

Zwischen Skylla und Charybdis: Reformoptionen im Gesundheitswesen aus ethischer Perspektive

Between Scylla and Charybdis: Reform Strategies for the Health Care System from an Ethical Perspective

Autor

G. Marckmann

Institut

Universität Tübingen, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin

Schlüsselwörter

- ◉ Demografischer Wandel
- ◉ Allokation
- ◉ Ethik
- ◉ Rationierung
- ◉ Rationalisierung

Key words

- ◉ demographic change
- ◉ allocation
- ◉ ethics
- ◉ rationing
- ◉ rationalization

Zusammenfassung



Medizinischer Fortschritt und demografischer Wandel werden die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland in den kommenden Jahren weiter verschärfen. Grundsätzlich bieten sich drei Möglichkeiten, der resultierenden Mittelknappheit zu begegnen: 1. Effizienzsteigerungen (Rationalisierungen), 2. Mittelerhöhungen und 3. Leistungsbegrenzungen (Rationierungen). Da sich nicht ausreichend Effizienzreserven mobilisieren lassen, um den anhaltenden Kostendruck zu kompensieren und eine Begrenzung der Gesundheitsausgaben auch aus ethischer Sicht prinzipiell gerechtfertigt ist, lassen sich Leistungsbegrenzungen nicht vermeiden. Explizite Leistungsbegrenzungen mittels Versorgungsstandards sind gegenüber impliziten ethisch zu bevorzugen. Sie erlauben es, die Versorgungsprioritäten in Medizin und Pflege auf die Herausforderungen durch die Alterung der Bevölkerungen auszurichten.

Abstract



The biomedical progress and demographic change will further aggravate the financial situation of the German statutory sickness funds. There are basically three different strategies to deal with the resulting scarcity of health care resources: 1. increase efficiency (rationalization), 2. increase funding and 3. limit services (rationing). The efficiency reserves won't be sufficient to compensate the ongoing cost pressure and there are good ethical reasons to limit health care expenditures. Therefore, limitations of medical services will be inevitable. Explicit rationing based on standards of care is ethically preferable compared to implicit rationing. It allows setting priorities in health care according to the needs of an aging population.

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-962907
 Gesundh ökon Qual manag
 2007; 12: 96–100 © Georg
 Thieme Verlag KG Stuttgart ·
 New York · ISSN 1432-2625

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med.
Georg Marckmann, MPH
 Institut für Ethik und Geschichte
 der Medizin, Universität
 Tübingen
 Schleichstr. 8
 72076 Tübingen
 georg.marckmann@uni-
 tuebingen.de

Einleitung



Die finanzielle Situation der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland dürfte sich in den kommenden Jahren weiter verschlechtern: Der medizinische Fortschritt eröffnet immer neue, häufig kostspielige Diagnose- und Therapiemöglichkeiten, die die Nachfrage nach medizinischen Leistungen und damit auch die Gesundheitsausgaben in die Höhe treiben. Dabei verändert sich nicht nur das Spektrum der verfügbaren Maßnahmen, sondern auch das Leistungsvolumen, nicht zuletzt, weil Indikationen auf Ältere ausgeweitet werden. Gleichzeitig verschärfen Veränderungen im Altersaufbau der Bevölkerung die Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und

sinkenden Geburtenraten nimmt nicht nur die absolute Zahl, sondern auch der relative Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung zu. Dieser demografische Wandel bedingt einen steigenden Versorgungsbedarf mit höheren Ausgaben und zugleich auch sinkende Einnahmen. Das medizinisch Mögliche und das solidarisch Finanzierbare werden deshalb in Zukunft weiter auseinander driften. Der vorliegende Beitrag widmet sich den demografischen und ethischen Voraussetzungen und erläutert, welche Möglichkeiten es allgemein gibt, auf die Herausforderungen durch den demografischen Wandel und die Mittelknappheit im Gesundheitswesen zu reagieren. Das Ergebnis wird sein: Leistungsbegrenzungen („Rationierungen“) und veränderte Schwerpunktsetzungen im System (Reallokationen) lassen sich nicht

vermeiden und sind unter den gegebenen Rahmenbedingungen auch ethisch gerechtfertigt.

Herausforderungen durch den demografischen Wandel



Bevölkerungsentwicklung

Zwei voneinander unabhängige Trends prägen die demografische Entwicklung: Zum einen leben die Menschen im Mittel immer länger. Nach Berechnungen des statistischen Bundesamtes (www.destatis.de) hat sich die Lebenserwartung neu geborener Kinder in den letzten 100 Jahren um ungefähr 30 Jahre verlängert, was vor allem auf die stark reduzierte Säuglings- und Kindersterblichkeit in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts zurückzuführen ist. Die Lebenserwartung der in den Jahren 1998 bis 2000 geborenen Jungen und Mädchen beträgt ca. 75 bzw. 81 Jahre. Dieser Trend wird sich weiter fortsetzen, wenn auch in einem verlangsamten Tempo. Zum anderen wird die Geburtenrate auf dem niedrigen Niveau von durchschnittlich 1,4 lebend geborenen Kindern pro Frau stagnieren. Beide Faktoren, steigende Lebenserwartung und niedrige Geburtenrate, führen – im Sinne eines „double aging“ – zu einer Alterung der Bevölkerung. Der Anteil junger Menschen unter 20 Jahren an der Bevölkerung wird unter diesen Umständen bis zum Jahr 2050 weiter sinken (von etwa einem Fünftel auf ein Sechstel), während sich der Anteil der über Sechzigjährigen weiter erhöhen wird (von einem Viertel auf mehr als ein Drittel). Für die umlagefinanzierte Renten- und Krankenversicherung ist vor allem der steigende Altenquotient, d.h. das Verhältnis zwischen der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter und den Rentnern, von Bedeutung. Im Jahr 2030 werden voraussichtlich 71 über Sechzigjährige 100 Menschen im Alter von 20 bis 59 Jahren gegenüberstehen. Im Jahr 2001 waren es noch 44. Mit steigendem Altenquotienten müssen immer weniger Erwerbstätige die Versorgungsleistungen für immer mehr Rentner finanzieren bzw. erbringen. Die Zuwanderung kann die Alterung der Bevölkerung zwar etwas verlangsamen, aber auf keinen Fall verhindern. Die Gesundheitsversorgung wird sich deshalb auf eine erheblich steigende Anzahl Hochbetagter einstellen müssen.

Auswirkungen auf den medizinischen und pflegerischen Versorgungsbedarf

Altern ist nicht notwendig mit Krankheit verbunden. Altersbedingte Veränderungen reduzieren jedoch die Widerstandsfähigkeit und führen auf diesem Wege zu einer erhöhten Erkrankungswahrscheinlichkeit. Dabei nehmen chronische Erkrankungen stärker zu als akute. Charakteristisch für Ältere ist zudem das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Erkrankungen (Multimorbidität), die durchschnittliche Diagnosenzahl pro Patient nimmt mit dem Alter exponentiell zu. Akute Erkrankungen heilen überdies im Alter häufig langsamer als bei jungen Menschen. Ältere, chronisch kranke Patienten machen derzeit einen Anteil von 40 bis 50% in der ambulanten und stationären Akutversorgung aus. Hinzu kommt ein steigender Hilfe- und Pflegebedarf durch funktionelle Einschränkungen. Tendenziell nimmt bei hochbetagten Patienten der Bedarf an kurativen im Unterschied zu pflegerischen und palliativen Leistungen ab. Nach Schätzungen des statistischen Landesamtes Baden-Württemberg wird die Anzahl der Pflegebedürftigen allein als Folge der demografischen Entwicklung in den nächsten 20 Jahren zwischen 40 und 50% zunehmen ([\[www.destatis.de\]\(http://www.destatis.de\)\). Derzeit sind die stationären Einrichtungen in Baden-Württemberg bereits zu 92% ausgelastet, was die Dramatik verdeutlicht, die sich hinter diesen Zahlen verbirgt. Insgesamt ist folglich mit einem steigenden medizinischen, vor allem aber pflegerischen Versorgungsbedarf zu rechnen. Da bei vielen Patienten gleichzeitig verschiedene Erkrankungen in unterschiedlichen Phasen von Krankheit und Behinderung vorliegen, wird es erforderlich sein, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege in einer patientenorientierten Versorgung gleichberechtigt zu gewährleisten \[1\].](http://www.statistik-</p>
</div>
<div data-bbox=)

Finanzielle Auswirkungen auf die GKV

Die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben in der GKV steigen mit zunehmendem Lebensalter an, wobei der Anstieg bei den stationären Behandlungen und beim Arzneimittelverbrauch besonders ausgeprägt ist. Diese Altersabhängigkeit hat sich im Laufe der Zeit verstärkt, da die Pro-Kopf-Ausgaben für Ältere schneller gestiegen sind als für Jüngere. Zahlreiche Studien zeigen, dass die Gesundheitsausgaben aber nicht direkt mit dem Alter, sondern vielmehr mit der Nähe zum Tod korrelieren, wobei die Ausgaben in der letzten Lebensphase mit zunehmendem Alter wiederum sinken, vgl. z.B. [2, 3–5]. Dennoch steigen die durchschnittlichen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben mit dem Alter, da sich aufgrund der höheren Sterbewahrscheinlichkeit ein immer größerer Anteil der Menschen in der letzten Lebensphase befindet. Überdies steigen die Ausgaben für die Überlebenden mit dem Alter erheblich an [6]: Gerade in dieser Gruppe ist durch die größere Krankheitslast (chronische Erkrankungen, Multimorbidität) und die wachsenden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten mit einem zunehmenden Versorgungsbedarf für Medizin und Pflege und damit auch steigenden Gesundheitsausgaben zu rechnen. Die Ausgaben nehmen um 8% zu, wenn der Anteil der über 65-Jährigen um einen Prozentpunkt ansteigt [7].

Darüber hinaus führt der steigende Altenquotient in der umlagefinanzierten GKV zu einem Einnahmerrückgang. Die Höhe der Beiträge richtet sich zu einem gegebenen Zeitpunkt ausschließlich nach der Höhe der beitragspflichtigen Einkommen bzw. Renten. Die Erwerbstätigen zahlen mehr Beiträge ein als sie Leistungen in Anspruch nehmen und gleichen so die Defizite aus, die durch die niedrigeren Beiträge und höheren Ausgaben der Rentner entstehen. Da die GKV keine Altersrückstellungen kennt, um die Beiträge der Rentner zu stützen, wird es bei einem steigenden Altenquotient für die geringere Zahl an Erwerbstätigen immer belastender, die Gesundheitskosten einer zunehmenden Zahl älterer Menschen zu finanzieren. Hinzu kommen ungünstige gesamtwirtschaftliche Rahmenbedingungen mit einer anhaltend hohen Arbeitslosigkeit und stagnierenden oder sogar real sinkenden Einkommen. Es ist also mit einem verminderten Beitragsaufkommen in der GKV zu rechnen, was ohne entsprechende Gegensteuerung auf der Ausgabenseite nur durch eine Erhöhung der Beitragssätze kompensiert werden könnte. Eine genaue Prognose der Beitragssatzentwicklung ist aufgrund der vielen Einflussfaktoren (u.a. Erwerbsquote, Lohnniveau, Rentenhöhe und Renteneintrittsalter) nur schwer möglich. Nach Schätzungen der Enquete-Kommission „Demografischer Wandel“ erscheint ein Beitragssatz von 25,6% im Jahr 2040 realistisch.¹ Entsprechende Beitragssatzsteigerungen sind in der Pflegeversicherung zu erwarten.

¹ Schlussbericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“, Bundestags-Drucksache 14/8800 vom 28.3.2002, S. 182.

Fazit 1

Der demografische Wandel führt in Verbindung mit dem medizinischen Fortschritt zu einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, vor allem für die medizinische und pflegerische Versorgung multimorbider, an chronischen Erkrankungen leidender älterer Patienten. Durch den steigenden Altenquotienten und die ungünstigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen stehen dieser Ausgabenexpansion in GKV und Pflegeversicherung sinkende Einnahmen gegenüber. Die resultierende Mittelknappheit wird auf absehbare Zeit erhalten bleiben, da die kostentreibenden Faktoren nicht zu eliminieren sind.

Markt oder Regulierung? Verteilungsgerechtigkeit auf der Systemebene

Angesichts der Mittelknappheit im Gesundheitswesen stellt sich aus gerechtigkeithethischer Perspektive zunächst die Frage, ob und ggf. inwieweit die Verteilung von Gesundheitsressourcen dem freien Markt überlassen werden sollte. Der Reiz einer marktorientierten Verteilung liegt darin, dass – unter Bedingungen eines vollkommenen Wettbewerbs und hinreichend informierten Konsumenten – die Güter effizient produziert und nach den Präferenzen der Konsumenten, ausgedrückt in ihrer Zahlungsbereitschaft, verteilt werden. Der Markt regelt in vielen anderen Lebensbereichen die Verteilung knapper Güter, ohne dass in einem zentralen Verfahren festgelegt werden muss, wer nach welchen Kriterien welche Güter erhalten soll. Mit einer marktorientierten Verteilung von Gesundheitsleistungen könnten folglich viele schwierige Entscheidungen über Verfahren und Kriterien der Verteilung vermieden werden. Versicherte bzw. Patientinnen und Patienten könnten ihren individuellen gesundheitsbezogenen Präferenzen auf dem freien Markt Ausdruck verleihen.

Ein ökonomisches und ein gerechtigkeithethisches Argument sprechen jedoch dagegen, die Verteilung von Gesundheitsgütern dem freien Markt zu überlassen. Dem ökonomischen Argument zufolge weisen die Märkte für Gesundheitsgüter Eigenschaften auf, die zu einem Marktversagen führen. Ein wesentlicher Grund dafür liegt in der eingeschränkten Konsumentensouveränität. Patienten befinden sich häufig in einer existenziellen Notlage, die es ihnen erschwert oder unmöglich macht, verschiedene Angebote zu vergleichen und eine rationale Wahl zu treffen. Informationen über Qualität und Preise medizinischer Leistungen sind überdies nur sehr eingeschränkt verfügbar. Ohne staatliche Regulierung kann deshalb keine optimale Allokation erreicht werden.

Das gerechtigkeithethische Argument setzt an den besonderen Eigenschaften des Gutes Gesundheit an: Im Vergleich zu Konsumgütern ist die Gesundheit ein besonders grundlegendes, „transzendentes“ Gut: Was auch immer wir in unserem Leben erstreben, wir benötigen die Gesundheit als Voraussetzung, um unsere Ziele und Pläne zu verwirklichen. Ein gleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung und eine gerechte Verteilung knapper medizinischer Ressourcen kann damit als Grundbedingung für die Chancengleichheit innerhalb der Gesellschaft angesehen werden [8]. Auf einem freien Markt werden Gesundheitsleistungen vor allem nach der individuellen Zahlungsfähigkeit verteilt, was aufgrund der sehr ungleichen Einkommensvoraussetzungen zu einer ungerechten Verteilung von Gesundheitsgütern führen würde. So lässt sich die Gewährleistung einer medizinischen Grundversorgung im Rahmen ei-

nes solidarisch finanzierten öffentlichen Gesundheitswesens unabhängig vom Einkommen begründen: Es ist gerechter, allen Bürgern einen begrenzten Zugang zu wichtigen Gesundheitsleistungen zu ermöglichen als nur einem Teil der Bevölkerung unbegrenzten Zugang zu allen verfügbaren Leistungen. Darüber hinausgehende, individuell unterschiedliche Versorgungspräferenzen können ihren Ausdruck in einem Markt für Zusatzleistungen finden.

Fazit 2

Es gibt überzeugende ethische und ökonomische Gründe für ein – zumindest teilweise – staatlich organisiertes und solidarisch finanziertes Gesundheitswesen. Damit stellt sich explizit die Frage, wie der Mittelknappheit im Gesundheitswesen in einer ethisch vertretbaren Art und Weise begegnet werden kann.

Strategien zum Umgang mit der Mittelknappheit in der Gesundheitsversorgung

Im System der gesetzlichen Krankenversicherung bieten sich grundsätzlich drei verschiedene Strategien, um der zunehmenden Diskrepanz zwischen steigenden Ausgaben und sinkenden Einnahmen zu begegnen (vgl. **Abb. 1**): 1. Effizienzsteigerungen (Rationalisierungen), 2. eine weitere Erhöhung der Finanzmittel und 3. Leistungsbegrenzungen (Rationierungen).

Effizienzsteigerungen (Rationalisierungen)

Rationalisierungen erhöhen die Effizienz der medizinischen Versorgung: Der gleiche medizinische Effekt wird mit weniger Mitteln oder ein größerer medizinischer Effekt mit den gleichen Mitteln erzielt. Da bei Effizienzsteigerungen die ökonomische und medizinisch-ethische Rationalität konvergieren, handelt es sich um die primär gebotene Strategie im Umgang mit Mittelknappheit. So wie es ökonomisch rational ist, einen gegebenen Effekt mit einem möglichst geringen Aufwand zu erzielen, so ist es auch durch das Prinzip des Nichtschadens ethisch geboten, mit möglichst wenig diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen einen bestimmten Gesundheitszustand zu erzielen.

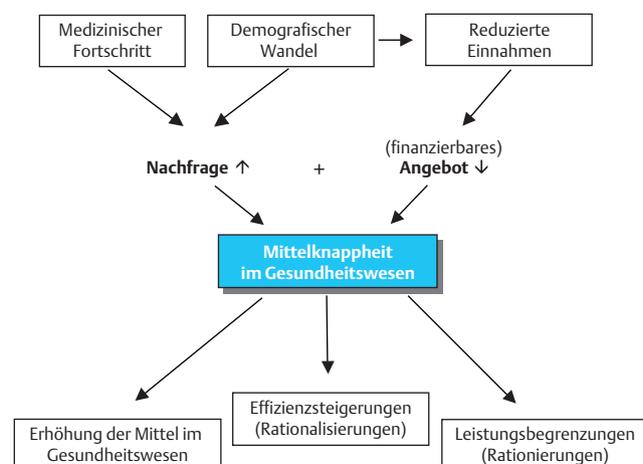


Abb. 1 Bedingungen der Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen, Strategien zum Umgang mit der Mittelknappheit.

Es ist allgemein anerkannt und mit vielen Beispielen belegt, dass im deutschen Gesundheitswesen noch erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven vorhanden sind. Welche Größenordnung sie haben und wie hoch dementsprechend die vorhandenen Einsparpotenziale sind, lässt sich aber nur schwer abschätzen. Wirtschaftlichkeitsreserven lassen sich nicht allesamt und schon gar nicht sofort ausschöpfen, da Rationalisierungen methodisch aufwendig sind (vgl. die evidenzbasierte Leitlinienentwicklung) und häufig strukturelle Veränderungen im Versorgungssystem erfordern, wie etwa eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung oder die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung. Rationalisierungen reduzieren deshalb nur mit zeitlicher Latenz und ohne Erfolgsgarantie den Mittelverbrauch. Zudem erlauben sie in der Regel nur einmalige, im Ausmaß begrenzte Einsparungen, während medizinischer Fortschritt und demografischer Wandel die Kosten anhaltend in die Höhe treiben. Trotz aller Bemühungen werden Rationalisierungen deshalb ein weiteres Auseinanderklaffen von Machbarem und Finanzierbarem nicht verhindern können.

Fazit 3

Da bei Effizienzsteigerungen (Rationalisierungen) medizinische, ökonomische und ethische Rationalität konvergieren, sind sie das Mittel der Wahl zum Umgang mit der Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen. Sie alleine werden aber nicht ausreichen, um den Kostenanstieg durch medizinischen Fortschritt und demografischen Wandel und den Einnahmerückgang durch Wegbrechen der Wertschöpfung zu kompensieren.

Erhöhung der Mittel im Gesundheitswesen

Da die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht ausreicht, um den absehbaren Mehrbedarf bereitzustellen, steht das Gesundheitswesen zwischen Skylla und Charybdis, d. h. vor zwei gleichermaßen unangenehmen Alternativen: Entweder müssen die Mittel für die Gesundheitsversorgung weiter erhöht oder das Leistungsspektrum begrenzt werden (● Abb. 1). Mehrere Argumente sprechen dafür, die Gesundheitsausgaben nicht weiter zu erhöhen: Der Gesundheitssektor konkurriert mit anderen Bereichen wie Bildung, Umweltschutz, Bekämpfung von Armut, Arbeitslosigkeit und Wohnungsnot oder die innere Sicherheit um prinzipiell begrenzte öffentliche Finanzmittel. Eine weitere Erhöhung der Gesundheitsausgaben kann deshalb nur mit Einschränkungen in anderen sozialstaatlichen Bereichen erkaufte werden. Dies wäre nicht nur ethisch unvertretbar, sondern hätte auch negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung, da sozialer Status, Arbeitsbedingungen, Umweltqualität, Wohnverhältnisse und die verfügbaren Mittel für den Konsum einen erheblichen Einfluss auf Lebenserwartung und Morbidität haben. Zudem weisen viele medizinische Verfahren einen abnehmenden Grenznutzen auf: Der (oft geringe) Nutzengewinn durch neue Behandlungsverfahren erfordert überproportional hohe Ausgaben. Höhere Beitragssätze sind wiederum wegen der zwangsläufig steigenden Lohnnebenkosten unerwünscht. Ein „Versorgungsmaximalismus“, der alle verfügbaren präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen Leistungen umfasst, ist weder ökonomisch sinnvoll noch ethisch vertretbar. Eine Obergrenze der Gesundheitsausgaben lässt sich aus diesen Argumenten jedoch nicht ableiten, sondern muss vielmehr normativ festgelegt werden. Die Mittelknappheit im Gesundheitswesen ist folglich kein von Natur aus vorgegebener, sich unserer Verfügungsgewalt entziehender Zustand. Sie beruht vielmehr

auf Wertsetzungen, die zum einen vom medizinischen Entwicklungsstand und der ökonomischen Leistungsfähigkeit der Gesellschaft abhängen, zum anderen aber auf die grundlegende Frage verweisen, wie viel wir bereit sind, für die Gesundheitsversorgung im Vergleich zu anderen Gütern auszugeben.

Fazit 4

Es gibt überzeugende ethische (!) Gründe, die solidarisch finanzierten Gesundheitsausgaben zu begrenzen. Damit werden Leistungsbeschränkungen (Rationierungen) bzw. Reallokationen innerhalb des Systems unausweichlich.

Leistungsbegrenzungen („Rationierungen“)

Wenn Effizienzsteigerungen den Kostenanstieg nicht ausreichend kompensieren können und eine weitere Erhöhung der Gesundheitsausgaben ethisch und ökonomisch nicht vertretbar ist, verbleibt als Alternative nur die Begrenzung des Leistungsumfangs in der GKV (Rationierungen). Prima facie handelt es sich dabei um eine problematische Strategie, da Rationierungen den Zugang zu medizinisch nützlichen Maßnahmen, die einen positiven Effekt auf die Lebensqualität und/oder Lebenserwartung der Patienten haben, einschränken. Angesichts der demografischen Entwicklung und anhaltenden Fortschrittsdynamik stellt sich jedoch nicht mehr die Frage, ob medizinische Leistungen zu begrenzen sind, sondern lediglich wie, d. h. nach welchen Verfahren und Kriterien diese Begrenzungen in einer ethisch vertretbaren Form durchgeführt werden können.

In Abhängigkeit von der Verteilungsebene kann man zwei Formen der Leistungsbegrenzung unterscheiden (● Abb. 2): Bei expliziten Leistungsbegrenzungen erfolgen die Zuteilungsentscheidungen nach ausdrücklich festgelegten, allgemein verbindlichen Kriterien „oberhalb“ der individuellen Arzt-Patient-Beziehung und können entweder zum Ausschluss von Leistungen (Begrenzung des Leistungskatalogs) oder zur Einschränkung von Indikationen (Versorgungsstandards) führen. Bei expliziten Leistungsbegrenzungen können Versorgungsprioritäten gezielt berücksichtigt werden, d. h. die relative Vorrangigkeit bestimmter Versorgungsbereiche oder einzelner medizinischer Maßnahmen. Bei der impliziten Leistungsbegrenzung erfolgt die Zuteilung nicht nach allgemein festgelegten Kriterien, sondern durch die Leistungserbringer (ggf. unter Einbeziehung der Patienten) im Einzelfall und damit innerhalb der individuellen Arzt-Patient-Beziehung. Budgetierung

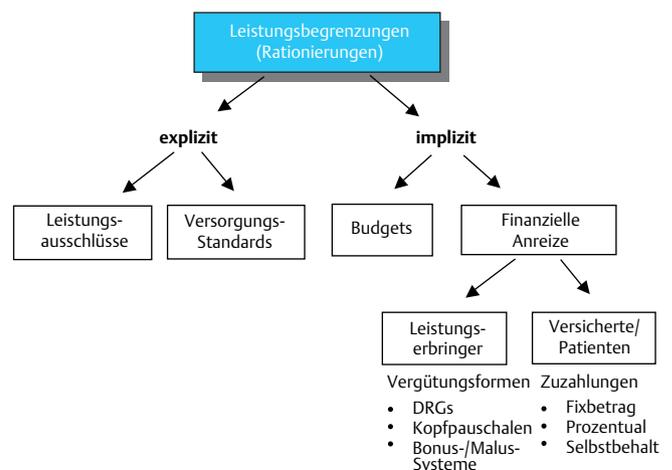


Abb. 2 Formen und Instrumente der Leistungsbegrenzung (Rationierung).

gen oder finanzielle Anreizsysteme für Leistungserbringer bzw. Patienten führen zu impliziten Leistungsbegrenzungen. Hierbei tragen vor allem die Ärzte Verantwortung für die Einschränkung medizinischer Maßnahmen, während bei der expliziten Form die Entscheidungen auf der Planungsebene des Gesundheitswesens gefällt werden.

Explizite Leistungsbegrenzungen weisen gegenüber impliziten mehrere ethische Vorteile auf: Sie erlauben transparente Allokationsentscheidungen auf der Meso- und Makroebene des Gesundheitswesens nach ausdrücklich festgelegten, für alle Patienten gleichermaßen verbindlichen Kriterien. Dies sichert nicht nur die Gleichbehandlung der Patienten, sondern entlastet auch die Arzt-Patient-Beziehung, da die Zuteilungsentscheidungen nicht im Ermessen des einzelnen Arztes liegen, sondern nach vorgegebenen, für den Patienten nachvollziehbaren Kriterien erfolgen. Entscheidungs- und Interessenskonflikte auf ärztlicher Seite lassen sich auf diese Weise verringern. Explizite Leistungsbegrenzungen durch Versorgungsstandards bieten zudem den Vorteil, dass Kosten und Qualität der Versorgung gezielt beeinflusst werden können. Bei der evidenzbasierten Erarbeitung von Versorgungsstandards lassen sich möglicherweise auch kostensenkende Qualitätsverbesserungen (d. h. Rationalisierungen) identifizieren.

Implizite Leistungsbegrenzungen bieten zwar im Einzelfall eine größere Flexibilität, weisen aber aus ethischer Sicht gewichtige Nachteile auf. Da für die Zuteilungsentscheidungen keine allgemein verbindlichen Kriterien vorgegeben sind, besteht die Gefahr, dass medizinische Leistungen nach intransparenten, von Patient zu Patient und Arzt zu Arzt wechselnden, ethisch mitunter auch unzureichend begründeten Kriterien zugeteilt werden. Ein solches Vorgehen ist nicht nur medizinisch irrational, sondern auch ungerecht. Überdies erlauben implizite Leistungsbegrenzungen nur eine einseitige Kontrolle der Kosten, die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität lassen sich nicht direkt steuern. Da die Entwicklung evidenzbasierter Versorgungsstandards zur expliziten Leistungsbegrenzung methodisch sehr aufwendig ist, werden sich implizite Leistungsbegrenzungen aus pragmatischen Gründen wohl kaum vollständig vermeiden lassen.

Fazit 5

Explizite Leistungsbegrenzungen („Rationierungen“) sind gegenüber impliziten medizinisch und ethisch zu bevorzugen. Sie erlauben bei begrenzten Ressourcen eine gezielte Schwerpunktsetzung in der Versorgung.

Grundlinien für eine Neuausrichtung des Gesundheitssystems

Explizite Leistungsbegrenzungen bieten die große Chance, auf den qualitativ wie quantitativ veränderten Versorgungsbedarf durch den demografischen Wandel zu reagieren und die Versorgungsprioritäten in Medizin und Pflege auf den steigenden Bedarf älterer Menschen auszurichten. Der Sachstandsbericht des Gesundheitsrats Südwest, einer unabhängigen Kommission bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg, bietet konkrete Vorschläge für eine entsprechende Weiterentwick-

lung des Versorgungssystems [9]. Die Herausforderung besteht bei insgesamt begrenzten Mitteln jedoch darin, die für eine angemessene medizinische und pflegerische Versorgung älterer, multimorbider Patienten zusätzlich erforderlichen Ressourcen aus anderen Versorgungsbereichen zu mobilisieren. Ethisch am ehesten vertretbar erscheint es, Mittel aus solchen Bereichen zu mobilisieren, in denen mit großem finanziellen Aufwand nur ein vergleichsweise geringer gesundheitlicher Effekt erzielt werden kann [10]. Mit dieser Reallokation von Mitteln kann mit den in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung verfügbaren Ressourcen ein insgesamt größerer gesundheitlicher Nutzen erzielt werden. Da die frei werdenden Ressourcen den vorrangigen Versorgungsbedarf älterer Menschen decken sollen, ist die Mittel-Reallokation nicht nur durch das Prinzip der Nutzenmaximierung, sondern auch durch Gerechtigkeitserwägungen ethisch geboten. Sie steht überdies im Einklang mit dem in §12 SGB V formulierten Wirtschaftlichkeitsgebot.

Fazit 6

Angesichts des demografischen Wandels muss die angemessene medizinische und pflegerische Versorgung älterer Menschen eine höhere Priorität genießen. Die erforderlichen Mittel sollten vor allem aus denjenigen Versorgungsbereichen mobilisiert werden, in denen einem hohen Ressourcenaufwand nur ein vergleichsweise geringer medizinischer Nutzen gegenübersteht.

Danksagung

▼ Ich danke Prof. Dr. med. Dr. h. c. Michael Arnold (Tübingen) für hilfreiche Diskussionen bei der Erstellung des Manuskripts.

Literatur

- 1 *Marckmann G.* Konsequenzen des demographischen Wandels für die medizinische Versorgung im Krankenhaus. In: Thiede A, Gassel HJ (Hrsg). Krankenhaus der Zukunft. Heidelberg: Dr. Reinhard Kaden Verlag, 2006: 31–38
- 2 *Zweifel P, Felder S, Meier M.* Aging of Population and Health Care Expenditure: A Red Herring? *Health Economics* 1999; 8 (6): 485–496
- 3 *Felder S, Meier M, Schmitt H.* Health care expenditure in last months of life. *Health Economics* 2000; 19: 679–695
- 4 *Levinsky NG, Yu W, Ash A et al.* Influence of age on Medicare expenditures and medical care in the last year of life. *Jama* 2001; 286 (11): 1349–1355
- 5 *Lubitz J, Beebe J, Baker C.* Longevity and Medicare expenditures. *N Engl J Med* 1995; 332 (15): 999–1003
- 6 *Breyer F.* Lebenserwartung, Kosten des Sterbens und die Prognose der Gesundheitsausgaben. *Jahrbuch für Wirtschaftswissenschaften* 1999; 50: 53–65
- 7 *Breyer F.* Ökonomische Grundlagen der Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen: Status quo und Lösungsmöglichkeiten. In: Aufferde D, Dabrowski M (Hrsg). *Gesundheit – Ethik – Ökonomie.* Berlin: Duncker & Humblot, 2002: 11–27
- 8 *Daniels N.* *Just Health Care.* Cambridge: Cambridge University Press, 1985
- 9 *Gesundheitsrat Südwest.* Sachstandsbericht. *Ärzteblatt Baden-Württemberg* 2007; 62 (2): 122–128
- 10 *Marckmann G, Siebert U.* Kosteneffektivität als Allokationskriterium in der Gesundheitsversorgung. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 2002; 48 (2): 171–190