

Michael Schlander:

Rationierung oder Rationalisierung?

Rationale Ressourcenallokation im Gesundheitswesen

Teil 1: Warum Rationierung unvermeidlich wird.

In: Medizinische Welt 50 (1999) 36-41.

Schlüsselwörter

(Medizinische) Ethik, Gesundheitswesen, „Kostenexplosion“, Ökonomie, Rationierung, Utilitarismus

Zusammenfassung

Die Zunahme der Ausgaben für das Gesundheitssystem hat in den meisten Industrienationen das Wirtschaftswachstum regelmäßig übertroffen. Dennoch vertreten maßgebliche Politiker einhellig die Auffassung, Rationierung im Gesundheitswesen sei weder notwendig noch wünschenswert. Es wird vorgetragen, daß Rationierung vermieden werden könne (1) durch Beschränkung auf das „medizinisch Notwendige“ und (2) durch die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung aufgrund des anhaltenden medizinischen Fortschritts, bzw. (3) nicht vertretbar sei ohne Erfüllung höchster moralischer Ansprüche, unter anderem der vorherigen Elimination jeglicher wirtschaftlicher Ineffizienz. Da alle drei Argumente letztlich nicht tragfähig sind, werden Entscheidungen über Rationierung oder optimale „Ressourcenallokation“ notwendig. Daraus ergibt sich die Fragestellung, wer aufgrund welcher Kriterien diese Entscheidungen treffen sollte. Die Philosophie des Regel-Utilitarismus wird als ein potentiell geeignetes ethisches Konzept für dieses Problem diskutiert.

Teil 2: Entscheidungen durch Patienten.

In: Medizinische Welt 50 (1999) 83-90.

Schlüsselwörter

Gesundheitswesen, Patienten, RAND Health Insurance Experiment, Rationierung, Selbstbeteiligung

Zusammenfassung

Der zunehmende Kostendruck im Gesundheitswesen hat zu zahlreichen Maßnahmen veranlaßt, die Patienten an den für sie erbrachten Ausgaben zu beteiligen. Neben der Erschließung einer zusätzlichen Finanzierungsquelle wird damit angestrebt, mittels verminderter Inanspruchnahme medizinischer Leistungen eine Kostensenkung zu bewirken. Es wird darüber hinaus erwartet, daß Patienten *selektiv* auf nicht notwendige und fragwürdige Maßnahmen verzichten. Die vorliegenden Erfahrungen, vor allem aus dem RAND-Health-Insurance-Experiment, weisen darauf hin, daß diese Erwartung nicht realistisch ist. Stattdessen ist aufgrund undifferenzierter Nachfragereduktion potentiell mit ungünstigeren *Health Outcomes* zu rechnen. Davon betroffen sind vor allem sozial schwächere Patientengruppen. Aus diesen Gründen ist eine unkritische Ausweitung des Konzepts der Patientenselbstbeteiligung nicht zu empfehlen. Es stellt daher keine ideale Lösung des Problems einer optimalen Ressourcenallokation im Gesundheitswesen dar.

Teil 3: Entscheidungen durch Dritte ("Third-Parties")

In: Medizinische Welt 50 (1999) 140-147.

Schlüsselwörter

Gesundheitswesen, Krankenversicherung, Oregon Health Plan, Rationierung, Richtlinien, „Third Parties“

Zusammenfassung

Die Notwendigkeit, das Ausgabenwachstum im Gesundheitswesen zu begrenzen, hat eine neue Gruppe von Entscheidern hervorgebracht, die in Abgrenzung von Ärzten und Patienten als "Third-Parties" zusammengefaßt werden können. Sie beeinflussen ärztliche Entscheidungen mittels allgemeingültiger Leit- und Richtlinien, die bürokratischen, technokratischen oder demokratischen Ursprungs sein können. Technokratische Richtlinien bedienen sich Expertenwissens und der Gesundheitsökonomie als Instrument. Sie können dem Arzt eine äußerst nützliche Hilfe für ausgabenwirksame Entscheidungen bieten. Als umfassendes Instrument zur Prioritätensetzung im Gesundheitswesen kommen technokratische Richtlinien aufgrund folgender Mängel jedoch nur eingeschränkt infrage: sie stellen die Verantwortung des Arztes für die angemessene Behandlung seiner Patienten infrage; sie können nicht spezifisch und aktuell genug sein, um alle denkbaren Entscheidungssituationen tatsächlich abzudecken; es liegt keine hinreichende gesundheitsökonomische Datenbasis für die Begründung einer umfassenden Prioritätensetzung vor; und sie bedürfen der demokratischen Legitimation bezüglich der ihnen zugrundeliegenden Präferenzen und Wertentscheidungen.

Teil 4: Entscheidungen durch Ärzte

In: Medizinische Welt 50 (1999) 210-216.

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 notwendigen gesundheitspolitischen Diskussion. Die Überforderung des einzelnen Arztes mit Ressourcenallokationsentscheidungen 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 intermediaeren Ebene gesucht werden; hierfür bieten sich Managed Care Modelle für eine weitergehende Prüfung an, welche in einem europäischen Kontext zum Beispiel in Form vernetzter Praxen realisiert werden könnten.