

M. SchlanderFakultät für Medizin
der Universität Witten/Herdecke

Rationierung oder Rationalisierung?

Rationale Ressourcenallokation im Gesundheitswesen (Teil 4): Entscheidungen durch Ärzte

Bei nicht unbegrenzt steigbarem (oder sogar »gedeckeltem«) Gesamtbudget für die medizinische Versorgung werden infolge epidemiologischer und demographischer Entwicklungen einerseits und dem medizinischen Fortschritt sowie der damit einhergehenden kontinuierlichen Angebotsausweitung andererseits in zunehmendem Maße komplexe Entscheidungen über die rationale Allokation knapper Ressourcen (»Rationierung«) notwendig (26, 33, 43). In anderen Bereichen der Volkswirtschaft werden solche Entscheidungen über den Preismechanismus herbeigeführt: der individuelle Konsument trifft aufgrund seiner persönlichen Kosten-Nutzen-Bewertung jeweils Kaufentscheidungen. Dieser einfache Marktmechanismus bietet keine universelle Lösung für das Gesundheitswesen – einerseits aufgrund der in der Bevölkerung vorhandenen Präferenz für eine Versicherung gegen unvorhersehbare Gesundheitsrisiken, andererseits wegen der Komplexität typischer medizinischer Entscheidungssituationen. Eine Selbstbeteiligung von Patienten führt zwar erwartungsgemäß zu einer verminderten Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Dieser durchaus erwünschte Effekt kann jedoch ab einer empirisch nicht präzise bestimmten Schwelle mit gravierenden Nachteilen einhergehen (42, 44). Daraus ergeben sich eng umschriebene Grenzen für die Einführung marktwirtschaftlicher Elemente durch größere »Eigenverantwortung« der Patienten. Ressourcenallokation anhand der Leistungsfähigkeit (genauer: Zahlungsfähigkeit, »ability to pay«) wird vor allem in den Vereinigten Staaten praktiziert, mit dem problematischen Ergebnis, daß 40 Millionen US-Amerikaner über keinen Krankenver-

Schlüsselwörter

Ärztliche Entscheidungen, Ethik, finanzielle Anreize, Gesundheitswesen, Managed Care, Rationierung

Zusammenfassung

Der vorherrschenden Meinung der medizinischen Standesethik zufolge sollten Ärzte sich nicht an Rationierungsentscheidungen beteiligen, sondern ausschließlich als Anwälte der Interessen ihrer Patienten tätig sein. Diese Maximalposition entspricht nicht der Realität ärztlichen Handelns und ist als unethisch abzulehnen. Denn sie ist selbst kontextabhängig und widerspricht der Forderung nach Effizienz, da jede nicht optimale Allokation begrenzter Ressourcen mit Opportunitätskosten einhergeht. Zudem führte das Beharren auf diesem Standpunkt zu einer kontraproduktiven Selbstisolation der Ärzte in der dringend notwendigen gesundheitspolitischen Diskussion.

Der einzelne Arzt ist aber überfordert bei Ressourcenallokationsentscheidungen. Dies zeigt sich einerseits an der empirisch geringen Wirksamkeit von Leitlinien und entsprechenden Fortbildungsmaßnahmen, andererseits an der ethischen Problematik von finanziellen Anreizen für ärztliche Ausgabendisziplin. Die Überforderung ist mitbedingt durch das Fehlen einer gesundheitsökonomischen Ausbildung, aber auch durch den statistischen Effekt der Risikovaranz auf der Ebene einzelner Praxen. Aus diesen Gründen muß nach Lösungsansätzen auf einer intermediären Ebene gesucht werden; hierfür bieten sich Managed-Care-Modelle an, welche in einem europäischen Kontext zum Beispiel in Form vernetzter Praxen realisiert werden könnten.

Key words

Ethics, financial incentives, health care system, managed care, physician bedside discretion, rationing

Summary

Mainstream medical ethics suggests physicians should not be involved in rationing decisions; rather they should define their role exclusively as patient advocates. This view does not reflect the reality of decision-making by physicians and should be rejected as unethical since it is context specific and does ignore the demand for efficiency: any suboptimal resource allocation inevitably implies incurring opportunity costs. Furthermore, insisting on this position would lead to self-inflicted and counterproductive insulation of physicians from an urgently required public debate on the subject.

The individual physician faces a major challenge coping with resource allocation decisions, as is indicated both by the notoriously limited effectiveness of guidelines and continuous education as well as by the ethical problems of financial incentives for physicians saving costs. This challenge is also caused by the absence of health economic training and the statistical effect of risk variance at the level of the individual practitioner. Therefore, solutions will have to be sought at an intermediate level. Managed care models may provide a possible approach that could be realized in a European environment by physician networks.

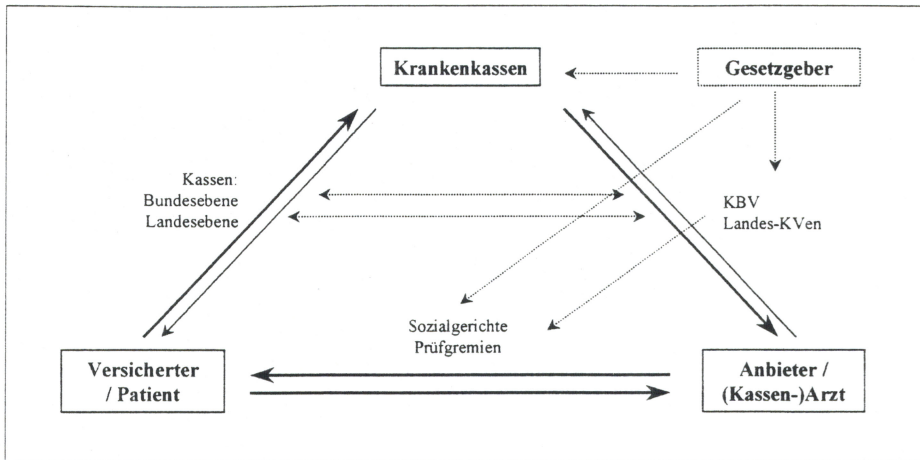


Abb. 1 Dreiecksbeziehung zwischen Arzt, Patient und Third Parties (Gesetzgeber, gesetzliche Krankenkassen, GKV) im deutschen Sozialversicherungsmodell des Gesundheitswesens

sicherungsschutz verfügen; charakteristischerweise handelt es sich dabei um die ärmsten Bevölkerungsschichten, also um die einer sozialen Absicherung am meisten Bedürftigen (5, 60). Doch selbst in den Vereinigten Staaten tragen Programme des Bundes und der Einzelstaaten wie Veterans Administration, Medicare und Medicaid mehr als 40% der gesamten Gesundheitsausgaben (30).

Das System der Krankenversicherung – gleich ob staatlich oder privat organisiert – führt zur charakteristischen Dreiecksbeziehung von Arzt, Patient und Kostenträger (Abb. 1). Die Mehrzahl der medizinischen Entscheidungen wird in diesem System nicht von den Patienten selbst, sondern faktisch – mit dem Einverständnis der Patienten («informed consent») – durch Ärzte oder aber durch die Kostenträger getroffen. Da ärztliche Entscheidungen regelmäßig zu Lasten Dritter («Third Parties») gehen, ist es weitestgehend unbestritten, daß diese Kostenträger externe Grenzen für die von ihnen zu deckenden Gesundheitsausgaben setzen dürfen. Wie bei Patientenentscheidungen wird auch für Rationierungsentscheidungen durch diese Third Parties nicht über das »Ob«, sondern primär über das »Wie« und das Ausmaß diskutiert. Dabei ist klar, daß auch von Third Parties entwickelte Richtlinien keine ideale Lösung des Problems der rationalen Ressourcenalloka-

tion darstellen (18, 45). Damit aber rückt der Arzt selbst in das Zentrum der weiteren Überlegungen.

Widerstand gegen ärztliche Rationierungsentscheidungen

Anders als im Falle der Eigenverantwortung oder Selbstbeteiligung von Patienten und der Ressourcenallokation durch Vorgaben Dritter wird direkten ärztlichen Rationierungsentscheidungen – gewissermaßen »am Krankenbett« – vielfach jede Legitimation abgesprochen. Diese Art der Rationierung liegt immer dann vor, wenn ein Arzt auf eine dem Patienten wahrscheinlich oder zumindest möglicherweise nutzbringende medizinische Maßnahme verzichtet, weil er sie für nicht (ausreichend) kosteneffektiv hält.

Der Widerstand gegen ärztliche Rationierungsentscheidungen ist massiv. Zum Beispiel postuliert der Vorsitzende des Hausärzterverbandes, Klaus-Dieter Kossow: »Man darf die Ärzte nicht an Rationierungsentscheidungen beteiligen« (24). Der Arzt sei Anwalt der gesundheitlichen Interessen seiner Patienten – verpflichte man ihn stattdessen vorwiegend dem Gemeinwohl, »dann hat man den Triage-Arzt wie auf dem Schlachtfeld« (24). Kossow steht mit dieser pointiert vorgetragenen Auffassung keineswegs alleine; er findet sich vielmehr in Übereinstim-

mung mit einer großen Zahl von Medizinethikern und Ärzteverbänden. Es wird argumentiert, die Beteiligung von Ärzten an Rationierung widerspreche der Standesethik und sei mit dem Eid des Hippokrates unvereinbar (36), sie zerstöre beziehungsweise mißbrauche das Vertrauensverhältnis (12) und schaffe einen unauflösbaren Interessenkonflikt zwischen Patient und Arzt (21, 61), endlich sei der Arzt verpflichtet, sich in seiner Zuwendung zum Patienten über alle gesellschaftlichen Sparzwänge hinwegzusetzen (16). Die American Medical Association (AMA) stellt fest: »Der behandelnde Arzt muß Anwalt seiner Patienten sein und darf deshalb keine Entscheidungen über Ressourcenallokation treffen« (1) und: »Ärzte sollten sich nicht an Rationierung beteiligen« (2).

Diese rigorose ethische Position verabsolutiert die Verpflichtung des Arztes gegenüber dem einzelnen Patienten. Sie ist einerseits deshalb problematisch, weil sie – bei ersichtlich zunehmend gegebener Notwendigkeit von Rationierungsmaßnahmen – zur Selbstaussgrenzung der Ärzte führen kann, mit der Konsequenz, daß wenn nicht fachfremde, so doch medizinisch weniger kompetente Kräfte in Verfolgung ihrer Eigeninteressen entsprechende Entscheidungen über den Kopf der Ärzte hinweg herbeiführen. Andererseits entspricht dieser Standpunkt, ebenso wie viele andere Maximalpositionen, nicht der Realität ärztlichen Handelns. Dies ist der Mehrzahl der Ärzte auch durchaus bewußt (23). In der ärztlichen Praxis wird bereits heute rationiert; die Arbeitsgruppe um den Kölner Gesundheitsökonom Karl Lauterbach hat zum Beispiel aufgezeigt, daß in Deutschland nur 20% aller Patienten mit koronarer Herzkrankheit und Hypercholesterinämie eine indizierte und kosteneffektive Therapie (besser: Sekundärprophylaxe) mit Lipidsenkern erhalten (25, 28, 52, 56). Ähnliches gilt für die Eradikation von *Helicobacter pylori* bei infizierten Patienten mit Ulkuskrankheit (7, 57). Mit ausschlaggebend für diesen Sachverhalt ist das Bestreben der Ärzte, Regreßansprüche wegen Überschreitung des Arzneimittelbudgets zu vermeiden (28), auch wenn zweifellos übergreifende Probleme der Qualitätssicherung ebenfalls

eine Rolle spielen dürften (15, 52). In beiden Fällen handelt es sich um eine implizite Rationierung auf der »Mikroebene« zwischen Arzt und Patient, die von bestehenden Empfehlungen und Leitlinien auf der Makroebene nicht gedeckt wird.

Es ist also nicht zu übersehen, daß dieser Rationierungsmechanismus schon heute angewendet wird. Häufig werden Ärzte finanziellen Konsequenzen unterworfen, wenn sie festgesetzte Budgets unter- beziehungsweise überschreiten. Großbritannien hat hierbei mit dem noch zu betrachtenden System des »Fundholding« eine Vorreiterrolle eingenommen, aber auch in Deutschland sind Überschreitungen des Verordnungsbudgets mit Regreßandrohung belegt worden.

Die Verantwortung des Arztes

Bei der nicht selten mit großem Pathos vorgetragenen ausschließlichen Verantwortung des Arztes für den individuellen Patienten handelt es sich um eine Fiktion, die nachgerade als rhetorische Figur zur Rationalisierung einer emotionalen Abwehrhaltung gegenüber ökonomischen Belangen zu bewerten ist. Dabei ist bereits der (überdies schon im Ansatz zum Scheitern verurteilte) Versuch der Ignorierung wirtschaftlicher Aspekte ausdrücklich als unethisch abzulehnen. Wenn die verfügbaren Ressourcen begrenzt sind, dann bedeutet jede konkrete Mittelverwendung notwendig den Verzicht auf andere Möglichkeiten ihres Einsatzes. Jeder nicht optimale Mitteleinsatz wiederum verursacht zwingend Opportunitätskosten, ist also – mit anderen Worten und unwissenschaftlich ausgedrückt – gleichbedeutend mit Verschwendung, zu Lasten einer anderweitig möglich gewesenem besseren Verwendung.

Von Anfang an war das Bismarcksche System der Sozialversicherung am Gemeinwohl orientiert und daher die Krankenversicherung mit einem Wirtschaftlichkeitsgebot verknüpft, wie es als Bestandteil des Sozialgesetzbuches V in Paragraph 12 als das Anrecht des Versicherten auf eine ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und das Maß des Notwendigen nicht überschreitende Behandlung verbindlich festge-

schrieben ist. Als Verursacher von Ausgaben zu Lasten Dritter – der Solidargemeinschaft der Versicherten – ist der Arzt dieser immer auch verantwortlich. Wenn aber allgemeine Behandlungsleit- und -richtlinien, das typische Rationierungsinstrument von »Third Parties«, dem jeweiligen Einzelfall oftmals nicht gerecht werden (18, 45), dann ist die unvermeidbare Konsequenz, daß sich der einzelne Arzt dem Problem der adäquaten Ressourcenallokation – d.h. Rationierung – nicht entziehen kann.

Die gesellschaftliche Verantwortung des Arztes ist im übrigen nicht auf reine Wirtschaftlichkeitsaspekte beschränkt. Spätestens seit Rudolf Virchows bekanntem Diktum »Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft« ist jedem Arzt bewußt, daß seine Handlungen »externe« Wirkung über den individuellen Patienten hinaus haben. Virchows soziale Theorie der Epidemien war ein wichtiger Beitrag zur Entwicklung der modernen Sozialhygiene; auch nach Überwindung des Systems der »Medizinalpolizei« im Preußen des 19. Jahrhunderts kommt den praktizierenden Ärzten eine entscheidende Rolle zu bei der Erfüllung weitreichender Meldepflichten für ansteckende Krankheiten nach dem Bundesseuchengesetz (als direkter Fortführung des »Reichsseuchengesetzes« von 1899). Ebenso gilt für zahlreiche Impfungen, daß sie weniger in bezug auf den einzelnen Patienten als bevölkerungsepidemiologisch von großem Nutzen sind – dies geht bis hin zur Einführung von Pflichtimpfungen (wie etwa bis 1979 gegen Pocken) und geregelter Entschädigung für den Fall auftretender Impfschäden. Umgekehrt gilt natürlich auch für die sinnvolle ökonomische Evaluation einschlägiger medizinischer Maßnahmen (wie zum Beispiel Impfungen), daß solche »Externalitäten« in die Kosten-Nutzen-Bewertung eingehen müssen.

Die Maximalposition der Medizinethik ist unhaltbar

Diese einfachen Überlegungen machen deutlich, daß die unter Medizinethikern gegenwärtig vorherrschende Ablehnung ärztlicher Rationierungs-

entscheidungen – so großes Gewicht man ihr beizumessen geneigt sein mag – so nicht haltbar ist. Dafür ausschlaggebend sind folgende Limitationen:

1. Die in der hippokratischen Tradition fortentwickelte medizinische Ethik der einseitigen Orientierung an den Interessen des individuellen Patienten diene dem öffentlichen Ansehen des Berufsstandes, der Abgrenzung gegen Quacksalber und bewirkte in der Konsequenz ihrer »Keinen Aufwand scheuen«-Mentalität eine Maximierung des ärztlichen Einkommenspotentials. Ein gutes Beispiel hierfür bieten die politischen Umstände der Entstehung der ersten modernen medizinethischen Arbeit, des 1803 von Thomas Percival verfaßten Textes »Medical Ethics: Or a Code of Institutes and Precepts Adopted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons«, der bis heute die Grundlagen des Code der American Medical Association (AMA) bestimmt. Die Simplifizierung durch Ausgrenzung kompetitiver sozialer Ziele und das Fehlen eines breiten gesellschaftlichen Konsensus, welcher die berufsständisch kodifizierten Normen trägt, verbietet nicht nur deren unkritische Extrapolation (11), sondern hat zugleich bis heute nachwirkende Konsequenzen für die Inhalte der ärztlichen Aus- und Weiterbildung zu Lasten der unter dem Begriff »Public Health« subsumierten Disziplinen (38). Wie die tradierte ärztliche Ethik ist auch die jüngere Richtung der »Bioethik« mit ihrer Betonung der Autonomie des Patienten – sie hat wesentlich zur Durchsetzung des Rechtsprinzips der Aufklärung und Einwilligung des Patienten zu medizinischen Maßnahmen beigetragen – des »Hyperindividualismus« geziehen worden (37, 39).
2. Der Versuch einer Verabsolutierung der kodifizierten traditionellen Medizinethik übersieht, daß diese nicht Kontext-unabhängig ist (10, 29). Dabei handelt es sich neben dem dargelegten historischen Kontext um einen ökonomischen Kontext: sie setzte sich auf breiter Basis im Zusammenhang mit der bis etwa 1980 anhaltenden wirtschaftlichen Prosperität durch, welche »Grenzen

des Wachstums« der Sozialversicherungssysteme wenn nicht unreal, so doch eher theoretisch erscheinen ließ. Im Zeichen knapper Ressourcen gewinnt der Versuch des kategorischen Festhaltens an einen nicht mehr gegebenen Kontext und die Verweigerung der Anpassung an geänderte ökonomische Bedingungen geradezu selbstzerstörerisches Potential. Die gerne vorgetragene Behauptung eines angeblichen Gegensatzes von Ethik und Ökonomie ist unsinnig, da Ethik und Ökonomie untrennbar miteinander verbunden sind. Gerade die im Kern ethischen Forderungen nach größtmöglicher Effizienz und nach Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen bedingen eine Überprüfung ärztlichen Verhaltens und seiner Konsequenzen. Ein gesellschaftlich akzeptables Konzept medizinischer Ethik wird diese Aspekte nicht ignorieren können (5, 6).

Finanzielle Anreize für Rationierung durch Ärzte

Es ist also offensichtlich, daß es ethisch legitim ist, Ärzte in (mit-)verantwortlicher Rolle an Rationierungsentscheidungen zu beteiligen. Ein häufig beschrittener Weg, das vor dem oben beschriebenen Hintergrund unterentwickelte Kostenbewußtsein vieler Ärzte zu erhöhen, ist die Einführung negativer, gelegentlich aber auch positiver finanzieller Anreize für Ärzte. In Deutschland waren dies bisher negative Sanktionen (Regreßdrohung) bei Budgetüberschreitungen. Zahlreiche Health Maintenance Organizations (HMOs) in den Vereinigten Staaten arbeiten mit komplexen Bonus-/Malus-Systemen.

Deutlich weiter geht das System der »fundholding general practitioners« in Großbritannien, welches positive Anreize für Ärzte bietet, welche ihr Budget nicht ausschöpfen (50). Zunächst in Großpraxen auf freiwilliger Basis eingeführt, deckt das System heute Praxen aller Größen ab. Dabei übernehmen die als Fundholder tätigen praktischen Ärzte die Kontrolle und die Verantwortung für die Gesundheitsausgaben ihrer Patienten. In der Standardvariante um-

faßt die Verantwortung des Fundholders Arzneimittelausgaben, fachärztliche und ambulante Krankenhausbehandlung, Pflege und »paramedizinische« Leistungen wie zum Beispiel Physiotherapie. Daneben bestehen reduzierte Varianten (»community fundholding«, primär für kleinere Praxen) und umfassende Modelle (»total purchasing pilots«), welche zum Beispiel auch stationäre Behandlung und Notfälle einbeziehen. Die beteiligten Ärzte erhalten einen festen Betrag für durch das Fundholding entstehende administrative Kosten (»management allowance«) und sind verpflichtet, zur Abrechnung und Dokumentation standardisierte Computerprogramme zu verwenden; auf diese Weise können die District Health Authorities die Informationen von den Fundholders ohne weiteres aggregieren und eine standardisierte Berichterstattung einführen. Von großer praktischer Bedeutung für die teilnehmenden Ärzte ist, daß sie erwirtschaftete Überschüsse (also Budgetunterschreitungen, »savings«) innerhalb eines Zeitraumes von vier Jahren in ihre Praxisausstattung investieren können.

Es steht außer Zweifel, daß finanzielle Anreize geeignet sind, Ärzte zu Verhaltensänderungen zu bewegen. Dies zeigte sich nachdrücklich in Deutschland, als 1993 die Einführung einer Regreßandrohung für den Fall der Überschreitung des Arzneimitteldbudgets einen massiven Verordnungsrückgang zur Folge hatte (46). Aus den Vereinigten Staaten liegen Berichte vor, wonach auf den Übergang von Fallpauschalen zu einer Einzelleistungsvergütung der Ärzte in einer Notfallambulanz eine Zunahme der Zahl der Röntgenuntersuchungen um 16% und der Laboruntersuchungen um 23% innerhalb von 6 Monaten folgte (20). Deutliche Veränderungen des Verschreibungsverhaltens wurden im britischen Fundholding-System beobachtet; es ist jedoch noch offen, ob und inwieweit die erwirtschafteten »Savings« dauerhaft sind. Vielmehr mehren sich die Hinweise, daß die erzielten Erfolge eher kurzfristiger Art sind (34, 59) und mindestens partiell durch die erhöhten Verwaltungskosten (»administrativ allowance«) wieder aufgezehrt werden (51). Eine abschließende Bewertung ist

derzeit noch nicht möglich, da einerseits aus durchsichtigen politischen Motiven Fundholder GPs in der Anfangszeit großzügige Budgets erhielten, andererseits bisher keine schlüssigen Daten über den Effekt auf die Health Outcomes der betreffenden Patienten vorliegen (8, 51).

Die grundsätzliche Wirksamkeit finanzieller Anreize auf der Mikroebene ist damit unbestreitbar. Eine kontroverse Diskussion entzündet sich gerade an ihrer Wirksamkeit, bzw. an der Frage, ob sie zu unangemessenen Überreaktionen der Ärzte führen. Dahinter steht das ethische Problem des manifesten Interessenkonfliktes zwischen dem Arzt, der sein Einkommen erhalten oder verbessern will, und dem Anspruch des Patienten auf bestmögliche Behandlung. Es muß eine schwere Belastung des Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Arzt erwartet werden, wenn der Patient davon ausgehen kann, daß der Arzt persönliche Vorteile aus der Verweigerung an sich gebotener medizinischer Maßnahmen ziehen würde – oder auch tatsächlich zieht (13, 31).

Allgemein läßt sich die Beziehung zwischen Patient und Arzt mit derjenigen zwischen Treugeber und Treuhänder vergleichen. Diese Betrachtung ist insofern erhellend, als es eines der anerkannten Prinzipien von Treuhandverhältnissen ist, daß Interessenkonflikte der beschriebenen Art ausgeschlossen sein müssen (48). Der einzig akzeptable Ausweg aus diesem Dilemma wäre die vollständige Aufklärung und das vorherige Einverständnis des Treugebers (27, 53). Im fraglichen Fall der Beteiligung von Ärzten an Rationierungsmaßnahmen müßte dies dem Patienten sinnvollerweise bereits zum Zeitpunkt seines Eintritts in einen bestimmten Versicherungsplan ermöglicht werden – entsprechende Wahlmöglichkeiten vorausgesetzt (19, 58).

Selbst wenn diese Minimalanforderung erfüllt wäre, würde damit die ethische Fragwürdigkeit des ärztlichen Interessenkonfliktes und seiner Auswirkung auf das Arzt-Patient-Verhältnis nicht vollständig aufgehoben. Hinzu kommt, daß finanzielle Anreizsysteme für Ärzte bisher in der Regel auf die Erzielung kurzfristiger – im Extremfall quartalsweiser – Kostenmini-

mierung ausgelegt waren, dies jedoch zu Lasten langfristiger Health Outcomes gehen wird, wie die Beispiele der Sekundärprävention der koronaren Herzkrankheit und der Ulkuskrankheit illustrieren.

Die Überforderung des einzelnen Arztes

Wenn finanzielle Anreize für den einzelnen Arzt also äußerst problematisch sind, so stellt sich die Frage, warum dieses Instrument dann überhaupt eingesetzt wird. Die Antwort liegt in der weitgehenden Unwirksamkeit anderer, theoretisch besser geeigneter Ansätze.

Anzustreben wäre eine konsequent an der Optimierung langfristiger Health Outcomes orientierte Strategie der Ressourcenallokation (45). Das Konzept der evidenzbasierten Medizin unter Berücksichtigung der Kosten-Nutzen-Dimension medizinischer Maßnahmen bietet hierfür einen erfolgversprechenden Ansatzpunkt, dem man sich – auch unter gesundheitsökonomischen Aspekten – nicht verschließen können. Einmal abgesehen davon, daß deren wissenschaftliche Entwicklung noch am Anfang steht, muß man nüchtern konstatieren, daß jedenfalls bisher medizinische Leitlinien auf frappierende Weise unwirksam für die tägliche ärztliche Praxis geblieben sind (47). Dies gilt sogar für diejenigen Experten selbst, welche an der Ausarbeitung der betreffenden Leitlinien aktiv teilgenommen hatten (28). Auch gezielte Weiterbildungsmaßnahmen zeitigen häufig nur kurzfristige Effekte auf das ärztliche Verhalten, welches nach deren Ende alsbald in alte Muster zurückzufallen pflegt (9).

Die unabwiesbare Notwendigkeit, gesundheitsökonomische Aspekte über den verengten Fokus auf die Kosten (enger definiert: die unmittelbare Budgetwirksamkeit) hinaus stärker in medizinische Entscheidungsprozesse zu integrieren, stößt auf ein weiteres Hindernis. Es muß davon ausgegangen werden, daß die Mehrzahl der heute tätigen Ärzte nicht geschult ist, die Aussagekraft einschlägiger Untersuchungen zu interpretieren. Die im Vergleich zu naturwissenschaftlichen und klinischen

Studien unterschiedliche Methodik, die häufige Notwendigkeit von Modellrechnungen und schließlich die Instrumentalisierung bis hin zum Mißbrauch des gesundheitsökonomischen Instrumentariums aufgrund starker wirtschaftlicher Interessen erschweren dem Arzt den Zugang (41). Bis heute schließlich spielt das gesamte mit dem neudeutschen Begriff »Public Health« umschriebene Gebiet der Gesundheitswissenschaften, und damit die Gesundheitsökonomie ebenso wie die notwendige Vorbereitung auf eine Niederlassung, auch im Curriculum des Medizinstudiums eine, gemessen an seiner Bedeutung, eher marginale Rolle.

Der einzelne Arzt ist schließlich auch unter einer ganz anderen Perspektive überfordert: Auf das deutsche Gesundheitswesen bezogen, müßte sinnvollerweise das unter Steuerungsgesichtspunkten völlig kontraproduktive Prinzip der Einzelleistungsvergütung aufgegeben werden. Im Sinne einer ganzheitlichen Patientenversorgung (Stichwort: »Managed Care«) könnte es in einem ersten Schritt – im Einklang mit Überlegungen des Sachverständigenrats (40) – durch ein modulares Vergütungssystem ersetzt werden, welches auf Fallpauschalen für hausärztliche Leistungen, Leistungskomplexen für fachärztliche Grundversorgung und Einzelhonorierung für definierte Spezialleistungen aufbaut (der Sachverständigenrat empfiehlt darüber hinaus eine ergebnisabhängige Komponente). Eine konsequenterweise im nächsten Schritt resultierende »patientenstammabhängige« Budgetierung wäre aber schon aus statistischen Gründen auf der Ebene der Einzelpraxis kaum umsetzbar, denn die Wahrscheinlichkeit einer untypischen Risikoselektion und die daraus folgenden – unter Umständen erheblichen – Abweichungen der Behandlungskosten vom Durchschnitt wäre sehr groß (32). Aus diesem Umstand ergibt sich zugleich eine Mindestgröße für vernetzte interdisziplinäre Arztgruppen.

Lösungsansätze auf intermediärer Ebene

Damit wird nach neuen Lösungsansätzen auf einer intermediären

Ebene gesucht werden müssen. Einen brauchbaren Zugang bietet das integrative Konzept von »Managed Care« (4), welches in Deutschland zum Beispiel durch den Zusammenschluß von Ärzten in Netzwerken realisiert werden könnte: erste entsprechende Modellversuche sind angelaufen. Dieser Ansatz kommt dem amerikanischen Modell der Preferred Provider Organization (PPO) am nächsten, welche partnerschaftliche Zusammenschlüsse von Ärzten und einem oder mehreren Krankenhäusern darstellen. Diese unterscheiden sich von den in der hiesigen Diskussion vielzitierten Health Maintenance Organizations (HMOs) dadurch, daß sie – im Unterschied zu HMOs – nicht zugleich die Funktion des Versicherers übernehmen und integrieren.

Innerhalb Europas wird die Schweiz wegen der Vielzahl dort entstehender Modelle gerne als »Managed Care«-Laboratorium apostrophiert. Die bislang in der Schweiz gesammelten Erfahrungen deuten darauf hin, daß »Managed Care«-Modelle durchaus auch in einem europäischen Kontext verwirklicht werden können. Dabei ist in jüngerer Zeit zu beobachten, daß sich – als Reaktion auf die Etablierung kasseneigener Gruppenpraxen mit angestellten Ärzten – niedergelassene Ärzte in sogenannten Hausarztmodellen zusammenschließen, die auf ihren Patientenstamm bezogene »Capitation«-Verträge abschließen. Sie tragen dann die Gesamtverantwortung für die Kosten ihrer Patienten. »Großrisiken« von mehr als 20000 Franken im Jahr werden durch Rückversicherer abgedeckt. Der mögliche Gewinn des einzelnen Arztes bei effizientem Wirtschaften ist auf jeweils maximal 10000 Franken pro Jahr begrenzt; umgekehrt haftet er bis zu diesem Höchstbetrag mit seinem persönlichen Einkommen bei Budgetüberschreitungen (17, 54, 55).

Es geht über den Rahmen des vorliegenden Artikels hinaus, das Für und Wider von Managed Care umfassend zu diskutieren – hierzu sei auf die Publikation von Arnold, Lauterbach und Preuß verwiesen (4). Es muß genügen, an dieser Stelle festzuhalten, daß Managed Care Modelle

- typischerweise die freie Arztwahl einschränken und Primärärzte ins

Zentrum des Versorgungsprozesses rücken (»gatekeeping«);

- theoretisch mit einer langfristigen Bindung der Patienten einhergehen sollten (was in der Realität häufig nicht der Fall ist und in der gegenwärtigen Organisation des deutschen Gesundheitswesens die privaten Krankenversicherer für eine Vorreiterrolle prädestinieren könnte);
- in unterschiedlichem Ausmaß finanzielle Anreize für wirtschaftliches Arbeiten setzen;
- Leit- und Richtlinien als Instrumente nutzen, den Versorgungsprozeß zu optimieren, zu steuern und fortlaufend zu kontrollieren (Monitoring);
- die Ergebnisse von Kosten-Nutzen-Analysen in großem Umfang berücksichtigen;
- um so erfolgreicher sind, je höher der Grad ihrer Integration ist (49);
- einer kontinuierlichen Begleitung durch Maßnahmen des Qualitätsmanagement bedürfen;
- tendenziell zu einer verstärkten Nutzung effektiver Medikamente führen (3);
- mit einem erhöhten administrativen Aufwand einhergehen und im Falle ärztlicher Selbstorganisation erheblicher organisatorischer Vorbereitungen bedürfen (14).

Schlußfolgerung

Ärzte werden nicht umhinkommen, sich mit Fragen der rationalen Ressourcenallokation im Gesundheitswesen intensiv auseinanderzusetzen. Nur so werden sie vermeiden können, von Dritten in immer höherem Maß und nicht selten in unangemessener Weise reguliert und fremdbestimmt zu werden. Darüber hinaus ist weder von der Entscheidungsverlagerung auf Patienten (Stichwort »Eigenverantwortung«) noch von Richtlinien durch Third Parties die alleinige – geschweige denn eine optimale – Lösung von Rationierungsentscheidungen zu erwarten (44, 45). Aus dieser Herausforderung ergibt sich die dringliche Notwendigkeit zu entsprechenden Veränderungen in den Bereichen der Aus- und Fortbildung ebenso wie der Qualitätssicherung.

Zugleich verschaffte eine größere gesundheitsökonomische Kompetenz Ärzten neue Möglichkeiten, sich in der öffentlichen Diskussion Gehör zu verschaffen. Das bisher in Deutschland fast vollständige Ausbleiben einer informierten Debatte über Ressourcenallokation innerhalb des Gesundheitswesens, aber auch für das Gesundheitswesen insgesamt ist angesichts der unabweisbaren Problemstellung weder einer »offenen Gesellschaft« würdig noch der demokratischen Verfaßtheit des Gemeinwesens zuträglich (43), führt zu impliziter, verdeckter Rationierung und behindert die Entwicklung gerechterer und transparenterer Lösungen (21, 22, 58). Schließlich muß das eklatante Versäumnis der vorherrschenden medizinischen Standesethik überwunden werden, über das (unhaltbare) Postulat der ausschließlichen Verantwortung für den individuellen Patienten hinauszudenken. Ein Entwurf der Medizinethik, der ökonomische Aspekte ignoriert, kann nur scheitern.

Ein primärer Ausgangspunkt für einen neuen Entwurf einer medizinischen Ethik liegt im Prinzip der Bedürfnisgerechtigkeit. Daß der Versuch, Leid zu lindern, Leben zu verlängern und Krankheiten durch präventive Maßnahmen zu vermeiden, effizient organisiert werden muß, ist ebenfalls ethisch begründbar. Damit kommen Kosten-Nutzen-Aspekte ins Spiel. Es ist – unbeschadet der bestehenden methodischen Probleme – im Grundsatz unbestritten, daß der Nutzen primär in gewonnenen Lebensjahren, gewonnener Lebensqualität und Verringerung von Beeinträchtigungen gemessen werden muß. Damit ist klar, daß die notwendige Diskussion über Prioritätensetzung im Gesundheitswesen nur konsequentialistisch geführt werden kann. Ebenso ist offensichtlich, daß dies nicht die simplifizierende Hinwendung zum klassischen oder Handlungs-Utilitarismus bedeuten kann (43, 45). Vielmehr wird im Sinne des Entwurfs einer Gerechtigkeitsethik von John Rawls (35) eine Verknüpfung klassischer utilitaristischer Maximen mit Apriori-Werten – durchaus im Sinne der hergebrachten medizinischen Deontologie – notwendig werden.

Die praktisch ungemein bedeutsame Frage, wer welche Allokations- oder

Rationierungsentscheidungen am besten treffen kann, läßt sich nicht pauschal beantworten. Es ist jedoch erkennbar, daß eine differenzierte Einbeziehung von Patienten, Third Parties und Ärzten zu den bestmöglichen Ergebnissen führen wird. Es ist nicht die Absicht der vorliegenden, mit diesem Beitrag zum Abschluß kommenden vierteiligen Reihe in der Zeitschrift »Die Medizinische Welt« zu diesem Thema eine abschließende Antwort zu liefern. Dies ist ohne breiten gesellschaftlichen Konsens auch gar nicht möglich. Vielmehr soll ein Beitrag zur Initiierung einer derzeit noch ausstehenden öffentlichen Diskussion geleistet werden, welcher den Leser sensibilisiert und in die Lage versetzt, absolutistische und simplifizierende Lösungsvorschläge für ein äußerst komplexes Problem als solche zu erkennen, und anregt, sich selbst verstärkt mit diesem Thema zu beschäftigen.

LITERATUR

1. AMA Council on Ethical and Judicial Affairs. Code of Medical Ethics: Current Opinions with Annotations. Chicago, IL: American Medical Association, 1994.
2. AMA Council on Ethical and Judicial Affairs. Ethical Issues in Managed Care. JAMA 1995; 273: 330-5.
3. Anon. Swiss managed care does not threaten drugs. Managed Care Europe, 2/1999; 5.
4. Arnold M, Lauterbach K, Preuß K-J (eds). Managed Care. Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte. Stuttgart: Schattauer 1997.
5. Daniels N. Just Health Care. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1985.
6. Daniels N. The Ideal Advocate and Limited Resources. Theor Med 1987; 8: 69.
7. Deltre MA. Economics of Helicobacter pylori eradication therapy. Eur J Gastroenterol Hepatol 1997; 9 (Suppl 1): S23-6.
8. Dowling B. Effect of fundholding on waiting times: database study. Brit Med J 1997; 315: 290-2.
9. Eisenberg JM, Williams SV. Cost Containment and Changing Physicians' Practice Behavior. JAMA 1981; 246: 2195.
10. Engelhardt HT. The Foundations of Bioethics. New York, NY: Oxford University Press, 1986.
11. Freidson E. Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge. New York, NY: Dodd Mead, 1970.
12. Fried C. Rights and Health Care – Beyond Equity and Efficiency. N Engl J Med 1975; 293: 241.
13. Geist RW. Incentive Bonuses in Prepayment Plans. N Engl J Med 1974; 291: 1306.
14. Goodwin N, Mays N, McLeod H, Malbon G, Raftery J. Evaluation of total purchasing pilots in England and Scotland and implica-

- tions for primary care groups in England: personal interviews and analysis of routine data. *The Total Purchasing National Evaluation Team. Brit Med J* 1998; 317: 256-9.
15. Gotto AM Jr. Cholesterol management in theory and practice. *Circulation* 1997; 96: 4424-30.
 16. Griffin A, Thomasma DC. Pediatric Critical Care. *Arch Intern Med* 1983; 143: 325.
 17. Güntert BJ, Wagner U. Managed Care in der Schweiz – eine Erfolgsstory? *Forum Public Health* 1997; 18: 7-9.
 18. Hall MA. The problems with rule-based rationing. *J Med Philo* 1994; 19: 315-32.
 19. Hall MA. Making Medical Spending Decisions. New York, NY: Oxford University Press, 1997.
 20. Hemenway D, Killen A, Cashman S, et al. Physicians' Responses to Financial Incentives: Evidence from a For-Profit Ambulatory Care Center. *N Engl J Med* 1990; 322: 1059-63.
 21. Hirshfeld EB. Should Third Party Payers of Health Care Services Disclose Cost Control Mechanisms to Potential Beneficiaries? *Seton Hall Legislative J* 1990; 14: 115.
 22. Hirshfeld EB. Should Ethical and Legal Standards for Physicians be Changed to Accommodate New models for rationing Health Care? *U Penn Law Rev* 1992; 140: 1809.
 23. Kern AO, Beske F, Lescow H. Leistungseinschränkung oder Rationierung im Gesundheitswesen? *Dt Ärztbl* 1999; 96: A-113-7.
 24. Kossow K. Man darf die Ärzte nicht an Rationierungsentscheidungen beteiligen. *Forum für Gesellschaftspolitik* 9/1996: 221-6.
 25. Kornitzer M. Primary and secondary prevention of coronary artery disease: a follow-up on clinical controlled trials. *Curr Opin Lipidol* 1998; 9: 557-64.
 26. Krämer W. Die Krankheit des Gesundheitswesens. Die Fortschrittsfälle der modernen Medizin. Frankfurt: 1989.
 27. Kübler F. Gesellschaftsrecht. Die privatrechtlichen Ordnungsstrukturen und Regelungsprobleme von Verbänden und Unternehmen. Heidelberg: C.F. Müller Juristischer Verlag, 1990.
 28. Lauterbach KW. Rationalisierung im internationalen Bereich. In: Rationalisierung und Rationierung im deutschen Gesundheitswesen. E. Nagel, C. Fuchs (eds). Stuttgart: Thieme, 1998: 52-70.
 29. MacIntyre A. After Virtue: A Study in Moral Theory. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press, 1981.
 30. Maynard A, Bloor K. Our Certain Fate: Rationing in Health Care. London: Office of Health Economics, 1998.
 31. Mehlmann MJ. The Patient-Physician Relationship in an Era of Scarce Resources: Is there a Duty to Treat? *Conn Law Rev* 1993; 25: 349.
 32. Meyer-Lutterloh K. persönliche Mitteilung.
 33. Murray CJL, Lopez AD. The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston, MA, und Genf. Harvard University Press und The World Health Organization, 1996.
 34. Rafferty T, Wilson Davis K, McGavock H. How has fundholding in Northern Ireland affected prescribing patterns? A longitudinal study. *Brit Med J* 1997; 315: 166-70.
 35. Rawls J. A Theory of Justice. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1971.
 36. Rhodes RP. Health Care Politics, Policy, and Distributive Justice: The Ironic Triumph. Albany, NY: State University of New York Press, 1992.
 37. Rodwin MA. Medicine. Money and Morals: Physicians' Conflicts of Interest. New York, NY: Oxford University Press, 1993.
 38. Rosenbrock. Public Health als soziale Innovation. *Gesundh-Wesen* 57; 1995: 140-4.
 39. Rothman DJ. Strangers at the Bedside: A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision-Making. New York, NY: Basic Books, 1991.
 40. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Band II: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung. Sondergutachten 1997.
 41. Schlender M. The Contribution of Health Economics to Pharmaceutical Research and Development. Witten: Universität Witten/Herdecke Verlagsgesellschaft 1998.
 42. Schlender M. Möglichkeiten und Grenzen der Patientenselbstbeteiligung: Wirtschaftliche und medizinisch-ethische Aspekte der Selbstbeteiligung von Patienten an den Kosten des Gesundheitssystems. In: Gesundheitswesen 2010: Prognosen, Trends und Chancen. In: Braun W, Schaltenbrand R (eds). Witten: Universität Witten/Herdecke Verlagsgesellschaft 1998; 82-103.
 43. Schlender M. Rationierung oder Rationalisierung? Rationale Ressourcenallokation im Gesundheitswesen (Teil 1): Warum Rationierung unvermeidlich wird. *Med Welt* 1999; 50: 36-41.
 44. Schlender M. Rationierung oder Rationalisierung? Rationale Ressourcenallokation im Gesundheitswesen (Teil 2): Entscheidungen durch Patienten. *Med Welt* 1999; 50: 83-90.
 45. Schlender M. Rationierung oder Rationalisierung? Rationale Ressourcenallokation im Gesundheitswesen (Teil 3): Entscheidungen durch Dritte (»Third Parties«). *Med Welt* 1999; 50: 140-7.
 46. Schulenburg JMvd, Schöffski O. Transformation des Gesundheitswesens im Spannungsfeld zwischen Kostendämpfung und Freiheit: Eine ökonomische Analyse des veränderten Überweisungs- und Einweisungsverhaltens nach den Arzneimittelregulierungen des GSG. In: Probleme der Transformation im Gesundheitswesen. Oberender P (ed). Baden-Baden, 1994.
 47. Schröder SA. Strategies for Reducing Medical Costs by Changing Physicians' Behavior. *Int J Technol Assess Health Care* 1987; 3: 39.
 48. Sealy LS. Some Principles of Fiduciary Obligation. *Cambridge Law J* 1963; 1963: 119.
 49. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The New World of Managed Care: Creating Organized Delivery Systems. *Health Affairs*, Winter 1994: 46-64.
 50. Smith R, Brogan S, Stephenson R, Fitzgerald J, Withers L. A Practical Guide to Fundholding. Oxford: Blackwell Science, 1998.
 51. Smith RD, Wilton P. General practice fundholding: progress to date. *Brit J Gen Pract* 1998; 48: 1253-7.
 52. Smith SC Jr. Risk reduction therapies for patients with coronary artery disease: a call for increased implementation. *Am J Med* 1998; 104: 23S-6S.
 53. Snöyenbos M, Almeder R, Humber J. Business Ethics – Corporate Values and Society. Buffalo, NY: Prometheus Books, 1983.
 54. Sommer JH. Managed Care in der Schweiz: Vorbild für Deutschland? In: Managed Care. Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte. Arnold M, Lauterbach K, Preuß K J (eds). Stuttgart: Schattauer 1997; 221-8.
 55. Stillfried D Graf v. Schweizer Gesundheitsreform – Vorbild für Deutschland? *Ersatzkasse* 8/1996: 277-83.
 56. Troche CJ, Tacke J, Hinzpeter B, Danner M, Lauterbach KW. Cost-effectiveness of primary and secondary prevention in cardiovascular diseases. *Eur heart J* 1998; 19: C59-65.
 57. Viergutz S, Malfertheiner P, Gatz G, Schlender M. Helicobacter-pylori Eradikation mittels Dual- und Tripeltherapie aus pharmakoökonomischer Sicht. In: Braun W, Schaltenbrand R (eds). Pharmakoökonomie: Methodik, Machbarkeit und Notwendigkeit. Witten: Universität Witten/Herdecke Verlagsgesellschaft, 1996: 137-48.
 58. Weber C. Grenzen der Rationalisierung? Explizite Rationierung und Zusatzversicherungen als Ausweg. *Forum für Gesellschaftspolitik* 9/1996: 235-8.
 59. Whyne DK, Baines DL, Tolley KH. GP fundholding and the costs of prescribing: further results. *J Public Health Med* 1997; 19: 18-22.
 60. Williams A. Medical Ethics: Health Service Efficiency and Clinical Freedom. York, UK: University of York, Centre for Health Economics, 1985.
 61. Yarborough MA, Kramer AM. The Physician and Resource Allocation. *Clin Geriatr Med* 1986; 2: 465.

Korrespondenzadresse:
Michael Schlender, MD, MBA
c/o Janssen Pharmaceutica N.V.
Turnhoutseweg 30
B-2340 Beerse, Belgien