Amos international

Gesellschaft gerecht gestalten

Internationale Zeitschrift für christliche Sozialethik

Was darf Leben kosten?

Weyma Lübbe
Lebensrettung als Verschwendung knapper Mittel?

Markus Zimmermann
Vorrang hat die Hilfe für Menschen in Not

Alexis Fritz
Schadensvermeidung hat Vorrang

Michael Schlander
Effizienz im Gesundheitswesen

Matthias Thöns
Patientenwohl und Übertherapie

Sozialinstitut Kommende Dortmund
1/2017

Enrique Dussel hat mit seiner Aussage „Alles Politische beginnt (und endet) mit der Partizipation" auf den zentralen Stellenwert der Partizipation für die Demokratie hingewiesen. Nimmt man dies ernst, so zwingen die gegenwärtigen Entwicklungen zu einer erneuten Auseinandersetzung um die Zukunft von Demokratien sowie um die Möglichkeiten und Bedingungen von Partizipation in der Demokratie. Die Beiträge des vorliegenden Tagungsbandes nehmen sich dieser Herausforderung aus der Perspektive einer Christlichen Sozialethik an.

Demokratie und Partizipation im 21. Jahrhundert
Herausgegeben von Luisa Fischer / Sebastian Zink / Stefanie A. Wahl / Christian Henkel.
2016, 224 Seiten, kart. 19,80 €. ISBN 978-3-402-10644-0

Aschendorff Verlag

Impressum

11. Jahrgang 2017 Heft 1

Herausgeber
Prälat Dr. Peter Klasvogt, Dortmund
Sozialinstitut Kommende
Prof. Dr. Christian Spieß, Linz
Prof. Dr. Joachim Wiemeyer, Bochum
Arbeitsgemeinschaft der deutschsprachigen Sozialethiker
Prof. Dr. Peter Schallenberg, Mönchengladbach
Katholische Sozialwissenschaftliche Zentralstelle
Stefan Lunte, F-Besson/B-Brüssel

Redaktion
Dr. phil. Dr. theol. Richard Geisen (Kommende, Dortmund)
Dipl.-Theol. Detlef Herbers (Kommende, Dortmund)
Dr. phil. Wolfgang Kurek (KSZ, Mönchengladbach)

Konzept Schwerpunktthema
PD Dr. Alexis Fritz

Redaktionsanschrift
Sozialinstitut Kommende, Redaktion Amosinternational,
Brackeler Hellweg 144, D-44309 Dortmund
Mail redaktion@amosinternational.de
Internet amosinternational.de

Erscheinungsweise
Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich
(Februar, Mai, August, November)

ISSN 1867-6421

Verlag und Anzeigenverwaltung
Aschendorff Verlag GmbH & Co. KG
D-48135 Münster
Tel. (0251) 69 01 31
Anzeigen: Petra Landsknecht, Tel. (0251) 69 01 33
Anzeigenschluss: am 20. vor dem jeweiligen Erscheinungsmonat
Erfüllungsort und Gerichtsstand: Münster

Bezugsbedingungen
Preis im Abonnement jährlich: 49,80 €/sFr 85,-
Vorzugspreis für Studenten, Assistenten, Referendare:
39,80 €/sFr 69,20
Einzelheft: 12,80 €/sFr 23,30; jeweils zzgl. Versandkosten
Alle Preise enthalten die gesetzliche Mehrwertsteuer.
Abonnements gelten, sofern nicht befristet, jeweils bis auf Widerruf.
Kündigungen sind mit Ablauf des Jahres möglich, sie müssen bis zum 15. November des laufenden Jahres eingehen.

Bestellungen und geschäftliche Korrespondenz
Aschendorff Verlag GmbH & Co. KG
D-48135 Münster
Tel. (0251) 69 01 36

Druck
Druckhaus Aschendorff, Münster
Printed in Germany

Umschlaggestaltung
freistil – Büro für Visuelle Kommunikation, Werl

Woran bemisst sich Effizienz im Gesundheitswesen?

Zur Klärung fachwissenschaftlicher Begriffe und Kriterien

Der Begriff der Effizienz hat einen positiven Beiklang. Für Nichtökonomen bleibt jedoch manchmal verborgen, dass sich der Sprachgebrauch der Ökonomen deutlich vom Alltagsverständnis unterscheidet. Das kann erhebliche Konsequenzen haben, wenn Ökonomen maßgebende Aussagen über Effizienz und Ineffizienz im Gesundheitswesen machen. Ein instruktives Beispiel hierfür bietet die Debatte über effizientes Verhalten und die sogenannte „Rule of Rescue." Um einige der zugrundeliegenden Zusammenhänge zu verstehen, ist es erforderlich, die verschiedenen Erwartungen an das Gesundheitswesen zu kennen. Sie ergeben sich aus den unterschiedlichen Zielvorstellungen oder Effektivitätskriterien, von denen Ökonomen, Ärzte, Patienten und gesunde Versicherte ausgehen. Denn „Effizienz" kann per definitionem immer nur ein instrumentelles Ziel sein, über das erst dann sinnvoll diskutiert werden kann, wenn zuvor Einvernehmen über die zu verfolgenden Ziele hergestellt worden ist.

Michael Schlander

Im Altertum (bei Aristoteles und anderen) galt wirtschaftliches Handeln insofern als gutes Handeln, als es dem Zweck diente, das gute Leben existenziell abzusichern und Freiräume für philosophische Spiritualität und politisches Engagement zu schaffen (vgl. Leshem, 2016). Bei der Frage der effizienten Allokation (Zuteilung) von Ressourcen stand nicht deren Knappheit im Vordergrund, sondern bestmögliche Nutzung: Ökonomisch rationales Handeln zielte nicht auf exzessiven Konsum, sondern sollte die Verfolgung höherer moralischer Ziele ermöglichen.

Heutige Wirtschaftswissenschaftler definieren ihr Fachgebiet mit Lionel Robbins (1932, p. 16) als „die Wissenschaft, die menschliches Verhalten untersucht als Zusammenhang zwischen Zielen und knappen Mitteln, die alternativen Verwendungen zugeführt werden können." Die Idee der Wirtschaftlichkeit oder der „effizienten" Ressourcenverwendung steht unverändert im Zentrum der aktuellen mikroökonomischen Theorie.

Verglichen mit den Vorläufern im Altertum haben sich allerdings die Akzente deutlich verschoben: Als Ziel ökonomischen Handelns wird die Befriedigung von prinzipiell unbegrenzten, als gegeben vorausgesetzten und nicht zu hinterfragenden menschlichen Wünschen und Bedürfnissen verstanden. Der Bedürfnisbefriedigung dient die Bereitstellung von Gütern und Dienstleistungen. Unter der Knappheitsprämisse, also wenn die Menge der für die Produktion der Güter und Dienstleistungen verfügbaren Ressourcen nicht unendlich ist, kommt es darauf an, innerhalb der begrenzten Produktionsmöglichkeiten ein Maximum an Bedürfnisbefriedigung zu generieren, beziehungsweise ein Maximum an „Nutzen" zu erzeugen.

Normative Ökonomik

Grundsätzlich ist zu unterscheiden zwischen

- einer wertfreien und faktenbasierten, „positiven" oder deskriptiven Ökonomik einerseits und
- einer Werturteile repräsentierenden, „normativen" oder präskriptiven Ökonomik andererseits.

Ihrem positivistischen Selbstverständnis entsprechend nimmt die Wohlfahrtsökonomik für Begriffe wie Effizienz und Rationalität Werturteilsfreiheit in Anspruch. Gegenüber Hinweisen auf versteckte Werturteile argumentieren Wohlfahrtsökonomen gelegentlich, dass sie nicht selbst werten würden, sondern lediglich die realen – empirisch nachweis- und messbaren – Wertungen (d. h. in der Sprache der Ökonomie, die individuellen Präferenzen) der Individuen respektierten. Die nach-

folgenden beispielhaften Aussagen sind unübersehbar von versteckten Werturteilen geprägt. Sie finden sich insbesondere in der Definition von „Nutzen", im Verständnis von „Rationalität" und „ökonomisch rationalem" Verhalten, sowie im Postulat des Maximierungsprinzips als der richtigen Entscheidungsregel:

- Im Standardlehrbuch der Volkswirtschaftslehre von Gregory Mankiw wird festgestellt (2004; p. 31): „Ein *rationaler* Entscheidungsträger entscheidet sich dann und nur dann für eine bestimmte Aktion, wenn der *Grenznutzen* der Aktion die Grenzkosten übersteigt."
- „Im von Artur Woll herausgegebenen Wirtschaftslexikon (1988, p. 603) wird Rationalität definiert als „das Verhalten, das bei Kenntnis der *Maximierungsaufgabe* und seiner *Zielgröße* sämtliche Nebenbedingungen beachtet und eine richtige Lösung für das Problem sucht und möglichst auch findet."
  [Hervorhebungen mittels Kursivschrift nachträglich hinzugefügt.]

Die damit verbundenen ethischen Probleme können aber nur dann sinnvoll analysiert werden, wenn zuvor Klarheit über die verwendeten Begrifflichkeiten geschaffen wurde. Wer die Bedeutung des Fachbegriffs Effizienz nicht wenigstens in ihren Grundzügen verstanden hat, wird mit hoher Wahrscheinlichkeit geneigt sein, Schlussfolgerungen zu akzeptieren, die – je nach eigenem Standpunkt – bei Transparenz der zugrunde liegenden Prämissen problematisiert oder zurückgewiesen werden müssten.

Denn: Wer wollte sich der Forderung entziehen, Ineffizienz(en) im Gesundheitswesen zu beseitigen und Rationalisierungsreserven auszuschöpfen? Zumal dann, wenn in Zeiten spürbarer Ressourcenknappheit die verbleibende Alternative vielleicht „Rationierung" wäre? Es scheint doch ein breiter Konsens zu bestehen: Ineffizienz gilt als sinnlose „Verschwendung" und sei deshalb „schlecht", wirtschaftliches Handeln dagegen gilt als effizient und sei deshalb „gut".

> Der Anspruch, sich auf wertfreie Beschreibungen zu beschränken, schützt nicht vor versteckten Werturteilen

Missverständnisse werden dabei nur vermieden, wenn Ökonomen ihre fachsprachliche Abweichung vom gemeinsprachlichen (Alltags-)Gebrauch des Begriffs aufklären.

Effektivität und Effizienz

Allgemein beschreibt Effizienz das Verhältnis von Mitteleinsatz und Zielerreichung. Bevor über Effizienz sinnvoll diskutiert werden kann, muss also Klarheit und Übereinstimmung hinsichtlich des Ziels und des gewünschten Zielerreichungsgrads (die „Effektivität") hergestellt werden. Effizienz ist stets ein der Effektivität nachgeordnetes instrumentelles Ziel (Abb. 1).

a) **Effektivität**	b) **Effizienz**
$\frac{\text{realisierter Output}}{\text{angestrebter Output}}$	$\frac{\text{realisierter Output}}{\text{realisierter Input}}$

Abb. 1: Zur Abgrenzung von „Effektivität" und „Effizienz"
(a) Effektivität (oder Zielerreichungsgrad) ist der Quotient aus realisierten Konsequenzen (Ist-„Output") und angestrebten Konsequenzen (Soll-„Output").
(b) Effizienz (oder Wirtschaftlichkeit) ist der Quotient aus realisiertem (Grenz-)Nutzen (Konsequenzen, Output) und realisiertem Ressourcenverbrauch (bewertete „Inputs")

Die Beziehung zwischen Effektivität und Effizienz kann im Kontext gesundheitsökonomischer Evaluationen und daraus abgeleiteter Handlungsempfehlungen weitreichende Konsequenzen haben. Diese können beispielsweise die Bedingungen und ggf. Höhe der Kostenerstattung durch die Krankenversicherung betreffen.

Effizienz ist immer ein sekundäres oder instrumentelles Ziel; denn jede Effizienzanalyse setzt die vorherige Definition der gewünschten „Outputs" (das Effektivitätskriterium) voraus, mithin einen Konsensus über das (primäre) Zielkriterium.

Viele Nichtökonomen, darunter viele Ärzte und vermutlich die Mehrzahl ihrer Patienten, nehmen intuitiv an, dass Ressourcenverschwendung (und folglich „Ineffizienz") genau dann eintrete, wenn medizinische Maßnahmen durchgeführt oder veranlasst werden, welche dem betreffenden Patienten keinen zusätzlichen Nutzen mehr versprechen. Diese Intuition hat jedoch nur begrenzten praktischen Wert, da sich kaum Interventionen finden dürften, für die es nicht die begründbare Annahme gibt, dass sie zumindest einzelnen Patienten eine (möglicherweise nur geringe) Chance auf einen medizinischen Nutzen böten. Anliegen der evidenzbasierten Medizin ist es, verlässlich zu bestimmen, welche Erfolgsaussichten mit konkreten medizinischen Maßnahmen verknüpft sind. Damit liefert sie wichtige Informationen für Entscheidungen über die Erstattungsfähigkeit medizinischer Verfahren im Rahmen solidarisch finanzierter Gesundheitssysteme.

Das verbreitete Alltagsverständnis von Effizienz ist vor allem deshalb unbefriedigend, weil es die mit einer bestimmten Verwendung knapper Mittel stets verbundenen Opportunitätskosten außer Acht lässt. Aus ökonomischer Sicht sind die wahren Kosten einer Handlung durch den entgangenen Wert definiert, der bei einer alternativen (genauer der nächstbesten) Verwendung der eingesetzten Ressourcen hätte erzielt werden können.

Eine Maßnahme ist demzufolge nur dann effizient, wenn der mit ihrer Realisierung zu erwartende zusätzliche Wert ihre (Opportunitäts-)Kosten übersteigt. Das entspricht in Abbildung 2 dem Bereich unterhalb, al-

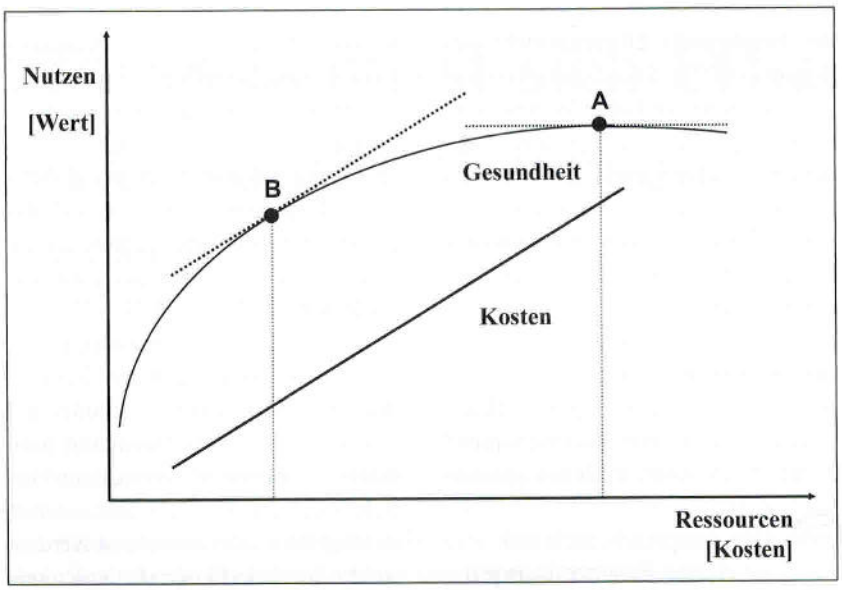

Abb. 2: Zum Begriff der „Effizienz"
Medizinische Maßnahmen können in der Reihenfolge ihrer (abnehmenden) Relation von Grenznutzen zu Grenzkosten von links nach rechts sortiert werden.
Dann zielen die Methoden der evidenzbasierten Medizin auf die möglichst verlässliche Bestimmung des Punktes A, jenseits dessen weitere medizinische Maßnahmen keinen zusätzlichen Nutzen mehr erwarten lassen. Sie sind ersichtlich „ineffizient" im Sinne des gemeinsprachlichen Verständnisses. Dem entspricht im Sprachgebrauch der Medizin die Situation der „Überversorgung."
Aus (gesundheits-)ökonomischer Fachperspektive beginnt „Ineffizienz" demgegenüber rechts von Punkt B, da ab dann die Grenzkosten weiterer medizinischer Maßnahmen ihren Grenznutzen übersteigen (vgl. V. R. Fuchs, 1972).

so links von Punkt B. Die Konsequenz ist evident: Jenseits (in der Abbildung rechts) von Punkt B sollten bei ökonomischer Betrachtung keine Leistungen mehr erstattet werden, da ein anderweitiger Einsatz – eine alternative „Allokation" – der dafür benötigten Mittel größeren Nutzen stiften würde. Mit anderen Worten: Erwiesenermaßen effektive Behandlungen im Bereich zwischen den Punkten B und A würden aus dem Leistungskatalog eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems eliminiert („rationiert") werden, weil sie unwirtschaftlich (im ökonomischen Sprachgebrauch „allokativ ineffizient") sind.

Wirtschaftlichkeit („Effizienz") beschreibt somit einen Zustand, in dem das Verhältnis der benötigten Ressourcen (möglichst geringe Inputs) zum damit erreichten Ergebnis (möglichst große Outputs) in der Weise optimal ist, dass ein maximaler Gesamtnutzen erzielt werden kann.[1]

Um die Facetten der Effizienzbegriffs näher zu beleuchten, bedarf es zusätzlicher Differenzierungen.

Technische Effizienz

Ich definiere hier technische Effizienz als Unteraspekt der „produktiven Effizienz" (siehe unten): es geht darum, den Einsatz genau *einer* verfügbaren Ressource (*eines* einzigen Produktionsfaktors) zu optimieren.

Zu Illustration ein Beispiel: Von Studierenden wird effizientes Lernen erwartet. Steht eine Klausur bevor, dann könnte die Vorgabe lauten, 90 von 100 möglichen Punkten zu erreichen. Das entspräche einem angestrebten Zielerreichungsgrad („Effektivität") von 90 Prozent. Wird dafür ein Aufwand von 180 Stunden Lesezeit benötigt, so entspricht das einer Relation von (180 h / 90 p =) zwei Stunden je Punkt. Wenn mit „Mut zur Lücke" und einem auf 90 Stunden reduzierten Vorbereitungsaufwand 60 Punkte erreichbar wären, dann verbesserte sich die Effizienz auf (90 h / 60 p =) 1½ Stunden je erzieltem Punkt. Für ehrgeizigere Studierende, die eine Grenzbetrachtung vornehmen, entspräche dies einem Mehraufwand von (180 h – 90 h =) 90 Stunden für (90 p – 60 p =) 30 zusätzliche Punkte, also einer Relation von {(180 – 90) h / (90 – 60) p =} drei zusätzlich aufzuwendenden Stunden für einen zusätzlichen Punkt in der Prüfung.

Auf dieser Basis kann dann der vorgegebene Faktoreinsatz „Lesezeit" durch geeignete Lesetechniken wie arbeitsphysiologisch sinnvolle Pausen und lernpsychologisch bewährte Wiederholungstechniken optimiert werden. Das entspricht einer Erhöhung der sogenannten „technischen Effizienz" – ein fast immer erstrebenswertes, eigentlich triviales Ziel.

Produktive Effizienz

Wie im vorangegangenen Fall bemisst sich die produktive Effizient anhand der Relation von Ressourcenverbrauch und erzieltem Ergebnis, zunächst nur mit dem Unterschied, dass mehr als eine Ressource zur Verfügung steht.

Um im Beispiel zu bleiben: Es ist wahrscheinlich, dass Studierende neben dem Lesen auch andere Lernmethoden wie beispielsweise den Besuch von Vorlesungen und Übungen, das Lernen in Gruppen oder die Teilnahme an Repetitorien nutzen. Für jeden dieser Produktionsfaktoren gilt es, in ei-

[1] Neben dem Optimalprinzip lässt sich der Effizienzbegriff auch als Minimal- und Maximalprinzip formulieren. Beim Minimalprinzip geht es darum, den angestrebten Output mit möglichst geringem Mitteleinsatz zu erreichen, in der Ausprägung als Maximalprinzip umgekehrt darum, mit vorgegebenem Mitteleinsatz ein möglichst hohes Ergebnis zu erzielen.

Kurze Umschreibung der verschiedenen Effizienzbegriffe

Produktive Effizienz	a) Technische Effizienz i. e. S.: maximale Produktion von einem oder mehreren Gütern („Güterbündel") mittels *eines* knappen Produktionsfaktors. b) Produktive Effizienz i. w. S.: maximale Produktion von (einem oder) mehreren Gütern („Güterbündel") mittels kombinierter Nutzung *mehrer* Produktionsfaktoren.
Allokative Effizienz (Begriff aus der Volkswirtschaftslehre)	In der Regel verstanden als (potenzielle) „Pareto-Effizienz": (verteilungsindifferentes) gesellschaftliches („ökonomisches" oder „soziales") Nutzenmaximum.
Statische Effizienz	Maximaler Nettonutzen unter der Annahme statischer Bedingungen (d. h. ohne Berücksichtigung künftiger Veränderungen von Faktorkosten oder Technologien).
Dynamische Effizienz	Maximaler Nettonutzen aufgrund gegenwärtiger Investitionen bei Betrachtung über längere (in der Regel bezogen auf Lebenszyklen intergenerative) Zeiträume unter Berücksichtigung von Innovationen.
Effizienz 1. Ordnung (Begriff aus der Betriebswirtschaftslehre)	Produktivität unter konstanten Bedingungen mit in der Regel kurzfristigem Fokus.
Effizienz 2. Ordnung (Begriff aus der Betriebswirtschaftslehre)	Produktivität unter wechselnden Bedingungen, geprägt durch Flexibilität und Anpassungsfähigkeit.

nem ersten Schritt die „technische Effizienz" zu optimieren.

Im nächsten Schritt geht es um den optimalen Mix der einzelnen Produktionsfaktoren. Der ist genau dann erreicht, wenn der mit der jeweils letzten Einheit einer eingesetzten Ressource („Grenzkosten") produzierte Nutzenzuwachs („Grenznutzen") gleich ist. Dieser optimale Mix und damit die produktive Effizienz ist ersichtlich abhängig vom primär verfolgten Ziel („Effektivitätskriterium"): Ist das primäre Ziel, eine Klausur (möglichst gut) zu bestehen, könnten sich die Studierenden möglicherweise für einen weitgehenden Verzicht auf Vorlesungsbesuch und Übungen zugunsten von Repetitorien entscheiden, um das Verhältnis von Aufwand zu Ergebnis zu optimieren.

Wäre das Ziel aber Verstehen und Anwendungswissen, könnte sich die relative Effizienz der einzelnen Faktoren und damit ihr optimaler Mix deutlich verändern zugunsten von Übungen, Fallstudien- und Gruppenarbeit. Anders ausgedrückt: Erst wenn die primären Ziele expliziert sind, lassen sich sinnvolle Aussagen zur produktiven Effizienz treffen.

Mit Blick auf die angewandte Gesundheitsökonomie könnte man exemplarisch an die Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern denken: Die Evaluation alternativer therapeutischer Ansätze dürfte anders ausfallen, wenn als primäres Behandlungsziel anstelle der Verbesserung der subjektiven Lebensqualität der Kinder (wie es konventionelle Kosten-Nutzwert-Analysen unterstellen) etwa die Befähigung zur erfolgreichen Teilnahme am Schulunterricht definiert würde (vgl. Foster et al., 2007; Schlander, 2010a).

Schließlich könnten, um im Beispiel zu bleiben, beide Teilziele („Produkte") – nämlich möglichst gutes Bestehen des Examens und Erwerb von möglichst brauchbarem Anwendungswissen – von Interesse sein. In der Betriebswirtschafts- und vor allem in der Volkswirtschaftslehre ist es daher aufgrund begrenzt verfügbarer Ressourcen üblich, die effizienten Kombinationen der produzierten Gütermengen abzubilden. Das Instrument dafür ist die Produktionsmöglichkeitenkurve, deren Steigung durch die Grenzrate der Transformation („*marginal rate of transformation*") definiert wird (siehe dazu Abb. 3 auf der folgenden Seite).

Erst nachdem das Ziel klar benannt ist, kann etwas über die produktive Effizienz gesagt werden

Allokative Effizienz

Was bis zu diesem Punkt allenfalls von betriebswirtschaftlichem und akademischem Interesse zu sein scheint, gewinnt eine neue Dimension, sobald man die Frage nach der Effizienz auf das Problem der optimalen Ressourcen*allokation* überträgt. Denn damit wird die Analyse der Produktionsmöglichkeiten erweitert um die Frage nach dem gesellschaftlichen Wohlfahrtsergebnis.

[2] Während man untechnisch von einem „Verteilungsproblem" sprechen könnte, unterscheidet die Volkswirtschaftslehre strikt zwischen „Allokation" (Zuteilung) und „Distribution" (Verteilung). Effizienzaussagen sind dann stets Allokationaussagen, während (re-)distributive Ziele – wenn überhaupt – als sekundär behandelt werden (vgl. Reinhardt, 1998).

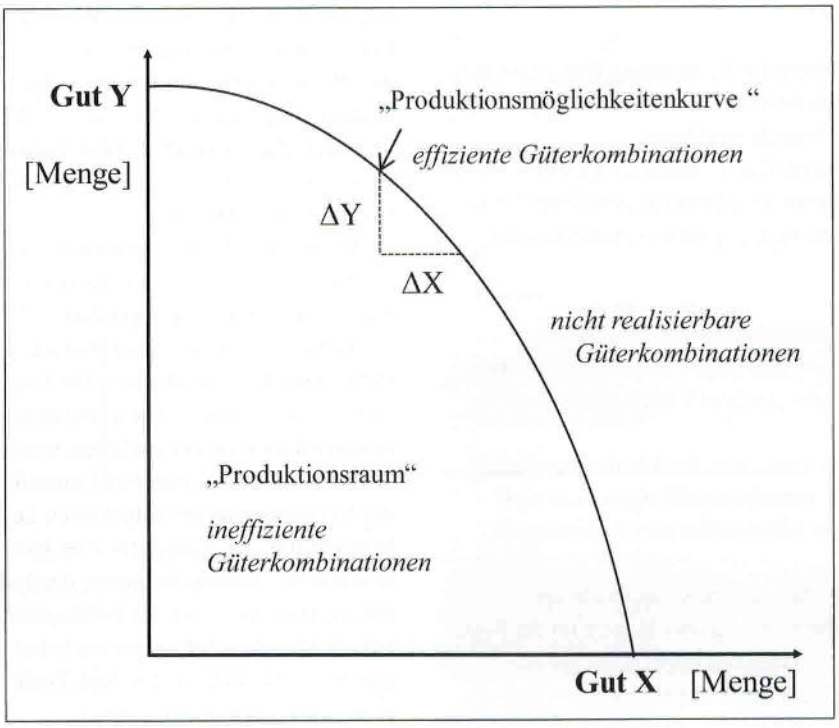

Abb. 3: Produktionsmöglichkeitenkurve und „Grenzrate der Transformation"
Die Produktionsmöglichkeiten- oder manchmal auch „Transformationskurve" für ein einfaches Zwei-Güter-Modell ist die grafische Darstellung der effizienten Gütermengenkombinationen bei gegebenem Ressourceneinsatz und konstanter („*statischer*") Produktionstechnologie. Der „Produktionsraum" unter der Transformationskurve enthält sämtliche möglichen Güterkombinationen, die unter den gegebenen Bedingungen hergestellt werden können. Außerhalb der Kurve befinden sich nicht realisierbare Kombinationen.
Die Grenzrate der Transformation („*marginal rate of transformation*", MRT) weist im typischen Fall eine negative Steigung auf. Ihr Verlauf repräsentiert die Opportunitätskosten, nämlich die aufgegebene Produktionsmenge von Gut Y, wenn bei vorgegebener Verfügbarkeit (Knappheit) von Ressourcen und Produktionstechnologien eine zusätzliche Einheit von Gut X produziert wird. Es gilt MRT = -ΔY/ΔX oder genauer: MRT = -dY/dX

Jetzt geht es darum, welche (und damit wessen[2]) Bedürfnisse mit den vorhandenen Ressourcen und den damit produzierbaren Gütern und Dienstleistungen befriedigt werden sollen.

Mit dem Konzept der allokativen Effizienz macht die Ökonomik normative Aussagen zum gesellschaftlichen Nutzen, die auf einer ganzen Reihe axiomatischer Annahmen beruhen. Für alle Varianten gilt, dass sie – wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß – in der utilitaristischen Tradition von Jeremy Bentham und John Stuart Mill stehen. Gesellschaftlicher Nutzen stellt aus dieser Sicht (nur) das zu maximierende Aggregat des Nutzens der individuellen Gesellschaftsmitglieder dar.

Individueller Nutzen

Als Maß des individuellen Nutzens gilt die Stärke der beobachtbaren Präferenz für ein Gut. Diese wird mittels der maximalen individuellen Zahlungsbereitschaft bestimmt. Dabei wird angenommen, dass die Struktur der individuellen Präferenzen unter anderem den Bedingungen strikter Eigennutzorientierung (exogene[3] Natur der Präferenzen; Irrelevanz von äußerer Beeinflussung) und einer stetigen Präferenzordnung genügt (vgl. Gans und Marggraf, 1997). Dieses Modell des *homo oeconomicus* bietet offensichtlich keine umfassend gültige Beschreibung des menschlichen Entscheidungsverhaltens. Das hat in der Vergangenheit manche Gesundheitsökonomen jedoch nicht daran gehindert, das Modell – das sich als deskriptiv unbrauchbar erwies – normativ zu interpretieren.[4]

Gesellschaftlicher Nutzen: Pareto-Effizienz

Von kritischer Bedeutung ist der auf die Bestimmung des individuellen Nutzens folgende zweite Schritt, der – ganz in der utilitaristischen Tradition – nach einem gesellschaftlichen Nutzenmaximum als Aggregat des individuellen Nutzens sucht. Mögliche soziale Interaktionen (Neid, Altruismus) bleiben bei Kosten-Nutzen-Analysen regelmäßig ausgeklammert; die Nutzenvorstellungen der Individuen dürfen sich nicht wechselseitig beeinflussen. Das Pareto-Prinzip als eine zentrale Prämisse der Wohlfahrtsökonomik besagt dann vereinfacht, dass eine Reallokation von Ressourcen immer dann effizient sei, wenn der Nutzen mindestens eines Gesellschaftsmitgliedes ansteigt, ohne dass gleichzeitig der Nutzen irgendeines anderen Mitglieds sinkt. Es ist unmittelbar evident, dass das Pareto-Prinzip zur Frage einer gerechten Verteilung („Distribution") und damit auch zur Frage des gerechten Zugangs zu medizinischen Leistungen *per definitionem* keinen Beitrag leisten kann.

Der Ausschluss von verteilungsbezogenen (distributiven) Präferenzen bei der Bestimmung der gesellschaftlichen

[3] In der Sprache der mikroökonomischen Modellwelt sind „exogene" Variablen von außen vorgegeben. Sie sind feststehende Größen, die von einer Person nicht beeinflusst werden können.

[4] Selbst das wohlfahrtsökonomische Dogma der Konsumentensouveränität, welches das liberale, antipaternalistische Leitbild der Mehrzahl der Ökonomen reflektiert, kann nicht mit Anspruch auf Allgemeingültigkeit auf das Gesundheitswesen übertragen werden: Wenn etwa nach den Präferenzen von Patienten gefragt wird, sind deren existenzielle Herausforderungssituation im Fall einer akuten schweren Erkrankung und Informationsasymmetrien zu berücksichtigen (vgl. Schlander, 1999).

Nutzenfunktion wird gewöhnlich mit der Unzulässigkeit „asozialer Präferenzen" wie beispielsweise Neid und Missgunst begründet.

Das Pareto-Kriterium ist für Kosten-Nutzen-Analysen in der Praxis nahezu unbrauchbar, da es kaum eine Intervention gibt, die nicht einzelne Gesellschaftsmitglieder schlechter stellen würde. Der Hauptgrund dafür, dass sich Kosten-Nutzen-Evaluationen in der Gesundheitsökonomie nicht als Standardverfahren der Evaluation durchsetzen konnten, dürfte jedoch im verbreiteten Widerwillen der Bürger und nicht zuletzt der Ärzteschaft gegen eine Monetarisierung von Gesundheit und damit letztlich menschlichem Leben zu suchen sein. Wäre es anders, könnte eine der Folgen darin bestehen, dass der nach Kosten-Nutzen-Analyse bestimmte „soziale Wert" medizinischer Maßnahmen bzw. von „Gesundheit" für reiche Menschen höher ausfiele als für weniger Wohlhabende. Denn die Zahlungsbereitschaft ist stets auch von der Zahlungsfähigkeit abhängig.

Der Effizienzbegriff der konventionellen Gesundheitsökonomie

Vor diesem Hintergrund hat in der angewandten Gesundheitsökonomie ein Evaluationsansatz große Verbreitung gewonnen, der ausschließlich auf die gesundheitsbezogenen Effekte medizinischer Maßnahmen und auf deren Maximierung rekurriert. Dieser Ansatz betrachtet Gesundheit als ein unabhängiges Argument in der individuellen Nutzenfunktion, das heißt, er gibt die Annahme einer Kompensationsmöglichkeit für vorenthaltener Gesundheitsleistung, sei es mittels anderer Güter, sei es rein monetär, grundsätzlich auf. Gleich große absolute Gesundheitsgewinne werden gleich bewertet, egal wem sie zugute kommen.

Der gesundheitsbezogene Nutzen besteht im konventionellen Modell aus gewonnenen Lebensjahren und – wieder anhand individueller Präferenzen für Gesundheitszustände bewerteter – gewonnener Lebensqualität, welche üblicherweise in dem Konstrukt der sogenannten „*Quality-Adjusted Life Years*" (QALYs) teils multiplikativ, teils additiv integriert werden (vgl. Schlander, 2010). Von elementarer Bedeutung ist die Annahme, mit der zunehmenden so definierten „allokativen Effizienz" – also geringeren Kosten je gewonnenem QALY – steige die soziale Erwünschtheit der Aufnahme einer medizinischen Maßnahme in den Leistungskatalog der Krankenversicherung.

Dass dies nicht ohne Weiteres zutrifft, zeigen die Beispiele von Sildenafil[5] als Therapie der erektilen Dysfunktion älterer Männer oder die Entfernung von Tätowierungen. Beide Interventionen zeichnen sich durch hohe „allokative Effizienz" aus, weil starke individuelle Wünsche (Präferenzen) auf vergleichsweise niedrige Kosten pro Behandlungsfall treffen, mithin die Kosten je QALY niedrig sind (vgl. Stolk et al., 2000). Andererseits können die Kostenfolgen für das System sehr groß sein. Dem gegenüber stehen viele Krebstherapeutika und Medikamente für seltene Erkrankungen („*Orphan Diseases*"; vgl. Schlander et al., 2014, 2016), deren Anwendung oftmals mit hohen oder sehr hohen Kosten pro Behandlungsfall einhergeht, woraus Kosten je QALY im sechsstelligen Euro-Bereich resultieren können. Das aber bedeutet nicht zwangsläufig, dass die Kostenfolgen für das System automatisch groß sein müssten. Denn der *Budget Impact* (Kostenfolgen) errechnet sich als das Produkt aus Kosten pro Fall und Fallzahl.

Die mit Hilfe des QALY-Modells methodisch korrekt bestimmte „allokative Effizienz" scheint in zahlreichen Fällen verbreiteten moralischen Intuitionen zu widersprechen: Sie würde bestimmten Gruppen von Patienten – zum Beispiel Kindern mit seltenen hereditären Stoffwechselkrankheiten oder Krebserkrankungen – systematisch die Chance auf Zugang zu effektiven Therapien nehmen (vgl. Schlander et al., 2014, 2016).

Auch diese – in der Literatur als „Extrawelfarismus" bezeichnete – Variante ist also nicht frei von spezifischen Problemen. Der auf die gesamtgesellschaftliche Maximierung eines Konstrukts aus Lebenszeit und gesundheitsbezogener Lebensqualität zielende Ansatz berücksichtigt Kontextvariablen wie *beispielsweise* die individuelle Bedürftigkeit nicht ausreichend. Die Schwachstelle, die einzelne Person als Subjekt nicht hinreichend ernst zu nehmen, gilt als typisch für rein utilitaristische Ansätze.

Schon die Annahme, das Ziel einer solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung sei die Maximierung der „produzierten" Gesundheit – technisch ausgedrückt in der Summe der gewonnenen QALYs als Maximand –, hält einer empirischen Überprüfung nicht stand. Sie wurde jedoch umstandslos der Standardmethode für die Messung des Bruttosozialprodukts und der im *Operations Research* üblichen Optimierung der produktiven (nicht allokativen) Effizienz entlehnt und auf die „Produktion von Gesundheit" als mutmaßlich richtiges Effektivitätskriterium übertragen (vgl. Nord, 1999; Dolan et al., 2005; Schlander, 2005a,b).

> Ziel einer solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung ist nicht das gesamtgesellschaftliche Maximum von gesundheitsbezogener Lebensqualität und Lebenszeitverlängerung

Diese Vermutung deckt sich offensichtlich nicht mit den Erwartungen

[5] Der Wirkstoff Sildenafil ist besser bekannt unter dem Handelsnamen Viagra.

der Versicherten an das Gesundheitssystem. Eine rasch wachsende Zahl empirischer Studien belegt die große Relevanz sozialer Normen und Präferenzen. Dazu gehören

- eine gut dokumentierte Präferenz für die Priorisierung der Behandlung schwerwiegender Gesundheitsstörungen,
- eine Priorität für dringliche Situationen (vgl. die „*Rule of Rescue*"-Diskussion),
- eine Abneigung gegen „Alles-oder-Nichts"-Entscheidungen, die Patienten(gruppen) jede Chance auf Behandlung nehmen,
- Widerstand gegen eine Priorisierung anhand des Fallkostenkriteriums und
- ein verbreiteter Wunsch nach „Fairness" (und „*Sharing*"; vgl. Richardson et al., 2012, 2017a,b) des Zugangs zu medizinischen Maßnahmen.

Die Antworten des konventionellen Evaluationsmodells, welche Bedeutung

(a) der Schwere einer Gesundheitsstörung,
(b) der Abwägung kleiner Effekte für sehr viele Personen gegenüber großen Effekten für wenige Patienten,
(c) der Chance, überhaupt Zugang zu einer wirksamen Therapie zu erhalten,
(d) der Dringlichkeit einer Intervention und damit zugleich der Abwägung kleiner und großer Risiken, sowie
(e) der Dimension (den Kostenfolgen) eines Programms zukommen sollte,

führen somit zu gravierenden Widersprüchen mit dokumentierten sozialen Präferenzen (vgl. Nord, 2016; Richardson et al., 2012, 2017a,b; Schlander, 2010b; Schlander et al., 2014; Whitty et al., 2014).

Fazit

- Die konventionelle gesundheitsökonomische Evaluationsmethodik ist geeignet, wertvolle Einsichten zu Fragen der produktiven Effizienz zu liefern. Das gilt jedoch nicht oder nur sehr eingeschränkt für ihre Antworten auf Allokationsfragen, die stets interpersonelle Abwägungen einschließen. Ein Hauptgrund hierfür ist die empirisch unhaltbare Annahme der Zielsetzung eines solidarischen Gesundheitssystems. Die Problemstellung, ein solidarisches System zu installieren, ist distributiver Natur; eine adäquate Lösung kann folglich nicht in der derzeit vorherrschenden Orientierung an einer distributionsblinden allokativen Effizienz gefunden werden.
- Für valide Antworten auf Allokationsfragen, die die sozialen Normen und Präferenzen der Versicherten und deren begründete Erwartungen an ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem besser abbilden, wird es eines postkonventionellen Evaluationsansatzes bedürfen. Es gibt keinen überzeugenden Grund, an der engen Fokussierung auf individuelle, eigennutzorientierte Präferenzen festzuhalten und dadurch unter Ausschluss sämtlicher dokumentierter sozialer Präferenzen ein reduktionistisches Konstrukt des gesellschaftlichen Nutzens zur Grundlage von Kosten-Nutzen-Bewertungen zu machen. Eine Korrektur dieser Einengung wäre durchaus innerhalb einer konsequentialistischen Konzeption vorstellbar.
- So wie individuelle Präferenzen, können auch bestimmte soziale Präferenzen aus ethischer Sicht problematisch sein. Deshalb müssen (auch postkonventionelle) gesundheitsökonomische Analysen in einen prioritären normativen Rahmen eingebettet werden. Die Vorgaben dazu setzen verfassungsrechtliche und bundesgesetzliche Regelungen. Für die notwendige nichtkonsequenzialistische, an Rechten orientierte Perspektive gibt es sowohl in der ökonomischen Literatur (vgl. Wagstaff und Van Dorslaar, 2000; Williams und Cookson, 2000) als auch aus dem Bereich der Health Technology Assessments (vgl. SwissHTA, 2012) zahlreiche Anknüpfungspunkte. Prioritäre normative Vorgaben werden auch deshalb unverzichtbar bleiben, weil letztlich moralische Pflichten zwar mit Rechten, nicht jedoch mit bloßen Präferenzen begründet werden können.
- Es bedarf gedanklicher und begrifflicher Klarheit, wenn Effizienzanalysen durchgeführt und ihre Ergebnisse kommuniziert werden. Ökonomen und besonders die Rezipienten ihrer Analysen benötigen, um weitreichende Missverständnisse zu vermeiden, Transparenz über Prämissen und Limitationen, gerade auch bezüglich der normativen Reichweite abgeleiteter Empfehlungen.

KURZBIOGRAPHIE

Michael Schlander (*1959), Dr. med., ist Arzt und Wirtschaftswissenschaftler. Er ist Professor für Gesundheitsökonomie an der Universität Heidelberg, verbunden mit der Leitung der Abteilung für Gesundheitsökonomie am Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) in Heidelberg (seit Januar 2017), außerdem Gründer und Vorstandsvorsitzender des als gemeinnützig anerkannten „Institute for Innovation & Valuation in Health Care" (InnoVal[&]) in Wiesbaden (seit Juni 2005). Zuvor war er Professor für Gesundheits- und Innovationsmanagement an der Hochschule für Wirtschaft Ludwigshafen (von 2002 bis 2016), davor 15 Jahre in Managementfunktionen der internationalen pharmazeutischen Industrie in Deutschland, Belgien und den Vereinigten Staaten von Amerika. Weiteres zur Person und zu den Publikationen unter: www.michaelschlander.com.

LITERATUR

Arrow, K.J.: Uncertainty and the welfare economics of medical care. American Economic Review 1963; 8 (5): 941–973.

Dolan, P., Shaw, R., Tsuchiya, A., Williams, A.: QALY maximisation and people's preferences: a methodological review of the literature. Health Economics 2005; 14 (2): 197–208.

Foster, E.M., Jensen, P.S., Schlander, M., Pelham, W.J., Hechtman, L., Arnold, L.E., Swanson, J.M., Wigal, T.: Treatment for ADHD: is more complex treatment cost-effective for more complex cases? Health Services Research 2007; 42 (1): 165–182.

Gans, O, Marggraf, R.: Kosten-Nutzen-Analyse und ökonomische Politikbewertung 1: Wohlfahrtsmessung und betriebswirtschaftliche Investitionskriterien. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1997.

Leshem, D.: What Did the Ancient Greeks Mean by Oikonomia? Journal of Economic Perspectives 2016; 30 (1): 225–231.

Mankiw, G.: Grundzüge der Volkswirtschaftslehre. Stuttgart: Schaeffer Poeschel 2004 (3. Aufl.).

Nord, E.: Cost Value Analysis in Health Care: Making Sense out of QALYs. Cambridge: Cambridge University Press 1999.

Nord, E.: Beyond QALYs: Multi-criteria based estimation of maximum willingness to pay for new health technologies. Unveröffentlichtes Manuskript; eingeladener Vortrag anlässlich der Heidelberg Health Economics Summer School 2016, 28. Sept. 2016.

Reinhardt, U.E.: Abstracting from distributional effects, this policy is efficient. In: Barer, M.L., Getzen, T.E., Stoddard, G.E. (Hrsg.): Health, Health Care and Health Economics. Perspectives on Distribution. Chichester: Wiley 1998; 1–52.

Richardson, J., Sinha, K., Iezzi, A., Maxwell, A.: Maximising health versus sharing: measuring preferences for the allocation of the health budget. Social Science & Medicine 2012; 75: 1351–1361

Richardson, J., Iezzi, A., Chen, G., & Maxwell, A.: Communal sharing and the provision of low volume high cost health services: Results of a survey. Unveröffentlichtes Manuskript (2017a).

Richardson, J. et al. Sharing as a motivation for providing life extending services which are not cost effective to less severely ill patients: results of a survey. Social Science & Medicine 2017b; im Druck.

Robbins, L.: Essay on the Nature and Significance of Economic Science. London: The Macmillan Press, 3. Aufl. 1935 (1. Auflage 1932).

Schlander, M.: Rationierung oder Rationalisierung? Rationale Ressourcenallokation im Gesundheitswesen (Teil 2): Entscheidungen durch Patienten. Medizinische Welt 1999; 50: 83–90.

Schlander, M.: Kosteneffektivität und Ressourcenallokation: Gibt es einen normativen Anspruch der Gesundheitsökonomie? In: Kick, H.A., Taupitz, J. (Hrsg.): Gesundheitswesen zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit. Münster: LIT-Verlag 2005; 37–112.

Schlander, M.: Health economic evaluation of medical interventions: answering questions people are unwilling to ask? 5th World Congress, International Health Economics Association (iHEA), Barcelona, 13. Juli 2005; Abstraktband: 354–355.

Schlander, M.: The Pharmaceutical Economics of Child Psychiatric Drug Treatment. Current Pharmaceutical Design 2010a; 16: 2443–2461.

Schlander, M.: Measures of efficiency in healthcare: QALMs about QALYs? Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung & Qualität im Gesundheitswesen 2010; 104 (3): 209–226.

Schlander, M., Garattini, S., Holm, S., Kolominsky-Rabas, P., Nord, E., Persson, U., Postma, M., Richardson, J., Simoens, S., Solà-Morales, O., Tolley, K., Toumi, M.: Incremental cost per quality-adjusted life year gained? The need for alternative methods to evaluate medical interventions for ultra-rare disorders. Journal of Comparative Effectiveness Research 2014; 3 (4): 399–422.

Schlander, M., Garattini, S., Kolominsky-Rabas, P., Nord, E., Persson, U., Postma, M., Richardson, J., Simoens, S., Solà-Morales, O., Tolley, K., Toumi, M.: Determining the value of medical technologies to treat ultra-rare disorders: a consensus statement. Journal of Market Access & Health Policy 2016; 4: 33039; 1–9.

Stolk, E.A., Busschbach, J.J., Caffa, M., et al. Cost utility analysis of sildenafil compared with papaverine-phentolamine injections. British Medical Journal 2000; 320: 1165–1168.

SwissHTA: Swiss HTA Consensus Project: Guiding Principles. Basel, Bern, Solothurn und Wiesbaden, 13. März 2012. Als Download abrufbar unter www.swisshta.ch.

Wagstaff, A., Van Dorslaar, e.: Equity in health care financing and delivery. In: Culyer, A., Newhouse, J. (Hrsg.) Handbook of Health Economics. North Holland: Elsevier 2000, 1805–1862.

Whitty, J.A., Lanscar, E., Rixon, K., Golenko, X., Ratcliffe, J.: A systematic review of stated preference studies reporting public preferences for healthcare priority setting. Patient 2014; 7: 365–386.

Williams, A., Cookson, R.: Equity in health. In: Culyer, A., Newhouse, J. (Hrsg.) Handbook of Health Economics. North Holland: Elsevier 2000, 1863–1910.

Woll, A.: Wirtschaftslexikon. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag 1988 (3. Aufl.).

Weyma Lübbe: Lifesaving as Waste of Scarce Resources? Rule of Rescue versus Saving Statistical Lives

The "Rule of Rescue" refers to the practice that, in order to save people from immediate peril, societies incur high costs largely irrespective of the fact that many more lives could be saved under alternative uses of the resources. The practice has been found difficult to explain, let alone justify, and has often been criticized. In the early literature in the context of the Oregon rationing experiment, the irrationality objection dominated in view of the obvious lack to consider opportunity costs. More recent contributions, taking account of the declining support for purely efficiency-oriented prioritization approaches, advance an equity objection: The practice discriminates against statistical lives.

Intent of the present contribution: This article provides a critical assessment of both objections.

Results: The following contentions result from the analysis: 1. The equity objection is unfounded; 2. Following the rule of rescue is (in a certain sense) inefficient, but it is not irrational; 3. The criticized judgments result from deep-seated shortcomings in the action-theoretical concepts used (or rather, omitted) in the literature. These shortcomings are inherent in the consequentialist framework dominating the debate and deserve more attention.

Markus Zimmermann: Priority for People in Need. Commentary on Weyma Lübbe's Article

Weyma Lübbe rightly emphasizes that identifiable patients, who ask a doctor for help, are not comparable with statistic human lives. Also understandable is her emphasis on accountability of actions and omissions. The principle that medicine is primarily about helping those in need of medical treatment and not about the production of as much health as possible is plausible in a Christian-ethical view. As much as her paper is influenced by allocation-ethical theoretical and argumentative discourses, as much current social-poltical challenges get out of focus, as examples prove. The criterion of cost-efficiency of medical measures will help less in the debates on resources than may be expected by many today.

Alexis Fritz: Harm Avoidance has Priority. A Need-Oriented Interpretation of the Rule of Rescue

The rule of rescue is perceived in this paper as a contextual application of the general principle of harm avoidance. Central terms (damage, need, medical indigency, efficiency, utility and urgency) and their interrelation are being clarified. It is shown that if a calculated damage, that could have been avoided, can been accounted for. This prevention of heavy damage is to be preferred before avoidance of light damages. The cost efficiency of a measure has a central by not an immediate role in allocation.

Michael Schlander: How do we Measure Efficiency in the Health System? On the Clarification of Specialist Terminology and Criteria

The word effiency has a positive connotation. Those who know little about economics fail to realize that the usage of the economists differs markedly from common usage. That can cause considerable consequences when economics make influential statements on effiency and inefficiency in the health system. An instructive case in point is the debate on efficient conduct and the so-called "rule of rescue". To understand some of the basic contexts it is necessary to know about the different expectations towards the health system. They result from the different objectives or criteria for efficiency expressed by economists, doctors, patients and healthy insured persons. For "efficiency" can by definition be only an instrumental objective, which can only be discussed if a common understanding on the aims to be pursued has been achieved.

Interview with Matthias Thöns on Patient Welfare, Overtherapy and Alternatives for an Excessive Intensive End-Of-Life Care: "Hospitals are about Enlarging the Number of Well-Paid Operations"

Disincentives in the current accounting system of hospitals and profit orientation of the pharmaceutical industry often lead to overtherapy and the wasting of scarce resources. Lack of transparency and an insufficient patient information prevent that seriously ill patients or the next of kin successfully react against this. Thus, for lucrative operations and therapies very often avoidable sufferings are being accepted and often lives lengthened. Seriously and terminally ill patients are offered an alternative by palliative care, which aims at retaining the quality of life and often achieves prolonging life. By avoiding unreasonable medical activities immense costs and suffering could be saved at the same time.

Résumés

Weyma Lübbe : Sauvetage de vie comme gaspillage de moyens limités ? » Rule of Rescue « contre sauvetage de » vies statistiques «

Le terme » rule of rescue « désigne une pratique selon laquelle la société accepte des coûts élevés pour sauver des vies humaines en danger imminent – sans tenir compte du fait que, par une utilisation alternative des moyens, on pourrait sauver beaucoup plus de vies. Des théoriciens de la priorisation ont souvent critiqué cette pratique. Dès l'introduction de ce terme dans le débat sur la politique de santé, le reproche d'irrationalité a été formulé. On a dénoncé l'absence d' une prise en compte des coûts d'opportunité, à savoir des avantages que l'emploi alternatif le plus efficace aurait procurés. Des contributions plus récentes tiennent compte de la désaffection croissante pour des concepts de priorisation orientés exclusivement vers l'efficacité et mettent en avant le problème de la justice. La règle discriminerait des » vies statistiques «. L'article analyse les deux reproches en avançant les thèses suivantes : 1. Le reproche de discrimination n'est pas fondé. 2. Par rapport à l'avantage médical, la pratique est peu efficiente, mais elle n'est pas irrationnelle. 3. Les reproches tiennent, chez les auteurs impliqués dans le débat, à des concepts insuffisants quant à la théorie d'action.

Markus Zimmermann : Ce qui est prioritaire, c'est l'aide aux hommes en danger immédiat. Un commentaire de l'article de Weyma Lübbe » Rule of Rescue contre sauvetage de vies statistiques «

Weyma Lübbe a raison de dire que des malades identifiables ne peuvent être comparés avec des vies humaines statistiques. On peut très bien comprendre également qu'elle souligne l'imputabilité d'actions et d'omissions. Finalement, l'éthique sociale chrétienne ne contredit pas le principe qui veut que la médecine s'occupe en premier lieu des personnes à soigner et non pas de la production de la plus grande quantité de santé. Au fur et à mesure que la contribution de W. Lübbe a recours à des théories et justifications empruntées aux discussions sur une éthique d'allocation, les défis socio-politiques actuels passent au second plan.- ce qui est illustré par des exemples. Dans les débats actuels relatifs à la distribution, le critère de l'emploi efficient des fonds investis dans des mesures médicales ne devrait pas avoir l'effet positif que beaucoup attendent.

Alexis Fritz : Ce qui est prioritaire, c'est le principe d'éviter des dommages. Une interprétation du » Rule of rescue « partant des besoins

Cet article conçoit le Rule of Rescue comme une application contextuelle du principe général d'éviter des dommages. A cette fin, l'auteur donne une définition des termes pivots (dommage, besoin, nécessité médicale, efficacité ou utilité et urgence) et clarifie les rapports entre ceux-ci. Il démontre qu'on doit répondre également d'un dommage risqué qu'on aurait pu prévenir. Par conséquent, la prévention d'un dommage important est en principe préférable à l'évitement immédiat d'un dommage plus faible. Sur le plan de l'allocation (attribution), l'efficience des coûts d'une mesure joue un rôle majeur, mais pas immédiat.

Michael Schlander : L'efficience dans la santé publique, à quoi se mesure-t-elle ? Pour une clarification de concepts et critères utilisés dans le domaine scientifique

Le terme » efficience « a une connotation positive. Cependant, les non-économistes ne voient souvent pas que le langage des économistes se distingue nettement du sens qu'a ce mot dans le langage courant. Cela peut avoir des conséquences considérables quand des économistes donnent des avis importants sur l'efficience ou la non-efficience dans la santé publique. Le débat sur l'efficience de mesures déterminées et l'ainsi dit » Rule of Rescue « en fournit un exemple instructif. Pour comprendre les connexités fondamentales qui y jouent, il est nécesaire de connaître les différentes attentes liées à la santé publique. Celles-ci résultent des différents objectifs ou critères d'efficacité chez les économistes, les médecins, les patients et les assurés en bonne santé. Car » l'efficience «, par définition, ne peut être qu'un but fonctionnel dont on ne peut discuter de façon raisonnable sans d'abord établir un accord sur les objectifs fondamentaux à suivre.

» Pour les hôpitaux, il s'agit d'augmenter le nombre d'interventions bien rémunérées «. Interview de Matthias Thöns sur le bien des patients, les thérapies superflues et une médecine intensive débordante à la fin de la vie

Des incitations contre-productives de la part des hôpitaux et les intérêts de profit de l'industrie pharmaceutique entraînent souvent des thérapies superflues et le gaspillage de ressources limitées. Le manque de transparence et une information insuffisante des patients empêchent les personnes gravement malades et leurs proches de s'y opposer avec succès.

Ainsi, pour des interventions et thérapies lucratives, on s'arrange trop souvent d'histoires de souffrance qu'on aurait pu éviter. Dans le cas de patients gravement malades ou mourants, des soins palliatifs offrent une alternative. Celle-ci est axée sur le maintien de la qualité de vie et, souvent, prolonge la vie. En évitant des mesures médicales insensées, des coûts et des souffances immenses pourraient être économisés.