Analyse

Budgetierung von Dialyse-Leistungen

Ethische Fragestellungen anhand eines deutschen Praxisfalles

UNIVERSITÄT WIEN
INSTITUT FÜR ETHIK UND RECHT IN DER MEDIZIN
FINANZIERT DURCH DEN JUBILÄUMSFONDS DER OENB

Sachverhalt

Das Honorarsystem für Dialyse wird in Deutschland von Einzel- auf Pauschalvergütung umgestellt; dies geschieht im Einvernehmen von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Spitzenverband der Krankenkassen.

- Zahl der chronisch Nierenkranken mit Dialyse-Therapie: 50.000
- Kosten pro Dialyse: DEM 280-410
- Wochenpauschale: DEM 1.134 (ab 2003 Absenkung auf 1.056,- und 997,-)
- Pauschale reicht für durchschnittlich 3,2 Dialysen pro Woche

Quelle: Süddeutsche Zeitung v. 21.8.2001, S. 10.

Empirische Grundlagen

Einleitung und medizinische Grundlagen

Patientengruppe

Nierenkranke, die einer Dialyse bedürfen, gehören zu einer besonderen Patientengruppe, nämlich jener der chronisch Kranken. Diese stehen in einer speziellen Abhängigkeit vom Gesundheitssystem; im Fall jener mit Nierenversagen geht es um eine lebensnotwendige Therapie, ohne die sie binnen kurzer Zeit sterben würden.

Dialyseformen

Die Dialyse kann in zwei Formen durchgeführt werden: Bei der *Hämodialyse* wird das Blut des Patienten durch eine Maschine gewaschen und dem Körper wieder zugeführt; diese Behandlung erfordert technisches Gerät, wie es speziell ausgerüstete niedergelassene Ärzte oder aber Krankenanstalten (Ambulanzen) haben. Die *Bauchfelldialyse* hingegen kann auch zu Hause vom geschulten Patienten durchgeführt werden; dabei wird der Bauchraum des Patienten gespült und entgiftet.

Probleme

Obwohl medizinisch die Bauchfelldialyse der Hämodialyse qualitativ gleichwertig ist, hat Erstere doch einige Nachteile: Sie ist in gewissem Maße aufwendiger, da sie viermal am Tag vom Betreffenden selbst durchgeführt werden muss, was vor allem bei älteren Patienten Schwierigkeiten erzeugt; zudem besteht die Gefahr, dass Patienten, die mehr als 80 Kilogramm wiegen, nicht ausreichend entgiftet werden. Die Hämodialyse ist hingegen teurer, weil an die Infrastruktur (Geräte, Personal, Transport) des Gesundheitswesens gebunden.

Gesundheitsökonomische Fragen

Deckelungen

Es stellt sich nun, im Zuge der Änderung des Honorierungssystems für Dialyse, die Frage, ob durch die Neuordnung der Zugang zur Dialyse begrenzt wird und somit eine (versteckte) Rationierung stattfindet. Die Befürchtungen, die vor allem von Patientenvereinigungen geäußert werden, gehen dahin, dass durch die Deckelung der Beträge entweder nicht mehr ausreichend dialysiert werde oder aber eine Verschiebung des Problems ins (teurere) Krankenhaus stattfindet. Wie bekannt ist, führt die Einzelleistungsvergütung tendenziell zu einem Anstieg der Fälle, weil der behandelnde Arzt rationalerweise so sein Einkommen steigern kann. Pauschalbeträge stellen dagegen eine Begrenzung dieses Zuwachses dar, wenngleich sie nicht unbedingt die geglückteste Form der Ausgabenbegrenzung im Gesundheitswesen sein mögen.

Ethische Fragestellungen

Aus ethischer Sicht stellen sich somit vor allem folgende Fragen:

- Gehört die Dialyse zum unhintergehbaren Leistungsspektrum des heutigen Gesundheitssystems? - Wenn ja, welchen Stellenwert möchte die Gesellschaft den davon betroffenen Menschen und somit der Versorgung geben?
- In welchem Maß kann bei der Dialyse-Versorgung die Effizienz gesteigert werden, das heißt Rationalisierungspotenziale ausgeschöpft werden?
- Welche Konsequenzen ergeben sich aus den unterschiedlichen Honorierungssystemen für das Arzt- und Patientenverhalten? - Sind diese Konsequenzen aus gesundheitspolitischer und ethischer Sicht wünschenswert?
- Wird durch bestimmte Versorgungs- und Honorierungsstrukturen eine Rationierung geschaffen, das heißt, wird der Zugang zur Dialyse beschränkt? - Wenn ja, auf welcher gesundheitspolitischen, ethischen und medizinischen Grundlage basiert diese Rationierung? Wie verträgt sie sich mit der Zielvorstellung der medizinischen Versorgung?

Dialyse im Leistungsspektrum der GKV?

Rationale Argumentation

Die erste Frage bestimmt grundlegend die Richtung des weiteren Argumentierens und Vorgehens. Wir können gesundheits*ökonomisch* rationale Entscheidungen (und um eine solche handelt es sich im besprochenen Fall[1]) nur dann öffentlich rechtfertigen, wenn sie gesundheits*politischen* rational argumentiert sind. Gesundheitspolitisch rationale Argumentation fehlt jedoch heute vielfach. Statt sich der Mühe einer langwierigen öffentlichen Diskussion und der Konsensfindung zu unterziehen, werden oftmals betriebs- und volkswirtschaftliche Paradigmen als gesundheitspolitische Ziele verkauft. Dies ist nicht nur politisch, sondern auch ethisch zutiefst bedenklich, da ein Fachbereich mit begrenztem methodologischem Instrumentarium einen völlig unterschiedlichen Gesellschaftsbereich bestimmt. Die Ökonomie braucht sich nicht gegenüber dem einzelnen Bürger, in unserem Fall Patienten, rechtfertigen; sie handelt nach ihrem Verständnis rational und aus ethischer Sicht moralisch indifferent. Zu kritisieren bleibt jedoch, wie die politisch Verantwortlichen, die Interessensvertreter und die übrigen Akteure im Gesundheitswesen mit den ökonomischen Erkenntnissen und Vorschlägen umgehen.

Frage nach dem Stellenwert

Gesundheitspolitisch und ethisch richtig wäre es im gegeben Fall, nach dem Stellenwert der Dialyse zu fragen: Sie ist eine medizinisch anerkannte und effektive Hilfe für chronisch Nierenkranke; sie ist darüber hinaus für diese Menschen oftmals die einzige Lebensrettung, da eine Nierentransplantation aufgrund zu weniger Spendernieren oder anderer medizinischer Gründe nicht möglich ist. Medizin, die Leben rettet, das ist das klassische Bild der Heilkunst, das heute zu einer Vision von High-tech-Medizin geführt hat, der nichts mehr unmöglich, unkorrigierbar, unverbesserbar erscheint. Gegenüber Therapien mit einer Fülle von Geräte- und Medikamenteneinsatz (ganz zu schweigen von Fantasien über gentechnisch bestimmte Möglichkeiten der

[1] Ob sie wirklich ökonomisch rational ist, bleibt dennoch ungewiss: Durch Pauschalabgeltungen in einem „kommunizierenden Gefäß", wie es das Gesundheitssystem ist, besteht nämlich die Gefahr, dass Leistungserbringer die Leistungen auf einen anderen Akteur abschieben; im gegebenen Fall könnten die Ärzte die Dialysepatienten ins Krankenhaus schicken, da sie ja ihre Pauschalabgeltung erhalten, egal wie viele Fälle sie behandelt haben.

Medizin) ist die Dialyse eine sehr einfache und heute schon routinemäßige Therapie. Nichtsdestotrotz darf man nicht vergessen, dass sie Leben rettet, das Leben von Menschen.

Betroffenheit

Wenn wir selbst (oder eine uns persönlich bekannte Person) in der Situation wären, auf diese lebensrettende Technik angewiesen zu sein, wäre der Stellenwert klar: Dialyse würde zum Kerngebiet der Medizin gehören, das solidarisch finanziert werden müsste. - Wir können aus guten Gründen davon ausgehen, dass dies auch der Fall ist, wenn wir nicht selbst davon betroffen sind, sondern an einen der rund 50.000 „Fälle" denken, die es davon in Deutschland gibt.

Chronisch Kranke

Die Finanzierungsfrage hängt eng mit der Frage nach der Steuerung im Gesundheitswesen zusammen. Diese ist wiederum gerade bei der Patientengruppe der chronisch Kranken ethisch höchst sensibel. Chronisch Kranke können nämlich nicht darauf hoffen, ihre Krankheit möglichst bald überstanden zu haben und damit keinen Kontakt mit dem Gesundheitssystem mehr zu benötigen. Sie stehen in einer Dauerabhängigkeit von den sie behandelnden Ärzten, Medikamenten, Therapien und Einrichtungen. Deshalb treffen sie auch kleine Änderungen im System mit überdurchschnittlicher Härte. Darauf ist in der Gesundheitspolitik aus ethischer Sicht besonders Bedacht zu nehmen, nicht zuletzt deshalb, weil solche Abhängigkeitsverhältnisse Menschen oft entmutigen, ihre Interessen offen zu vertreten (man möchte nicht noch mehr auf- und zur Last fallen).

Öffentlichkeit

Die Dialyse stellt sich somit als medizinisch lebensrettende, damit ethisch zu fordernde Behandlungsform für chronisch Kranke, das heißt vom Gesundheitssystem abhängige Menschen dar. In einem gesundheitspolitischen Diskurs muss dies zu aller Anfang klar herausgestellt werden, um zu wissen *womit* man es zu tun hat und *wie* man damit umgehen will. Es ist weiters anzunehmen, dass die breite Öffentlichkeit aufgrund einer solchen Schilderung der Dialyse einen hohen Stellenwert in der Gesundheitsversorgung geben wird, sicherlich nicht zuletzt deshalb, weil jeder einmal davon betroffen sein kann.

Solidarische Finanzierung

Somit stellt sich noch die Frage nach der öffentlichen Rechtfertigung einer solidarischen Finanzierung der Dialyse. Unbestritten dürfte wohl zumindest eine teilweise gemeinsame Finanzierung durch die Krankenkassen sein; hier soll aber argumentiert werden, dass im Fall einer chronischen Erkrankung eine vollständige solidarische Finanzierung ethisch das einzig Richtige ist.

Common-sense-Argument

Wir würden es - und das ist das *common sense*-Argument - als „unfair" empfinden, wenn Menschen, die durch einen Schicksalsschlag benachteiligt sind, vom gesellschaftlichen System schlechter behandelt würden als Menschen, denen dieser Schicksalsschlag erspart bleibt. Nierenversagen ist eine medizinische Diagnose, die noch vor nicht langer Zeit ein Todesurteil bedeutet hat; mit der Entwicklung der Medizin wurde jedoch die Dialyse eine effektive und auch größtenteils effiziente Behandlungsmethode, die in den Katalog der „Kassenleistungen" aufgenommen wurde - wie wir meinen, mit gutem Grund. Versicherte können sich wiederum mit gutem Grund Versicherungsleistungen erwarten, wobei über Qualität und Umgang dieser Leistungen die Meinungen wohl auseinander gehen werden. Bei der Dialyse ist der Befund jedoch relativ klar: Sie ist eine qualitativ unbestrittene Methode und ist in ihrer Häufigkeit der Anwendung medizinisch (klar) indizierbar (dass es hier Probleme gibt, siehe unten, Abschnitt 2). Haben die Versicherten nun einen Anspruch, eine ihrer Krankheit entsprechende Therapie zu erhalten, wäre es einer Missachtung der Gleichheit der Menschen, wenn dabei chronisch Kranke benachteiligt würden, nur weil sie „mehr" Leistungen beziehen müssen. Es liegt nicht in ihrem Ermessen und entspricht sicherlich nicht ihren Wün-

schen, Dialysepatienten zu sein. Es entspricht aber ihrer Stellung als gleichberechtigte Bürger, die das gesamte System (nicht nur das gesundheitliche) mittragen, dass sie das Recht auf solidarische Unterstützung in einer lebensbedrohenden Lebenslage haben.

Rationales Argument

Für die vollständig solidarische Finanzierung im Fall chronischer Erkrankungen spricht aber auch ein weiteres Argument, nennen wir es das *rationale Argument*. Chronische Erkrankungen bieten der medizinischen Forschung meistens die Möglichkeit, intensiv und längerfristig an Patienten zu arbeiten. Der daraus entstehende Nutzen fließt dabei meist nicht nur der Patientengruppe selbst, sondern auch (a) potenziellen Patienten dieser Erkrankung und (b) anderen Patientengruppen zu. Kommt es nun zur Einschränkung bzw. Rationierung bei der Therapie, entfallen diese *benefits* für zukünftige und andere Patienten. Die Investition in die Behandlung und Erforschung von chronischen Erkrankungen nutzt also bei weitem nicht nur den aktuell davon Betroffenen, sondern in gehörigem Maß auch den noch nicht- oder anders Betroffenen. Es ist gleichsam eine Absicherung für die Zukunft bzw. eine Investition in die eigene Gesundheit, wenn die Behandlung von chronisch Kranken daher vollständig solidarisch finanziert wird; letztlich ist es einfach das Sozialversicherungsprinzip, das Risiken diversifiziert und damit für alle erträglicher macht. Wenn sich die gesunden Versicherten daher rational verhalten möchten, müssen sie jetzt einen kleinen Beitrag leisten, um sich auch in Zukunft eine Behandlung mit einem kleinen Beitrag leisten zu können.

Zusammenfassung

Zusammenfassend bleibt festzuhalten: Der Dialyse kommt im heutigen öffentlichen Gesundheitssystem klar ein hoher Stellenwert zu; dies kann sowohl medizinisch(-ethisch) wie auch gesundheitspolitisch(-ethisch) rational argumentiert werden. Im Mittelpunkt der Überlegungen muss dabei immer der betroffenen Patient stehen, der im Dialysefall ein chronisch Kranker ist. Aus den chronischen Erkrankungen ergibt sich ein starkes Abhängigkeitsverhältnis, das auf schon geringe Änderungen sensibel reagiert. Was daher die Finanzierung betrifft, so sprechen gute Gründe für eine vollständig solidarisch finanzierte Variante, die in ihrer Umsetzung jedoch unterschiedliche Formen annehmen kann.

Effizienzsteigerungen?

Datenqualität

Für die zweite Fragestellung sind gesundheitsökonomische Daten erforderlich, zum Beispiel: Wie viel kostet eine Dialyse beim niedergelassenen Arzt/in der Ambulanz/im Krankenhaus? Wie viele Dialysen werden pro Jahr und Patient durchgeführt? - Die dafür notwendigen bundesweiten statischen Daten fehlen jedoch, es gibt keine international vergleichbare Studie über den Versorgungsgrad im Dialysebereich. Dieses Defizit wirkt sich negativ auf die gesundheitspolitische Entscheidungssituation aus, da es zu irrationalen Handlungen führen kann. Notwendig wäre daher zunächst eine genaue Analyse der Ist-Situation, um auf ihrer Grundlage weitere Schritte setzen zu können. Es könnte sich nämlich durchaus herausstellen, dass im Bereich der Dialyse ein Defizit besteht: entweder, dass nicht genügend Strukturen vorhanden sind, oder dass diese nicht ausreichend genützt werden.

Effizienz und Ethik

Effizienz ist nicht nur ein ökonomisches Schlagwort, das in der Debatte um die Gesundheitsreform immer wieder zu hören ist, sondern auch ein ethisch zu fordernder Zustand. Auch im Dialysebereich dürfen keine unnötigen Mittel eingesetzt und damit verschwendet werden; es gilt wie in allen anderen medizinischen Bereichen: die höchstmögliche Effektivität mit verbindlicher Qualität zu geringstmöglichen Kosten. Einsparungspotenziale ergeben sich gewöhnlich in der Infrastruktur (Geräte, Gebäude), beim Personal und in den Behandlungsmethoden (Medikamente, Therapien, Operationen). Hier unausgeschöpfte Einsparungspotenziale offen zu legen und zu realisieren ist

geschöpfte Einsparungspotenziale offen zu legen und zu realisieren ist eine notwendige Rationalisierungsmaßnahme. So können etwa unausgelastete Geräte reduziert, billigere (aber gleich effektive) Medikamente eingesetzt oder Verwaltungskosten reduziert werden. Die dadurch freigesetzten Mittel stehen anderweitig zur Verfügung.

Personalkosten

Ein gerne in Angriff genommenes Rationalisierungspotenzial liegt meistens auch in den Personalkosten. Diese hängen im ärztlichen Bereich eng mit dem Honorierungssystem zusammen, das zwischen Spitzenverband der Krankenversicherungen und ärztlicher Berufsvertretung ausgehandelt wird. Gesundheitsökonomen sind der einhelligen Meinung, dass durch die Ausgestaltung des Honorierungssystems auch Lenkungspolitik im Gesundheitswesen betrieben werden kann; nur über die Effekte im Einzelnen ist man sich unklar, es gibt lediglich Tendenzen (vgl. auch Abbildung 1):

Honorarsysteme

	Zahl der Patienten	Zahl der Fälle	Zahl der Einzelleistungen
Festgehalt	↓	↓	↓
Kopfpauschale	↑	↓	↓
Fallpauschale	↑	↑	↓
Einzelleistungsvergütung	↑	↑	↑

Abb. 1: Tendenzen unterschiedlicher Honorarsysteme

Festgehalt

Bei einem *Festgehalt* werden die Ärzte dazu tendieren, sowohl Patientenzahl, als auch Fall- und Einzelleistungs-Anzahl möglichst gering zu halten. Ihr Einkommen würde durch eine höhere Patienten-, Fall- oder Einzelleistungszahl nicht steigen. Diese Entlohnungsform hat den Vorteil der abschätzbaren Kosten und belässt die Mengenplanung zum Großteil in der Hand des Zahlers. Der Nachteil ist evident: Es besteht die Gefahr der Unterversorgung, bzw. - wenn der Arzt verpflichtet ist, alle Patienten aufzunehmen - die der Qualitätsminderung, weil er nicht viel Zeit in die Patienten investieren möchte. Die Form des Festgehalts ist zwar eine aus Sicht des Zahlers rationale, wird jedoch in der Praxis zu überwiegend negativen Konsequenzen führen.

Kopfpauschale

Bekommt der Arzt sein Honorar in Form einer *Kopfpauschale*, so wird er tendenziell dazu neigen, die Zahl der bei ihm eingeschriebenen Patienten zu erhöhen, dafür aber den Aufwand für sie gering zu halten, das heißt die Zahl der Fälle und Einzelleistungen niedrig. Das Kopfpauschalsystem funktioniert nur, wenn sich Versicherte fix bei einem Arzt einschreiben. Das hätte wiederum den Verzicht auf die freie Arztwahl zur Folge. Ein Mittelweg wäre, den Versicherten von Quartal zu Quartal die Option zu geben, sich bei einem anderen Arzt einschreiben zu lassen. Grundsätzlich spricht aus ethischer Sicht nichts gegen eine solche Einschreibung. Sie erfordert zwar ein höheres Maß an Versichertensouveränität, da sich der Betreffende genauer mit dem Arzt seiner Wahl auseinandersetzen muss, um beurteilen zu können, ob er „der Richtige" ist; sie ist aber auch durchaus im Sinne des Arzt-Patienten-Verhältnisses, vor allem, wenn es um die Beziehung Patient-Hausarzt geht.

Es stellt sich jedoch noch die Frage nach der Qualität dieser Versorgung. Die oben angeführten Befürchtungen, dass die Qualität der Behandlung leiden würde, ist keine zwingende. Haben die Versicherten nämlich die Option, einem anderen Arzt ihre Kopfpauschale zukommen zu lassen, so werden sie jenen wählen, der auch aus medizinischer Sicht für sie der beste ist. Zudem müsste für die Krankenkassen als Vertragspartner des Arztes die Möglichkeit bestehen, diesem bei mangelnder Leistung den Kassenvertrag leichter zu entziehen als dies bisher der Fall ist. Das System der Kopfpauschale ist daher ein überlegenswerter Punkt, vor allem in der hausärztlichen Versorgung. Inwieweit es für das Dialyseproblem hilfreich ist, bleibt jedoch offen.

Fallpauschale

Erhält der Arzt seinen Lohn in Form einer *Fallpauschale*, wird er dazu tendieren, die Patienten- und Fallzahlen zu maximieren, die Zahl der Einzelleistungen dagegen zu minimieren. Dieses diagnoseorientierte Honorierungssystem birgt die Gefahr, dass sich die Zahl der Krankheitsfälle häufen, zumindest die ärztliche Diagnose solcher. Dabei stehen den Ärzten eine Vielzahl an Möglichkeiten und Begründungen zur Verfügung; nicht zuletzt fördert die Defensivmedizin ein extensives Diagnoseverhalten. Die Summe der erbrachten Leistungen liegt hier fast ausschließlich beim Arzt, der immer medizinische Gründe für die gestellte Diagnose und das damit verdiente Geld finden wird. Ob eine solches Verhalten auch im Sinne einer qualitativen Medizin und im Sinne des Patienten ist, bleibt freilich zu bezweifeln. Der Patient wird zum Fall, der in den bestehenden Katalog medizinischer Technik eingereiht wird. Dies ist sowohl aus ethischer Sicht abzulehnen, wie aus gesundheitsökonomischer Sicht unklug, wenn es sich um einen nichtroutinemäßigen Arzt-Patienten-Kontakt handelt. Anders sieht die Lage jedoch bei schon diagnostizierten Erkrankungen aus, vor allem bei chronischen, wie der Niereninsuffizienz. Hier ist die Fallpauschale grundsätzlich eine geeignete Entlohnungsform, handelt es sich doch um eine routinemäßige Behandlung, in der immer der gleiche Patient mit immer den gleichen Einzelleistungen behandelt wird. Freilich bleibt die Frage nach der Höhe der Fallpauschale offen, die sehr wesentlichen Einfluss auf die Qualität der erbrachten Leistungen hat.

Einzelleistungsvergütung

Schließlich besteht noch die Möglichkeit der *Einzelleistungsvergütung*, bei der der Arzt tendenziell versuchen wird, alle drei - Patienten-, Fall- und Einzelleistungs-Zahl - zu maximieren, um möglichst viel zu verdienen. Diese Honorierungsform ist jedoch nicht gleichzusetzen mit einem uferlosen Ansteigen der Ausgaben; sie schafft auch eine hohe Transparenz was die erbrachten Leistungen betrifft und damit Vergleichbarkeit zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern. In der Krankenhausfinanzierung hat sich die Einzelleistungsvergütung besser bewährt als die Tagespauschalform (was nicht heißt, dass sie die optimale Finanzierungsform wäre). Im Dialysefall, in dem sie bisher auch angewandt wurde, ist sie jedoch nicht rational nachzuvollziehen. Wie oben bei der Fallpauschale beschrieben, handelt es sich bei der Dialyse um ein standardisiertes Routineverfahren. Hier besteht durchaus die Gefahr, dass die Leistungserbringer zu für sie niedrigen Kosten ein Maximum an Gewinn herausholen wollen. Das kann dazu führen, dass im Einzelfall zu viele Dialysen durchgeführt werden, was eine Verschwendung von Mitteln darstellt und sowohl gesundheitsökonomisch wie auch ethisch abzulehnen ist.

Mischsystem

Letztlich muss klar sein, dass keine der vier Beschriebenen Honorierungssysteme *für sich allein* ausreichend ist, sondern grundsätzlich eine Mischung notwendig ist. Im gegebenen Fall der Finanzierung der Dialyse scheint eine Pauschale als sinnvoll und ethisch vertretbar; dabei sind jedoch zwei Bedingungen zu beachten: Erstens muss die Pauschale in einer angemessenen Höhe sein, so dass die Ärzte nicht den Anreiz haben, die Patienten zu anderen

Leistungserbringern abzuschieben. Zweitens muss es klare Qualitätskriterien für die Durchführung der Dialyse geben, die bundesweit einheitlich und überwacht sind, um ein Qualitätsdumping zu vermeiden.

Konsequenzen für das Arzt-Patienten-Verhältnis

Das Arzt-Patienten-Verhältnis steht im Mittelpunkt medizinethischer Erwägungen. Wie in Abschnitt (1) bereits erörtert, ist dies im Falle chronischer Erkrankungen, die immer ein Abhängigkeitsverhältnis erzeugen, besonders zu berücksichtigen.

Zusammenhang mit Honorarformen

In Bezug auf die Honorierungsform wäre daher folgender Zusammenhang anzunehmen: Je mehr ein Patient dem Arzt finanziell bringt, umso intensiver wird seine Behandlung sein. Es muss jedoch nicht so sein, dass ein Arzt deshalb nur die „teuersten Fälle" nimmt und mit einer Reihe von Diagnosen und Therapien sein Einkommen steigert. Es bleibt nicht zu vergessen, dass mit diesen aufwändigen Fällen auch eine Menge an persönlichem Einsatz und Aufwand des Arztes verbunden ist, der ab einem bestimmten Punkt nicht mehr in Relation zum Gewinn steht. Daher wird jeder rational handelnde Arzt auch „Standardleistungen" durchführen. Solche Standardleistungen, wie es auch die Dialyse ist, können aber mit einem Pauschalbetrag abgegolten werden, vorausgesetzt, er ist hoch genug. Für die sinnvolle Festlegung der Höhe ist aber wiederum eine solide Datenbasis über die erforderliche Anzahl der Behandlungen notwendig (vgl. oben).

Konsensfindung

Es ist nicht einzusehen, warum eine gleich bleibende Therapie über die Jahre hinweg immer teurer wird (abgesehen von der inflationsbedingten Teuerung). Hier ist eindeutig die Vernunft der Ärzte verlangt: Es steht ihnen in einem solidarisch finanzierten System nicht zu, die alleinigen Bestimmungsfaktoren für die Höhe der Ausgaben zu sein, wie es im Einzelleistungs-Vergütungssystem tendenziell der Fall ist. Die Befürchtungen, dass die Qualität der Dialysebehandlung unter der Umstellung auf eine Pauschalentlohnung leiden könnte, sind nur dann nachzuvollziehen, wenn man dem (für sich genommen rationalen) Handeln der Leistungserbringer sanktionslos zusehen will. Wenn jedoch die Zahlenden eine vernünftige Höhe für die Fallpauschale festlegen und diese eventuell mit einer Kopfprämie kombinieren, so ist dies schon ein wesentlicher Schritt zur Konsensfindung. Darüber hinaus müssen klare Qualitätsrichtlinien im Einvernehmen von Zahlenden und Leistungserbringern festgelegt werden, die als Basis für eine Vergütung bzw. eine Vertragskündigung dienen.

Ein solcherart gestaltetes Honorierungssystem hätte sicherlich keine negativen Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis, sondern würde vor allem die Patienten in eine stärkere Position heben.

Rationierung?

Problemdarstellung

Das Problem der Rationierung von Gesundheitsleistungen im Zusammenhang mit Deckelungen von Gesundheitsausgaben stellt sich wie folgt: Steht für die Dialyse dem Arzt ein Fixbetrag von DEM 1.134,- pro Patient und Woche zur Verfügung, so kann er diesen bei angenommenen DEM 350,- Kosten pro Dialyse im Durchschnitt 3,2mal pro Woche dialysieren. Ist der Betrag ausgeschöpft, das heißt, braucht der Patient eine vierte Dialyse pro Woche, so arbeitet der Arzt entweder gratis für diese Leistung (was unwahrscheinlich und irrational wäre), oder aber er schickt den Patienten zur vierten Dialyse ins Krankenhaus und wälzt so die Kosten auf jemand anderen über (ein aus individueller Sicht rationales, aus gesellschaftlicher Sicht jedoch unethisches Verhalten).

Problemanalyse

Die Frage ist nun, ob durch diese neue Honorierungsform wirklich eine Rationierung vorgenommen wird. Wenn ja, so könnte man sie angesichts der Zielvorstellung und des damit verbundenen Stellenwerts der Dialyse wohl kaum rechtfertigen, schon gar nicht, weil es sich um eine eigentlich versteckte Rationierung handeln würde.

Dass es sich um eine *Rationalisierung* handelt, wurde bereits in Abschnitt (2) dargelegt, wenngleich hinzuzufügen wäre, dass die Kombination von Fall- und Kopfpauschale eine sinnvollere Variante gewesen wäre.

Von Rationierung kann man jedoch nur sprechen, wenn nicht so viele Leistungen zur Verfügung gestellt wie nachgefragt werden, weil Einsparungen getroffen werden müssen. Im gegebenen Fall der Dialyse scheint dies jedoch nicht der Fall zu sein. Die Zahl der durch die Wochenpauschale ermöglichten Dialysen muss freilich medizinisch indiziert und durch entsprechende Statistiken belegt sein.

Zusammenfassung

Ethische Wachsamkeit

Zusammenfassend wäre zu sagen: Es gilt einerseits, strukturelle Veränderungen im Gesundheitssystem auf ihre gesundheitspolitische Zielsetzung und die damit verbundenen ethischen Prinzipien zu überprüfen; die Problematik von Abhängigkeitsverhältnissen, wie sie bei der Dialyse sichtbar werden, gilt es dabei ebenso zu berücksichtigen wie die Interessenpolitik, die durch die unterschiedlichen Akteure hier betrieben wird. Gerade angesichts der Tatsache, dass wir in Einzelbreichen bereits eine „Zwei-Klassen-Medizin" und (versteckte) Rationierung haben, muss aus ethischer Sicht Wachsamkeit gefordert werden. Nicht ökonomische Zielvorgaben, sondern rationale gesundheitspolitische Argumente, die in einen gesellschaftlichen Konsens eingebettet sind, müssen die Richtung bestimmen.

Differenzierungen

Andererseits ist jedoch davor zu warnen, den Begriff „Rationierung" bzw. „Zugangsbeschränkung" inflationär zu gebrauchen. Nicht alles, was auf den ersten Blick oder durch die Brille von Interessenvertretern als solches aussieht, ist es auch. Im gegebenen Fall der Dialyse ist daher nicht einzusehen, warum ein rationalisierungstechnisch durchaus sinnvolles Honorierungssystem zugleich zu Rationierung von Leistung führen sollte. Vielmehr müsste man auf Begleitmaßnahmen (z.B. Qualitätskriterien) achten und die Leistungserbringer in die Pflicht nehmen.

Nichtsdestotrotz bleibt die schwache Stellung der Dialysepatienten zu betonen, die - wie alle anderen chronisch Kranken auch - in einem besonderen Abhängigkeitsverhältnis zum Gesundheitssystem stehen und daher dessen besondern Schutz benötigen.

Mag. Jürgen Wallner
Forschungsprojekt „Ethisches Monitoring in der Gesundheitsreform"
Universität Wien - Institut für Ethik und Recht in der Medizin
Barbaraheimstraße 3c/2/12
A-2230 Gänserndorf
Tel. +43/2282/60072
Mobil +43/699/10758477
e-mail: fp-emg@aon.at