

Weyma Lübbe

„Aus ökonomischer Sicht ...“

Was ist der normative Anspruch gesundheitsökonomischer Evaluationen?*

Abstract:

Economists, and notably health economists, very often add to their policy recommendations the formula ‚from an economic point of view‘. The contribution starts by exploring what the message of this clause to non-economists might be. The vagueness that it brings about as to the general acceptability of claims to ‚rational‘ allocation, ‚best‘ outcomes etc. is then, first, assessed with respect to the recent debate about IQWiG’s (the German equivalent to Britain’s NICE) unorthodox methodology of health care evaluation. Weaknesses within the theoretical basis of standard health economist’s evaluations, well-known by theoretical economists but rarely mentioned when it comes to policy advice, are then, second, pointed out. Finally, some consequences are drawn for what has to be done to enhance the quality and impact of policy advice in the area of health resource allocation.

1. „Aus ökonomischer Sicht ...“

Wenn man als Außenstehender versucht, sich anhand einschlägiger Publikationen über den normativen Anspruch von gesundheitsökonomischen Bewertungen medizinischer Maßnahmen zu informieren, verbleiben Unsicherheiten. Das liegt nicht daran, dass es unterschiedliche gesundheitsökonomische Evaluationsziele und -verfahren gibt – vergleichend, nichtvergleichend, indikationsintern vergleichend, indikationsübergreifend vergleichend, die Konsequenzen in Geldeinheiten bewertend oder in Gesundheitseffekten, die wiederum auf diese oder auf jene Weise gemessen werden, usw.. Insoweit kann man ja nach Verfahren differenzierte Auskünfte einholen. Zum Teil liegt die Unsicherheit daran, dass, wie in jedem anderen Fachgebiet auch, Meinungsdivergenzen zu Tage treten, sobald man breiter zu lesen beginnt. Die entscheidende Schwierigkeit ist aber, dass Ökonomen ihre Werturteile (‚rationale Mittelverteilung‘, ‚optimale Ressourcenallokation‘, ‚bestes Ergebnis‘ usw.) häufig mit dem Zusatz ‚aus ökonomischer Sicht‘ oder mit vergleichbaren Zusätzen versehen. Sie sprechen von ‚ökonomischer‘ Bewertung oder teilen mit, dass ‚der Ökonom‘ etwas auf diese Weise bewerten werde, anstatt es einfach zu bewerten. Die Unsicherheit betrifft

* Überarbeitete Fassung eines Vortrags vor dem Deutschen Ethikrat am 25. September 2008 in Berlin. Gefördert durch die Volkswagen Stiftung.

die Frage, was genau der Hinweis anzeigt. Insbesondere möchte man wissen, ob die Klausel eine Rücknahme oder eine Einschränkung des Geltungsanspruchs indiziert, der mit Werturteilen dieser Art im alltäglichen Verständnis verbunden ist.

Zusätze solcher Form sind nicht selten auch in anderen Zusammenhängen anzutreffen: ‚Aus der Sicht meines Mandanten liegt die Alleinschuld für den Verkehrsunfall bei der Gegenseite‘; ‚aus Sicht des Leiters der Presseabteilung sollte eine Erklärung abgegeben werden, damit dem Unternehmen aus dem Vorfall kein Schaden entsteht‘, usf.. Hier indiziert der Zusatz das Bewusstsein, dass das eigene Urteil umstritten ist oder angezweifelt werden könnte, insbesondere auch von Personen, die in der fraglichen Angelegenheit entscheidungsbefugt sind. Ein Sprecher wird damit oft auch die Bereitschaft signalisieren, das eigene Urteil zur Sache zur Diskussion zu stellen und es auf Nachfragen hin zu erläutern und zu begründen. Eine Rücknahme oder Einschränkung des mit dem Urteil verbundenen Geltungsanspruchs ist damit in den exemplifizierten Fällen aber nicht verbunden. Weshalb also verbleiben Zweifel, ob Ökonomen meinen, was sie im gewöhnlichen Verständnis dieser Wertausdrücke sagen, wenn sie bestimmte Formen der Ressourcenallokation als ‚rational‘ und die zu erwartenden Ergebnisse als ‚optimal‘ bezeichnen?

Die Zweifel rühren daher, dass es zahlreiche Zitatstellen gibt, die belegen, dass auch Ökonomen der Auffassung sind, die Mittelverteilung im Gesundheitswesen müsse gewisse ethische und rechtliche Standards berücksichtigen, und zwar auch dann, wenn das aus ökonomischer Sicht zu suboptimalen Ergebnissen führt. Ein typisches Zitat mit diesem Tenor ist das folgende:

„Gesundheitsökonomische Evaluationen generieren Aussagen zur Wirtschaftlichkeit medizinischer Interventionen. Das Kriterium der Wirtschaftlichkeit ist jedoch nur eines von mehreren Entscheidungskriterien, die eine Ressourcenallokation steuern. In demokratischen und pluralen Gesellschaften bedarf es eines gesellschaftlichen Entscheidungsprozesses über den Stellenwert des Kriteriums der Wirtschaftlichkeit im Vergleich zu anderen Kriterien wie beispielsweise der Wirksamkeit sowie Grundsätzen der Ethik und der Verteilungsgerechtigkeit.“ (Aidelsburger, Krauth und Wasem 2006, 61)

Im Lichte dieses Zitats gelesen, signalisiert der Zusatz, dass Ökonomen sich bewusst sind, in ihrer Urteilsbildung nur einen von mehreren entscheidungsrelevanten Bewertungsgesichtspunkten in den Blick genommen zu haben. Auch in diesem Sinne kommen solche Zusätze gelegentlich in anderen Kontexten vor – etwa in der Formulierung ‚aus ökologischer Sicht wäre eine am Nordhang verlaufende Trassenführung die beste Lösung‘. Damit will man ja normalerweise auch nicht sagen, dass Auswirkungen von Bauvorhaben auf Biotope das einzige sind, was man beim Bauen beachten sollte. Analog dazu könnte man sagen, dass auch Ökonomen nur Experten für bestimmte Auswirkungen gesundheitspolitischer Entscheidungen sind. Ein unmittelbar normativer Anspruch – ein Anspruch, beurteilen zu können, wie entschieden werden soll – wäre mit ge-

sundheitsökonomischen Evaluationen dann eben so wenig verbunden wie mit Evaluationen von Bauvorhaben aus der Sicht des Naturschutzes.

Unter dieser Deutung der Klausel ist es freilich irritierend, wenn man ein verbreitetes Überblickswerk aufschlägt und sich in der folgenden Weise in die Materie eingeführt findet: Der Autor des Einführungskapitels berichtet zunächst, 1988 sei die Beitragssatzstabilität für die gesetzliche Krankenversicherung im Sozialgesetzbuch festgeschrieben worden; wenn man diese Entscheidung der Politik als Datum nehme,

„[...] kann es jetzt nur darum gehen, die zur Verfügung stehenden knappen Mittel dort im Gesundheitswesen einzusetzen, wo das beste Ergebnis zu erwarten ist. [...] Hier ist das Betätigungsfeld von Wirtschaftswissenschaftlern. Sie beschäftigen sich ausschließlich mit Fragen der Knappheit und wie die negativen Auswirkungen der Knappheit möglichst gering gehalten werden. Jede Geldeinheit, die für das Gesundheitswesen ausgegeben wird, muss in dem Bereich verwendet werden, wo sie den größten Nutzen stiftet. [...] Daher wird es im Folgenden nur darum gehen, die exogen dem Gesundheitswesen zur Verfügung gestellten Mittel innerhalb des Gesundheitswesens rational zu verteilen, d. h. eine optimale Ressourcenallokation sicherzustellen. Zu diesem Zweck werden gesundheitsökonomische Evaluationen durchgeführt.“ (Schöffski in: Schöffski und Graf v. d. Schulenburg 2007, 5f.)

Das klingt nicht so, als sei mit dem besten Ergebnis, von dem im ersten Satz die Rede ist, nur das aus ökonomischer Sicht beste Ergebnis gemeint. Im Gegenteil klingt es so, als seien Ökonomen Experten für die Frage, wie man unter Bedingungen der Knappheit optimale Ergebnisse erzielt. Die Sache verhielte sich dann ganz anders als im Falle der Ökologen. Ökonomen wären dann nicht Experten für die Auswirkungen von Entscheidungen auf einen bestimmten Wirklichkeitsbereich – auf ökonomisch Wertvolles, so wie Ökologen Experten für die Auswirkungen von Entscheidungen auf ökologisch Wertvolles sind. Ökonomen wären vielmehr Experten für die Frage, wie man entscheiden soll, wenn man negative Auswirkungen auf zumindest einiges Wertvolle nicht vermeiden kann. Sie wären Experten für rationales Entscheiden unter Knappheit. So verstanden, würde sich mit gesundheitsökonomischen Evaluationen durchaus ein unmittelbarer normativer Anspruch verbinden.

Zugleich finden sich aber immer wieder Passagen von der zuerst zitierten, bescheideneren Art. Im gerade zitierten Überblickswerk finden sie sich unter anderem im Anschluss an die Beobachtung, „sowohl der Entscheidungsträger als auch die Gesellschaft als Ganzes“ hätten „den Wunsch auch andere Kriterien bei der Entscheidung über die Ressourcenallokation einfließen zu lassen“. Insbesondere wird das Thema Gerechtigkeit angesprochen und der Autor kommentiert: „Je mehr Gerechtigkeitsaspekte bei der Prioritätensetzung beachtet werden, desto ineffizienter wird das Allokationsergebnis. Daher muss eine sinnvolle Balance gefunden werden.“ (Schöffski und Schumann in: Schöffski und

Graf v. d. Schulenburg 2007, 158) Wie soll man das zuvor zitierten Sätzen zusammen bringen? Wie verhält sich die Bewertung einer Entscheidung als ‚sinnvoll‘ zur Bewertung einer Entscheidung als ‚rational‘? Soll man annehmen, dass Ökonomen quasi als gute Demokraten bereit sind, grundsätzlich beliebige verbreitet für wichtig gehaltene Kriterien als berücksichtigungspflichtig anzuerkennen, aber für rational halten sie sie nicht?

Soviel zunächst zur Erläuterung, weshalb die Klausel ‚aus ökonomischer Sicht‘ in der Frage des normativen Anspruchs gesundheitsökonomischer Evaluationen Unsicherheit erzeugt. Auf Ethiker macht sie leicht den Eindruck einer weißen Fahne, die man vor sich herträgt, um Land gewinnen zu können, ohne sich gegnerischem Feuer auszusetzen. Hinter dem zuvor zitierten Satz („Jede Geldeinheit, die für das Gesundheitswesen ausgegeben wird, muss in dem Bereich verwendet werden, wo sie den größten Nutzen stiftet“) würde man ja normalerweise die Feder eines Utilitaristen vermuten. Hier handelt es sich auch unmittelbar um einen Normsatz, also um eine Aussage darüber, wie entschieden werden soll. Die Kommentarlosigkeit eines solchen Satzes in der Einführung eines Lehrbuchs, das im Gesundheitswesen engagiertes Personal im Umgang mit ökonomischen Evaluationen schulen soll, ist für Ethiker verblüffend. Wenn ein Gesundheitsökonom ausdrücklich mitteilen würde, dass die Evaluationsmethoden, die er verwendet, auf der Prämisse beruhen, dass der Utilitarismus die richtige Moralthorie ist, würde er die Aufforderung ernten, er möge sich mit den in der Ethikliteratur diskutierten Einwänden auseinandersetzen. Aber unter diesem Etikett, dem Etikett einer hoch umstrittenen Moralthorie, treten Ökonomen nicht an. Ihr Credo heißt Rationalität, nicht Utilitarismus (vgl. Abschnitt 3).

2. IQWiG: Der Streit um die methodischen Standards der Kosten-Nutzen-Bewertung

Gelegentlich wird die Aufforderung, sich mit der Ethikliteratur auseinanderzusetzen, tatsächlich an Gesundheitsökonominnen gerichtet, zum Beispiel im Kontext des Streits um die Bewertungsmethoden des *Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen* (IQWiG). Das IQWiG ist seit April 2007 gesetzlich mit der Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln beauftragt. Der Streit betrifft die Frage, wie das Institut seinen Auftrag umzusetzen habe.¹ Einem zu dieser Frage erstellten Gutachten eines Gesundheitsökonominnen wurde vorgehalten, es zeichne sich durch einen „überaus selektiven Umgang mit dem einschlägigen Schrifttum“ aus: „[...] führende Vertreter neuerer Ansätze wie auch in Fragen der Rationierung medizinischer Leistungen ausgewiesene Phi-

¹ Die bisherigen Versionen des Methodenpapiers des IQWiG zur Kosten-Nutzen-Bewertung finden sich unter <http://www.iqwig.de/methoden.805.html>; ebenfalls eingestellt sind dort die im Rahmen der Stellungnahmeverfahren eingegangenen Dokumente, aus denen die Einwände der Kritiker hervorgehen. Weiteres Material zur Kontroverse findet sich im Internet-Portal <http://www.gerechte-gesundheit.de/debatte.html>.

losophen wie Norman Daniels oder John Harris werden im Gutachten schlicht ignoriert.“ (Schlander 2007, 18) Die am gleichen Ort abgedruckte Antwort des angesprochenen Ökonomen lautete: „[Die] im Gutachten vermissten Philosophieprofessoren Daniels und Harris [...] haben sich nie mit gesundheitsökonomischen Evaluationen beschäftigt, da sie sich primär mit Gerechtigkeitsfragen beschäftigen und gar nicht den Anspruch erheben, Gesundheitsökonom zu sein.“ (Graf von der Schulenburg und Vauth 2007, 22) Die Strenge, mit der hier das Nachdenken über die Methoden der Kosten-Nutzen-Bewertung und das Nachdenken über Gerechtigkeit verschiedenen Disziplinen zugewiesen wird, ist zunächst ebenfalls verblüffend. Im Zeitalter der Interdisziplinarität sollte es egal sein, ob Argumente für oder gegen eine Methode der Erarbeitung von Politikempfehlungen ökonomische Argumente oder philosophische Argumente sind, Hauptsache, es handelt sich um gute Argumente.

Im Blick auf den Kontext der Auseinandersetzung ist das Pochen des Ökonomen auf die Grenzen der eigenen Disziplin allerdings verständlich. Die Basis dafür hat der Gesetzgeber selbst geliefert. Der gesetzliche Auftrag an das IQWiG lautet nämlich, es habe über die Methoden und Kriterien für die Erarbeitung von Bewertungen des Nutzens und des Kosten-Nutzen-Verhältnisses von Arzneimitteln „[...] auf der Grundlage der in den jeweiligen Fachkreisen anerkannten internationalen Standards der evidenzbasierten Medizin und der Gesundheitsökonomie [...]“ zu bestimmen (§ 35b Abs. 1 S. 5 SGB V). Bei dem kritisierten Gutachten ging es und durfte es dann eben auch um die fachintern anerkannten Standards der Gesundheitsökonomie gehen. Davon, dass die entsprechenden Fachkreise sich bei der Erarbeitung ihrer Standards mit Kollegen aus anderen Fächern zu beraten hätten, steht nichts im Gesetz. Deutsche Gesundheitsökonominnen haben daher in Gutachten und in kritischen Stellungnahmen zu im Institut erarbeiteten Methodenpapieren wiederholt darauf bestanden, dass die internationalen Standards ihres Fachs vom IQWiG nun auch eingehalten werden.

Das IQWiG ist nicht beauftragt, irgendwelchen Arzneimitteln wegen mangelnder Kosteneffektivität die Erstattungsfähigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung abzusprechen beziehungsweise dafür Erstattungshöchstbeträge festzusetzen. Solche Entscheidungen fällen der Gemeinsame Bundesausschuss resp. der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, denen das IQWiG zuarbeitet. Das Sozialgesetzbuch bestimmt allerdings, dass die Kosten-Nutzen-Bewertungen dem Gemeinsamen Bundesausschuss „als Empfehlungen zur Beschlussfassung“ zugeleitet werden (§ 39b Abs. 2 S. 1 SGB V). Die Arbeit des IQWiG soll also ausdrücklich in Entscheidungsempfehlungen münden. Zudem bestimmt das Gesetz, dass „[...] bei der wirtschaftlichen Bewertung auch die Angemessenheit und Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Versichertengemeinschaft, angemessen berücksichtigt werden [...]“ (§ 35b Abs. 1 S. 4 SGB V) – bei der wirtschaftlichen Bewertung, nicht nach oder zusätzlich zur wirtschaftlichen Bewertung. ‚Angemessenheit‘ und ‚Zumutbarkeit‘ sind keine fachökonomischen Termini. Es stellt sich also die Frage, an welcher Stelle des Prozedere die Einarbeitung derjenigen Gesichtspunkte vorgesehen

ist, deren Beachtung Gesundheitsökonominnen qua für sich in Anspruch genommener fachlicher Unzuständigkeit vermissen lassen.

Juristen freilich werden immer gehört. Die Berichte, die das IQWiG dem Gemeinsamen Bundesausschuss zuleitet, sind zwar als solche keine Verwaltungsakte. Aber um pure Mitteilungen wissenschaftlicher Fakten, die schon aus diesem Grunde nicht mit Normen in Konflikt geraten könnten, handelt es sich dabei nicht. Daher werden die gesundheitsökonomischen Fachkreise sich mit ihren internen Standards nicht ohne externe Prüfung durchsetzen können. Die Trockenheit, mit der deutsche Fachbeamte auf entsprechende Versuche reagieren, sei an einem Beispiel vorgeführt – ein Beispiel, auf dessen ethischen Kern ich im dritten Abschnitt zurückkomme. Einer der Streitpunkte, die in der Debatte um die IQWiG-Methoden eine Rolle spielten, war die Frage nach der sogenannten Perspektive, aus der die Kosten-Nutzen-Bewertung zu erfolgen habe. Kosten und Nutzen sind ja immer jemandes Kosten und Nutzen, die des Patienten etwa, die der gesetzlichen Krankenversicherung, oder man nimmt die in der Debatte so genannte gesellschaftliche Perspektive ein, die Ökonomen auch als ‚volkswirtschaftliche Betrachtungsweise‘ bezeichnen. Aus dieser Perspektive sind, anders als es das IQWiG in seinen eigenen Methodenpapieren vorsieht, alle Kosten und Nutzen zu erfassen, unabhängig davon, bei welchen Personen oder Institutionen innerhalb der Gesellschaft sie anfallen. Als Beispiel werden hier stets die Kosten genannt, die der Gesellschaft aus dem Produktivitätsausfall krankheits- oder therapieaufwandsbedingt arbeitsunfähiger Arbeitnehmer entstehen. Das bereits erwähnte gesundheitsökonomische Gutachten formuliert zu diesem Punkt: „Gleichzeitig folgt aus § 35b SGB V, dass der Gesetzgeber bei der Ermittlung und Bewertung der Kosten grundsätzlich die international etablierte gesellschaftliche Perspektive als Maßstab der Kostenbewertung ansieht.“ (Graf v. d. Schulenburg 2007, 21) Der Gutachter folgert dies aus dem Umstand, dass der Gesetzgeber dem IQWiG die Beachtung der international anerkannten Fachstandards zur Pflicht gemacht hat. Über diese kann der Gutachter als seinerseits anerkannter Gesundheitsökonom die nötige Auskunft dann selber geben. Das Bundesgesundheitsministerium, das im Rahmen seiner Aufsichtsbefugnisse auf die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben hinzuwirken hat, beurteilt die Angelegenheit freilich anders. Zum Streit um die Wahl der Perspektive bemerkt es in einer Stellungnahme lakonisch und ganz ohne Rückversicherung bei internationalen Fachkreisen: „Aufgabenstellung der gesetzlichen Krankenversicherung [...] ist die Bereitstellung medizinischer Leistungen für ihre Versicherten und nicht die Finanzierung von gesamtwirtschaftlichem Nutzen (§ 1 SGB V).“ (Bundesministerium für Gesundheit 2008).

Nun muss man sich um die Frage, wer sich in den strittigen Punkten am Ende durchsetzen wird, keine Gedanken machen. Dem Gesetzgeber ist aber offenbar nicht vorab präsent gewesen, dass sein Versuch, das IQWiG bei seiner schwierigen Arbeit durch Hinweis auf Fachstandards zu entlasten, das Gegenteil einer Entlastung bewirken werde. Gesundheitsökonomische Methoden und die ökonomischen Theorien, die ihren Hintergrund bilden, sind werturteilshaltig und bei einigen dieser Werturteile handelt es sich nicht um moralischen

common sense. Als Beispiel dafür, dass Ökonomen dies auch wissen und es gelegentlich selbst zum Ausdruck bringen, mag das folgende Zitat aus einem verbreiteten Lehrbuch der Gesundheitsökonomik dienen: „Die Grenzen der Kosten-Effektivitäts-Analyse sind offensichtlich: [...] Ihre Anwendung setzt voraus, dass es ethisch nicht von Bedeutung ist, bei welchen Personen die Lebensverlängerung eintritt und wie sich die Gesamtzahl von gewonnenen Lebensjahren auf Individuen verteilt. Dieser Kritikpunkt trifft allerdings auf alle hier und im folgenden dargestellten Evaluierungsverfahren zu.“ (Breyer, Zweifel und Kifmann 2005, 22) Die Anwendung dieser Verfahren setzt also ein solches Werturteil voraus? Dass die Verteilungsfrage ethisch unerheblich ist? Wer würde denn ein solches Werturteil unterschreiben? Das tun die Gesundheitsökonomien, wie wir anhand von Zitaten gesehen haben, ja selber nicht. Wie kommen sie dann überhaupt zu der Auffassung, dass diejenige Ressourcenallokation, die das Maximum an Nutzen erzeugt, die optimale Allokation ist?

3. Begründungsmuster

Es gibt Personen, die diese Frage nicht wirklich verstehen. Wenn Nutzen, insbesondere auch Gesundheitsnutzen, etwas Gutes ist, dann ist mehr Nutzen besser als weniger Nutzen und das Maximum ist am besten. Gesundheit, wie anderer Nutzen auch, ist freilich nicht einfach etwas Gutes. Sie ist etwas Gutes *für Personen* – gegebenenfalls auch für andere Personen (dazu gleich), vor allem aber für die Personen, um deren Gesundheit es sich handelt. Herr Meiers Gesundheit ist gut für Herrn Meier, Frau Schmidts Gesundheit ist gut für Frau Schmidt. Und mehr Gesundheit für Herrn Meier ist besser für Herrn Meier; analog für Frau Schmidt. Für wen aber ist es besser, wenn die gesetzliche Krankenversicherung, falls dies einmal knappheitshalber konkurriert, die Therapie des Gesundheitsproblems von Herrn Meier finanziert und nicht die kostenineffizientere Therapie des Gesundheitsproblems von Frau Schmidt? Ist das besser ‚für die Gesellschaft‘ – also aus der gesellschaftlichen Perspektive, die der ökonomische Gutachter empfahl? Wie wir gesehen haben, hängt das Kosten-Nutzen-Verhältnis einer medizinischen Intervention aus der gesellschaftlichen Perspektive unter anderem davon ab, wie die zu erwartenden Produktivitätsausfälle zu bewerten sind. Das bereits zitierte Überblickswerk ist hier ganz offen: „Bei strenger Anwendung der Maßstäbe für eine effiziente Allokation müssen arbeitende Personen umso mehr bevorzugt werden, je höher ihr Einkommen ist.“ (Greiner in: Schöffski und Graf v. d. Schulenburg 2007, 56) Das Arbeitseinkommen wird nämlich als Maß für die volkswirtschaftliche Nützlichkeit von Personen herangezogen, auch wenn das bekanntlich ein zweifelhaftes Maß ist, nicht nur im Hinblick auf einige unbezahlte Arbeiten, die überwiegend von Frauen erledigt werden. Aber darüber lohnt es sich gar nicht zu streiten. Der entscheidende Punkt ist, dass es grundsätzlich nicht angeht, die Versorgung von Kassenpatienten davon abhängig zu machen, wie nützlich sie für die Gesellschaft sind. Zwar sind auch Menschen, wie Waren, *de facto* in unterschiedlichem Ausmaß

geeignet, die Bedürfnisse ihrer Mitmenschen zu erfüllen. Und tatsächlich divergieren auch ihre Lebenswege und Lebenschancen infolge solcher Unterschiede, nämlich in Abhängigkeit von der Summe der Wahlhandlungen Privater, die im Rahmen der Rechtsordnung (oft auch jenseits dieses Rahmens) überwiegend der Befriedigung ihrer eigenen Bedürfnisse nachgehen. Aber wer möchte denn eine so begründete Differenzierung der Lebenschancen zu einem Verteilungsprinzip der öffentlichen Gesundheitsversorgung machen?

Tatsächlich befürwortet auch der zitierte Autor eine strenge Anwendung der gesundheitsökonomischen Maßstäbe an dieser Stelle nicht. Das sei nämlich „[...] kaum mit dem in der Gesundheitspolitik postulierten Grundsatz des für jeden Bürger gleichen Zugangs zu Gesundheitsleistungen zu vereinbaren“ (idem, 56). In der Praxis gesundheitsökonomischer Evaluationen wird gewöhnlich ohnehin mit Durchschnittseinkommen kalkuliert. Insoweit richtet die Theorie dann keinen Schaden an. Aber wäre die Unvereinbarkeit der theoretischen Maßstäbe mit einem so elementaren Grundsatz der Gesundheitspolitik nicht Anlass, über die Tauglichkeit der Bewertungsstandards grundsätzlicher nachzudenken? Es handelt sich ja nicht darum, dass die Standards missbräuchlich angewendet würden, wenn jemand die Bevorzugung der nutzenproduktiveren Patienten empfiehlt. Man hat die Idee der effizienten Allokation schon richtig verstanden, wenn man sagt, dass man andernfalls suboptimale Ergebnisse erzeugt. *Prima facie* scheint das ethische Skandalon, das mit solchen Überlegungen verbunden ist, daran zu hängen, dass neben dem *Nutzen für* Frau Schmidt auch die *Nützlichkeit von* Frau Schmidt in die Bewertung einbezogen wird. Dann wäre die Sache mit dem Hinweis des Gesundheitsministeriums, dass es nicht Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist, die volkswirtschaftliche Produktivität zu maximieren, erledigt. Tatsächlich liegt das Problem aber tiefer. Wenn gesundheitsökonomische Evaluationen anstelle der gesellschaftlichen Perspektive die Perspektive der Versichertengemeinschaft einnehmen, fragt sich ja erneut: Für wen ist es besser, wenn die gesetzliche Krankenversicherung die medizinische Versorgung von Herrn Meier finanziert und nicht die ineffizientere Versorgung von Frau Schmidt? Ist es besser für die Versichertengemeinschaft? Nein. So etwas ist besser für diejenigen Teile der Versichertengemeinschaft, deren Gesundheitsprobleme eine im Verhältnis zum erreichbaren Nutzen kostengünstige Therapie zulassen. Für die anderen ist es schlechter. Wie kommt man von dieser divergierenden Bewertung zu der Behauptung, es sei besser schlechthin?

Der Übergang von Urteilen über das Bessere für Meier oder Schmidt zu Urteilen über das Bessere schlechthin heißt im Fachjargon der Ökonomen ‚Konstruktion einer gesellschaftlichen Wohlfahrtsfunktion auf der Basis von individuellen Präferenzordnungen‘. Dass man dafür zusätzliche Werturteile braucht, ist den Theoretikern bewusst, seit sich die Wohlfahrtsökonomie vom naiv addierenden Kalkül des klassischen Utilitarismus emanzipiert hat. In der nachutilitaristischen Phase der Dogmengeschichte waren die Wohlfahrtsökonomien überwiegend der Meinung, dass man den politischen Entscheidern auf rationaler Basis, ohne Hineinmischen umstrittener Werturteile, nicht mehr empfehlen könne, als Verbesserung herbeizuführen, die für niemanden nachteilig sind. Solche

Verbesserungen heißen im Fachjargon Pareto-Verbesserungen. Nicht dass es im Blick auf das Gesundheitswesen von dieser Art überhaupt nichts zu empfehlen gäbe; aber das Spektrum der Ratschläge bleibt dann doch begrenzt. Es waren vor allem zwei dogmengeschichtliche Entwicklungen, die die Wohlfahrtsökonominnen in ihrer Eigenschaft als Politikberater wieder haben offensiver werden lassen.

Die eine Entwicklung basierte auf der Annahme, dass die Schwierigkeiten, auf wissenschaftlicher Basis über das Pareto-Kriterium hinauszugelangen, letztlich mit messtheoretischen Problemen zu tun haben. Die Addition ist eine mathematische Operation; man wendet sie auf Zahlen an. Also muss man Zahlen generieren, von denen man begründet behaupten kann, dass ihre Eigenschaften in nichtwillkürlicher Weise Eigenschaften der Präferenzordnungen der Individuen repräsentieren. Hierzu kam um die Mitte des letzten Jahrhunderts die These auf, dass man diese Probleme mithilfe der Axiome der unterdessen entwickelten Erwartungsnutzentheorie lösen könne. Dann lasse sich die Forderung der additiven Nutzenaggregation auf der Basis von trivialen Wertprämissen mathematisch beweisen. Für diese These, den sogenannten axiomatischen Utilitarismus, steht insbesondere der Name des Nobelpreisträgers John Harsanyi. Von einigen Ökonomen, gerade auch von solchen, die sich an moraltheoretischen Diskussionen durchaus beteiligen, ist dieses Begründungsmuster mit großem Interesse aufgenommen und weiterdiskutiert worden. Das folgende Zitat dazu stammt von dem Ökonomen und Philosophen John Broome, der zu Allokationsfragen in den letzten Jahren auch die Weltgesundheitsorganisation beraten hat: „The literature of economics contains elements of a new argument for utilitarianism; it [...] shows remarkable power in how much it can derive from innocuous assumptions.“ (Broome 1983, 1) Zu der Frage, ob man mit formalwissenschaftlichen Mitteln tatsächlich aus harmlosen Annahmen etwas so wenig Harmloses wie die oben diskutierten Empfehlungen herleiten kann, gibt es unterschiedliche Meinungen; ich selber glaube nicht, dass das möglich ist.² Die These soll hier aber nicht diskutiert werden. Begründungsmuster für additives, also im Ergebnis utilitaristisches Aggregieren sind jedenfalls in der ökonomischen Grundlagenliteratur weiterhin im Umlauf und es ist nicht ausgeschlossen, dass es solche Thesen sind, die auch dem einen oder anderen Gesundheitsökonominnen die Forderung nach effizienter Allokation rational erscheinen lassen. Zugleich ermöglichen hochformale Begründungsmuster es unter Umständen einer Fachkommunität, sich einen Reim darauf zu machen, warum die gewöhnliche Bevölkerung die Sache nicht ebenso beurteilt. Sie können eben diese Beweise nicht lesen.

² Broome selbst gehört zu den Autoren, die Peter Diamonds (1967) Einwand gegen die Gültigkeit des *Sure Thing Principle* für soziale Präferenzen ernst genommen haben. Im Rahmen seines an Harsanyi anschließenden Ansatzes führt seine Erwiderung auf Diamond zu Konflikten mit der *Rectangular Field Assumption*. Diese hat Broome, soweit aus dem publizierten Material ersichtlich, nicht ausräumen können. Vgl. Broome 1991, 80f. und 115–17 sowie Broome 2004, 130f. und 133f. Einen Einwand gegen verdeckte ungerechtfertigte Unabhängigkeitsannahmen in einem von Ahlert und Kliemt (2008) präsentierten Aggregationsargument habe ich in Lübke 2009 vortragen.

Unterstellen wir nun aber, dass einige oder möglicherweise auch alle GesundheitsökonomInnen überzeugt sind, die Frage nach der Gerechtigkeit der medizinischen Ressourcenallokation sei ein wichtiges und berechtigtes Anliegen, das man nicht automatisch mitgelöst hat, indem man jedermanns Nutzen im maximierenden Kalkül ‚gleich zählt‘. Wenn solche GesundheitsökonomInnen gleichwohl für die Einhaltung ihrer Fachstandards plädieren, sind sie offenbar der Auffassung, dass Effizienz und Gerechtigkeit separable Bewertungsaspekte sind, deren Beurteilung man sinnvoll verschiedenen Disziplinen oder auch Institutionen überlassen kann. Dogmengeschichtlich verbindet sich diese Position vor allem mit den Namen Kaldor und Hicks. Sie optierten dafür, die Frage der ‚Produktion‘ und die Frage der ‚Distribution‘ zu trennen. Zum ersten Aspekt geht es darum, wie man den Kuchen möglichst groß macht. Darauf solle sich die Ökonomie als rationale Wissenschaft beschränken. Zum zweiten Aspekt geht es darum, wie man ihn gerecht verteilt. Dafür brauche man Werturteile und das sei Sache der Politik. Wer maximal große Kuchen produziert, hat aber jedenfalls mehr zu verteilen. Das macht es vernünftig, der Politik anzuraten, für effiziente Allokation zu sorgen. Offensichtlich setzt diese These voraus, dass Produktion und Distribution verschiedene Akte sind, auch zeitlich. Man bäckt ja zuerst den Kuchen und dann verteilt man ihn. Wie hat man sich das nun im Falle der Ressourcenallokation in der gesetzlichen Krankenversicherung vorzustellen? Zuerst erzeugt man mit dem gegebenen Budget mithilfe gesundheitsökonomischer Evaluationen den maximalen Nutzen – und dann? Dass man Gesundheit als solche nicht umverteilen kann, ist auch den GesundheitsökonomInnen klar. Man könnte allenfalls die Effizienzverlierer durch Transferzahlungen seitens der Effizienzgewinner kompensieren; unter Umständen können sie sich dann die ausgeschlossenen Leistungen privat zukaufen. Dieser Kompensationsgedanke war die ursprüngliche Idee des Kaldor-Hicks-Kriteriums, das nicht im Hinblick auf gesundheitsökonomische Anwendungen konzipiert worden ist. Wer Kompensationszahlungen unter Kassenpatienten tatsächlich für eine passende Möglichkeit hält, das Problem der Gerechtigkeit der Ressourcenallokation in der gesetzlichen Krankenversicherung separat zu lösen, der möge das offen vortragen; im Umkreis der zitierten Literatur begegnen solche Vorschläge bislang nicht.

Was stattdessen immer wieder begegnet, sind Formulierungen, die zeigen, dass Effizienz und Gerechtigkeit für separate Werte gehalten werden – Werte, die man irgendwie miteinander abwägen müsse. Wenn das richtig wäre, würde es sich auch unabhängig davon, wie man am Ende das Gerechtigkeitsproblem in den Griff bekommt, lohnen, das System effizienter zu machen. Damit täten Ökonomen dann in jedem Falle schon einmal etwas Wertvolles. Vielleicht ist aber Effizienz gar kein separater Wert. Dieser Punkt sei hier nur an einer Analogie erläutert: Man stelle sich zwei Personen vor, die zusammen Tee trinken wollen, dafür aber nur ein Gefäß zur Verfügung haben. Frau Schmidt trinkt ihren Tee normalerweise gesüßt, Herr Meier zieht ihn ungesüßt vor. Nun argumentiert Herr Meier: ‚Über die Zuckerfrage müssen wir einmal gründlich separat debattieren. Aber an Tee sind wir schließlich beide interessiert. Also lassen Sie uns doch schon einmal Tee trinken.‘ Wer so argumentiert, setzt voraus,

dass der Genusswert, den das Trinken gesüßten Tees hat, sich aus zwei separaten Teilen zusammensetzt, dem Genusswert des Tees und dem Genusswert des Zuckers. Was aber, wenn jemand bloßen Tee ungenießbar findet? Ähnlich könnte es sich mit den angeblich separaten Werten Effizienz und Gerechtigkeit verhalten. Vielleicht ist die Beachtung der Forderungen der Gerechtigkeit (wie auch immer sie im Einzelnen aussehen mögen) eine Zutat, die gesundheitsökonomische Empfehlungen erst wertvoll macht. In reiner Form, ohne diese Zutat, führen sie vielleicht zu nichts Gutem.

4. Disziplinäre Standards und Politikberatung

Politikberatung zur Frage der medizinischen Ressourcenallokation ist ein interdisziplinäres Geschäft. Falls sich zeigt, dass die Empfehlungen der Experten systematisch nach ihren disziplinären Zugehörigkeiten divergieren, kann der Gesetzgeber nicht damit rechnen, sich die Arbeit zu erleichtern, indem er sich auf den Rat von Fachexperten stützt. Im Gegenteil, damit holt er sich den Expertenstreit auf die politische oder politiknahe Ebene. Soweit es sich bei den zugrundeliegenden Divergenzen um solche handelt, die mit Argumenten nicht auszuräumen sind – „weltanschauliche“, wie Max Weber sie nannte –, ist das auch die richtige Entwicklung. Gegen solche Divergenzen hilft kein Expertenrat und es ist dann wichtig, dass das auch offensichtlich wird. So weit ist die wissenschaftliche Diskussion beim Thema Ressourcenallokation allerdings noch lange nicht. Hier beruhen die divergierenden Expertenurteile zu erheblichen Anteilen auf Positionen, die keineswegs ausdiskutiert sind. Das ist auch kein Wunder. Die beteiligten Fachdisziplinen haben sich so weit voneinander entfernt, dass sie einander kaum noch kritisch kommentieren können, weil man dazu erst einmal eine neue Sprache lernen müsste. Dieses hier zum Beispiel

„SE*: For every $a^0, a^1, b^0, b^1 \in E^N$, $a^0 \hat{R} b^0$ if, and only if, $a^1 \hat{R} b^1$ whenever there exists a partition of N in two subsets M and H , such that, $\forall i \in M, a_i^0 = a_i^1, b_i^0 = b_i^1$, and $\forall h \in H, a_h^0 = b_h^0$ and $a_h^1 = b_h^1$ “ (Deschamps und Gevers 1977, 79)

ist ein Ausschnitt aus einem Text, der axiomatische Grundlagen der Wohlfahrtsökonomie diskutiert. Dieses hier dagegen

„Alle unechten Unterlassungsdelikte mit einer Garantenpflicht kraft institutioneller Zuständigkeit [...] sind Pflichtdelikte [...]“ (Jakobs 1993, 220)

ist Juristensprache. Hier gibt es Garanten, Zuständigkeiten (daher auch Unzuständigkeiten) und Pflichten – Pflichten, die keine Funktion der gesamtwirtschaftlichen Effekte sind, die ein Entscheider erzeugt. Wenn die Divergenzen lediglich terminologischer Art wären, könnte man sie auf sich beruhen lassen. Tatsächlich sind einige jedoch werturteilshaltig und präjudizieren die resultierenden Politikempfehlungen.

Fachexperten können der Politik die Arbeit nicht leichter machen, wenn sie sich zu ein und demselben Problemfeld schon untereinander nicht verständigen. Was das Problemfeld der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen angeht, so haben wir es mit einer Debatte zu tun, die schon auf der alleroberflächlichsten Ebene von Missverständnissen durchsetzt ist. Ein Beispiel zum Abschluss: Jeder, von den Gesundheitsökonomen selbst über das Sozialgesetzbuch (§ 12 SGB V) bis hin zu gesundheitspolitischen Stellungnahmen der Deutschen Bischofskonferenz, stimmt in das Lob der ‚Wirtschaftlichkeit‘ ein, ebenso in den Slogan ‚Rationalisierung statt Rationierung‘. Wenn man nachfragt, was mit den Begriffen ‚Wirtschaftlichkeit‘ und ‚Rationalisierung‘ gemeint ist, bekommt man aber ganz unterschiedliche Antworten. Nichtökonomen meinen damit gewöhnlich den Abbau von Überflüssigem, etwa durch bessere Vernetzung der Leistungserbringer, durch Wahl der bei indikationsintern vergleichbarem Nutzen kostengünstigeren Therapiealternative oder auch durch verstärkte Eigenverantwortung der Patienten. Ökonomen dagegen meinen damit stets auch und vor allem die Umschichtung knapper Ressourcen an den Ort ihrer nutzenproduktivsten Verwendung, und das selbstverständlich auch indikationsübergreifend – nach Möglichkeit sogar ressortübergreifend. Denn die gesetzlichen Krankenkassen seien ja „[...] als Körperschaften des öffentlichen Rechts dem öffentlichen Auftrag und dem öffentlichen, d. h. gesamtgesellschaftlichen Interesse verpflichtet [...]“ (Graf v. d. Schulenburg 2007, 26). Auch über solche Formeln kann man sich oberflächlich einigen. Aber wenn aus dem Hut solcher Einigkeit utilitaristische Kaninchen hervorgezogen werden und das gar nicht breiter bemerkt wird, weil es im Schutz der Berufung auf Fachstandards geschieht, dann haben die Experten noch nicht einmal angefangen, die normativen Fragen, die in diesem Problemfeld stecken, ernsthaft interdisziplinär zu diskutieren.

Literatur

- Ahlert, M. und H. Kliemt (2008), „Necessary and Sufficient Conditions to Make the Numbers Count“, in: F. Forte (Hrsg.), *Money, Markets, and Morals*, München: Accedo, 25–33.
- Aidelsburger, P., C. Krauth und J. Wasem (2006), „Gesundheitsökonomische Evaluationsstudien und Ethik in der Ressourcenallokation für medizinische Interventionen“, in: A. Brink u. a. (Hrsg.), *Gerechtigkeit im Gesundheitswesen*, Berlin: Duncker & Humblot, 61–78.
- Breyer, F., P. Zweifel und M. Kifmann (2005), *Gesundheitsökonomik*, 5. Aufl., Berlin u. a.: Springer.
- Broome, J. (1983), „Utilitarianism and Separability“, unpubliziertes *Discussion Paper* (zit. mit Erlaubnis des Autors).
- (1991), *Weighing Goods: Equality, Uncertainty, and Time*, Oxford: Blackwell.
- (2004), *Weighing Lives*, Oxford: Oxford University Press.

- Bundesministerium für Gesundheit (2008), „Stellungnahme zur Methodik der Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln“, 12. Juni 2008, URL: <http://www.iqwig.de/methoden.805.html> [19.08.2009].
- Deschamps, R. und L. Gevers (1977), „Separability, Risk-bearing, and Social Welfare Judgements“, *European Economic Review* 10, 77–94.
- Diamond, P. (1967), „Cardinal Welfare, Individualistic Ethics and Interpersonal Comparisons of Utilities: Comment“, *Journal of Political Economy* 75, 765f..
- Graf v. d. Schulenburg, J.-M. (2007), „Methoden zur Ermittlung von Kosten-Nutzen-Relationen für Arzneimittel in Deutschland“, 28. März 2007, URL: <http://www.glaxo-smithkline.de/docs-pdf/patienten/PB705/08.2-Gutachten-Kosten-Nutzen-VFA.pdf> [19.08.2009].
- und C. Vauth (2007), Leserbrief, *Der Kassenarzt* Nr. 9, 22.
- Jakobs, G. (1993), *Strafrecht. Allgemeiner Teil. Die Grundlagen und die Zurechnungslehre*, 2. Aufl., Berlin u. a.: Walter de Gruyter.
- Lübbe, W. (2009), „The Aggregation Argument in the Numbers Debate“, in: C. Fehige, C. Lumer und U. Wessels (Hrsg.), *Handeln mit Bedeutung und Handeln mit Gewalt. Philosophische Aufsätze für Georg Meggle*, Paderborn: mentis, 406–21.
- Schlander, M. (2007), „NICE ist nicht der Nabel der Welt!“, *Der Kassenarzt* Nr. 7, 18–19.
- Schöffski, O. und J.-M. Graf v. d. Schulenburg (2007) (Hrsg.), *Gesundheitsökonomische Evaluationen*, 3. Aufl., Berlin u. a.: Springer.