgung, soziale Gerechtigkeit und Fairness bei der Verteilung medizinischer Leistungen: Frustrationen im Angesicht der Endlichkeit.; in: Gerechte Gesundheitsversorgung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen. Marckmann, G. et al. (Hrsg.) 52-95
- Kersting, W. (2002) Egalitäre Grundversorgung und Rationierungsethik. Überlegungen zu den Problemen und Prinzipien einer gerechten Gesundheitsversorgung.; in: Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen. Gutmann, Th./ V.H. Schmidt (Hrsg.) 41-90
- Kopetsch, T. (2000) Zur Rationierung medizinischer Leistungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft
- Leist, A. (2002) Gleichheit in Grenzen statt Altersrationierung; in Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen. Gutmann, Th./ V.H. Schmidt (Hrsg.) 155-178
- Lübbe, W. (2002) Rationing – Basic Philosophical Principles and the Practice. Rationing in the Medicine
- Marckmann, G. (2006) Zur ethischen Rechtfertigung von Rationierung und Reallokation vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung. Einführungsreferat für den Baden-Württembergischen Ärztetag.
<http://www.uni-tuebingen.de/medizinethik/ethik/mitarbeiter/pdf/%C4rztetag%2006%20Referat%20Marckmann.pdf>, accessed 29. März 2007
- Moormann, T. (1999) Rationierung im deutschen Gesundheitswesen? Entwicklung, Status Quo und Perspektiven. ibidem Verlag
- Munnich, F.E. (2006) Kritische Anmerkungen zur wissenschaftlichen Beratung der Politik durch Ökonomen; in: Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung. H. Rebscher (Hrsg.). Heidelberg, Economica Verlag

- Nationaler Ethikrat (2006) Gesundheit für alle – wie lange noch? Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. <http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/jahrestagungen.html>, accessed 29. März 2007
- Schönhofer, P. (2002) Missbrauch, Betrug und Verschwendung; in: Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin. H.-U. Deppel/ W. Burkhardt (Hrsg). Hamburg, VSA-Verlag
- Schröder, P. (2007) Public-Health in Abgrenzung zur Medizinethik, in: Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – gesundheitsschutz 50: 101-111
- Velasco-Garrido, M./ R. Busse (2005) Health Technology Assessment. An introduction to objectives, role of evidence, and structures in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies
- Wild, C. (2005) Ethics of resource allocation: instruments for rational decision making in support of a sustainable health care; in: Poiesis Prax 3: 296-309
- Wild, C. (2006) Health Technology Assessment: Kritische Wissenschaftsmethode zur Evaluation der Wirksamkeit medizinischer Interventionen; in: Der Anaesthesist. Sondernummer zu Behandlungsabbruch: 55: 568-577
- Zitter, G. (2001) Rationierung in der Altersmedizin? Schriftenreihe Recht der Medizin

Anmerkungen

- 1 Populistisch bedeutet hier, dass konkrete Lösungsvorschläge durch Schlagworte ersetzt werden, die Emotionen in der Bevölkerung aufgreifen, statt eine rationale Diskussion zu führen.
- 2 Kommodifizierung benennt den Prozess des ‚Zur- Ware-Werdens‘ von Dingen. Dinge werden zu Waren, indem sie Eigentumscharakter bekommen, d. h. den Eigentümern erlaubt, andere von der Nutzung auszuschließen.
- 3 Die Rechtsform der Krankenanstaltengesellschaften bedingen den zunehmenden Stellenwert der betriebswirtschaftlichen Effizienz.