

Ethik in der Medizin

Ressourcenethik: ein notwendiger Spagat zwischen moderner Medizin und Ökonomie



Allgemeine gesundheitspolitische Rahmenbedingungen

Ressourcenethik ist ein neuer Begriff in der Medizin. Er steht für die grundlegenden ethischen Voraussetzungen, unter denen die zur Verfügung stehenden Ressourcen im Gesundheitssystem den Versicherten zugeführt werden sollen. Auf Grund gesetzlicher Vorgaben ist der Arzt zu wirtschaftlicher Handlungsweise verpflichtet. Er darf im Interesse der Gemeinschaft nicht unter der Maxime einer optimalen Versorgung handeln, vielmehr muss, wie z.B. in §40 SGB V festgelegt ist, „die Versorgung ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden“. Medizin spielt sich eben nicht, wie von manchen realitätsfern vertreten wird, ausschließlich in einer isolierten Arzt-Patientenbeziehung ab, sondern unter politisch, strukturell, kulturell und ökonomisch charakterisierten Rahmenbedingungen. Die Schonung von Ressourcen durch wirtschaftlichen Umgang mit diesen im Interesse der Gemeinschaft ist in hohem Maße ein ethisches Gebot. Prinzipiell sind somit Ethik und Ökonomie keine unvermittelbaren Gegensätze. Wie sieht es aber aus, wenn die Ressourcen so verknapp sind, dass eine angemessene

Behandlung nicht mehr bedarfsgerecht finanzierbar erscheint?

In den meisten hochindustrialisierten Ländern stiegen in den letzten Jahrzehnten die Gesundheitskosten gegenüber den Lohnkosten überproportional an. Im internationalen Vergleich ist das deutsche Gesundheitswesen das zweit teuerste. Diesen Platz teilt es sich mit dem schweizerischen. Bei genauer Analyse ist jedoch festzustellen, dass sich die auf das Brutto sozialprodukt (BSP) bezogenen Aufwendungen für unser Gesundheitssystem in den letzten Jahrzehnten kaum verändert haben. Die Lohnentwicklung ist im gleichen Zeitraum gegenüber dem BSP auf Grund einer Abnahme der Beschäftigungs- und Lohnquote (diese entspricht dem Anteil der Lohnkosten an den Produktionskosten) zurückgeblieben. Es besteht eine signifikante, reziproke Korrelation zwischen der Lohnquote und dem Beitragssatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Maschinen, die in der Produktion eingesetzt werden, zahlen keine Beiträge in die GKV! Der in den letzten Jahren immer stärker werdende Kostendruck ist also weniger eine Folge überproportional steigender Ausgaben, sondern zurückgehender Einnahmen auf Seiten der Kostenträger. Zugleich ist die Leistungsfähigkeit der Gesundheitsdienstleistungen stetig gestiegen. Dieser Leistungsanstieg wurde in den letzten Jahren überwiegend durch einen kontinuierlichen Rationalisierungsprozess bei den Gesundheitsanbietern selbst und nicht über Mehrerlöse finanziert. Kaum ein Produkt hat eine derartige Wertsteigerung bei gleichzeitig gegenüber den Lebenshaltungskosten unterproportionaler Preisentwicklung erlebt wie Gesundheitsleistungen. Im Kaufkraftvergleich mit dem Konsumgut Auto erhält der Kunde heute für das gleiche Geld statt eines VW-Käfers in den 50er Jahren Leistungen, die einem Luxuswagen entsprechen.

Leider hilft dies den Akteuren nicht weiter: Die hälftige Finanzierung des Gesundheitssystems durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber belastet durch die Lohnnebenkosten unsere internationale wirtschaftliche Konkurrenzfähigkeit. Wirtschaftliches Wachstum und Vollbeschäftigung, beides seit Jahren nicht mehr gegeben, sind die eigentlichen Motoren für das Funktionieren unseres solidarischen Sozialsystems. Der immer teurere medizinische Fortschritt belastet das System nicht nur durch die damit verbundenen höheren Kosten, der

Prof. Dr. med. Jekabs Leititis
Georg-August-Universität
Göttingen
Bereich Humanmedizin

medizinische Erfolg produziert selbst Nachfolgekosten, sei es durch die Behandlung chronischer Folgezustände oder durch das Auftreten von kostspieligen Folgeerkrankungen, die früher auf Grund der Nichtbehandelbarkeit der Ersterkrankung nicht mehr erlebt worden wären. W. KRÄMER spricht von der Fortschrittsfalle: die Medizin werde zum Opfer ihres eigenen Erfolges! Medizinischer Fortschritt bedeute zwar bessere Leistungen, führe aber, statistisch gesehen, zu einer Verschlechterung des durchschnittlichen Gesundheitszustandes der Bevölkerung, verursacht durch die o.g. Folgeerkrankungen. Zusätzliche Belastungen entstehen für Krankenhäuser durch die zunehmende Finanzschwäche der Öffentlichen Hand: die Leistungsfähigkeit sichernde Investitionen oder auch Rationalisierungsinvestitionen sind häufig nicht mehr ausreichend finanziert. Zusätzlich tragen chronische Strukturdefizite unseres Gesundheitswesens, wie die scheinbar unüberwindbare Abschottung finanziell getrennter Sektoren (ambulante, stationäre und rehabilitative Bereiche), zu unproduktiven Kostenstrukturen bei. Keiner der Reformansätze in den vergangenen Jahrzehnten hat eine auch nur annähernde Verbesserung erreicht, da sich die Maßnahmen meist nur auf einen Sektor beschränkten. Zusätzlich hat der Gesetzgeber in den letzten Jahren den Bund zulasten der GKV wiederholt finanziell entlastet, indem er letzterer versicherungsfremde Leistungen nicht unerheblichen Ausmaßes aufbürdete.

Alte Menschen als Kostentreiber des Gesundheitswesens?

Ein redundant vorgetragenes Argument für die zukünftige Zahlungsunfähigkeit der GKV ist die ungünstige Bevölkerungsentwicklung mit einem immer größer werdenden Anteil älterer Menschen. Tatsächlich nimmt der Anteil der in das System einzahlenden Altersgruppen gegenüber den leistungsempfangenden älteren Menschen stetig ab und führt damit zu einer immer größer werdenden Bürde der arbeitenden Bevölkerung. Verursachen ältere Menschen aber tatsächlich mehr Kosten? Gibt es gesicherte Daten zu den „teuren Alten“? In der Schweiz konnte gezeigt werden, dass Menschen im Alter von 65 Jahren das Gesundheitssystem im Mittel mit 2.700 SFr jährlich belasten, im Alter von 90 Jahren mit 5.400 SFr. Genauere Analysen ergaben jedoch, dass höhere Gesundheitsausgaben vor allem in den letzten zwei Lebensjahren auftreten. Werden

die medizinischen Kosten der letzten zwei Lebensjahre mit dem Alter korreliert, findet sich keine signifikante Altersabhängigkeit. Die o.g. unterschiedlichen Kosten ergeben sich vor allem dadurch, dass sich im Alter von 90 Jahren prozentual mehr Menschen in ihren letzten zwei Lebensjahren befinden als im Alter von 65 Jahren. Menschen werden nicht nur älter, sie leben anscheinend länger in gesundem Zustand. Ähnliche Ergebnisse wurden in den USA im 1998er Medicare Survey des Medicare-System (Krankenversicherung der Rentner und Behinderten) bei Versicherten über 65 Jahren festgestellt: In den letzten 36 Lebensmonaten gibt es keine Abhängigkeit der medizinischen Kosten vom Lebensalter. Daten aus 1996/1997 der Krankenkassen in Westfalen-Lippe zeigen, dass die Behandlungskosten nicht überlebender Patienten im Krankenhaus mit zunehmendem Alter sinken. Ursache könnte sein, dass im hohen Alter nicht mehr alle therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft werden. Tatsächlich ist aber mit einer Zunahme der Pflegekosten zu rechnen. Die unsachliche Debatte über die höheren Behandlungskosten bei älteren Menschen ist ethisch problematisch; sie belastet den Generationenvertrag und lenkt von den wahren Gründen der Kostensteigerung ab.

Maßnahmen zur Kontrolle der Gesundheitsausgaben

Auf die volkswirtschaftlich problematische Kostenentwicklung der nationalen Gesundheitswesen wird mit unterschiedlichen Maßnahmen reagiert. In den USA wurden prospektive Finanzierungssysteme, Managed Care und Kapitationsmodelle eingeführt. Managed Care zeichnet sich durch eine kontinuierliche externe Überprüfung und ein Mikromanagement des Arzt-Patienten-Verhältnisses aus mit dem Ziel, den Versicherten angemessene Behandlungen zu niedrigst möglichen Kosten für die Versichertengemeinschaft zu sichern. Ein Merkmal dieses Systems ist das Einkaufsmodell mit der Möglichkeit der Vertragskündigung durch die Versicherer. In das Gesundheitssystem wurden marktwirtschaftliche Merkmale eingeführt. Die Vergütung der Leistungen berechnen sich u.a. mittels DRGs (Diagnosis Related Groups), wobei die Preise prospektiv festgelegt und leistungsorientiert an die Leistungserbringer ausgezahlt werden. Eine Kostenkontrolle findet über Zugangskontrollen zur stationären Behandlung statt. Anders als in Deutschland, in dem die Angemessen-

heit einer Behandlung durch den Medizinischen Dienst ex post beurteilt wird, wird dort die Notwendigkeit der Behandlung von Vertretern der Kostenträger vor Ort im Krankenhaus ex ante festgestellt. Ferner kommen zunehmend Kapitationsmodelle zum Einsatz. Hierbei zahlen die Versicherer an die Leistungserbringer für die Vollversorgung Kopfpauschalen. Dies unabhängig, ob Leistungen in Anspruch genommen werden oder nicht. Dieses Modell verlagert die Kostenrisiken einseitig auf die Seite der Leistungserbringer.

Anders als in den USA, in denen sich das Angebot unter marktwirtschaftlichen Aspekten regelt, wird in vielen europäischen Ländern eine Kostenkontrolle durch eine Verknappung des Angebotes angestrebt mit der Folge von Wartelisten für dringend erforderliche medizinische Behandlungen. Eine Rationierungsdebatte ist bei unseren europäischen Nachbarn tägliche Realität. Ähnlich wie in England und Norwegen gibt es neuerdings auch in den Niederlanden ein Minderangebot auf Grund einer seit Anfang der 90er Jahre strikten Ausgabenbeschränkung. Zunehmend suchen Patienten trotz des hohen medizinischen Niveaus im eigenen Land Versorgungsangebote im Ausland. Die seit 1983 durchgeführte strikte Budgetierung hat zu einem Mangel an Krankenhausbetten, aber auch an Ärzten und Pflegekräften geführt. Diese strukturellen Versorgungsdefiziten, können auch durch kurzfristige Finanzspritzen nicht behoben werden. Durch Einführung der DRGs konnte in den USA für einige Jahre der Kostenanstieg im Gesundheitswesen unter Kontrolle gebracht werden, wenn auch aktuell wieder eine überproportionale Kostenzunahme vor allem im Bereich des Medicare-Systems droht. Diese hat die Einführung einer kostenfreien bzw. – reduzierten ambulanten Medikamentenversorgung im Jahr 2002 verhindert. Die amerikanischen Erfahrungen wurden von zahlreichen Ländern aufgegriffen. DRGs oder DRG-ähnliche Systeme sind in vielen Ländern eingeführt bzw. in Erprobung. In der Bundesrepublik wird zur Zeit eine Adaptation des australischen AR-DRG-Systems vorgenommen. Nach der Optionsphase 2003 soll das System 2004 zunächst budgetneutral, später zur hundertprozentigen Vergütung von Krankenhausleistungen eingeführt werden. Eine Kostenkontrolle soll in Deutschland über eine weiterhin strikte Budgetierung mit komplizierten Ausgleichsregeln erreicht werden. Ein Preissystem mit

Budgetdeckung ist aber ein Widerspruch in sich und verhindert einen Wettbewerb um Qualität und Patientenorientierung.

Obwohl jedermann bewusst sein sollte, dass die Ressourcen zunehmend begrenzt, das Innovationen noch der Bedarf auf Dauer finanzierbar sein werden, wird von der Politik eine Rationierungsdebatte strikt umgangen. Der Bevölkerung wird eine medizinische Leistung auf noch höherem Qualitätsniveau versprochen. Zusätzlich hat die Politik die Qualitätssicherung entdeckt und verunsichert die Bürger mit einer durch Daten nicht belegten Infragestellung der Qualität medizinischer Leistungen in Deutschland.

Rationierung – wenn ja, wie?

Auf Grund der zunehmenden Ressourcenknappheit ist im deutschen Gesundheitswesen das Prinzip, dass jedem jederzeit eine adäquate Behandlung angeboten werden kann, auf Dauer nicht mehr aufrechtzuerhalten. Es wird, wenn keine radikale Änderung unseres Solidarsystems erfolgt, zwangsläufig zu einer Rationierung der Leistungen kommen müssen, wenn das System weiterhin bezahlbar bleiben soll. Rationierung ist das Nichtanbieten oder das Verweigern einer anerkanntermaßen wirksamen, erwünschten Leistung. Die in manchen Ländern geübte Praxis der Angebotsverkappung ist eine Form der Rationierung. Eine Rationierung von Gesundheitsleistungen wird in Deutschland stets als unvorstellbar bezeichnet. Längst wird aber nicht mehr über das OB, sondern über das WIE diskutiert. Tatsächlich findet Rationierung in nicht unerheblichen Maß bereits verdeckt statt, wie:

- vorzeitige Entlassungen, um Behandlungskosten zu senken,
- Verlegungen in noch nicht rehabilitativem Zustand in Reha-Einrichtungen,
- Einbestellung von Patienten nicht nach Dringlichkeit, sondern nach Vergütungshöhe,
- Abschieben von Notfällen, wenn diese das Budget des Krankenhauses gefährden,
- Verschiebung von Behandlungen in die nächste Abrechnungsperiode, da das Jahresbudget bereits ausgeschöpft sei, wie zum Jahresende 2002 sogar in einem Universitätsklinikum geschehen,
- Angebot teurer, aber wirksamer innovativer Therapien nur an Privatversicherte, da gesetzliche Krankenkassen die Zusatzkosten nicht vergüten.

Sowohl im stationären als auch im niedergelassenen Bereich gibt es in einigen Fächern bereits, von der Öffentlichkeit kaum wahrgenommene, überlange Wartezeiten vor Untersuchungen und Eingriffen. Kennzeichnend für diese Form der versteckten Rationierung ist, dass ihr Willkür innewohnt. In dieser Form ist sie deshalb nicht akzeptier- und tolerierbar! Entscheidend, auch für den sozialen Frieden einer Gesellschaft, ist aber, wie die Verteilung von limitierten Leistungen auf die Bedürftigen erfolgt. Die Politik muss ethische Grundsatzentscheidungen einfordern, die Gleichbehandlung, Verteilungsgerechtigkeit und wirtschaftliche Effizienz sichern, jeglichen Anschein von Willkür jedoch ausschließen.

Diese Grundprinzipien sind auch in Deutschland nicht neu. Im Bereich der Organtransplantation findet auf Grund des unzureichenden Organangebotes seit Jahrzehnten eine Rationierung statt. Das neue Transplantationsgesetz versucht, bei der Organverteilung den o.g. ethischen Grundprinzipien gerecht zu werden. Ganz bewusst wird der behandelnde Arzt in die Organallokation nicht mit eingebunden. Für die Organtransplantation gilt bereits, was für andere Leistungsbereiche noch nicht festgelegt, ja, noch nicht diskutiert ist: der behandelnde Arzt kann nicht als gatekeeper in einem System der Rationierung fungieren. Dies erscheint sinnvoll, da der Arzt andernfalls in unlösbare Entscheidungskonflikte kommen muss. Der Arzt soll als Anwalt seines Patienten agieren. Letzterer muss sich darauf verlassen können, dass seine individuellen Interessen berücksichtigt werden und die für ihn geeignetste Therapie gewählt wird. Andererseits muss der Arzt bei seinen Entscheidungen auch die Restriktionen, die im Gesundheitssystem bestehen, berücksichtigen. Ist er überhaupt in der Lage, sachlich zwischen den Interessen des einzelnen Patienten und der Versichertengemeinschaft abzuwägen? Kann ein Arzt sachlich zwischen den Bedürfnissen des ihm bekannten Menschen und der Masse der für ihn gesichtslosen sonstigen Mitglieder der Gesellschaft abwägen, die Vorteile hätten, wenn er zu deren Gunsten Ressourcen bei dem ihm anvertrauten Patienten einspart? Dies könnte er nur, wenn ihm die Rolle des Anwaltes der Versichertengemeinschaft zugesprochen würde. Dann müsste er seine Entscheidungen aber vorwiegend unter Kosteneffizienzaspekten fällen. Einem vertrauensvollen Verhältnis zum einzelnen Patienten wäre damit jede Grundlage entzogen. Da ärztliches Handeln

auch von persönlichem Aspekten beeinflusst werden kann wie finanziellen Vorteilen, beruflicher Befriedigung, Ansehen in der medizinischen Gemeinschaft, sprechen auch andere Argumente gegen Rationierungsentscheidungen durch den Arzt im konkreten Einzelfall. Im Zusammenhang mit der Rationierung treten ökonomische Aspekte in den Vordergrund. Eine Behandlung, die klinisch effektiv ist, muss nicht effizient sein. Umgekehrt ist jede effiziente Behandlung klinisch effektiv. Unter ökonomischen Aspekten ist die Evidenz der Wirksamkeit allein kein Grund für die Durchführung einer Behandlung. Außerhalb Deutschlands wird die Rationierungsdebatte offener geführt. Interessant ist, welche Wege im einzelnen hierbei beschritten werden, wie versucht wird, Priorisierungen der Leistungen zu erreichen:

In den **USA** ist das Gesundheitswesen nicht von den Prinzipien Gleichbehandlung und Solidarität bestimmt. Notwendige Leistungen werden entweder indirekt (Zugangerschweren über hohe Versicherungsprämien oder Zahlungen) oder auch direkt vorenthalten. Hierbei spielt der sozio-ökonomische Status des Einzelnen eine Rolle. Dieser Rationierungsmechanismus wird von der Bevölkerung weitgehend akzeptiert, als Element des Marktes angesehen. Im Bundesstaat Oregon wurde in den 90er Jahren versucht, im Medicaid-System, der Versicherung der Armen und Sozialhilfeempfänger, Finanzierungsprobleme im Konsens mit der Gesellschaft über Prioritätenlisten (condition-treatment-pairs) zu lösen. Diese Listen, mit denen Leistungen rigide begrenzt werden, wurden mittels aufwändiger Bevölkerungsbefragungen und Expertenhearings abgesichert. Sie konnten zunächst wegen der von den Bundesbehörden festgestellten Diskriminierung von chronisch und mental Kranken nicht eingeführt werden. Mittlerweile ist die dritte Revision seit 1997 in Kraft und wird alle zwei Jahre überarbeitet. Dieses Verfahren sichert unterprivilegierten Schichten zumindest den Zugang zu wesentlichen Gesundheitsleistungen. In **Neuseeland** wurde für elektive Eingriffe, für die lange Wartezeiten bestanden, 1992 ein Scoresystem eingeführt, welches festlegt, in welcher Reihenfolge die Wartenden behandelt werden. Diese landesweit gültigen Scores werden von medizinischen Experten, Gesundheitspolitikern und Mitgliedern des National Health Committee auch unter Berücksichtigung finanzieller Erwägungen

festgelegt. Neben Regelungen der Behandlungsreihenfolge wird so auch eine für jedermann nachvollziehbare Transparenz geschaffen. In **Schweden** wurde 1992 eine parlamentarische Kommission eingesetzt, die in einem öffentlich ausgetragenen Meinungsbildungsprozess die Grundlage für eine Begrenzung des Leistungsgeschehens geschaffen hat. Listen wie in Oregon wurden abgelehnt, da diese eine individuelle Abwägung des Einzelfalls behindern. Es wurde insbesondere dafür Sorge getragen, dass Bevölkerungsgruppen, die nicht für sich selbst eintreten können, keine Benachteiligung erfahren. Die in **Frankreich** auf nationaler und regionaler Ebene gegründeten Gesundheitskonferenzen (priorités de santé) aus Vertretern der Gebietskörperschaften, Gesundheitsanbieter, Sozialeinrichtungen und Patientenvereinigungen haben sich bislang nicht, wie von ihnen erwartet, der Aufgabe gestellt, finanzielle Aspekte der zukünftigen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu bearbeiten. Sie tragen gleichwohl zu einer Entwicklung sektorenübergreifender, kooperativer Gesundheitsversorgung und einer Public-Health-Kultur über Verteilungskämpfe hinweg bei. In **England** wurde das National Institute for Clinical Excellence (NICE) gegründet, um u.a. wirtschaftliche Aspekte von Technologien im Zusammenhang mit der Entwicklung von Behandlungspfaden (Clinical Pathways) zu bewerten oder Fragen der Verteilungsgerechtigkeit zu beantworten. In diesem Zusammenhang ergaben sich u. a. folgende Fragestellungen:

- Wie gehen Gesundheitsökonom bei dieser Aufgabe mit ethischen Fragestellungen um?
- Wie wird der zunehmenden Forderung nach Beteiligung von Laien an gesundheitspolitischen Fragestellungen Rechnung getragen?
- Wie werden Experten in die Entscheidungen eingebunden?

Erstaunlicher Weise hat die britische Bevölkerung die Rationierung gesundheitlicher Leistungen lange Zeit akzeptiert. Erst kürzlich hat der Widerstand gegen lange Wartezeiten so zugenommen, dass die nationale Gesundheitsbehörde sich entschlossen hat, Behandlungsleistungen im Ausland teuer einzukaufen. Wie in den Niederlanden lassen die strukturellen Folgen der anhaltenden Angebotsverknappung im eigenen Land trotz finanziellem Anreiz zeitgerecht keine bedarfsgerechten Leistungssteigerungen zu.

QALY – Versuch der Priorisierung unter Kosten-Effektivitäts-Aspekten

Die Rationierung von Gesundheitsleistungen ist mit wenigen Ausnahmen (z. B. Transplantationsmedizin) ökonomisch bestimmt. Wie können unter volkswirtschaftlichen Aspekten bei limitierten Ressourcen Gesundheitsleistungen so zur Verfügung gestellt werden, dass ein maximaler Nutzen für die Gesellschaft eintritt? Menschen wünschen sich Langlebigkeit mit hoher Lebensqualität, d. h. ohne Funktionseinschränkungen, Schmerzen oder sonstige Beeinträchtigungen. Mittels unterschiedlicher Methoden ist versucht worden, die Lebensqualität zu quantifizieren. Ein derartiges Verfahren ist QALY (quality of life years). Hierbei wird jedes verbleibende oder gewonnene Lebensjahr mit einem Faktor multipliziert und aufsummiert. Der Faktor wird bei völliger Gesundheit auf 1, bei Tod auf 0 gesetzt. Bei Zuständen, die schlimmer als der Tod angesehen werden, kann der Faktor auch negative Werte bis -1 annehmen. Da so alle positiven und negativen Konsequenzen einer Behandlung erfasst werden, kann QALY als ein Maß für den Nettogewinn an Gesundheit verwendet werden. Dieses Maß kann mit den Behandlungskosten verknüpft werden und erlaubt so Aussagen über die Kosteneffektivität. Der Quotient Kosten/QALY gibt an, wie viel eine medizinische Behandlung pro gewonnenem qualitätsadaptiertem Lebensjahr kostet. Je niedriger der Wert, um so höher ist eine Behandlung innerhalb einer Rangfolge von vorzuhaltenden Leistungen einzuordnen. Manche Behandlungen können bei Erfolg auf Dauer sogar mehr Geld sparen als sie kosten, somit zu keinem Netto-Verbrauch an Ressourcen im Gesundheitswesen führen. Auch derartige Behandlungen würden in einer entsprechenden Rangliste ganz oben eingeordnet.

Tabelle 1 vergleicht in einem fiktiven Beispiel zwei Behandlungen X und Y. Unter Beachtung limitierter Ressourcen würden mit der

Tabelle 1: Fiktiver Vergleich zweier Behandlungen unter dem Aspekt von Lebensqualität (QALY = quality adjusted life years) und Kosten.

Behandlung	X	Y
erreichbare QALY	5	10
Kosten/Fall	100 €	1000 €
Preis/QALY	20 €	100 €
Bilanz		5 zusätzliche QALYs für 900 € gegenüber Therapie X
erreichte QALYs bei einem Budget von 500.000 €	25.000	5.000

Behandlung X fünf mal so viele QALYs erreicht werden wie mit der Behandlung Y. Hierbei ist zu beachten, dass beide Behandlungen aus völlig unterschiedlichen medizinischen Bereichen für unterschiedliche Erkrankungen stehen. Es geht also nicht um den Vergleich zweier Therapien bei ein und derselben Erkrankung!

Dieses Verfahren zur Bestimmung der Kosteneffektivität kann natürlich nicht im Einzelfall bei Therapieentscheidungen angewendet werden. Es kann aber die grundsätzliche Diskussion über Priorisierung von Gesundheitsleistungen im ressourcenlimitierten Umfeld unterstützen. Der Ansatz, den summarischen Gewinn an QALYs in einer Gemeinschaft als Richtschnur für einen gesellschaftlichen Priorisierungskonsens zu nutzen, geht von der Grundannahme aus, dass ein QALY ein QALY ist, egal, wer in den Genuss eines solchen kommt – somit die Reinform eines solidarischen Systems. Die ethische Debatte, ob bei diesem Ansatz lediglich die Anzahl erreichbarer QALYs zählt oder auch die jeweilige Ausgangssituation eines Patienten berücksichtigt werden muss, ist nicht abgeschlossen.

Wer kann in einem derartigen System für die Ressourcenallokation verantwortlich zeichnen?

Ist es der Patient, der selbstlos und freiwillig im Interesse der Gemeinschaft auf Gesundheitsleistungen verzichtet? Soll der Arzt, wie oben beschrieben, als gatekeeper bei jedem Patientenkontakt zwischen dem Wohl des Einzelnen und der Gemeinschaft abwägen? Oder ist ein gesellschaftlicher Konsens herbeizuführen, auf Grund dessen die Bürger von ihren Ärzten verlangen, eine Medizin zu betreiben, die auf limitierte Ressourcen Rücksicht nimmt? Wahrscheinlich kommt eine Mischung aus allen drei Ansätzen zum Tragen. Hierüber hat aber die Diskussion bei uns noch nicht einmal begonnen!

Schlussfolgerungen

Glücklicherweise geht es in Deutschland noch nicht um spürbare Rationierungen. Wir sind noch nicht bei Verhältnissen angelangt, wie sie andernorts schon an der Tagesordnung sind. Es geht nicht um das Vorenthalten von wichtigen Behandlungsmaßnahmen. Wohl ist im Hinblick auf die ökonomische und demographische Entwicklung längst eine ernsthafte Diskussion darüber fällig, ob auf Dauer ein Komplettangebot für die Versicherten aufrechterhalten bleiben kann oder die GKV ausschließlich eine Grundversorgung garantieren kann. Zusätzliche Leistungen müssten dann über eine Eigenvorsorge, die sozial gerecht gestaltet werden müsste, gesichert werden. Leistungserbringer werden heute in ihren Entscheidungen, wie sie den restriktiven gesundheitspolitischen Vorgaben gerecht werden sollen, allein gelassen. Die Folge sind verdeckte Rationierungen, die allein schon wegen der damit verbundenen Willkür der Entscheidungen abzulehnen sind. Einfache Appelle, mit den Ressourcen sparsam umzugehen, sind nicht mehr ausreichend, da Orientierungshilfen über das WIE und BEI WEM nicht gegeben werden. Immer häufiger stellen sich Fragen wie: Wie soll ein Arzt, wie das Krankenhausmanagement reagieren, wenn z. B. ein neues Zytostatikum auf den Markt kommt, dass

eine höhere Heilungschance als die bisherige Therapie verspricht, dessen Mehrkosten aber nicht pflegesatzrelevant verhandelbar sind und das Abteilungsbudget einer onkologischen Abteilung sprengt? Ein Hinweis auf Rationalisierungspotentiale greift zu kurz. Dies insbesondere, wenn die aktuell erfolgende Ressourcenverteilung im Zusammenhang mit den Maßnahmen zur DRG-Einführung in den Krankenhäusern von der Patientenversorgung weg zu administrativen Strukturen oder Budgetsteigerungen, die nicht einmal die Lohnsteigerungen der Mitarbeiter oder Preiserhöhungen auf dem Markt decken, berücksichtigt werden.

Begriffe wie „Ressourcenethik“ oder „Public-Health-Ethik“ im Interesse der Gemeinschaft sind in unserer Gesellschaft noch nicht ausreichend mit Leben erfüllt. Hierfür ist eine ehrliche und offene gesellschaftsweite Diskussion über die Beziehung von ethischen und ökonomischen Wertvorstellungen erforderlich mit dem Mut, der Bevölkerung ehrliche Informationen auf der Basis valider Zukunftsanalysen über die Entwicklung des Gesundheitswesens offenzulegen. Solange dies nicht erfolgt, kann ausschließlich ein vorbildliches ärztliches Berufsethos der Garant dafür sein, in wirtschaftlich enger werdenden Zeiten die

Gleichbehandlung, Verteilungsgerechtigkeit, Qualität und Effizienz medizinischer Leistungen zu sichern. Reicht dies aber aus?

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers
Prof. Dr. med. Jekabs Uldis Leititis
Vorstand Ressort Krankenversorgung
Bereich Humanmedizin
(Klinikum und Medizinische Fakultät)
Georg-August-Universität Göttingen
Robert-Koch-Str. 42, 37075 Göttingen
humed.v2@med.uni-goettingen.de
0551-398600