

Beitrag Nr. 35, 2024

Das QEG-Dreieck

Ein Vorschlag zur Einordnung und Bewertung versorgungspolitischer Maßnahmen

Prof. Dr. Stefan Huster (Ruhr-Universität Bochum)

Veröffentlichung: Bochum, den 31.1.2024

Veröffentlichung auf www.gesundheitsrecht.blog/qeg-dreieck

Bibliothekslink: <https://doi.org/10.13154/294-10721>

ISSN: 2940-3170

Empfohlene Zitierweise: *Huster*, Gesundheitsrecht.blog Nr. 35, 2024.

Kurzzusammenfassung: In gesundheitspolitischen Diskussionen bleibt häufig unklar, welche Ziele mit den vorgeschlagenen Maßnahmen verfolgt und von ihnen tangiert werden. Der Beitrag macht daher im Sinne einer transparenteren Problemanalyse einen Vorschlag zur Systematisierung gesundheitspolitischer Ziele. Er identifiziert die drei Kernziele Qualität, Effizienz und Gerechtigkeit, erläutert sie und klärt deren Verhältnis.



Dieser Aufsatz ist lizenziert unter den CreativeCommon-Bedingungen CC BY 4.0.

(abrufbar unter: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>)

A. Die Trias der versorgungspolitischen Ziele: Das QEG-Dreieck

I. Explikations- und Transparenzbedarf für gesundheitspolitische Ziele

Systeme der Gesundheitsversorgung sind komplex und verfolgen eine Reihe unterschiedlicher Ziele. Diese Gemengelage führt dazu, dass in der gesundheitspolitischen Diskussion über Weiterentwicklung und Reform des Versorgungssystems – in Deutschland also insbesondere der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) - alle Seiten immer die Möglichkeit besitzen, nur diejenigen Ziele zu betonen, deren Verfolgung ihren Idealen und Interessen gerade entspricht. Wenn etwa ein Verband von Leistungserbringern verlautbart, eine bestimmte Maßnahme verbessere die Versorgungsqualität, ohne die Kosten zu berücksichtigen; wenn ein Sozialverband beklagt, eine Zuzahlung verschärfe die Ungleichheit, ohne auf mögliche Effizienzgewinne zu schauen; wenn ein Kostenträger die Streichung einer Maßnahme fordert, ohne einen Verlust an Versorgungsqualität und sozialer Gerechtigkeit zu reflektieren – dann ist das nicht zielführend, weil versorgungspolitische Entscheidungen immer eine Mehrzahl von Zielen und Prinzipien berücksichtigen und zum Ausgleich bringen müssen; nur ein Ziel herauszustellen, ist der Problematik so gut wie nie angemessen. Derartige Stellungnahmen schreien daher geradezu nach Transparenz, welche Ziele verfolgt werden und wie sich dies auf die Realisierung anderer Ziele auswirkt. Vor diesem Hintergrund soll hier versucht werden, eine Systematik dieser Ziele und ihres Verhältnisses zueinander zu entwickeln.

Die Herausforderung besteht dabei zum einen darin, die Ziele so zu fassen, dass ihnen alle Aspekte, die für Versorgungssysteme relevant sind, sinnvoll zugeordnet werden können. Zum anderen muss eine sinnvolle Unterscheidung von spezifischen Zielen des Versorgungssystems und allgemeinen normativen Rahmenbedingungen, die immer beachtet werden müssen, getroffen werden.¹

II. Die Zieltrias

Vor diesem Hintergrund werden hier drei Ziele vorgeschlagen, die beanspruchen, das Feld sinnvoller versorgungspolitischer Zielvorstellungen in dem Sinne vollständig abzubilden, dass alle weiteren relevanten Aspekte auf sie zurückgeführt werden können:

- **Q (Qualität/quality):** eine möglichst hohe Qualität der Versorgung;
- **E (Effizienz/efficiency):** ein möglichst gutes Verhältnis von Nutzen und Kosten für das Gesamtsystem und seine einzelnen Leistungen;

¹ Näher dazu unten bei III.

- **G (Gerechtigkeit/justice):** eine gleichheitsgerechte Verteilung der Leistungen innerhalb des Versorgungssystems und eine allgemeine Zugänglichkeit des Versorgungssystems

Einfacher gesagt: Wir wollen für alle Bürger eine gute und gerechte medizinische Versorgung zu angemessenen Kosten.

III. Normative Prämissen

Dass in diesem QEG-Prinzip normative Prämissen stecken, sollte nicht überraschen, denn es wäre im Gegenteil erstaunlich, wenn es politische Ziele gäbe, die nicht auf derartigen Prämissen beruhen. Es macht aber Sinn, sich zu vergegenwärtigen, welcher Art diese normativen Prämissen sind und ob und inwieweit sie sich sinnvoll in Frage stellen lassen.

1. Q: Gewährleistungsverantwortung für Versorgungsqualität

Dabei dürfte das Q-Ziel als solches kaum Widerstand hervorrufen, denn es ist nicht ersichtlich, warum man – ceteris paribus – eine schlechte(re) einer guten/besseren Versorgung sollte vorziehen wollen. Man könnte aber eine Stufe vorher ansetzen und bereits in Frage stellen, ob die Qualität des Versorgungssystems überhaupt ein legitimes oder sinnvolles Ziel politischen Bemühens darstellt. Schließlich diskutieren wir auch nicht, ob Wohnzimmerschrankwände oder Ledersandalen in hinreichender Qualität produziert werden, sondern überlassen diese Bewertung dem Markt; hier mag sich dann allenfalls noch herumsprechen, wer diese Güter – ggf. zu einem höheren Preis – in besonders guter Qualität zur Verfügung stellt, aber für politisch-kollektives Überlegen und Entscheiden ist hier kein Platz. Das Q-Ziel setzt daher voraus – wofür gute und vielfach diskutierte gute Gründe bestehen –, dass das System der Gesundheitsversorgung nicht in gleicher Weise dem Markt überlassen werden kann, sondern für dieses System und seine Qualität eine politische Gewährleistungsverantwortung besteht. Dieser Verantwortung kann sicherlich auf sehr unterschiedlichen Wegen nachgekommen werden und auch der Einsatz marktförmiger Steuerungselemente ist gut denkbar, aber die politische Letztverantwortung bleibt bestehen.

2. E: Effizienz und Opportunitätskosten

Das E-Ziel dürfte als solches auch kaum zweifelhaft sein, wirft aber in seiner Konkretisierung erhebliche Fragen auf: Die Gesundheitsversorgung muss bezahlbar bleiben und das Versorgungssystem sollte so organisiert sein, dass die knappen Mittel nicht verschwendet werden. Auch wenn man sich dieser Aussage anschließt, ist damit noch nicht geklärt, wie hoch die Ausgaben für das Versorgungssystem sein dürfen und wie sie innerhalb des Systems verteilt werden sollen. Letztlich ist das auf beiden Ebenen eine Frage nach den Opportunitätskosten:

Welchen Nutzen hätte man außerhalb und innerhalb des Versorgungssystems mit einem anderen Einsatz der Ressourcen stiften können?

3. G: Verteilende und soziale Gerechtigkeit

Jedes Versorgungssystem muss entscheiden, wie die knappen Ressourcen innerhalb des Systems verteilt werden. Wie hier genau Gleichheits- und Effizienzerwägungen zueinander ins Verhältnis gesetzt werden sollen, ist unklar; unumstritten dürfte aber sein, dass überhaupt eine derartige Entscheidung getroffen werden und diese einem Gleichheitsgrundsatz als Prinzip der Verteilungsgerechtigkeit entsprechen muss.

Offen normativ und – jedenfalls im internationalen Vergleich – alles andere als unstrittig ist schließlich das Ziel, dass zu dem System der Gesundheitsversorgung grundsätzlich alle Bürger Zugang haben müssen; insbesondere die Annahme, dass dieser Zugang nicht von der finanziellen Leistungsfähigkeit abhängen darf, wird nicht überall und von jedem geteilt. Da sie aber als ein Element einer „sozialen Gerechtigkeit“ in vielen europäischen Sozialstaaten und gerade auch in Deutschland tief verankert ist und die Geschäftsgrundlage gesundheitspolitischer Reformdiskussionen darstellt, ist es sinnvoll, sie offen auszuweisen, zumal sie auch nicht in den anderen Zieldimensionen Q und E aufgeht, sondern zu diesen sogar in einem Spannungsverhältnis stehen kann.²

B. Qualität (Q)

I. Ziel und Wege

Die Gewährleistung einer möglichst guten Versorgung ist das Kernziel der politischen Gestaltung des Versorgungssystems, wenn man – wie in fast allen entwickelten politischen Ordnungen – diese Gewährleistungsaufgabe für begründbar hält.³ Auch wenn das Ziel dann schon deshalb unumstritten ist, weil es sinnwidrig wäre, ein Versorgungssystem mit schlechter Qualität anzustreben, bestehen über den Weg, auf dem dieses Ziel erreicht werden kann, erhebliche Unklarheiten. Insbesondere die Frage, ob hier eher marktförmige Gestaltungen oder administrative Vorgaben zum Erfolg führen, ist umstritten; vermutlich empfiehlt es sich, dies sachbereichs- und problemspezifisch zu analysieren und aus einer fruchtlosen „Markt oder Staat“-Debatte herauszukommen; gerade in Deutschland mit seinem korporatistischen

² Zu den unvermeidlichen Zielkonflikten vgl. unten E.I.

³ Zu diesem Vorbehalt vgl. bereits oben A.III.1.

Selbstverwaltungssystem im Gesundheitswesen existieren zahlreiche Steuerungsmischformen.⁴

II. Grenzen der Optimierung

Dass eine möglichst gute Versorgung angestrebt wird, bedeutet nicht, dass es hier keine Grenzen und Kompromisse gibt; eine Optimierung der Versorgungsqualität „whatever it takes“ ist keine sinnvolle Option. Ob man die sich aus der unvermeidlichen Begrenztheit der Ressourcen ergebenden Grenzen bereits in den Begriff des medizinisch Notwendigen oder Sinnvollen aufnehmen oder den Konflikt nicht besser transparent darstellen sollte, kann man diskutieren.⁵

C. Effizienz (E)

Effizienzüberlegungen werden auf zwei Ebenen relevant.

I. Rationierung

Zum einen muss sich das Gemeinwesen überlegen, welche Ressourcen für das Versorgungssystem zur Verfügung stehen sollen. Man kann dieser Frage auch dann nicht ausweichen, wenn man das Gut der Gesundheit und daher die medizinische Versorgung für extrem wichtig hält, denn auch der Ressourceneinsatz in anderen Politikbereichen, die mit dem Gesundheitswesen um die zur Verfügung stehenden Mittel konkurrieren, kann erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheit haben, wie wir aus den Public Health-Erkenntnissen über die sozialen Gesundheitsdeterminanten wissen.⁶ Nun besitzt die Möglichkeit, im konkreten Bedarfsfall medizinisch helfen zu können, noch einmal eine andere Dringlichkeit als die Reduzierung von abstrakten Gesundheitsrisiken, aber irgendwann wird in der Versorgung der Grenznutzen so klein und teuer, dass man ins Grübeln gerät, ob man wirklich alles an Versorgung finanzieren sollte, was sich noch als medizinisch sinnvoll beschreiben lässt. Wer das nicht glaubt, landet bei irgendeiner Art der Leistungsbegrenzung aus Kostengründen („Rationierung“). Dieser Effizienzgedanke geht daher weiter als das aus der GKV vertraute Wirtschaftlichkeitsprinzip, das grundsätzlich keine Abwägung von Nutzen und Kosten erlaubt, sondern nur verlangt, dass ein gleicher oder vergleichbarer Nutzen mit möglichst wenig Aufwand erreicht werden soll.

⁴ Vgl. dazu nur Stefan Huster, Korporatismus: Idee, Umsetzung und Handlungsbedarf aus rechtlicher Sicht, Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) 1/2015, S. 10 ff.

⁵ Vgl. dazu die Erwägungen bei Bettina Schöne-Seifert/Daniel Friedrich/Anke Harney/Stefan Huster/Heiner Raspe, „Medizinische Notwendigkeit“. Herausforderungen eines unscharfen Begriffs, Ethik in der Medizin 30 (2018), S. 325, 334 ff.

⁶ Vgl. nur Michael Marmot/Richard G. Wilkinson (Hrsg.), Social Determinants of Health, 2. Aufl. 2005.

II. Rationalisierung

Neben der klärungsbedürftigen Prioritätensetzung zwischen Gesundheitsversorgung und anderen Politikbereichen spielt das Effizienzziel zum anderen auch innerhalb des Versorgungssystems in dem Sinne eine Rolle, dass die begrenzten Ressourcen so zu verwenden sind, dass sie der Versorgung möglichst optimal zugutekommen. Was das bedeutet, ist klar, soweit das System so organisiert werden sollte, dass Verschwendung – Leistungserbringung, die keinen gesundheitlichen Mehrwert produziert – vermieden wird („Rationalisierung“). Schwieriger wird es, wenn man z.B. fordert, dass möglichst viel gesundheitlicher Nutzen bewirkt wird – denn dann besteht die Gefahr, dass man eine faire Verteilung dieses Nutzens aus dem Blick verliert und in die Fallstricke utilitaristischer Ansätze gerät.

D. Gerechtigkeit (G)

I. Verteilungsgerechtigkeit

An dieser Stelle kommt die Forderung nach Verteilungsgerechtigkeit innerhalb des Versorgungssystems ins Spiel, die sich am deutlichsten in Konstellationen – z.B. der Triage oder der Verteilung von knappen Spenderorganen – meldet, in denen die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der potentiellen Patienten keine Rolle spielt. Andere Verteilungsfragen werden dagegen durch die Möglichkeit des privaten Zukaufs von Leistungen außerhalb des Versorgungssystems gebrochen und werfen daher auch Fragen der sozialen Gerechtigkeit auf.

II. Soziale Gerechtigkeit

In besonderer Weise gilt dies schließlich für die Forderung, dass der Zugang zum Versorgungssystem und seinen Standardleistungen für alle Bürger – unabhängig insbesondere von ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit – eröffnet sein muss. Anders gesagt: Für niemanden soll die medizinische Normalversorgung aus finanziellen Gründen nicht zugänglich sein. In Deutschland wird das im Wesentlichen durch die „solidarische“ Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung durch einkommensbezogene, aber risikoindifferente Beiträge und eine entsprechende Absicherung nicht-berufstätiger Personengruppen sichergestellt.⁷ Diese sehr spezielle Ausgestaltung der „solidarischen“ Gesundheitsversorgung ist aber nicht zwingend; ausschlaggebend ist es, dass niemand auf die Normalversorgung aus finanziellen Gründen verzichten muss. Es gibt zahlreiche Wege, dies sicherzustellen; auch folgt

⁷ Zu diesem Solidaritätsverständnis vgl. Stefan Huster, Solidarität und Gesundheit, in: Claudia Maria Hofmann/Indra Spiecker genannt Döhmann (Hrsg.), Solidarität im Gesundheitswesen. Strukturprinzip, Handlungsmaxime, Motor für Zusammenhalt?, 2022, S. 45 ff.

aus dieser Prämisse keineswegs, dass die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen gar keine finanziellen Konsequenzen für den Betroffenen haben darf, solange ihn diese Konsequenzen nicht überfordern.

E. Zielkonflikte, Rahmenbedingungen und alternative Systematisierungen

I. Zielkonflikte

Der Sinn des vorgeschlagenen QEG-Schemas besteht nicht zuletzt darin, die gesundheitspolitischen Zielkonflikte transparent darzustellen. Diese Konflikte sind ubiquitär, wie einige Beispiele belegen:

- Zuzahlungen und Eigenanteile für Versicherte mögen die Effizienz des Systems erhöhen, weil sie unnötige Leistungsanspruchnahmen vermeiden helfen, können aber gleichzeitig den gleichen Zugang zu Versorgungsleistungen beeinträchtigen.
- Kostenbegrenzungen wie Budgets für bestimmte Leistungserbringer o.ä. können Effizienzgewinne generieren, aber auch zur Unterversorgung führen und dadurch die Qualität der Versorgung beeinträchtigen.
- Wie sich zuletzt in der Triage-Diskussion gezeigt hat, kann eine Mittelallokation, die am Effizienzgedanken ausgerichtet ist, mit Gleichheits- und Gerechtigkeitsprinzipien in Konflikt geraten.

Für die Rationalität der gesundheitspolitischen Diskussion wäre vermutlich viel gewonnen, wenn jeder Reformvorschlag seine Auswirkungen auf die QEG-Ziele darlegen und in ihrer Akzeptabilität begründen würde. Dabei wird es keinen einfachen und konsensfähigen Algorithmus geben, wie diese Ziele ins Verhältnis gesetzt werden sollten. Wichtig wäre aber, dass man die Auswirkungen einer Maßnahme auf diese Ziele überhaupt erst einmal deutlich benennt.

II. Allgemeine normative Rahmenbedingungen

Dass ein gesundheitspolitisches Ziel – wie soeben dargestellt – in Konflikt mit einem anderen Ziel geraten und deshalb in seiner Realisierbarkeit beschränkt sein kann, kann gelegentlich dazu führen, dass diese Ziele nicht mehr von den allgemeinen normativen Randbedingungen unterschieden werden, die die Zielverwirklichung immer und überall beschränken. Um ein simples Beispiel zu geben: Die Effizienz des Versorgungssystems könnte gesteigert werden, wenn die Leistungserbringer gezwungen würden, kostenlos oder für einen Hungerlohn zu arbeiten, aber das wäre mit ihren Grundrechten nicht vereinbar. Die Vorgabe, dass die

Leistungserbringer nicht ausgebeutet werden dürfen, sondern angemessen zu vergüten sind, ist nicht ein Ziel des Versorgungssystems – es ist nicht errichtet worden, um die Leistungserbringer zu versorgen -, aber eine Beschränkung, die bei der Zielverfolgung zu beachten ist. Gelegentlich sind Ziele und Beschränkungen nicht leicht zu unterscheiden; so könnte man z.B. die faire Allokation der Mittel innerhalb des Versorgungssystems auch als eine Beschränkung auffassen. Am Ende kommt es aber nicht auf die begriffliche Zuordnung, sondern auf die Argumentation in der Sache an.

III. Alternative Systematisierungen

Eigentlich ist es angesichts der Prominenz versorgungspolitischer Debatten erstaunlich, dass nicht schon lange eine entsprechende Systematisierung der gesundheitspolitischen Ziele entwickelt worden ist. Am nächsten kommt dem noch das Konzept der „value-based healthcare (VCHB)“, das „value“ als das Verhältnis von „health outcome“ und „costs“ definiert, also jedenfalls das Effizienzziel in sein Konzept integriert hat.⁸ Hier fehlt allerdings die G-Vorgabe, dass das Versorgungssystem auch gerecht und solidarisch sein sollte.

⁸ Vgl. Michael Porter/Elizabeth Olmsted Teisberg, Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results, 2006.