

5. Auflage

A. R. Jonsen / M. Siegler /
W. J. Winslade

Klinische Ethik

Eine praktische Hilfe zur ethischen
Entscheidungsfindung



Deutscher
Ärzte-Verlag

Urheberrechtlich geschütztes Material

die medizinische Versorgung der Mitglieder, des Verwaltungsaufwandes und der Gewinnauszahlung an die Teilhaber. Normalerweise beteiligen sich die ärztlichen Leistungserbringer am finanziellen Risiko der Patientenversorgung. In manchen Programmen kann die Vergütung des Arztes variieren, je nachdem, welche Gesundheitsressourcen der Arzt zur Versorgung einer Gruppe von Vertragspatienten verwendet. Dies schafft Anreize für Ärzte, kostenbewusst und präventionsorientiert zu handeln und die Bedürfnisse des Patienten gegen die eigenen finanziellen Vorteile abzuwägen. MCOs haben kosten dämpfende Maßnahmen eingeführt, z.B. die Selektion der potenziellen Mitglieder, die Festlegung von Gebührensätzen und Leistungsarten, die Erzielung von Skalenerträgen in Versorgungseinrichtungen und den Einsatz der vorausschauenden oder rückblickenden Verwendungsprüfung in der klinischen Praxis der Ärzte. Bestimmte Kostendämpfungsmaßnahmen können die klinischen Entscheidungen von Ärzten, die unter diesen Rahmenbedingungen arbeiten, unmittelbar beeinflussen: Ärzte können ermutigt werden, klinische Entscheidungen zu treffen, die insgesamt sowohl kosteneffektiv als auch medizinisch angemessen sind. Wenn Ärzte lediglich angehalten werden, „kostenbewusst“ zu handeln, so mag das korrekt sein. Solche Vorgaben können jedoch problematisch werden, wenn Ärzten für ein kosten senkendes Verhalten Anreize in Gestalt von Bonuszahlungen oder gesteigerten Anteilen an den entstandenen Einsparungen in Aussicht gestellt werden. Eine primäre Kostendämpfungsmaßnahme ist das „Gatekeeping“: Dabei sind die Patienten einem Hausarzt zugeteilt, der ihre Versorgung steuert, indem er über den medizinisch angemessenen und kosteneffektiven Einsatz von Behandlungsverfahren, Überweisungen an Fachärzte sowie stationäre Einweisungen entscheidet. Wird die Rolle des Gatekeepers mit finanziellen Anreizen für die geringere Inanspruchnahme von Gesundheitsressourcen kombiniert, steht der Arzt in einem potenziellen Interessenkonflikt.

Managed Care Ethics. *Arch Intern Med* 1996;156 (special issue).

5. Auflage

A. R. Jonsen / M. Siegler /
W. J. Winslade

Klinische Ethik

Eine praktische Hilfe zur ethischen
Entscheidungsfindung



Deutscher
Ärzte-Verlag

Im Jahr 2002 wurde das Managed-Care-System in den Vereinigten Staaten zehn Jahre alt. Wurden in diesem System die Kosten anfänglich durch eine straffe Steuerung des Versorgungsprozesses und der Wahlmöglichkeiten der Patienten kontrolliert, so hat es sich mittlerweile zu einer weniger restriktiven Form der Gesundheitsversorgung entwickelt, die es den Mitgliedern generell frei stellt, ihren Hausarzt selbst zu wählen, Fachärzte, z.B. Gynäkologen, ihrer Wahl zu konsultieren und sich gegen eine höhere Versicherungsprämie an externe Leistungserbringer zu wenden. Deshalb bedeutet der Begriff „Managed Care“ heute lediglich, dass Verhandlungen und Verträge zwischen Arbeitgebern, Versicherungsträgern und Leistungserbringern zum Standardmechanismus für die Festlegung der Preise für medizinische Versorgungsleistungen geworden sind.

In den Anfangsjahren des Managed-Care-Systems mussten sich Ärzte mit einer Vielfalt primärer ethischer Probleme auseinandersetzen, da einerseits strenge Einschränkungen in Bezug auf ihre klinischen Entscheidungen galten und andererseits bestehende Incentive-Programme eine Kostenkürzung zu Lasten einer qualitativ angemessenen medizinischen Versorgung begünstigten. Seither wurde die Lage im Hinblick auf viele dieser Probleme verbessert. Doch der allgemeine ethische Status von Ärzten, die bei einem oder mehreren Managed-Care-Systemen angestellt sind oder einen Dienstleistungsvertrag unterzeichnet haben, bleibt weiterhin ein ernst zu nehmendes Problem.

5. Auflage

A. R. Jonsen / M. Siegler /
W. J. Winslade

Klinische Ethik

Eine praktische Hilfe zur ethischen
Entscheidungsfindung



Deutscher
Ärzte-Verlag

4.3.4 Ethisch vertretbare Verträge für Ärzte

Ärzte, die bei Managed-Care-Systemen angestellt sind oder Dienstleistungsverträge unterzeichnet haben, sollten sich vergewissern, dass sie innerhalb dieser Systeme arbeiten können, ohne ethische und professionelle Standards zu gefährden. Dies ist gewährleistet, wenn ihre Vertragsbedingungen folgende Punkte berücksichtigen:

- ▲ **Qualität der Versorgung:** Wenn sich Ärzte einer Institution der Gesundheitsversorgung anschließen, müssen sie darauf vertrauen können, dass die Organisation die Ressourcen, das Engagement und die Fähigkeit besitzt, ihren Mitgliedern eine angemessene Gesundheitsversorgung zu bieten. Die jeweilige Definition von „angemessen“ wird den lokalen Bedürfnissen, Ressourcen und Praktiken entsprechend variieren. Ärzte sollten prüfen, ob die Programmvorgaben zur Beschränkung der Ressourcen auf soliden Bewertungsmethoden und Qualitätskriterien der angebotenen medizinischen Versorgung basieren.
- ▲ **Patientenentscheidungen:** Ärzte sollten sich vergewissern, dass die Bedingungen zur Respektierung der Patientenautonomie vorhanden sind. Dazu gehört
 - das Recht der Patienten, ihren Grundversorger zu wählen (der eher als Fürsprecher denn als Gatekeeper fungieren sollte)
 - das Recht, einen Facharzt zu wählen, z.B. einen Geburtshelfer oder Kardiologen
 - das Recht, ohne vorherige Genehmigung eine Notaufnahme aufzusuchen; und vor allem
 - das Recht, auf der Grundlage der rechtlichen und ethischen Doktrin des IC ihre Behandlungsentscheidungen selbst zu treffen.

5. Auflage

A. R. Jonsen / M. Siegler /
W. J. Winslade

Klinische Ethik

Eine praktische Hilfe zur ethischen
Entscheidungsfindung



Deutscher
Ärzte-Verlag

- ▲ **Patientenfürsprache:** Ärzte sollten die Gewissheit erhalten, dass es ihnen erlaubt ist, als Fürsprecher für ihre Patienten zu handeln, damit diese die benötigten medizinischen Leistungen erhalten. Wenngleich diese Fürsprache auf einem soliden klinischen Urteil fußen sollte, sollte sie nicht durch ein Klima von Sanktionen gegen diejenigen Ärzte gehemmt werden, die sich für eine mitfühlende Prüfung und Lösung von Einzelfällen einsetzen, welches mit den Richtlinien und dem Leitbild der Organisation in Konflikt stehen könnte.
- ▲ **Umfassende Aufklärung:** Damit Patienten vernünftige Entscheidungen treffen können, müssen sie angemessen und wahrheitsgemäß aufgeklärt und informiert werden. Dies schließt Informationen zu ihrer Erkrankung und den verschiedenen Behandlungsoptionen ein, selbst wenn diese Optionen nicht im Versicherungsprogramm des Patienten vorgesehen sind. Dazu gehört auch die Offenlegung finanzieller Anreize für den Arzt, die die Empfehlungen des Arztes an den Patienten beeinflussen könnten. Schlussendlich sind die Behandlungsleistungen bekannt zu geben, die vom Versicherungsprogramm nicht abgedeckt werden. Dazu gehört auch eine eindeutige Definition dessen, was unter „experimenteller oder investigativer Behandlung“ zu verstehen ist. Patienten sollten informiert werden, dass sie ein Recht haben, zusätzliche externe Behandlungsleistungen in Anspruch zu nehmen, wenn sie bereit sind, „aus eigener Tasche“ zuzuzahlen.
- ▲ **Interne und Externe Einspruchs- und Beschwerdeverfahren:** Diese Verfahren sollten Versicherten und Ärzten zur Verfügung stehen, um Meinungsverschiedenheiten und Streitigkeiten in Zusammenhang mit der angemessenen Behandlung beheben zu können.

Die meisten dieser Voraussetzungen für eine gute Praxis innerhalb von Institutionen der Gesundheitsversorgung sind in den jeweiligen Chartas der Patientenrechte enthalten, die von der zentralen US-Gesetzgebung und den bundesstaatlichen Behörden verabschiedet wurden.