

Bergische Universität Wuppertal

Fakultät für Wirtschaftswissenschaft – Schumpeter School of Business and Economics

Bachelor of Science Gesundheitsökonomie / -management

Prüfer: Frau Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu
Herr Prof. Dr. Hendrik Jürges

Abgabetermin: 30.03.2016

Bachelor Thesis

Rationierung im Gesundheitswesen – Ein Vergleich zwischen impliziter und expliziter Rationierung

Name: Dörte Mareike Ciesla
Matrikelnummer: 1226817
Anschrift: Flashhoffstr. 13, in 45127 Essen
Email: 1226817@uni-wuppertal.de

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	II
Tabellenverzeichnis	II
1 Einleitung	1
2 Ursachen für die Nachfragesteigerung im Gesundheitswesen und die damit einhergehende Entwicklung der Kosten	2
2.1 Demographischer Wandel	2
2.2 Medizinisch-technische Veränderungen	5
2.3 Kostenentwicklung	6
3 Abgrenzung und Erläuterung der Begriffe Rationierung, Rationalisierung und Priorisierung	9
3.1 Rationierung	10
3.2 Rationalisierung	13
3.3 Priorisierung	14
4 Betrachtung der Rationierung im Gesundheitswesen	16
4.1 Formen der Rationierung	16
4.2 Implizite versus explizite Rationierung.....	18
4.3 Ethische Aspekte der Rationierung	20
4.4 Rechtliche Aspekte der Rationierung.....	23
5 Ausblick.....	27
6 Fazit	28
Literaturverzeichnis.....	30
Eidesstattliche Erklärung	38

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Geburten im Zeitverlauf.....	3
Abbildung 2: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland.....	3
Abbildung 3: Bedingungen der Mittelknappheit im Gesundheitswesen und Strategien zum Umgang mit der Mittelknappheit	7

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ausgaben für Gesundheit.....	7
---	---

1 Einleitung

Die Grenze der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens ist in zahlreichen Staaten ein wichtiges Thema in der Gesellschaft. Im Vergleich dazu ist die Diskussion darüber in Deutschland kaum vorhanden. Es ist abzusehen, dass durch die Strukturentwicklungen der Bevölkerung und der Technik, Handlungsbedarf bezüglich der Finanzierung von Gesundheitsleistungen bestehe. Bisher spürt die Gesellschaft keine gravierenden Einschnitte in der Versorgung. Jede erkrankte Person mit Versicherungsschutz wird eine gute Behandlung erhalten. Niemand muss auf eine Therapie verzichten. Doch die Anzeichen einer veränderten Gesundheitspolitik würden langsam sichtbar. Dies zeige sich auch in den Diskussionen um den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung. (vgl. Deutscher Ethikrat, 2011, S. 7)

Bereits seit Jahrzehnten unternimmt die Politik Versuche, die finanzielle Struktur der Krankenversicherer zu verbessern. Es folgten diverse Gesetzesentwürfe, welche jedoch die steigende Nachfrage nach Gesundheitsgütern nicht regulieren konnten. (vgl. Murswick, 2000, S. 225) Es scheint unumgänglich zu sein, Maßnahmen zu implementieren, die unter Berücksichtigung der Verteilungsgerechtigkeit dazu führen, dass die finanzielle Dysbalance im Gesundheitssystem ausgeglichen wird.

Eine Möglichkeit zur Reduktion der Nachfrage stellt die Rationierung von Gesundheitsleistungen dar. In der Gesellschaft werde Rationierung allgemein als ein Vorenthalten von medizinisch notwendiger Leistung verstanden (vgl. Marckmann, 2009, S. 108). Dabei geht es weniger um das Unterschlagen als um das angemessene Verteilen von Gesundheitsgütern. Diese Verteilungsproblematik spiegelt sich in Fragen wie: *Wie funktioniert gerechte Rationierung? Wer soll Leistungen erhalten? Wer entscheidet über den Leistungsumfang?* wider.

In dieser Arbeit wird die Ausgangssituation des Staates hinsichtlich der Gesellschaftsstruktur und des Fortschrittes der Medizin erläutert, sowie die daraus resultierenden Kostenentwicklung. Weiter werden Abgrenzungen zwischen den Begriffen Rationalisierung, Priorisierung und Rationierung getroffen, da diese häufig synonym verwendet werden. Anschließend wird auf die Rationierung im Gesundheitswesen eingegangen. Als Kern steht die Herausarbeitung der impliziten und expliziten

Rationierung. Beide Arten werden vorgestellt und es werden die rechtlichen sowie ethischen Aspekte dieser Formen erläutert. Anschließend werden der Istzustand sowie die Auswirkungen für die Zukunft betrachtet.

2 Ursachen für die Nachfragesteigerung im Gesundheitswesen und die damit einhergehende Entwicklung der Kosten

Das Gesundheitswesen steht unter starker Kritik, da die Ausgaben für die Gesundheit weiter steigen, während die Einnahmen rückläufig sind. Diese finanzielle Dysbalance fordert Handlungsbedarf im solidarischen Gesundheitssystem.

Im folgenden Abschnitt werden der demographische Wandel sowie der medizinisch-technische Fortschritt als Ursachen für die Nachfragesteigerung benannt. Beide Aspekte werden erläutert und deren Auswirkungen auf das Gesundheitswesen geschildert. Anschließend wird die Kostenentwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland untersucht.

2.1 Demographischer Wandel

Der demographische Wandel bezeichnet die Veränderung der Bevölkerungszahl, Geburten, Lebenserwartung und Altersstruktur (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2015, S. 2) in einer Gesellschaft.

In Deutschland ist seit Jahrzehnten ein Abwärtstrend des Bevölkerungsstandes zu erkennen. Laut dem statistischen Bundesamt werde der Bevölkerungstand von 81,3 Millionen Menschen¹ (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland, 2015a) im Jahr 2015 bis 2060 auf 67,6 Millionen² (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland, 2015b) sinken.

Der bedeutendste Grund für die abnehmende Bevölkerungszahl ist die sinkende Geburtenrate.

¹ Stand 31.03.2015. Ermittelt durch Zensus 2011.

² Annahme: schwache Zuwanderung.

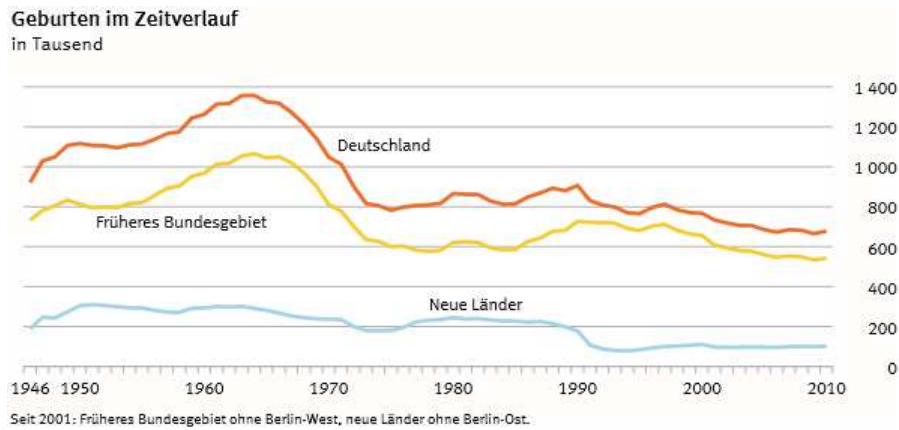


Abbildung 1: Geburten im Zeitverlauf, Statistisches Bundesamt Deutschland (2012)

Wie in der Abbildung 1 zu sehen ist, stieg die Anzahl der Geburten in der Nachkriegszeit stetig an³, bevor sie zu Beginn der 1960er Jahre langsam abnahm. Von den 1970er Jahren bis zu der Jahrtausendwende ist die Anzahl an Geburten annähernd gleich geblieben. Seit 2000 ist ein weiterer Abwärtstrend zu erkennen. Im Jahr 2014 wurden lediglich 715.000 Geburten verzeichnet (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland, 2015c).

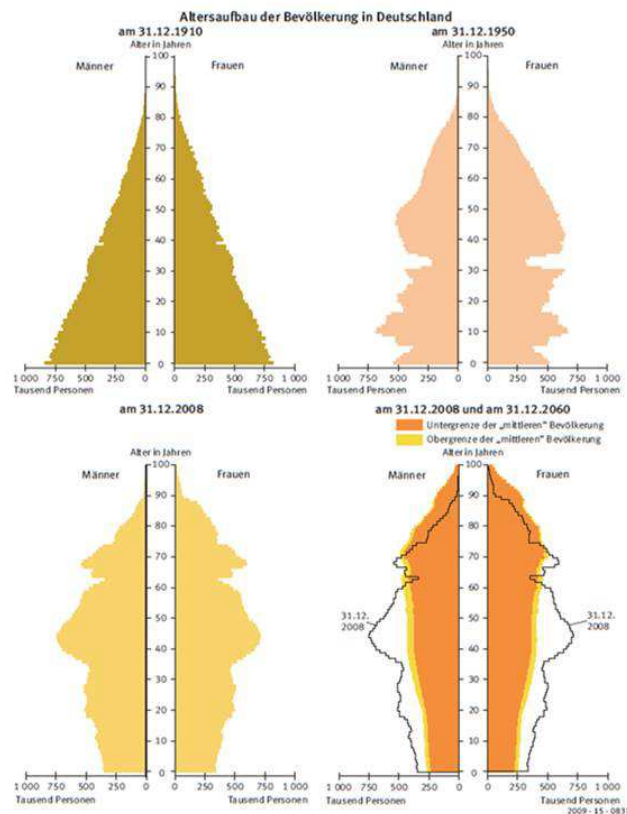


Abbildung 2: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland, Statistisches Bundesamt Deutschland (2009, S. 14)

³ Diese Generation wird als Baby-Boom Generation bezeichnet.

Anhand dieser Abbildung 2 ist ersichtlich, wie sich in den letzten 106 Jahren die Altersstruktur in Deutschland verändert hat. Es ist eine Änderung der Pyramidenform hin zur Form einer Pappel zu erkennen. Das Fundament der Pyramidenform wird dabei durch eine hohe Zahl an Neugeborenen gekennzeichnet. Die Anzahl der Einwohner nimmt dabei im zeitlichen Verlauf immer weiter ab. Durch diese natürliche Gegebenheit entsteht die Form der Pyramide. Im zeitlichen Verlauf ist nun die Pappelform entstanden. Diese ist dadurch zu erkennen, dass es vergleichsweise mehr Bewohner im höheren Alter gibt, als Neugeborene bzw. junge Menschen. Dies verdeutlicht, wie sich die Altersstruktur, sowie die Anzahl von Personen in einem bestimmten Lebensalter, über die Zeit verändert hat bzw. zukünftig verändern wird.

Durch diese Entwicklung entstehen weitreichende Auswirkungen für die Gesellschaft und somit für das solidarisch finanzierte Gesundheitssystem. Dieses ist so aufgebaut, dass jeder Versicherungsnehmer durch seine Versicherungsprämie die entstehenden Krankheitskosten der Gesellschaft finanziert. Jedoch wird das Verfahren durch die steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, bedingt durch die älter werdende Bevölkerung und die nicht proportional wachsende Steigerung der Einnahmen, vor große Herausforderungen gestellt. Die Einnahmen wachsen nicht gleichermaßen mit den Ausgaben, da durch den demographischen Wandel die Anzahl der Neugeborenen im Verhältnis zu Personen über 70 Jahre geringer ist. Die Steigerung der Nachfrage wird dadurch begünstigt, dass die Anzahl an Erkrankungen einer Person mit seinem Alter korreliert (vgl. Bräuninger et al., 2007, S. 9). Das bedeutet, je älter ein Mensch wird, desto multimorbider ist dieser (vgl. Marckmann, 2007, S. 100), und desto mehr Gesundheitsleistungen werden in Anspruch genommen bzw. desto höher sind die Gesundheitsausgaben (vgl. Oduncu, 2012, S. 360). Es wird dabei davon ausgegangen, dass junge Menschen in der Regel gesünder sind als ältere Menschen. Bedingt durch den demografischen Wandel funktioniert das System der Kostenverteilung nur einseitig. Von der jungen Generation kann nicht ausreichend eingezahlt werden, um die Kosten der steigenden Inanspruchnahme von Leistungen zu decken. Dieser Umstand wird zusätzlich durch die steigende Lebenserwartung beeinflusst. Das Verhältnis der Anzahl an Erwerbstätigen nimmt, im Vergleich zu der Anzahl an nicht mehr Erwerbstätigen, stetig ab. Es führt dazu, dass weniger Berufstätige für die Sozialleistungen von mehr werdenden und länger lebenden Pensionären aufkommen müssen. Dadurch verschiebt sich das Finanzierungsgefälle zu Ungunsten der Gesellschaft. (vgl. Horn, Schuchardt, 2015, S. 13)

Diese demographischen Entwicklungen stellen das deutsche Gesundheitssystem vor eine große Herausforderung. Es sei abzusehen, dass Gesundheitsleistungen, im Rahmen des Solidaritätsprinzips, nicht mehr dauerhaft uneingeschränkt finanziert werden können (vgl. Duttge, 2009, S. 139). Aus diesem Grund ist es angeraten einen Weg zu finden, Leistungen effektiv und maßvoll einzusetzen, ohne Lebensnotwendiges vorzuenthalten und eine Gleichbehandlung zwischen sozialen Schichten zu gewährleisten.

2.2 Medizinisch-technische Veränderungen

Warum der medizinisch-technische Fortschritt mit zu den Hauptgründen zählt, dass die Ausgabenseite immer weiter steigt, soll im Folgenden erläutert werden.

Die Weiterentwicklung der Medizin und ihrer Leistungsfähigkeit stellt sich als ein hochlukratives Geschäft dar. Durch die immer besser werdende Versorgungsqualität und der damit einhergehenden Erhöhung der Lebenserwartung werde der medizinisch-technische Fortschritt gesellschaftlich eingefordert (vgl. Arentz, 2011, S. 1). Jedoch steht dieser Fortschritt im Spannungsfeld der Politik. Einerseits sei die hochwirksame Versorgung gewünscht, andererseits müsse die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens gewährleistet werden können. (vgl. Bratan, Wydra, 2013, S. 5) Die Entwicklung und Inanspruchnahme neuer Versorgungsmöglichkeiten kostet viel Geld (vgl. Schmidt-Wilke, 2004, S. 63).

Der medizinisch-technische Fortschritt besteht vor allem aus Produkt- und Prozessinnovationen. Produktinnovationen zielen auf die Verbesserung bereits bestehender Produkte ab, Prozessinnovationen auf die Verbesserung der Herstellung dieser Produkte. Während Produktinnovationen kostensteigernd wirken, führen Prozessinnovationen zur Kostensenkung. Im Gesundheitswesen kommen Produktinnovationen häufiger vor, allerdings ist ihr Nutzen häufig fragwürdig und muss erst nachgewiesen werden. (vgl. Schmidt-Wilke, 2004, S. 64 f.)

Ein weiteres Problem bei der steigenden Behandlungsqualität und dem erhöhten Forschungsstand ist die Erweiterung der Indikationsfelder. „Je mehr die Medizin sich anstrengt, desto kränker werden wir. Die moderne Medizin sitzt in der großen Fortschrittsfalle fest“ (Jachertz, Rieser, 2007, S. 22). Die Verbesserung der

Versorgungsqualität sorgt dafür, dass immer mehr Behandlungsmöglichkeiten angeboten werden können (vgl. Carlson, 2014, S. 1). Krankheiten, für die es bisher keine Therapie gab, können nun behandelt werden. Dies ist gut, da die Gesundheit eines größeren Bevölkerungsteils erhalten und wiederhergestellt werden kann. Bedingt durch wachsende Indikationsfelder und der damit steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, steigen die Ausgaben im Gesundheitswesen. Zudem fordert die Medizin und Gesellschaft neue Behandlungsmöglichkeiten, da die Gesundheit ein besonderes Gut ist und erhalten bleiben soll.

„Die Grenzen des medizinischen Fortschritts sind sicherlich noch nicht erreicht, die Grenzen der wirtschaftlichen Belastbarkeit des Gesundheitssystems hingegen bald“ (Boldt, Schöllhorn, 2008, S. 997). Diese Aussage verdeutlicht den Bedarf einer Neustrukturierung der Ausgabenseite des Gesundheitssystems. Eine Möglichkeit um die Gesundheitsleistungen zielgerichtet einzusetzen sind Nutzenbewertungen die klare Richtlinien formulieren. Anhand dessen können Indikationen bestimmt werden die zur Verordnung führen.

In Deutschland bewertet das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen den Nutzen von neuen Behandlungsalternativen. Diese evidenzbasierte Untersuchung der Vor- und Nachteile von Maßnahmen führt zu einer wissenschaftlichen Einschätzung der Wirksamkeit und Effektivität (vgl. Marckmann, 2010b, S. 14). Anhand dessen lassen sich Richtlinien und Versorgungskonzepte erstellen, welche die Versorgungsqualität erhöhen und dabei ein ausgeglichenes Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen.

2.3 Kostenentwicklung

In den vergangenen Jahrzehnten sind die Ausgaben für Gesundheitsleistungen stetig gestiegen (vgl. Nagel, 2007, S. 91). Dies ist nicht zuletzt dem demographischen Wandel und der medizinisch-technischen Entwicklung geschuldet. Aus der anschließenden Tabelle 1 kann entnommen werden, dass die Ausgaben für Gesundheitsleistungen von 235,7 Mrd. Euro im Jahr 2003 auf 314,9 Mrd. Euro im Jahr 2013 gestiegen sind. Sie belegt die steigende Kostenentwicklung im Gesundheitssystem.

Indikator	Jahr	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Gesundheitsausgaben insgesamt		235,7	235,5	242,0	247,5	255,9	266,2	280,6	290,3	295,5	302,8	314,9
		in Mrd. Euro										

Tabelle 1: Ausgaben für Gesundheit, Bundesministerium für Gesundheit (2015, S. 155)

Die folgende Abbildung 3 von Marckmann verdeutlicht, wie sich die Veränderungen im Gesundheitswesen aufeinander auswirken.

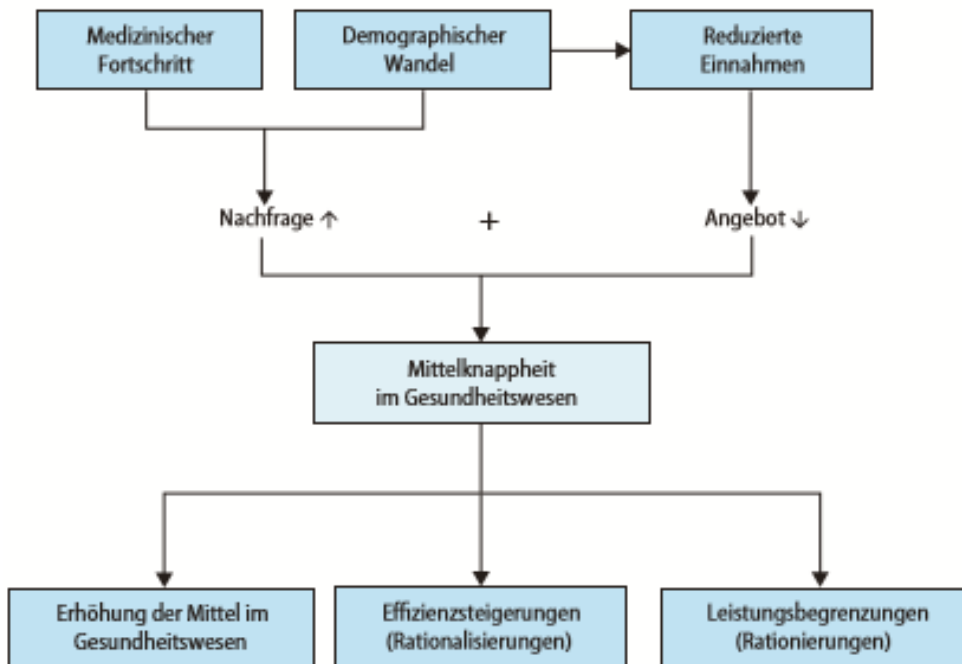


Abbildung 3: Bedingungen der Mittelknappheit im Gesundheitswesen und Strategien zum Umgang mit der Mittelknappheit, Marckmann (2008, S. 890)

Der Trend der Ausgabensteigerung setze sich weiter fort, denn bedingt durch den demographischen Wandel und den medizinisch-technischen Fortschritt leben die Menschen länger. Dies hat zur Folge, dass die Krankheitskosten nicht mehr Erwerbstätiger über einen längeren Zeitraum von einer abnehmenden Anzahl Erwerbstätiger mitfinanziert werden müssen. Die steigende Anzahl von nicht mehr Erwerbstätigen hat zugleich zur Folge, dass die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen steigt, da das Alter mit der Multimorbidität korreliert (vgl. Bräuninger et al., 2007, S. 9). Es stellt sich zudem auch heraus, dass es nicht die Preissteigerung von medizinischen Leistungen ist, welche die hohen Kosten verursacht, sondern die steigende Anzahl der Inanspruchnahme von Leistungen (vgl. Jachertz, Rieser, 2007, S. 22). Ein Problem bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen besteht dann, wenn die Versicherungsnehmer keinen finanziellen Bezug zu den von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen haben. Es kann dazu

führen, dass sie von Leistungen Gebrauch machen, die unter Umständen nicht nötig sind. Diese nicht-induzierte Inanspruchnahme wird von der Solidargemeinschaft getragen und ist dann als kritisch zu betrachten, wenn die Inanspruchnahme steigt, jedoch nicht die Zahlungsbereitschaft für Gesundheitsleistungen, Zusatzversicherungen oder der Versicherungsprämie.

Durch diverse Maßnahmen wie z.B. die Praxisgebühr oder auch dem Risikostrukturausgleich, konnte die finanzielle Lage der Krankenversicherungen verbessert werden. Jedoch: „[n]och nie sei im „Gesundheitstopf“ so viel Geld gewesen wie heute, und dennoch reiche es nicht, weil die Nachfrage steigt und steigt“ (Jachertz, Rieser, 2007, S. 25). Aufgrund der oben dargestellten Diskrepanz zwischen Einnahmen und Ausgaben entstehen Finanzlücken, denen auf diverse Arten begegnet werden kann. Zum einen kann die Erhöhung der Einnahmeseite realisiert werden, indem man die Beitragsbemessungsgrenze für Privatversicherungen anhebt. Dies führt dazu, dass mehr Arbeitnehmer in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind und dementsprechend mehr und höhere Einzahlungen in den Gesundheitstopf generiert werden können. Zum anderen wäre es eine Möglichkeit, die Beiträge für die Krankenversicherung und Sozialabgaben zu erhöhen. Dies ist allerdings schwierig umzusetzen, da die Zahlungsbereitschaft für Gesundheitsleistungen endlich ist. Der Beitragssatz kann demzufolge nicht wiederholt gesteigert werden. (vgl. Marckmann, 2008, S. 890)

Auch die Möglichkeit einer Strukturveränderung des Gesundheitswesens sei denkbar. So werde eine Umstellung vom Solidarprinzip hin zu einer Kopfpauschale oder einer Bürgerversicherung schon länger diskutiert. Die Kopfpauschale finanziert sich durch einen einkommensunabhängigen Festbetrag, dessen Höhe zwischen den Krankenversicherungen variieren kann. Dieser Betrag soll im Rahmen einer Pflichtversicherung von jedem Bürger gezahlt werden. Wenn es aufgrund von Sozialhilfeanspruch oder einem zu geringen Einkommen nicht möglich ist den festgelegten Betrag eigenständig zu finanzieren, wird der Staat durch Unterstützungszahlungen helfen.

Dahingegen wird die Bürgerversicherung, wie auch das jetzige Gesundheitssystem, über einkommensabhängige Beiträge finanziert, jedoch wird der Versichertenkreis auf die gesamte Bevölkerung ausgedehnt. (vgl. Strengmann-Kuhn, 2005, S. 12)

Neben der Erhöhung der Einnahmeseite bietet sich auch die Möglichkeit, die Ausgaben zu verringern und so die finanzielle Balance im Sozialversicherungssystem zu erreichen. Um die Ausgaben im Gesundheitssystem zu reduzieren, bieten sich die Möglichkeit der Rationalisierung, Priorisierung und Rationierung an.

Im folgenden Abschnitt wird die Abgrenzung und Erläuterung dieser Begriffe vorgenommen mit dessen Hilfe eine Bewertung der Maßnahmen geschehen kann.

3 Abgrenzung und Erläuterung der Begriffe Rationierung, Rationalisierung und Priorisierung

Aus der Ökonomie ist bekannt, dass die Regulierung zwischen vorhandenen Mitteln (Geld) und erhaltener Leistung immer stattfindet. Diese Anpassung wird durch den Ausgleich von Angebot und Nachfrage erzielt, welcher sich über den Marktmechanismus einstellt (vgl. Obermann, 1994, S. 110). Hat ein Verbraucher eine bestimmte Einheit an Geld zur Verfügung, kann er über diese verfügen. Jedoch nicht darüber hinaus. Dieser ökonomische Marktmechanismus funktioniert im deutschen Gesundheitswesen allerdings nicht per Individuum. Die individuelle Beitragszahlung bestimmt sich lediglich aus einem Prozentsatz des Einkommens. Das Gesundheitssystem wird somit einkommensabhängig vom Arbeitnehmerlohn sowie der Arbeitgeberanteile finanziert und durch den Bund bezuschusst. Aus diesem Grund zahlt kein Empfänger von Gesundheitsleistungen seinen kostendeckenden Beitrag.

Dadurch, dass die Behandlungskosten nicht leistungsabhängig von der Privatperson zu begleichen sind, kommt es bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen häufig zu Moral Hazard. Es kann zwischen ex-ante Moral Hazard und ex-post Moral Hazard unterschieden werden. Ex-ante Moral Hazard beschreibt den Vorgang, dass Handlung und Haftung nicht korrelieren. Ein Individuum kann aufgrund dessen zu einem risikoreichen Verhalten neigen. Von ex-post Moral Hazard spricht man, wenn die Kosten für medizinische Leistung durch den Versicherungsschutz gedeckt sind und somit kein finanzielles Risiko für den Leistungsempfänger entsteht. Ein Individuum kann deshalb zu einer gesteigerten Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen neigen. Beides hat eine verzichtbare Erhöhung der Gesundheitsausgaben zur Folge.

Möglichkeiten, dieser Ineffizienz im Gesundheitswesen entgegenzuwirken, bieten sich im Mittel der Rationierung, Rationalisierung und Priorisierung von Gesundheitsleistungen. Zu häufig werden diese Begriffe allerdings synonym verwendet, sodass es zu Missverständnissen bei der Verwendung kommen kann. Es erfolgt nun eine differenzierte Erläuterung und Abgrenzung dieser Begriffe.

3.1 Rationierung

Wird von Rationierung gesprochen, handelt es sich dabei meistens um eine negative Konnotation des Wortes. „Aufgrund von Mittelknappheit unterbleiben notwendige medizinische Maßnahmen“ (Honecker, 2004, S. 630). In Zusammenhang mit Gesundheitsleistungen gehe dieser Begriff häufig mit dem Vorenthalten von notwendigen Gütern und Dienstleistungen einher. Um eine allgemeingültige Definition zu benennen, sollte der Begriff neutral und mit Berücksichtigung der ökonomischen Sichtweise betrachtet werden (vgl. Marckmann; 2008, S. 891). Elke Mack (2001, S. 20) definiert Rationierung in einem Ethikmagazin folgendermaßen:

Rationierung im Gesundheitswesen ist die Zuteilung bzw. die Verteilung von knappen und begrenzt vorhandenen Gesundheitsgütern ebenso wie pflegerische oder medizinische Maßnahmen unter der Bedingung, dass die Nachfrage größer als das Angebot ist.

Rationierung scheint notwendig um „die Diskrepanz zwischen dem medizinisch prinzipiell Machbaren und dem solidarisch Finanzierbaren“ (Obermann, 1999, S. 111) zu ermitteln. Dabei geht es nicht darum, Leistungen wahllos zu begrenzen, sondern die Funktionstüchtigkeit des solidarischen Systems aufrecht zu erhalten. Allerdings bedingen sich diese beiden Ansätze. Leistungen müssen eingeschränkt werden, um die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems zu gewährleisten.

Der US-amerikanische Gesundheitsökonom Victor Fuchs sagte dazu: „No nation can provide ‘presidential medicine’ for all its citizens“ (Fuchs, 1997, S. 461). Das Zitat verdeutlicht die Ausgangssituation eines Staates. Ohne Eigenleistung zur Gesunderhaltung und Zuzahlungen bei Inanspruchnahme von Leistungen kann ein Gesundheitssystem nicht dauerhaft funktionieren.

Es stellt sich die Frage, welche Maßnahmen von der Solidargemeinschaft finanziert werden sollen und können (vgl. Honecker, 2004, S. 630). Deutschland sei dabei von einer

öffentlichen Diskussion über das Thema Rationierung noch weit entfernt (vgl. Marckmann, 2010b, S. 9). Die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt hat sich im Mai 2005 wie folgt geäußert: „Eine explizite Rationierung in dem Sinne, dass medizinisch notwendige und sinnvolle Leistungen vorenthalten werden, wird es mit mir nicht geben“ (Jachertz, Rieser, 2007, S. 21). Weiter sagt sie: „Wenn wir wollen, dass medizinischer Fortschritt für alle in Zukunft finanzierbar ist, dann müssen wir auch den Mut haben zu sagen: Nicht alles kann und muss überall zur Verfügung stehen“ (Jachertz, Rieser, 2007, S. 21). Die Politik scheut sich noch davor, Leistungen zu begrenzen bzw. eine öffentliche Verfügbarkeitsdebatte zu führen. Allerdings räumt sie mit der letzten Aussage ein, dass für die Zukunft eine Form von Rationierung berücksichtigt werden müsse. Indem sie diese vage Aussage verwendet, äußert sie sich nicht konkret. Momentan wird die Entscheidungskompetenz noch ausschließlich an den leistungserbringenden Arzt weitergegeben, welcher implizit (verdeckt) über die Notwendigkeit von Behandlungen entscheiden sollen (vgl. Udsching, 2013, S. 62).

Bisher gehe es in der Gesellschaft eher darum, die Gesundheitsleistungen weiter auszubauen und mit Hilfe des medizinisch-technischen Fortschritts die neusten Behandlungsmöglichkeiten bereitzustellen (vgl. Udsching, 2013, S. 62). Die Einschränkung von Leistungen in Form von Rationierung stelle für viele eine Bedrohung für die Gesellschaft dar. Wird doch die Gesundheit als teuerstes Gut verstanden. (vgl. Boldt, Schöllhorn, 2008, S. 995)

Ein klarer Bedarf an Einsparungen im Gesundheitswesen entsteht vor allem aus der demographischen Entwicklung (vgl. Obermann, 1999, S. 111) und den medizinisch-technischen Veränderungen. Die Gesellschaft kann durch diese Veränderungen und bei weiterhin steigender Nachfrage nicht alle medizinischen Leistungen solidarisch finanzieren. Es scheint nötig, explizite Entscheidungen zur Finanzierbarkeit in der Gesellschaft zu treffen (vgl. Duttge, 2009, S. 140).

Eine Hürde der Rationierung besteht momentan darin, dass es zu wenig wissenschaftliche Evidenz über den Nutzen von Maßnahmen gibt, mit welchen die Sinnhaftigkeit und Qualität von Maßnahmen beurteilt werden kann (vgl. Jachertz, Rieser, 2007, S. 25). Denn Rationierung funktioniert dann, wenn ein Weg gefunden wird, Krankheiten zu

spezifizieren, den Behandlungsbedarf zu ermitteln und die Therapien mit wissenschaftlichen Ergebnissen zum Nutzen zu bewerten.

Weiter gilt es als wichtig, die Begriffsdefinition eindeutig zu klären. Nach Marckmann (2008, S. 891) soll über die Verwendung des Synonyms Zuteilung nachgedacht werden, da es nicht um die Wegnahme von Leistungen geht, sondern um eine effizientere Verteilung. Anschließend müsse die Gesellschaft einen Konsens finden, aus dem klar hervorgeht, nach welchen Kriterien und auf welcher Zuteilungsebene eine Indikationszuteilung getroffen werde und welche Leistungen übernommen werden und welche nicht. Bei der Festlegung der Richtlinien sei es angeraten ökonomische Werte, sowie therapeutische Effekte und ethische Kriterien zu berücksichtigen (vgl. Honecker, 2004, S. 635). Dabei kann Rationierung zum generellen Ausschluss oder zur Einschränkung im Leistungsbezug führen (vgl. Preusker, 2007, S. 930).

Die Zuteilung von Gesundheitsleistung ist auf drei Ebenen möglich. Im Folgenden werden die Makro-, Meso- und Mikroebene erläutert und Handlungs- / bzw. Verantwortungsvarianten dargestellt. Die Ebenen beeinflussen sich untereinander.

Die Makroebene ist die oberste Ebene, welche Einfluss auf die Verteilungsentscheidungen der Meso- und Mikroebene hat. Wird die Verteilung auf der Mesoebene bestimmt, beeinflusst dies den Handlungsspielraum auf der Mikroebene.

Die Makroebene wird durch die Politik bzw. Gesellschaft gebildet. Hier werden die Gesamtausgaben festgelegt und die Verteilung der Finanzen auf die einzelnen Bereiche im Gesundheitswesen bestimmt. Dabei werden vor allem die Anteile bestimmt, welche die Leistungserbringer erhalten werden. (vgl. Honecker, 2004, S. 631) Der Fokus liegt dabei auf der Sicherstellung des Solidarprinzips, sowie der Qualitätssicherung und Gleichstellung. Als Steuerungselemente gelten vor allem Gesetze und Vereinbarungen. (vgl. Offermanns, 2011, S. 20)

Geschehe Rationierung auf dieser Ebene, spricht man von expliziter Rationierung. Die Gesellschaft bzw. Politik gibt in Leitlinien bekannt, welche Leistungen finanziert werden und welche nicht. (vgl. Jachertz, Rieser, 2007, S. 22 f.)

Die Mesoebene ist die mittlere Ebene, welche die Organisationen und Leistungserbringer im Gesundheitswesen erfasst (vgl. Offermanns, 2011, S. 20). Eine Institution, wie z.B. ein Krankenhaus, kann nun darüber entscheiden, wie sie die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel einsetzen möchte. Im Fokus steht dabei die Steigerung der Effektivität und Mitarbeiter- sowie Prozessorientierung welche durch Managementinstrumente

gesteuert werden. (vgl. Offermanns, 2011, S. 20) Es können Prioritäten gesetzt werden und Schwerpunkte für die Forschung geschaffen werden (vgl. Honecker, 2004, S. 631).

Die Mikroebene beschäftigt sich mit der Individualversorgung. Hier ist der Arzt-Patienten-Kontakt in der Praxis oder am Krankenbett zu nennen. (vgl. Jachertz, Rieser, 2007, S. 23) Die Verteilung auf dieser Ebene verläuft patienten- und effizienzorientiert. Als Steuerungsinstrumente gelten vor allem Leitlinien und klinische Pfade. (vgl. Offermanns, 2011, S. 20)

3.2 Rationalisierung

Spricht man von Rationalisierung sei damit die „Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven oder auch die Vermeidung von Verschwendung zum Erhalt von Ressourcen“ (Gretenkort, 2015, S. 610) gemeint. Die zentralen Punkte sind die gerechte Verteilung von Ressourcen sowie die Verbesserung der Versorgungsqualität unter effizienter Allokation der vorhandenen Mittel (vgl. Gretenkort, 2015, S. 610). Dies soll erreicht werden, indem z.B. Doppeluntersuchungen vermieden werden (vgl. Nagel et al., 1997, S. 628) oder die Anzahl von Krankenhausbetten optimiert werden. Unter Anwendung von Rationalisierung wird keine medizinisch notwendige Leistung vorenthalten, was diese Maßnahme weniger hart erscheinen lässt als die Rationierung. Da es sich bei Rationalisierung um eine Effizienzsteigerung sowie Allokationsverbesserung handelt, geschieht dies unter ökonomischen Gesichtspunkten. Zur Ermittlung von Effizienzlücken werden Instrumente wie die Kosten-Nutzen-Rechnung und Budgetierung genutzt.

Dabei muss es als kritisch betrachtet werden, dass das Mittel der Rationalisierung endlich scheint. Es wird ein Maß erreicht, nach dem keine weitere Effizienzsteigerung oder verbesserte Ressourcenallokation möglich ist, da die Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeschöpft sind. Dieses Mittel sei somit lediglich für einen kurz- bis mittelfristigen Zeitraum zu verwenden, da das Einsparungspotential der Rationalisierung begrenzt sei. (vgl. Honecker, 2004, S. 629; vgl. Marckmann, 2008, S. 890)

Zudem muss weiter kritisch angemerkt werden, dass auch die Reduzierung von Krankenhausbetten und Pflegepersonal ein Vorenthalten von Leistung ist. Es handele sich

dabei also auch um eine Form der Rationierung, da dadurch auf eine Inanspruchnahme von Leistungen verzichtet werden müsse. (vgl. Schultheiss, 2001, S. 2).

3.3 Priorisierung

Priorisierung wird von dem Wort Priorität abgeleitet und bedeutet, dass Schwerpunkte erstellt werden, welche in eine Rangfolge gesetzt werden. Grundlage für den Gebrauch dieser Maßnahme ist die Knappheit eines Gutes. Dabei werde zwischen horizontaler und vertikaler Priorisierung unterschieden. Bei der horizontalen Priorisierung handelt es sich um die Rangfolgensetzung auf Anwendungsebenen, z.B. zwischen Leistungserbringern. Von der vertikalen Priorisierung wird gesprochen, wenn die Anwendung in einem definierten Versorgungsbereich stattfindet, also z.B. bei einer Entscheidung zwischen Patienten mit ähnlichen Indikationen. (vgl. Diederich et al, 2011, S. 143)

In der Medizin findet die Priorisierung z.B. Anwendung im Rahmen von Organspenderlisten oder der Vergabe von begrenzten Impfstoffen (vgl. Welti, 2010, S. 381). Laut dem §10 TPG sind Transplantationszentren dazu verpflichtet, Wartelisten zu führen, um eine nach Kriterien festgelegte Verteilung einhalten zu können. Diese gesetzliche Regelung untermauere die Notwendigkeit von Priorisierung in medizinischen Teilgebieten. In §12 TPG wird die Regelung weiter ausgeführt. Dort heißt es, dass die Stiftung Eurotransplant die Vermittlungstätigkeit der Spenderorgane übernimmt. (vgl. Giesen, 2004, S. 561) Damit soll der richtige Umgang mit einem begrenzten medizinischen Gut garantiert werden. Deshalb ist ein Handel außerhalb der Organisation Eurotransplant unzulässig und verboten (vgl. §17 TPG). Die Zuteilung ist explizit geregelt und die Informationen zur Verteilung sind für jede Person zugänglich. Aus diesem Grund ist sie eher nachvollziehbarer, was diese Art der Zuteilung zu einem beliebten Mittel macht.

Priorisierung werde auch deswegen weniger negativ angesehen, da es sich nicht um einen Ausschluss von Gesundheitsleistungen handele, sondern lediglich um das in Reihenfolge setzen der Zeitpunkte zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (vgl. Breyer, 2012, S. 654; vgl. Honecker, 2004, S. 629).

So ist in der Influenzaschutzimpfung-Verordnung geregelt, dass Personen mit besonderen Risikofaktoren wie chronisch Kranke und Schwangere sowie Personen im Gesundheitswesen, bei der Vollzugspolizei und bei der Feuerwehr vorrangig zu impfen sind. (Welti, 2010, S. 381)

Werden die Informationen bezüglich der Priorisierung offen ausgesprochen, erhöht es das Verständnis für die bevorzugte Verteilung an Risikogruppen. Es kann nachvollzogen werden, warum Menschen aus den genannten Bedarfsgruppen einen bevorzugten Zugang zu dieser Gesundheitsleistung erhalten sollen.

Bei der Nutzung von Priorisierung ist eine gerechte Prioritätensetzung ausschlaggebend. Es muss vor allem bedarfsbezogen vorgegangen werden. Dabei kann nach folgenden Kriterien unterschieden werden: medizinische Bedürftigkeit (Schweregrad, Dringlichkeit), erwarteter medizinischer Nutzen (Potenziale, Wirksamkeit, Studien) und Kosteneffektivität (Kosten-Nutzen-Verhältnis, Zugewinn von Lebenszeit und –qualität, Ausschluss von schlechten Alternativen). (vgl. Gretenkort, 2015, S. 2)

Indem die Begriffe Rationierung, Rationalisierung und Priorisierung erläutert wurden, konnten zugleich Methoden dargestellt werden, mit denen die Kosten der Ausgabenseite im Gesundheitswesen reduziert werden können. Im Hinblick auf den Titel der Arbeit soll der Fokus im Folgenden auf Rationierung liegen und deren Kostensenkungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen aus ethischer und rechtlicher Sicht diskutiert werden.

4 Betrachtung der Rationierung im Gesundheitswesen

Im weiteren Verlauf werden die Formen der Rationierung vorgestellt. Anschließend wird besonders auf die implizite sowie die explizite Form der Rationierung eingegangen.

Danach folgt eine Einschätzung der ethischen Aspekte der Rationierung. Diese wird um eine rechtliche Einschätzung ergänzt.

4.1 Formen der Rationierung

Nachfolgend wird ein Überblick über die Rationierungsformen gegeben. Es wird dabei unterschieden nach der direkten / indirekten, harten / weichen, impliziten / expliziten und offenen / verdeckten Rationierung. Durch die Erläuterung der einzelnen Formen lassen sich diese besser abgrenzen und einordnen. Anschließend wird näher auf die implizite und explizite Rationierung eingegangen.

Die direkte und indirekte Rationierung bezieht sich auf das Leistungsvolumen. Die direkte Rationierung, auch scharfe Rationierung genannt, beinhaltet direkte Leistungsausschlüsse. Dem Versicherungsnehmer wird dabei der Zugang zu bestimmten Leistungen verwehrt. Zudem ist kein Zukauf von Leistungen zur Gesunderhaltung möglich. Als Beispiel sei der Ausschluss von Lebertransplantationen bei Alkoholikern zu nennen. (vgl. Fuchs et al., 2009, S. 556)

Die indirekte Rationierung beschreibt eine Limitierung der Gesundheitsleistungen. Diese Form tritt meist auf, wenn Versäumnisse seitens des Versicherungsnehmers entstanden sind. Anzuführen sei hier der Ausschluss von zahnmedizinischen Leistungen, wenn der Versicherungsnehmer seiner Vorsorgepflicht nicht nachkommt. Eine Besonderheit dieser Rationierungsform ist, dass ein privater Zukauf von Gesundheitsleistungen möglich ist. Es handelt sich also nicht um einen generellen Leistungsausschluss. Aus diesem Grund ist die indirekte Rationierung gesellschaftlich und ethisch weniger fragwürdig als die direkte Rationierung. Problematisch wird es nur, wenn der private Zukauf von Gesundheitsleistungen finanziell für eine Personengruppe nicht tragbar ist. (vgl. Mack, 2001, S. 25)

Bei der harten und weichen Rationierung geht es um die Definition des Ressourcenumfangs. Um harte Rationierung handelt es sich, wenn im Handlungsverlauf die Ressourcen nicht ausgeweitet werden können. Zu nennen sei hier das Beispiel von Spenderorganen. Sie sind als Ressource nur beschränkt vorhanden und können nicht zugekauft werden. (vgl. Fuchs et al., 2009, S. 556)

Von weicher Rationierung spricht man, wenn ein Ressourcenumfang festgelegt ist, dieser aber erweitert werden kann. Prinzipiell geht es darum, sich an einer Richtlinie zu orientieren, die aber bei Bedarf entsprechend angepasst werden könne. Durch anwenden von weicher Rationierung wird der Zugang zu Leistungen zwar erschwert aber nicht unmöglich gemacht. (vgl. Mack, 2001, S. 26)

Diese Rationierungsform gehe stark einher mit der Unterscheidung nach starker und schwacher Rationierung. Die harte Rationierung ist vergleichbar mit der starken Rationierung, da bei beiden kein Zukauf von Leistungen möglich ist. Die weiche Rationierung gehe mit der schwachen Rationierung einher, da auch hier ein Zukauf von Leistungen möglich ist. (vgl. Erk, 2015, S. 331)

Die implizite und explizite Rationierung beschäftigt sich mit der Ebene, auf der Rationierungsentscheidungen getroffen werden. Bei der impliziten Rationierung findet die Zuteilung im Arzt-Patienten-Kontakt statt. Da es keine Richtlinien gibt, an die sich der Arzt halten muss, findet diese Form der Rationierung im Verborgenen statt. (vgl. Mack, 2001, S. 26) Dem Arzt steht ein bestimmtes Budget für die Versorgung seiner Patienten zur Verfügung. Wie er die Gelder einsetzt und welcher Patient möglicherweise ausgeweitete Leistungen erhält, kann der Arzt eigenständig und individuell entscheiden. (vgl. Breyer, 2012, S. 656)

Im Gegensatz dazu handelt es sich bei der expliziten Rationierung um eine Ressourcenzuteilung auf der Meso- oder Makroebene (vgl. Carlson, 2014, S. 2). Die Zugangsberechtigungen werden transparent dargestellt und die Informationen dazu sind für jeden zugänglich. Eine bekannte Anwendung der expliziten Rationierung sei die Budgetierung von Versorgungseinheiten. (vgl. Gretenkort, 2015, S. 609)

Die verdeckte und offene Rationierung bezieht sich auf den Kenntnisstand des von der Rationierung Betroffenen (vgl. Erk, 2015, S. 332). Die verdeckte (heimliche) Rationierung findet ohne jegliche Transparenz statt und geschieht daher im Verborgenen

(vgl. Fuchs et al., 2009, S. 556). Dem Rationierten ist daher nicht bewusst, dass eine Leistungsbegrenzung geschieht.

Bei der offenen Rationierung handelt es sich um die transparente Art der Rationierung die dadurch auch nachvollziehbar ist (vgl. Fuchs et al., 2009, S. 556).

4.2 Implizite versus explizite Rationierung

Wenn aufgrund einer finanziellen Dysbalance im Gesundheitswesen Maßnahmen zur Leistungsbegrenzung gewählt werden müssen, stellt sich die große Frage: Wer soll über den Rahmen der Begrenzung entscheiden? (vgl. Marckmann, 2008, S. 891). Die implizite und explizite Rationierung stellen zwei Möglichkeiten von Entscheidungsebenen dar, auf denen Rationierungsbeschlüsse getroffen werden können.

Die implizite Rationierung erfolgt auf der Mikroebene, genauer, im Arzt-Patienten-Kontakt (vgl. Wohlgemuth, 2009, S. 4). Sie geschieht auf Basis von Budgets oder finanziellen Anreizen (vgl. Marckmann, 2005, S. 191). Der Leistungserbringer hat z.B. ein Budget zur Verfügung, welches er individuell auf seine Patienten verteilen kann (vgl. Kingreen, Laux, 2008, S. 154). Oder aber, der Patient wird z.B. mittels Selbstbeteiligung an Behandlungskosten dazu angehalten, sich eigenständig mehr um seine Gesunderhaltung zu kümmern, weniger Leistung in Anspruch zu nehmen und sorgfältiger bei der Inanspruchnahme zu sein.

Eine weitere Möglichkeit von finanziellen Anreizen stellen die Vergütungsformen für Ärzte dar. Der Leistungserbringer muss mit den vorhandenen Mitteln wirtschaften. So kann es vorkommen, dass ein Patient aufgrund der Einschätzung des Arztes andere Leistung erhält als ein anderer Patient mit gleicher Indikation.

Im Fall der impliziten Rationierung delegiere die Politik den Auftrag Rationierungsentscheidungen zu treffen an die Leistungserbringer weiter (vgl. Arnade, 2010, S. 45). Dieser große Handlungsspielraum würde von Ärzten sehr geschätzt werden, da sie damit auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten eingehen können und die Erkrankten nicht nach einem Plan, vorgeschrieben von Dritten, abarbeiten müssen. Sie haben dadurch nicht nur die Möglichkeit, Diagnosen mittels geeigneter Untersuchungen zu treffen sondern auch die Therapie auszuwählen und einzuleiten.

Beides, Diagnose und Therapie, sind nur eingeschränkt überprüfbar. (vgl. Jachertz, Rieser, 2007, S. 24)

Auf der anderen Seite sind die Ärzte dazu angehalten die Behandlung ihrer Patienten unter Beachtung einer effizienten Ressourcenallokation zu planen. Dies verlangt nicht nur eine wohlwollende ärztliche Tugend, sondern auch eine ökonomische Berücksichtigung des Leistungserbringers. (vgl. Marckmann, 2009, S. 111) Ärzte sind in diesem Fall dazu verpflichtet, Kosten und Nutzen abzuwägen und eine Entscheidung unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten zu treffen. Dafür seien sie jedoch nicht ausgebildet (vgl. Schultheiss, 2001, S. 11). Dies kann zur Folge haben, dass das Arzt-Patienten-Verhältnis empfindlich gestört wird. Im Fall der impliziten Rationierung wird dem Patienten nicht erläutert, dass und warum er eine Leistung nicht erhält. Hat der Patient jedoch das Gefühl, dass sein Arzt ihn schlecht(er) behandelt, kann dieser Umstand zu Störungen im Vertrauensverhältnis führen. (vgl. Marckmann, 2010a, S. 239)

Dem entgegen steht die explizite Rationierung, die oberhalb der Arzt-Patienten-Interaktion auf der Makroebene geregelt ist (vgl. Zimmermann-Acklin, 2010, S. 169). Dabei kommt es zu einer Standardisierung der Versorgung in Form von öffentlich bekanntgemachten Leistungsbegrenzungen (vgl. Marckmann, 2005, S. 191). Die Gesellschaft legt dabei fest, welche Indikationen zu welchem Leistungsbezug führen. Diese Form der Rationierung wird öffentlich gemacht und die Informationen zu den Rationierungsentscheidungen sind für jeden zugänglich. (vgl. Arnade, 2010, S. 46)

Mit der expliziten Rationierung wird dem Arzt somit die Entscheidungsgewalt über Ressourcenzuteilungen entzogen, und es wird ihm vorgeschrieben, welche Leistungen er zu einer bestimmten Indikation erbringen darf. Der Leistungserbringer muss sich dann auf die Behandlung mit den ihm zugewiesenen Ressourcen beschränken, da kein Spielraum für Leistungsausweitungen besteht (vgl. Fischer, 2013, S. 41). Dies ist deswegen von Vorteil, da es nun nicht mehr an ihm liegt, finanzielle Dysbalancen innerhalb der Patientenpools auszugleichen (vgl. Fischer, 2013, S. 41). Der Arzt kann sich nun ganz der Genesung der Patienten widmen, ohne eine gesundheitsökonomische Prüfung seiner Therapie vornehmen zu müssen.

Des Weiteren profitiert unter anderem das Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt und seinen Patienten von dieser Regulierung. Der Patient kann sich auf eine gerechte und standardisierte Behandlung verlassen und muss nicht befürchten von verdeckter Rationierung betroffen zu sein.

Es wurde nun herausgestellt, welche Faktoren die implizite und explizite Rationierung beinhaltet. Im weiteren Verlauf erfolgt die Erarbeitung der ethischen Gesichtspunkte für die implizite und explizite Rationierung.

4.3 Ethische Aspekte der Rationierung

Wie bereits deutlich geworden ist, ist Rationierung im deutschen Gesundheitswesen bereits allgegenwärtig. Bis jetzt geschieht sie vor allem durch eine unstrukturierte und intransparente Rationierung (vgl. Diakonie, 2000, S. 3). Diese Art der Rationierung stellt sich als problematisch dar, da dabei die Verteilungsgerechtigkeit nicht gewährleistet werden kann. Aus diesem Grund wird im Rahmen von Ethikräten seit längerem der Versuch unternommen, über eine gerechte Verteilung von limitierten Gesundheitsleistungen zu diskutieren. Dies geschieht mit dem Ziel, einen Weg zu finden, die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu senken, ohne dabei Personengruppen zu benachteiligen. Gleichzeitig stellt es eine große Herausforderung dar, da es kaum möglich erscheint medizinische Leistungen zu begrenzen, ohne einen eventuellen Empfänger zu diskriminieren. Vor allem stellt sich die Frage, wer über eine Begrenzung von Leistungen entscheiden soll. (vgl. Deutscher Ethikrat, 2011, S. 8 ff.)

Gegenwärtig ist die implizite Rationierung im Gesundheitssystem vorrangig (vgl. Diakonie, 2000, S. 3). Wie schon diskutiert, führt diese Form der Zuteilung zu einer Ungleichbehandlung von Patienten, da es keine Richtlinien zur Behandlung gibt. Aus diesem Grund unterscheidet sich bei gleicher Erkrankungslage und gleichem Indikationsfeld die Behandlung von Arzt zu Arzt. Somit kann durch die implizite Rationierung keine Verteilungsgerechtigkeit gewährleistet werden.

Als positiv ist bei dieser Rationierungsform zu werten, dass der Arzt individuell auf den Patienten eingehen kann. Somit ist es z.B. nicht nötig, einer allgemeinen Altersgrenze für eine Therapie zu folgen. Dies kommt der Gesellschaft sehr entgegen, da jedes Individuum sich unterschiedlich entwickelt und einen unterschiedlichen Gesundheitszustand aufweist. Allerdings führen Einzelfallentscheidungen zu einem ethischen Dilemma.

Eine 59-jährige Patientin leidet an Enddarmkrebs und hat bereits Lebermetastasen entwickelt. Nach Operation und Chemotherapie steht der Einsatz von Antikörpern zur Diskussion, die ihr Leben vermutlich um vier bis fünf Monate verlängern könnten. Die Kosten dafür betragen 50000 bis 60000 Euro. Muss die GKV diese Kosten übernehmen - oder nicht?
(Jachertz, Rieser, 2007, S. 24)

Der Einzelfall ist erschwert zu bewerten, da sich für jeden Fall individuell die Frage stellt: Was darf ein Leben kosten? Dieses ethische Dilemma, die Entscheidung über die Kosten eines Lebens, sei bei einer Einzelfallentscheidung nicht zu lösen, ohne den Nutzen dieser Person für die Gesellschaft zu bewerten. (vgl. Marckmann, 2008, S. 891) Von solch einer Vorgehensweise ist die Politik noch weit entfernt. Zudem ist es bei einer individualethischen Entscheidung höchst unwahrscheinlich, dass sich ein Arzt gegen die Behandlung ausspricht, da er seinem Berufsethos nachkommen muss, und den Patienten heilen bzw. helfen möchte.

Aus diesem Grund wird in Ethikräten eine gesamtgesellschaftliche Lösung diskutiert. Dies kann z.B. in Form einer Altersbegrenzung für medizinische Leistungsbezüge begründet sein. Zu nennen sei hier z.B. die Überlegung den Einsatz von Totalendoprothesen auf ein Lebensalter zu beschränken bzw. nach Überschreiten des Lebensalters den Zugang zu dieser Leistung durch z.B. Wartelisten zu erschweren (vgl. Feyerabend, 2003). Grund für diese Überlegung seien unter anderem die meist hohen nachfolgenden Behandlungskosten und die erhöhte Wahrscheinlichkeit von Komplikationen (vgl. Wappler et al., 2011, S. 108; vgl. Koch, 2005, S. 44). Der Vorteil einer gesamtgesellschaftlichen Lösung liegt in der Wahrung der Verteilungsgerechtigkeit. Somit wird eine Indikation jeweils mit derselben Therapie behandelt. Es gibt dann keinen Unterschied in der Behandlung. Lediglich die Rahmenbedingungen beschreiben die Zuteilung der Ressourcen.

Es lässt sich also feststellen, dass eine individualethische Betrachtung der Patienten nicht immer zielführend für die Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen zu sein scheint. Eine gesamtgesellschaftliche Betrachtung könnte besser funktionieren, um die Verteilungsgerechtigkeit zu wahren.

Da es sich im vorherigen Abschnitt schon herausgestellt hat, dass eine implizite Rationierung nicht der Verteilungsgerechtigkeit entspricht, stellt sich nun die expliziten Rationierung als Möglichkeit dar. Dabei wird die Leistungsbegrenzung von der Gesellschaft/ Politik auf der Makroebene herausgearbeitet. Es eröffnet sich so die Möglichkeit, eine gleichwertige und standardisierte Behandlung für jeden Patienten zu gewährleisten. Durch diese Form der Rationierung kommt es zu keiner Ungleichbehandlung zwischen den Patienten mit gleichem Indikationsfeld, da die

Gesellschaft bestimmt, welche Leistungen eine Patientengruppe zu erhalten hat, oder auch nicht.

Bei jeglicher Überlegung muss bedacht werden, dass es sich bei der Gesundheit um ein besonderes Gut handelt, welches sich als Grundbedingung für Chancengleichheit darstellt (vgl. Dengler, Fangerau, 2013, S. 15). Um eine Chancengleichheit zu gewährleisten bedarf es der Verteilungsgerechtigkeit. Wenn die Ressourcen eindeutig und gleichsam verteilt werden, handelt es sich um eine gerechte Verteilung. Dies beinhaltet allerdings auch die Abkehr von dem Gedanken der Kompletversorgung nach dem höchsten medizinischen Standard. Es ist angeraten einen Weg zu finden, Hilfe zur Genesung zu gewährleisten und dennoch medizinische Leistungen bzw. die Ausgaben für Gesundheitsleistungen einzuschränken. Denn die Entwicklungen der Kosten und die damit einhergehende Dysbalance im Verhältnis der Einnahmen und Ausgaben im Gesundheitssystem haben gezeigt, dass eine Begrenzung der Gesundheitsleistungen vorgenommen werden muss. Es scheint unabdingbar, wenn die Gesellschaft das Solidaritätsprinzip aufrecht erhalten möchte. Somit stellt sich weiter die Frage: Wer darf / soll über eine Zuteilung entscheiden wenn die individuelle Zuteilung nicht zielführend zu sein scheint?

Aus ethischer Sicht ist es eine Möglichkeit eine Basisversorgung für die Gesellschaft anzubieten, welche jedem Versicherten eine einheitliche medizinische Leistung verspricht. Eine erkrankte Person hat das Recht auf soziale Unterstützung, welche durch eine Versorgungsform gewährleistet wird. Mit ihr wird also eine Verteilungsgerechtigkeit gewährleistet. (vgl. Jachertz, Rieser, 2007, S. 22 ff.) Wenn medizinische Leistungen anhand einer Basisversorgung erstattet werden, kann der Patient durch privaten Zukauf zusätzlicher Leistungen seine Versorgung erweitern. Damit sei eine einheitliche Versorgung gewährleistet und es sei dem Individuum selbst überlassen, wie viel Geld er für seine Gesundheit ausgeben möchte. (vgl. Marckmann, 2008, S. 889 f.)

Diese ethische Schlussfolgerung, explizite Rationierung der impliziten Rationierung vorzuziehen, wird im Folgenden um die rechtlichen Faktoren der Rationierung ergänzt.

4.4 Rechtliche Aspekte der Rationierung

Die rechtliche Grundlage für die gesetzliche Krankenversicherung stellt das SGB V dar. Dort sind seit 1989 alle Bestimmungen zu diesem Thema festgehalten. Einen Paragraphen zur Rationierung sucht der Leser allerdings vergeblich. Aus diesem Grund wird nun ein Überblick über die Gesetzeslage gegeben.

Nach §1 SGB V (Solidarität und Eigenverantwortung) ist der Patient mitverantwortlich den Eintritt von Krankheit zu vermeiden. Dies ist durch eine gesunde Lebensführung sowie Teilnahme an Präventionsmaßnahmen umzusetzen. Allerdings verstößt fast jeder Bürger dagegen, denn kaum jemand verhält sich durchweg absolut gesund. Trotzdem erhebt jeder Mensch die Forderung nach allen möglichen Gesundheitsleistungen von der Krankenkasse für die Genesung (vgl. Schultheiss, 2001, S. 7), sodass sich diese Forderung im Missverhältnis zu gezahlten Versicherungsbeiträgen befindet. Dieses Verhalten der Menschen macht die Missachtung des Paragraphen deutlich und verweist somit auf das Missverhältnis im deutschen Gesundheitssystem. Es ist dauerhaft nicht möglich, die bestmögliche Medizin bei steigender Nachfrage anzubieten, wenn die Krankenkassenbeiträge und auch die Eigeninitiative zur Gesunderhaltung nicht dementsprechend steigen. Aus diesem Grund sagt der § 2 Abs. 4 des SGB V dass darauf zu achten ist, dass Leistungen „wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.“ Somit soll eine Überinanspruchnahme verhindert werden und die Wirtschaftlichkeit gewährleistet werden.

Dieses Gesetz wird durch den § 12 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot) ergänzt. Dort heißt es, dass die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Weiter heißt es:

[...] sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Die Bezeichnungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich erlauben einen großen Interpretationsspielraum, da der Umfang nicht beschränkt ist. Eine Lösung in der Beschränkung dieser kostensteigernden Verhandlungsräume könnte in der Form der expliziten Rationierung liegen.

Mit dem § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V (Anspruch auf Krankheitsbehandlung) wird die Krankenkasse dazu verpflichtet,

Versicherte[n] [...] [den] Anspruch auf Krankenbehandlung [zu gewähren], wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

Die Kosten für eine Behandlung müssen allerdings verhältnismäßig sein. Da eröffnet sich erneut das ethische Dilemma indem zu ergründen ist, wie teuer ein Leben sein darf.

Es stellt sich also heraus, dass es ein Recht auf Hilfe bzw. Unterstützung zur Genesung gibt. Allerdings zeigt sich auch, dass es kein Anspruchsrecht auf Gesundheit und auf Wohlbefinden gibt. Was besteht ist ein Rechtsanspruch auf solidarische Hilfe bei einer Erkrankung. Diese muss aber nicht die Bestmögliche sein. (vgl. Honecker, 2004, S. 626) Die Formulierungen im SGB zeigen, dass die Erwartungshaltung gegenüber Krankenkassen stark von dem abweicht, was sie laut SGB lediglich zu leisten haben.

Ein gesetzliches Verbot der Rationierung gibt es nicht. Dies könnte der Grund sein, dass Rationierung im Gesundheitswesen schon jetzt allgegenwärtig ist. Vor allem auf der Krankenhausebene wird bereits rationiert. Ein Krankenhaus muss in die Landes-Krankenhausplanung aufgenommen sein, um Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet zu bekommen. Ausschlaggebend dafür ist der § 108 SGB V (Zugelassene Krankenhäuser). Dort ist festgelegt, unter welchen Umständen ein Krankenhaus in den Krankenhausversorgungsplan aufgenommen werden kann. Innerhalb dieser Krankenhausplanung findet eine Kapazitätsbeschränkung statt, indem die Einteilung der Krankenhäuser nach § 13 Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen⁴ in Versorgungsstufen vorgenommen wird. Die Stufen geben vor wie viele Betten das Krankenhaus zur Verfügung stellen muss und welche Fachrichtungen vorhanden sein müssen. Von einem erschwerten Zugang zu Gesundheitsleistung kann auch in diesem Zusammenhang gesprochen werden, da lediglich in Versorgungsstufe 4 medizinische Großgeräte vorhanden sein müssen. In diese Stufe wird ein Krankenhaus eingeteilt, wenn es einen Einzugskreis von 1,8 Millionen Einwohner hat. Wo hingegen ein Krankenhaus mit einem Einzugskreis von bis zu 600.000 Einwohnern (Versorgungsstufe 3) solche Geräte nicht haben muss. Somit muss ein Anwohner in Versorgungsstufe 3 womöglich

⁴ Die Einteilung der Versorgungsstufen ist Ländersache. Aus diesem Grund hat jedes Bundesland ein eigenes Krankenhausgesetz.

eine weite Fahrt auf sich nehmen, um eine Untersuchung mit einem medizinischen Großgerät vornehmen lassen zu können.

Daran schließt sich der § 99 SGB V (Bedarfsplan) an, welcher die Verteilung der Vertragsärzte regelt. Anhand der Bevölkerungszahl und diverser anderer Parameter wie Demographie und Morbidität wird dort der Bedarf an Ärzten festgelegt.

Mit diesen beiden gesetzlichen Mitteln soll sowohl eine Unterversorgung als auch eine Überversorgung vermieden werden. Laut Gießen (2004, S. 569) sei dabei zu bedenken:

[w]er die Zahl der auf ein bestimmtes Gebiet spezialisierten Ärzte oder Kliniken beschränkt, verhindert die Erbringung eventuell notwendiger Leistungen ebenso wie derjenige, der die Zahl dieser Leistungen unmittelbar beschränkt.

Demnach ist Rationierung schon allgegenwärtig in unserer Gesundheitsversorgung verankert.

Im § 34 SGB V (Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel) wird geregelt, welche Arznei-, Heil- und Hilfsmittel nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden und somit vom Patienten selber zu entrichten sind. Dabei handelt es sich vor allem um Mittel, deren Nutzen umstritten ist oder um nicht verschreibungspflichtige Medikamente. Auch dieser Paragraph zeigt, dass Rationierungsmaßnahmen in unserem Gesundheitssystem bereits vorhanden sind. (vgl. Udsching, 2013, S. 62)

Um eine zielgerichtete Erstattung von Gesundheitskosten zu gewährleisten und unnötige Kosten zu vermeiden, wurde eine Festlegung von Pflegesätzen im KHG (Krankenhausgesetz) vorgenommen (vgl. Simon, 2000, S. 76). Dabei entspricht eine Diagnose genau einem zugeordneten Geldwert. Diesen bekommt das Krankenhaus erstattet. Das Krankenhaus muss mit dem Barwert haushalten und Mittel sowie Therapien so einsetzen, dass es sich wirtschaftlich für sie lohnt.

Des Weiteren wird auch die Vergütung der Ärzte explizit in § 85 Abs. 1 SGB V festgelegt. Es ist soweit geregelt, dass sich eine übermäßige „Eifrigkeit“ des Arztes finanziell nicht für ihn lohnt. Damit soll eine Überversorgung und ein Missbrauch des ärztlichen Ermächtigungsspielraums verhindert werden.

Zudem wird durch die Ordnungsregeln des Heilmittel-Katalogs und der Hilfsmittel-Richtlinien die Versorgung mit den genannten Maßnahmen geregelt. Dort ist ein

Verordnungsvolumen definiert, das von der Krankenkasse finanziert wird und welches bei Überschreitung für den Arzt teuer werden kann (vgl. Giesen, 2004, S. 568). Da die Ressourcen auch hier beschränkt sind, kann man bereits auch hier von Rationierung im Gesundheitswesen sprechen.

Rationierung könnte eine Grundrechtsverletzung darstellen, wenn man in Betracht zieht, dass damit für Leistungsempfänger Mittel vorenthalten werden, auf welche er nach § 27 SGB V allerdings Anrecht hat. Zudem gilt nach Art. 3 Abs. 1 GG der allgemeine Gleichsatz, nach dem eine Gleichbehandlung gesetzlich geregelt ist.

Dieser verbietet zum einen Willkür bei der Auswahl zu streichenden oder zu rationierender Behandlungsleistungen. Zum anderen verbietet er Willkür hinsichtlich der Kriterien, nach welchen der Mangel verwaltet und einzelne rationierte Leistungen manchen Versicherten zugewiesen werden und anderen nicht. (Giesen, 2004, S. 578)

Das Gesetz gibt vor, dass eine implizite Rationierung durch den Arzt verboten ist. Denn dieser kann bei Ausübung seiner Tätigkeit durch verschiedenste Aspekte beeinflusst werden und sein medizinischer Entschluss kann somit als willkürlich angesehen werden. Zu nennen sei hier auszugsweise die persönliche Einstellung zu Patienten. Häufig würden Patienten umfangreicher versorgt, wenn sie Behandlungen einfordern oder über einen besseren Wissensstand verfügen. (vgl. Bobbert, 2004, S. 185)

Abschließend lässt sich festhalten, dass ein allgemeiner Anspruch auf Krankenbehandlung besteht, dessen Kosten von der Gesellschaft getragen werden, wenn ein Versicherungsanspruch besteht. Der Umfang der Behandlung darf dann rationiert werden, wenn nach §31 SGB I (Vorbehalt des Gesetzes) die Rationierungsentscheidungen bundesgesetzlich geregelt ist. (vgl. Giesen, 2004, S. 577 f.)

5 Ausblick

Welche Alternative ist nun zu bevorzugen? Ein Vorteil der impliziten Rationierung ist die größere Flexibilität mit welcher der Arzt handeln kann. Er hat die Möglichkeit individuell auf seinen Patienten einzugehen und kann die vorhandenen Mittel bedarfsgerecht einsetzen. Dieser Fakt begünstigt die Berufsfreiheit der Ärzte und ermöglicht einen weiten Handlungsspielraum.

Auch die Geschwindigkeit, mit welcher diese Form der Rationierung etabliert werden kann, ist der expliziten Rationierung klar überlegen. Es ist leichter diese Rationierungsform umsetzen, da keine politische Einigung über Kriterien der Zuteilung gefunden werden müssen, wie es bei der expliziten Form notwendig wäre. (vgl. Zimmermann-Acklin, 2010, S. 204)

Diesen positiven Faktoren stehen allerdings diverse medizinische und ethische Probleme gegenüber. Die Leistungszuteilung erfolgt verdeckt und könne durch verschiedene Faktoren, wie z.B. Sympathie, beeinflusst werden (vgl. Arnade, 2010, S. 45). Zugleich führt die intransparente Vorgehensweise dazu, dass Qualitätsstandards zwischen Ärzten nicht eingehalten werden können, da die Behandlung individuell unterschiedlich ist. Der Arzt handelt nicht nach Richtlinien oder Versorgungsstandards, sondern nach individueller Begutachtung. Eine ungleiche und somit auch ungerechte Behandlung von Personen könne dadurch nicht ausgeschlossen werden. (vgl. Marckmann, 2007, S. 100)

Die explizite Rationierung beinhaltet folgende Vorteile: Sie ist transparent und gewährleistet darüber hinaus eine Gleichbehandlung der Patienten. (vgl. Marckmann, 2008, S. 892)

Durch die öffentliche Festlegung von Kriterien zur Rationierung kann sichergestellt werden, dass Patienten mit denselben Indikationen eine einheitliche Behandlung erhalten werden. Das Bewusstsein der Gleichbehandlung würde vermutlich zur Akzeptanz der Leistungseinschränkung führen (vgl. Marckmann, 2008, S. 892). Zudem wird durch die explizite Rationierung das Arzt-Patienten-Verhältnis entlastet, da die Zuteilungsbedingungen klar geregelt sind und nicht vom individuellen Patientenbild abhängig sind (vgl. Marckmann, 2007, S. 100).

Die Kriterien zur Definition von Leistungsansprüchen werden bei der expliziten Rationierung anhand von (Qualitäts-)Richtlinien und –standards ermittelt. Somit kann eine

einheitliche und gute Qualität der Leistung für alle Patienten gewährleistet werden. Es gibt keine Unterschiede in der Behandlung von Personen mit denselben Indikationen. (vgl. Marckmann, 2008, S. 892)

Zu bedenken ist, dass das Mittel der Rationierung als Machtinstrument eingesetzt werden kann. Es ist z.B. möglich, Konkurrenten durch eine Rationierung auf Mikroebene gezielt auszuschalten. Dies ist ein Grund mehr, warum Rationierung auf der Makroebene stattfinden sollte. Eine gerechte Rationierung könne nur dann vorgenommen werden, wenn Leistungen sortiert, Zielgruppen enger gefasst und die Qualität in der Leistungserbringung gesteigert würde. Das könne keine Entscheidung von Einzelpersonen sein. Die Gesellschaft, in Form eines Rates aus Ethikern, Politikern, Medizinern, Ökonomen und weiteren Personen müsse bestimmen, was bezahlt werden solle. (vgl. Jachertz, Rieser, 2007, S. 23 f.)

6 Fazit

Wie zu Beginn der Arbeit beschrieben, besteht Handlungsbedarf im Gesundheitswesen bezüglich der finanziellen Situation. Es ist dargelegt worden, dass Aufgrund des demographischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts eine steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen begünstigt wird, was wiederum zu einer Erhöhung der Ausgaben im Gesundheitssystem führt.

Unter der Annahme, dass das auf dem Solidaritätsprinzip basierende Gesundheitssystem beibehalten werden soll wurde herausgearbeitet, dass es zwei Handlungsalternativen gibt. Entweder kann die Summe der Einzahlungen in das Gesundheitssystem erhöht werden, oder aber die Anzahl an Auszahlung für medizinische Leistungen reduziert werden. Da sich innerhalb dieser Erarbeitung gezeigt hat, dass eine Steigerung der Einnahmen schwierig umzusetzen ist, gilt es nun, die Ausgaben zu minimieren. Dafür bieten sich die Mittel der Rationalisierung, Priorisierung und Rationalisierung an.

Im Rahmen dieser Arbeit wurde näher auf die Rationierung eingegangen und speziell die implizite und explizite Rationierung vorgestellt. Dies ist durch die Tatsache begründet, dass es sich gezeigt hat, dass diese Formen der Rationierung bereits im Gesundheitswesen vorhanden sind. Aus diesem Grund wurden beide Formen dargestellt und der Nutzen verglichen.

Die zu Beginn gestellten Fragen: *Wie funktioniert gerechte Rationierung? Wer soll Leistungen erhalten? Wer entscheidet über den Leistungsumfang?* wurden im Verlauf und speziell durch das Hinzuziehen der ethischen und rechtlichen Aspekte erörtert.

Es hat sich gezeigt, dass Rationierung nur als gerecht eingestuft werden kann, wenn die Verteilungsgerechtigkeit in der Bevölkerung gewahrt werden kann. Ist dies nicht gegeben, wie im Fall der impliziten Rationierung, kommt es zur Ungleichbehandlung von Patienten. Es ist mit der individuellen Betrachtung des Patienten und dem Handlungsspielraum der Ärzte bezüglich der Behandlungsauswahl zu begründen. Dadurch unterscheidet sich die Behandlung einer Krankheit von Arzt zu Arzt. Demzufolge kann keine Gleichbehandlung innerhalb der Patientengruppe gewährleistet werden.

Dies zeigt, dass die Frage nach der Instanz, welche die Leistungseinschränkung bestimmt, oberhalb der Mikroebene liegen sollte. Was unweigerlich zur Betrachtung der expliziten Rationierung führt. Dabei wird die Ressourcenzuteilung nach evidenzbasierten Qualitätsstandards auf der Meso- / Makroebene festgelegt. Die explizite Rationierung umfasst die Zuteilung der Ressourcen je nach Indikation. Somit wird bestimmt, welche Patientengruppe welche Leistung erhalten sollte. Durch die gesetzliche Vorgabe des Behandlungsumfangs wird die Gleichbehandlung zwischen den Patienten mit derselben Indikation gewahrt. Dies bedeutet, dass die explizite Rationierung die Verteilungsgerechtigkeit gewährleisten kann.

Durch die ethische und rechtliche Betrachtung konnte abschließend gezeigt werden, dass die explizite der impliziten Rationierung vorzuziehen ist.

Literaturverzeichnis

ARENTZ, Christine (2011): Medizinisch-technischer Fortschritt im Gesundheitswesen: Zentrale Kosten-Nutzen-Bewertung ohne Alternative?, URL: http://www.otto-wolff-institut.de/Publikationen/DiskussionPapers/OWIWO_DP_1_2011.pdf, [Stand: 23.03.2016].

ARNADE, Johannes (2010): Kostendruck und Standard: Zu den Auswirkungen finanzieller Zwänge auf den Standard sozialversicherungsrechtlicher Leistungen und den haftungsrechtlichen Behandlungsstandard, in: Christian Katzenmeier (Hrsg.), *Kölner Schriften zum Medizinrecht*, Berlin: Springer-Verlag, Seite 37-54.

BOBBERT, Monika (2004): Individuelle Rechte als Maßstab für eine gerechte Verteilung von Mitteln im Gesundheitswesen, in: Sigrid Graumann und Katrin Grüber (Hrsg.), *Patient - Bürger - Kunde. Soziale und ethische Aspekte des Gesundheitswesens*, Münster: Lit-Verlag, Seite 163-196.

BOLDT, Joachim und Thilo Schöllhorn (2008): Rationierung ist längst Realität, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Band 105, Heft 19, Seite A-995 / B-866 / C-846.

BRATAN, Tanja und Sven Wydra (2013): Technischer Fortschritt im Gesundheitswesen: Quelle für Kostensteigerungen oder Chancen für Kostensenkungen?, URL: <https://www.tab-beim-bundestag.de/de/pdf/publikationen/berichte/TAB-Arbeitsbericht-ab157.pdf>, [Stand: 23.03.2016].

BREYER, Friedrich (2012): Implizite versus explizite Rationierung von Gesundheitsleistungen, in: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Perspektive der Gesundheitsökonomie in Deutschland*, Band 55, Heft 5, S. 652-659.

BRÄUNINGER, Michael, Christian Sattler und Norbert Kriedel, et al. (2007): Gesundheitsentwicklung in Deutschland bis 2037 – Eine volkswirtschaftliche Kostensimulation Hamburgisches WeltWirtschaftsInstitut (HWWI), URL: http://hwwi.org/uploads/tx_wilpubdb/HWWI_Policy_Paper_1-6.pdf, [Stand: 23.03.2016].

BUNDESMINISTERIUM für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2015): Daten zum demographischen Wandel in Deutschland. Bevölkerungsentwicklung und -struktur, Geburten, Lebenserwartung und Pflege, URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/daten-zum-demografischen-wandel-praesentation,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, [Stand: 23.03.2016].

BUNDESMINISTERIUM für Gesundheit (2015): Ausgaben für Gesundheit, Seite 155, URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/151104_BMG_DdGW_A4.pdf, [Stand: 23.03.2016].

CARLSON, Sandra Birte (2014): Leistungsausschlüsse als Rationierungsinstrument im Gesundheitswesen. Eine vergleichende Untersuchung der Rechtslage in Deutschland und England, in: Gerhard Igl und Dagmar Felix (Hrsg.), *Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa*, Berlin: Lit Verlag.

DENGLER, Kathrin und Heiner Fangerau (Hrsg.) (2013): *Zuteilungskriterien im Gesundheitswesen: Grenzen und Alternativen. Eine Einführung mit medizinethischen und philosophischen Verortungen*, Bielefeld: transcript Verlag.

DEUTSCHER ETHIKRAT (2011): Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung. Stellungnahme, URL: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-nutzen-und-kosten-im-gesundheitswesen.pdf>, [Stand: 23.03.2016].

DIAKONIE (2000): Ethische Gesichtspunkte für die Debatte über die Rationierung im Gesundheitswesen, URL:

https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiI3Zrj46zLAhVk8HIKHY_EBE8QFggdMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ev-medizinethik.de%2Fmeta_downloads%2F1229%2Fdw_ekd_-_rationierung_im_gesundheitswesen_2000.pdf&usg=AFQjCNEkrhhY1uXRyztI_3pKudFcp4WZvg, [Stand: 23.03.2016].

DIEDERICH, Adele, Christoph Koch und Ralph Kray, et al. (Hrsg.) (2011): *Priorisierte Medizin. Ausweg oder Sackgasse der Gesundheitsgesellschaft*, Wiesbaden: Gabler Verlag.

DUTTGE, Gunnar (2009): Rationierung im Gesundheitswesen. Auf der Suche nach der Verteilungsgerechtigkeit, in: Alexandra Christin Weber (Hrsg.), *Recht am Krankenhausbett. Zur Kommerzialisierung des Gesundheitssystems*, Band 7, Göttingen: Universitätsverlag Göttingen, Seite 139-174.

ERK, Christian (2015): *Rationierung im Gesundheitswesen. Eine wirtschafts- und sozialetische Analyse der Rationierung nach Selbstverschulden*, Berlin: De Gruyter.

FEYERABEND, Erika (2003): Altersbezogene Rationierung. Wie Bioethiker und Ökonomen die Verteilung von Gesundheitsleistungen reformiert sehen wollen, in: BIOSKOP Nr. 23, September 2003, URL: <http://www.bioskop-forum.de/bioskop-themen/gesundheitspolitik/gesundheitssoekonomie/altersbezogene-rationierung.html>, [Stand: 23.03.2016].

FISCHER, Dominik (2013): *Gesundheit für Alle. Lösungsansätze für eine gerechte Mittelverteilung im Gesundheitssystem*, Hamburg: Diplomica Verlag GmbH.

FUCHS, Christoph, Eckhard Nagel und Heiner Raspe (2009): Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – was ist gemeint?, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Band 106, Heft 12, Seite A-554 / B-474 / C-458.

FUCHS, Victor R. (1997): The "Rationing" of Medical Care, in: Gail Henderson (Hrsg.), *The Social Medicine Reader*, North Carolina: Duke University Press, Seite 461-463.

GIESEN, Richard (2004): Rationierung im bestehenden Gesundheitssystem, in: *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, Band 93, Heft 4, Seite 557-582.

GRETENKORT, Peter (2015): Rationierung, Priorisierung, Rationalisierung. Bedeutung im intensivmedizinischen Alltag, in: *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, Band 110, Heft 8, Seite 609-613.

HONECKER, Martin (2004): Die Begrenzung von Gesundheitsleistungen als ethisches Problem, in: *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, Band 93, Heft 4, Seite 623-637.

HORN, Steffen und Dirk R. Schuchardt (2015): *Deutsche Rentenversicherung - Basis der Altersvorsorge: Grundwissen und Beispiele für die Beratungspraxis, Rechtsstand 1. Juli 2014*, Wiesbaden: Springer Gabler.

JACHERTZ, Norbert und Sabine Rieser (2007): Grenzen für den Fortschritt, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Band 104, Heft 1-2, Seite A-21 / B-19 / C-18.

KINGREEN, Thorsten und Bernhard Laux (Hrsg.) (2008): *Gesundheit und Medizin im interdisziplinären Diskurs*, Berlin: Springer-Verlag.

KOCH, Frauke (2005): Postoperative Komplikationen in der Unfallchirurgie bei elektiv geplanten und traumatisch bedingten Operationen, URL: http://vts.uni-ulm.de/docs/2007/6013/vts_6013_8074.pdf, [Stand: 23.03.2016].

MACK, Elke (2001): Rationierung im Gesundheitswesen – ein wirtschafts- und sozialetisches Problem, in: *Ethik in der Medizin*, Band 13, Heft 1, Seite 17-32.

MARCKMANN, Georg (2005): Rationalisierung und Rationierung: Allokation in Gesundheitswesen zwischen Effizienz und Gerechtigkeit, in: Hermes Andreas Kick und Jochen Taupitz (Hrsg.), *Gesundheitswesen zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit*, Band 10: Ethik Intradisziplinär, Münster: LIT Verlag, Seite 179-200.

MARCKMANN, Georg (2007): Zwischen Skylla und Charybdis: Reformoptionen im Gesundheitswesen aus ethischer Perspektive, in: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, Band 12, Heft 2, Seite 96-100.

MARCKMANN, Georg (2008): Gesundheit und Gerechtigkeit, in: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, Band 51, Heft 8, Seite 887-894.

MARCKMANN, Georg (2009): Begrenzte Ressourcen in der Intensivmedizin als ethische Herausforderung, in: Fred Salomon (Hrsg.), *Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin*, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Seite 107-114.

MARCKMANN Georg (2010a): Vertrauen im medizinischen Behandlungsprozess, in: Martin K. W. Schweer (Hrsg.), *Vertrauensforschung 2010: A State of the Art*, Band 9, Frankfurt am Main: Internationaler Verlag für Wissenschaften, Seite 231-246.

MARCKMANN, Georg (2010b): Kann Rationierung im Gesundheitswesen ethisch vertretbar sein?, URL:
http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggw_aufs1_0110.pdf,
[Stand: 23.03.2016].

MURSWICK, Axel (2000): Gesundheitspolitik, in: Uwe Andersen und Wichard Woyke (Hrsg.), *Handwörterbuch des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland*, 4. überarb. Aufl., Wiesbaden: Springer Fachmedien, Seite 223-227.

NAGEL, Eckhard, Andreas Meyer zu Vilsendorf und Rudolf Pichlmayr (1997): Rationalisierung versus Rationierung in der Chirurgie, in: Wilhelm Hartel (Hrsg.), *Klinik und Forschung in der Chirurgie unter dem Aspekt von Effizienz und Ökonomie. 114. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1.-5. April 1997, München*, Berlin: Springer-Verlag, Seite 627-631.

NAGEL, Eckhard (Hrsg.) (2008): *Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung*, 4. völlig überarb. und erw. Aufl., Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

OBERMANN, Konrad (1999): Rationierung in der Medizin aus ökonomischer Sicht, in: *Medizinische Klinik*, Band 94, Heft 2, Seite 110-115.

ODUNCU, Fuat S. (2012): Verteilungsgerechtigkeit, Rationierung und Priorisierung – das Gesundheitswesen im Spannungsfeld zwischen Medizin, Ökonomie, Ethik und Recht, in: *Medizinrecht*, Band 30, Heft 6, Seite 359-367.

OFFERMANN, Guido (2011): *Prozess- und Ressourcensteuerung im Gesundheitssystem. Neue Instrumente zur Steigerung von Effektivität und Effizienz in der Versorgung*, Berlin: Springer-Verlag.

PREUSKER, Uwe K. (2007): Priorisierung statt verdeckter Rationierung, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Band 104, Heft 14, Seite A-930 / B-830 / C-791.

SIMON, Michael (2000): *Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung*, Wiesbaden: Springer VS.

SCHMIDT-WILKE, Julia (2004): Nutzenmessung im Gesundheitswesen. Analyse der Instrumente vor dem Hintergrund zielfunktionsabhängiger Informationsverwendung, in: Wolfgang Becker und Jürgen Weber (Hrsg.), *Unternehmensführung & Controlling*, Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag / GWV Fachverlag GmbH.

SCHULTHEISS, Carlo (2001): Überlegungen zur Notwendigkeit einer offenen Rationierungsdebatte, in: *Ethik in der Medizin*, Band 13, Heft 1, Seite 2-16.

STATISTISCHES BUNDESAMT DEUTSCHLAND (2009): Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland, URL:
http://cdn.grin.com/images/preview-file?document_id=201759&hash=16c1eda61cfe487f8b0a7bce44b7fa6e&file=OPS/Images/image001.jpg, [Stand: 23.03.2016].

STATISTISCHES BUNDESAMT DEUTSCHLAND (2012): Geburten in Deutschland, URL:
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsbewegung/BroschuereGeburtenDeutschland0120007129004.pdf?__blob=publicationFile, [Stand: 23.03.2016].

STATISTISCHES BUNDESAMT DEUTSCHLAND (2015a): 81,2 Millionen Einwohner am Jahres-ende 2014 – Bevölkerungs-zunahme durch hohe Zuwanderung, URL:
https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/09/PD15_353_12411pdf.pdf;jsessionid=E746FC4D7C4B2F288A393830DC8A852F.cae3?__blob=publicationFile, [Stand: 23.03.2016].

STATISTISCHES BUNDESAMT DEUTSCHLAND (2015b): Neue Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland bis 2060, URL:
https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/04/PD15_153_12421pdf.pdf?__blob=publicationFile, [Stand: 23.03.2016].

STATISTISCHES BUNDESAMT DEUTSCHLAND (2015c): Mehr Geburten und weniger Sterbefälle im Jahr 2014, URL:
https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/08/PD15_302_126pdf.pdf?__blob=publicationFile, [Stand: 23.03.2016].

STRENGMANN-KUHN, Wolfgang (Hrsg.) (2005): *Das Prinzip Bürgerversicherung. Die Zukunft im Sozialstaat*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

UDSCHING, Peter (2013): Krankenversicherungsrechtliche Perspektive, in: Gunnar Duttge und Markus Zimmermann-Acklin (Hrsg.), *Göttinger Schriften zum Medizinrecht. Gerecht sorgen. Verständigungsprozesse über den gerechten Einsatz knapper Ressourcen bei Patienten am Lebensende*, Band 15, Göttingen: Universitätsverlag Göttingen, Seite 61-72.

WAPPLER, Frank, Peter Tonner und Hartmut Bürkle (Hrsg.) (2011): *Anästhesie und Begleiterkrankung*, 2. überarb. und erw. Aufl., Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

WELTI, Felix (2010): Allokation, Rationierung, Priorisierung: Rechtliche Grundlagen, in: *Medizinrecht*, Band 28, Heft 6, Seite 379-387.

WOHLGEMUTH, Walter und Michael H. Freitag (Hrsg.) (2009): *Priorisierung in der Medizin. Interdisziplinäre Forschungsansätze*, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

ZIMMERMANN-ACKLIN, Markus (2010): *Bioethik in theologischer Perspektive. Grundlagen, Methoden, Bereiche*, 2. erw. Aufl., Freiburg: Academic Press Fribourg / Verlag Herder.

Eidesstattliche Erklärung

Eigenständigkeitserklärung

Ich versichere, dass ich die Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt sowie Zitate kenntlich gemacht habe und die Regelungen des entsprechenden Paragraphen der geltenden Prüfungsordnung zu Versäumnis, Rücktritt, Täuschung und Ordnungsverstoß, insbesondere die Möglichkeit des endgültigen Verlustes des Prüfungsanspruches und des endgültigen Nichtbestehens im Fall einer schwerwiegenden oder wiederholten Täuschung zur Kenntnis genommen habe.

Datum

Unterschrift

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit wissenschaftlich interessierten Personen oder Institutionen zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden kann. Korrektur- oder Bewertungshinweise in meiner Arbeit dürfen nicht zitiert werden. Sperrfristen werden eingehalten.

Datum

Unterschrift