

Rationierung und Wartezeit in Großbritannien – eine Bewertung aus deutscher Sicht

Dr. Frank Schulze Ehring

WIP-Diskussionspapier 8/06

Rationierung und Wartezeit in Großbritannien - eine Bewertung aus deutscher Sicht

von Dr. Frank Schulze Ehring

1. Das Gesundheitssystem in Großbritannien

Das britische Gesundheitssystem basiert auf der Idee des Wohlfahrtsstaates. Fundament des britischen Systems ist der 1948 gegründete, staatlich verwaltete und überwiegend steuerfinanzierte Nationale Gesundheitsdienst (National Health Service). Die Inanspruchnahme des Nationalen Gesundheitsdienstes (NHS) ist für die Bevölkerung Großbritanniens größtenteils kostenlos. Unabhängig vom Einkommen und der Staatszugehörigkeit können alle Menschen, die ihren gewöhnlichen Wohnsitz in Großbritannien haben, die gleichen Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Zu diesen Leistungen des NHS zählen die allgemein- und fachärztliche sowie die ambulante und stationäre Versorgung. Die zahn- und augenärztliche Versorgung wird ebenso bereitgestellt wie die Unterbringung in Pflegeeinrichtungen, Rehabilitation und die Versorgung mit Medikamenten. Charakteristisch lässt sich darüber hinaus für das britische Gesundheitssystem Folgendes festhalten:

- **Finanzierung:** Die Mittel für das Budget des Nationalen Gesundheitsdienstes wurden im Jahr 2002 zu über 83 % aus allgemeinen Steuern aufgebracht. Weitere 13 % sind im Zuge eines Zuschusses aus dem National Insurance Fund (NI), einer aus einkommensabhängigen Sozialversicherungsbeiträgen getragenen Volksversicherung, indirekt beitragsfinanziert. Ein Anteil, mit dem vor allem die Vergütung der medizinischen Dienste im Rahmen der Renten-, Arbeitslosen- und Arbeitsunfähigkeitsversicherung bezahlt wird. Lediglich 2 bis 3 % des Budgets stammt aus Eigenleistungen der Patienten. So sind zum Beispiel Zuzahlungen für bestimmte Arzneien, Hilfsmittel oder zahnärztliche Leistungen die Regel.
- **Organisation des NHS:** Der Nationale Gesundheitsdienst ist eine staatliche Einrichtung, die unter direkter Regierungsverantwortung liegt beziehungsweise den vier Gesundheitsministerien (England, Schottland, Wales, Nordirland) unterstellt ist. Verwaltet wird der Nationale Gesundheitsdienst von einem eigenen Beamtenapparat (NHS-Exekutive). In Absprache mit der NHS-Exekutive bestimmen die Ministerien die Richtlinien der Gesundheitspolitik und arbeiten den Budgetplan aus, der die Verteilung der vom Parlament bewilligten Mittel auf die Regionalbehörden (Regional Offices) reguliert. Unterhalb der Regional Offices sind die lokalen, für die operative Gesundheitsverwaltung zuständigen Health Authorities (HA) organisiert. Diese erhalten über die Regional Offices ein Mittelbudget, das sich an der Zahl der zu versorgenden Einwohner orientiert.
- **Hausarztprinzip:** Die britische Gesundheitsversorgung basiert auf dem sogenannten Hausarztprinzip. Ein überwiegend in einer Gemeinschaftspraxis arbeitender Allgemeinmediziner stellt als Hausarzt zu 95 % den Erstkontakt mit dem Gesundheitssystem dar und gewährleistet die Primärversorgung. Bei Bedarf überweist er die Patienten an die zuständigen Fachärzte und begleitet sie während des Krankheitsverlaufs. Freie Hausarztwahl gibt es dabei nicht. Die Wahl des Hausarztes hängt von der Postleitzahl des Wohnortes ab. Der Hausarzt wiederum wählt in der Regel das zuständige Krankenhaus für die fachärztliche Versorgung aus.
- **Fachärztliche Versorgung:** Im Gegensatz zu Deutschland existiert in Großbritannien keine doppelte Facharztschiene. Die Fachärzte arbeiten in Krankenhäusern, in denen sie sowohl für die stationäre als auch ambulante fachärztliche Versorgung zuständig sind.
- **Ärzte im NHS:** Schätzungen zufolge sind über 90 % der britischen Ärzte beim Nationalen Gesundheitsdienst beschäftigt. Dennoch sind sie keine Staatsangestellten. Der britische Ärzteverband handelt

die Arzthonorare mit Vertretern des Gesundheitsministeriums aus.

- *Vergütung:* Die Vergütung der Mediziner für die Primärversorgung erfolgt über Kopfpauschalen, die sie in Abhängigkeit von der Zahl der in den jeweiligen Praxislisten eingetragenen Patienten erhalten. Leistungen, die ohne Delegation an den Facharzt über die Primärversorgung hinausgehen, können als zusätzliche Einzelleistung abgegolten werden. Im stationären Bereich werden die Leistungen über Globalbudgets für einzelne Leistungsbereiche und über Fallpauschalen erstattet. Die Vergütung der in den Krankenhäusern angestellten Fachärzte erfolgt über ein Pauschalgehalt.
- *Prinzip der Sachleistung:* Im Nationalen Gesundheitsdienst werden alle Leistungen als Sachleistung erbracht.
- *Zugang zur medizinischen Versorgung:* In Großbritannien haben Patienten das Recht auf einen allgemeinen, gleichen und zeitnahen Zugang zur medizinischen Versorgung. Ein Recht, das allerdings nur im allgemeinmedizinischen Bereich verwirklicht werden kann. In der fachärztlichen und stationären Behandlung wird dieser Zugang durch Wartelisten teilweise erheblich beeinträchtigt. (s.u.)
- *Private Krankenversicherung:* Der Abschluss einer privaten Krankenversicherung ist grundsätzlich möglich - und von dieser Möglichkeit machen mehr und mehr Einwohner Großbritanniens Gebrauch. 2003 verfügten über 15 % der britischen Bevölkerung über eine private Krankenzusatzversicherung. In den Genuss von Steuererleichterungen kommen diese nicht. Das gilt auch, wenn Personen vollständig privat krankenversichert sind und die Leistungen des NHS nicht in Anspruch nehmen.

2. Unterfinanzierung und Wartezeiten als Problem

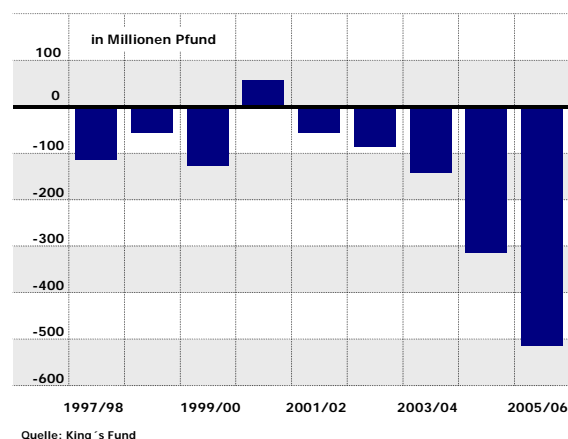
Als Kernproblem des britischen Gesundheitssystems beziehungsweise des Nationalen Gesundheitsdienstes (NHS) ist seit

jeher die **unzulängliche Finanzierung** zu bezeichnen. Im weltweiten Vergleich gibt Großbritannien sehr wenig Geld für Gesundheit aus. Kaufpreisbereinigt sind laut OECD-Daten in Großbritannien im Jahr 2003 pro Kopf 2.231 \$ für das Gesundheitswesen verwendet worden. Ein Durchschnittsbetrag, der im Vergleich zur USA mit 5.635 \$, zur Schweiz (3.781 \$), zu Deutschland (2.996 \$) und Frankreich (2.903 \$) auf einem relativ niedrigem Niveau liegt. Als zweite wichtige Vergleichsgröße ist der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandsprodukt (BIP) zu nennen. Auch hier liegt Großbritannien mit 7,7 % nicht nur deutlich unter dem Wert der USA (15 %), der Schweiz (11,5 %), Deutschlands (11,1 %) und Frankreichs (10,1 %), sondern auch weit vom OECD-Durchschnitt (8,7 %) entfernt.

Auch auf grund dieser Zahlen lässt der britische Staat inzwischen jedes Jahr mehr Steuergelder in das über lange Zeit hinweg vernachlässigte Gesundheitswesen fließen. Zwischen 1997 und 2006 haben sich die Gesundheitsausgaben verdoppelt. Im Finanzjahr 2007/2008 soll das Budget des NHS 151 Mrd. Euro betragen. Damit würde Großbritannien sich dem Ausgabenniveau anderer europäischer Staaten Schritt für Schritt annähern.

Gleichzeitig steigt allerdings das Defizit des Nationalen Gesundheitsdienstes. Im Finanzjahr 2005/2006 haben die Gesundheitsverwaltungen des Nationalen Gesundheitsdienstes ein Defizit von 512 Millionen Pfund (750 Millionen Euro) verbucht. Das sind gut 300 Millionen Pfund mehr als von der britischen Regierung angestrebt.

Abb. 1: Defizite des Nationalen Gesundheitsdienstes



Trotz oder wegen dieser finanzpolitischen Lage und Perspektive sind die Folgen der seit jeher unzulänglichen Finanzierung des britischen Gesundheitssystems vielfältig. Neben einem weit verbreiteten Ärztemangel und qualitativen Defiziten stellen die Versorgungsengpässe bei Gesundheitsleistungen das schwerwiegendste Problem innerhalb des Nationalen Gesundheitsdienstes dar. Denn Großbritannien hält den traurigen Rekord der längsten **Wartelisten** in Westeuropa. Noch immer sind im Nationalen Gesundheitsdienst monatelange **Wartezeiten** auf ein Krankenhausbett oder eine Operation berühmt berüchtigt:

- Laut offiziellen Angaben warteten Ende Juni 2004 in allen Teilen Großbritanniens 1,1 Millionen Menschen auf eine stationäre Behandlung im Krankenhaus. 16.350 Patienten mussten davon zwölf oder länger als 12 Monate warten.
- Bei einer Bevölkerung von fast 60 Millionen Briten entsprachen die absoluten Wartezahlen einem Anteil von 1,9 % beziehungsweise 0,03 % bei einer Wartezeit von über 12 Monaten.

Abb. 2: Warten auf stationäre Behandlung (absolut und in % an der Bevölkerung)

Juni 2004	Patienten auf einer Warteliste	Patienten auf einer Warteliste (> 12 Monate)
Nordirland	50.975 3,0 %	6.858 0,4 %
Wales	75.517 2,6 %	8.940 0,31 %
Schottland	112.375 2,2 %	0 0,0 %
England	885.503 1,8 %	552 0,001 %
Großbritannien	1.124.370 1,9 %	16.350 0,03 %

Quelle: NIAO - Northern Ireland Audit Office

- Die Zahlen zur Wartelistenproblematik stellen Durchschnittswerte dar. Dabei wird schnell überdeckt, dass die Unterschiede innerhalb Großbritanniens erheblich sind. Während in England Ende Juni 2004 nur 1,8 % der Bevölkerung

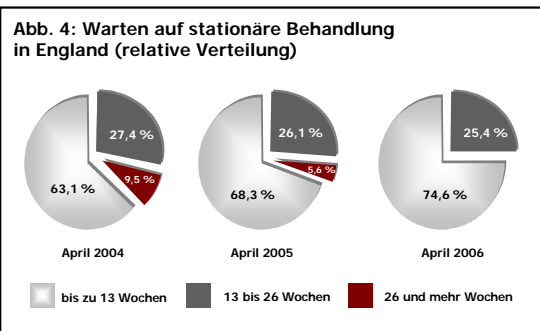
auf eine stationäre Behandlung wartete, lag der Wert für Nordirland (3 %) erheblich über dem Durchschnitt.

Auch wenn in England die Wartelisten unterdurchschnittlich lang sind, sollten diese - weil der Bevölkerungsanteil Englands an der Gesamtbevölkerung Großbritanniens fast 84 % beträgt - in den Mittelpunkt des Interesses rücken. Folgt man dieser Argumentation, lassen sich auch oder insbesondere in England aufschlussreiche Entwicklungen feststellen. Ein Überblick:

Abb. 3: Warten auf stationäre Behandlung in England (absolute Verteilung)

Patienten auf einer Warteliste	April 2004	April 2005	April 2006
bis zu 13 Wochen	555.904	557.613	580.346
13 bis 26 Wochen	241.212	212.799	197.878
26 und mehr Wochen	84.016	45.433	144
total/gesamt	881.132	815.845	778.368

Quelle: Department of Health



Quelle: Department of Health

Die Gesamtzahl der auf eine stationäre Krankenhausbehandlung wartenden Personen ist von 881.132 im April 2004 auf 778.368 im April 2006 gesunken. Dennoch verharrt der Gesamtbestand weiterhin auf einem hohen Niveau. Allerdings konnte die Länge der Wartezeit erheblich verkürzt werden. Während im April 2004 noch über 80.000 Patienten über 26 Wochen auf eine Behandlung warten mussten, ist die Häufigkeit dieser Wartezeit im April 2006 auf nahezu null zurückgegangen.

Die für England dokumentierten Wartelisten und -zeiten bei stationärer Behandlung

stellen Durchschnittswerte für alle medizinischen Fachgebiete dar. Aufschlussreich sind aber auch die je nach Fachbereich festzustellenden Unterschiede. Während nämlich in vielen medizinischen Fachgebieten kaum Wartezeiten auftreten (Onkologie; Rehabilitation), warten im Quartal 1 des Finanzjahres 2006/2007 zum Beispiel in der allg. Chirurgie, Orthopädie oder Gynäkologie mit 128.281, 199.618 beziehungsweise 65.120 Patienten insgesamt fast 400.000 Menschen mit teilweise sehr unterschiedlichen Wartezeiten auf eine Behandlung. Folgend ein Überblick:

Abb. 5: Warten auf stationäre Behandlung in England (ausgewählte Fachbereiche)

Patienten auf einer Warteliste	total/gesamt	bis zu 13 Wochen (absolut)	13 bis 26 Wochen (absolut)	13 bis 26 Wochen (relativ)
Orthopädie	199.618	130.408	68.671	34,4 %
Allg. Chirurgie	128.281	95.875	32.318	25,3 %
Augenheilkunde	71.855	63.520	8.197	11,4 %
Hals-Nasen-Ohren	68.793	49.292	19.339	28,1 %
Gynäkologie	65.120	49.439	15.612	24,0 %
Urologie	60.060	46.494	13.493	22,5 %
Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgie	43.209	31.436	11.748	27,2 %
Plastische Chirurgie	31.239	22.097	9.056	29,0 %
Kardiologie	28.814	23.971	4.816	16,7 %
Magen-Darm	18.234	16.493	1.831	10,0 %
Neurochirurgie	6.230	4.391	1.839	29,5 %
Dermatologie	4.608	3.834	774	16,8 %
Neurologie	2.689	2.294	393	14,6 %
Onkologie	284	267	17	6,0 %
Rehabilitation	86	73	13	15,1 %

Quelle: Department of Health

Die sowohl absolut als auch relativ niedrigen Wartezeiten im Fachbereich der Onkologie sind bemerkenswert. Ein Erfolg, der wohl darauf zurückzuführen ist, dass bei staatlichen Investitionen in den Nationalen Gesundheitsdienst (NHS) in den letzten 10 Jahren besondere Prioritäten im Bereich der Krebs- und Tumorerkrankungen gesetzt worden sind. Das schien notwendig zu sein, weil Mitte der 90er Jahre in Großbritannien die Überlebensrate bei Krebserkrankungen weit unter der in Kontinentaleuropa lag. Eine traurige Realität, die damals auch mit den gerade in diesem medi-

zinischen Bereich existierenden Wartelisten und -zeiten begründet worden ist.

Der Erfolg der staatlichen Bemühungen im Bereich der Krebs- und Tumorerkrankungen spiegelt sich nicht nur bei den Wartezeiten je Fachbereich, sondern auch in den nach Krankheitsbildern differenzierten Wartelisten wider. So sind nach Angaben des *Department of Health* im Quartal 4 des Finanzjahres 2005/2006 über 99,4 % aller Patienten mit der (Verdachts-) Diagnose Krebs gemäß staatlicher Zielvorgabe innerhalb von 14 Tagen nach Überweisung des Hausarztes erstmalig von einem Spezialisten konsultiert worden.

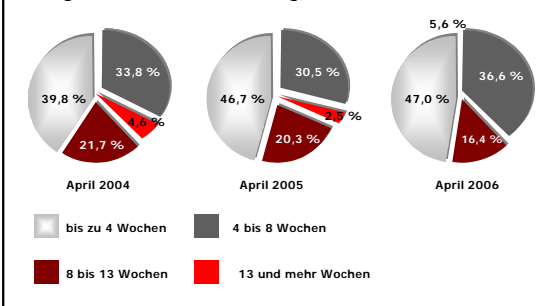
Wartelisten sind nicht nur im stationären Bereich bekannt. Auch die Wartezeiten bei **ambulanter** Facharztbehandlung sind nicht unerheblich. Infolge einer ärztlichen Überweisung des zuständigen Allgemeinmediziners - dem Hausarzt - warteten in England Ende April 2006 nahezu 1,2 Millionen Menschen auf eine ambulante fachärztliche Betreuung. Davon mussten immerhin mehr als 16 % eine Wartezeit von 8 bis 13 Wochen hinnehmen.

Abb. 6: Warten auf ambulante Facharztbehandlung in England (absolute Verteilung)

Patienten auf einer Warteliste	April 2004	April 2005	April 2006
bis zu 4 Wochen	499.113	624.620	541.385
4 bis 8 Wochen	424.682	407.490	421.336
8 bis 13 Wochen	272.788	271.375	188.215
13 und mehr Wochen	58.282	33.736	138
total/gesamt	1.254.865	1.337.223	1.151.074

Quelle: Department of Health

Abb. 7: Warten auf ambulante Facharztbehandlung in England (relative Verteilung)



Quelle: Department of Health

Sowohl ambulant als auch stationär ergibt sich damit ein übereinstimmendes Bild. Auch wenn mit Milliardeninvestitionen vor allem in die Kapazitäten der Kliniken die Wartezeiten (insbesondere bei den Krebs- und Tumorerkrankungen) in den letzten Jahren verkürzt worden sind, müssen von den Patienten erhebliche Wartezeiten hingenommen werden, um ambulant beziehungsweise stationär behandelt zu werden. Was das für die Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen im allgemeinen als auch für die **Rationierung** der Leistungen im speziellen bedeutet, das soll im nachfolgenden Abschnitt erörtert und dokumentiert werden.

3. Rationierung im Gesundheitssystem Großbritanniens

Die meisten Güter des täglichen Gebrauchs werden über den Preis rationiert. Bei Gesundheitsleistungen - sofern vom britischen Staat oder einem anderen Gesundheitssystem (kostenlos) zur Verfügung gestellt - hat dagegen der Preis in der Regel fast keine Wirkung auf die nachgefragte Verbrauchsmenge. Bei knappen Ressourcen und unbegrenzten gesundheitlichen Bedürfnissen der Bürger muss entsprechend über eine Beschränkung und Verteilung der von der Gesellschaft nur begrenzt finanzierbaren Gesundheitsleistungen entschieden werden. Die **Rationierung** medizinisch notwendiger oder zweckmäßiger Gesundheitsleistungen ist Ausdruck dieser Beschränkung und Verteilung. Formen der Rationierung im Gesundheitswesen können damit sein:

- *Implizite Rationierung:* Eine implizite Rationierung ist vom Gesundheitssystem vorgegeben. Sie erfolgt unter anderem über Gesamt- oder Teilbudgets oder einer eingeschränkten Verfügbarkeit von teuren (Gesundheits-)Leistungen.
- *Explizite Rationierung:* Die explizite Rationierung schließt bestimmte Leistungen vollständig aus oder beschränkt sie auf ausgewählte Personen- und Patientengruppen. Dabei wäre das Alter ein mögliches und denkbare Kriterium.

- *Offene vs. verdeckte Rationierung:* Eine offene Rationierung macht die Kriterien der Rationierung öffentlich. Die Zuteilung von (Gesundheits-)Leistungen ist transparent. Ohne Transparenz findet die Rationierung verdeckt statt.
- *Harte vs. weiche Rationierung:* Bei einer harten Rationierung ist der Zukauf von Gesundheitsleistungen über das staatlich zur Verfügung gestellte Niveau hinaus nicht möglich. Sie bietet - anders als die weiche Rationierung - keine Grundlage für das Entstehen privater Zusatzmärkte.
- *Direkte vs. indirekte Rationierung:* Rationierungen sind direkt, wenn sie sich auf konkrete Gruppen- oder Einzelfallentscheidungen auf Mikroebene beziehen. Werden Rationierungsentscheidungen dagegen nach statistischen Kriterien auf der Makroebene getroffen, wird von einer indirekten Rationierung gesprochen.

Abb. 8: Rationierungsebenen

Ebene		Beschränkung/Verteilung
Makroebene	obere Ebene	Beschränkung der Gesundheitsausgaben als Anteil an der gesamten Wirtschaftskraft
	untere Ebene	Beschränkung/Verteilung der Gesundheitsausgaben auf verschiedene Bereiche der medizinischen Versorgung
Mikroebene	obere Ebene	Beschränkung/Verteilung der Gesundheitsleistungen auf verschiedene Patientengruppen
	untere Ebene	Beschränkung/Verteilung der Gesundheitsleistungen auf einzelne Patienten

Quelle: nach Engelhardt (1996)

Rationierung findet weltweit in fast allen Gesundheitssystemen statt - besonders in Großbritannien. Als Folge der Rationierung in Großbritannien sind unter anderem die dokumentierten und in Europa bekannten Wartelisten und -zeiten zu interpretieren. Relativ unbekannt sind allerdings die in Großbritannien existierenden Formen und angewandten Kriterien oder Prinzipien der Rationierung von (medizinisch notwendiger oder zweckmäßiger) Gesundheitsleistungen innerhalb des Nationalen Gesundheitsdienstes. Schon aufgrund der auch in Deutschland verstärkt öffentlichen geführten Debatte über Rationierungen in der solidarisch finanzierten GKV wäre eine entsprechende Zusammenstellung von Interesse. Im Kern geht es dabei um die

Frage, ob und wie die in Großbritannien angewandten Kriterien und Prinzipien der Rationierung zu einer impliziten/expliziten, offenen/verdeckten, direkten/indirekten und harten/weichen Rationierung führen:

(1) *Politische Rationierung*: Der Nationale Gesundheitsdienst (NHS) ist steuerfinanziert. Das impliziert, dass die britische Regierung aus Haushaltsmitteln dem NHS Steuergelder zur Verfügung stellen muss. Die Beschränkung dieser Mittel als Anteil am Haushaltsetat und die damit in Großbritannien im Vergleich zu Kontinentaleuropa einhergehende Unterfinanzierung des Gesundheitssystems (s.o.) stellt als begrenztes Gesamtbudget des Nationalen Gesundheitsdienstes eine implizite, indirekte und weiche Rationierung auf der oberen Makroebene dar. Die Entscheidungsgrundlage dieser Rationierung ist dabei nur augenscheinlich der medizinische Bedarf. Sie ist vielmehr politischer Natur und wird entsprechend von den in Großbritannien herrschenden parlamentarischen Mehrheitsverhältnissen geprägt. In der Regel ist damit die Rationierung weder öffentlich noch transparent.

(2) *Rationierung durch „gatekeeping“*: In Großbritannien ist der Zugang zum Gesundheitssystem reglementiert. Weder die Wahl der hausärztlichen Versorgung, des Facharztes noch die Wahl des Krankenhauses sind frei. Der zuständige Hausarzt hängt von der Postleitzahl ab und kann nicht uneingeschränkt gewechselt werden. Der Hausarzt wiederum wählt in der Regel mit der Ausstellung einer ärztlichen Überweisung das Krankenhaus für die fachärztliche Versorgung aus. Wahlmöglichkeiten existieren dabei nur insofern, dass Patienten mit Versorgungsbedarf im Zuge jüngster Regierungsbemühungen seit 12/2005 bei ausgewählten ärztlichen Eingriffen aus 4 bis 5 lokalen Krankenhausanbietern auswählen können.

Mit dem nicht freien Zugang zur haus- und fachärztlichen Versorgung schließt der Nationale Gesundheitsdienst (NHS) die freie Arztwahl als (Gesundheits-)Leistung ausdrücklich aus. Der Tatbestand der expliziten, gleichzeitig aber offenen und weichen Rationierung auf der Makroebene ist

damit erfüllt. Ob allerdings das vermeintliche Ziel der Rationierung, mittels Hausarztprinzip und „gatekeeping“ [der Hausarzt als Lotse im Gesundheitssystem] Kosteneffizienz zu erzielen, erreicht wird, ist dabei ungewiss. Der scheinbar kostensparende Effekt eines Hausarztprinzips und von „gatekeeping“ ist zwar allgemein bekannt und intuitiv einleuchtend, an systematischer Evidenz und wissenschaftlichen Belegen fehlt es aber noch nach wie vor.

(3) *Institutionelle Rationierung*: Die in Großbritannien für die operative Gesundheitsverwaltung zuständigen Health Authorities erhalten vom NHS ein Budget, das sich an der Zahl der zu versorgenden Einwohner orientiert und über das sie nach Zuteilung eigenverantwortlich verfügen. Im Fall begrenzter Budgets entsteht damit Rationierung auf institutioneller Verwaltungsebene. Um die gegebenen und begrenzten Ressourcen auf die verschiedenen Bereiche der medizinischen Versorgung zu verteilen, haben die einzelnen Behörden innerhalb ihres Budgets in allen oder Teilen ihres Aufgabenbereichs Prioritäten zu setzen. Trotz nationaler Rahmenbedingungen und Unterstützung mittels *Programme Budgeting and Marginal Analysis (PBMA)*, einem softwaregestützten Rahmenwerk zur Priorisierung von Leistungen, sind die dabei angewandten Kriterien nicht vollständig formell fixiert. Laut empirischen Analysen [u.a. Obermann; Tolley (1997)] sind sie aber identifizierbar. Gestützt auf Informationen und Meinungen von Krankenhausärzten, Hausärzten und sonstigen Führungskräften der medizinischen Verwaltung lassen sich die Verantwortlichen in den *Health Authorities* bei ihren Entscheidungen auf der einen Seite von den Kriterien „Zugewinn an Gesundheit“, „Gerechtigkeit“ sowie „öffentliche Akzeptanz“, auf der anderen Seite aber insbesondere auch von den Faktoren „Kosten“ und „Kosteneffektivität“ leiten.

Die Rationierungen der lokalen Gesundheitsverwaltungen stellen häufig normale Entscheidungen über die Allokation von Ressourcen dar. Sie sind in der Regel unspektakulär und wenig öffentlichkeitswirksam, lösen aber gelegentlich auch eine

landesweite Debatte in Großbritannien aus. So ist die Rationierungsentscheidung des East Suffolk Health Trust (ESHT), dass adipöse und übergewichtige Patienten in Teilen Großbritanniens keine künstlichen Hüft- oder Kniegelenke erhalten, auf heftige öffentliche und medienwirksame Echo bei Ärzten und Patienten gestoßen.

Box 1: Künstliche Gelenke für Übergewichtige? Nein !

Adipöse und übergewichtige Patienten erhalten in Teilen Großbritanniens laut Entscheidung des East Suffolk Health Trust (ESHT) keine künstlichen Hüft- oder Kniegelenke mehr. Wie ein Sprecher der lokalen staatlichen Gesundheitsverwaltung sagte, habe man das Budget für das laufende Haushaltsjahr bereits um mehrere Millionen Pfund überzogen und sei deshalb gezwungen, klare Prioritäten zu setzen. Es sei bekannt, dass künstliche Hüft- und Kniegelenke bei übergewichtigen Patienten oft nicht funktionierten. Da das Geld für derartige Eingriffe knapp sei, sei es besser, normalgewichtige Patienten bevorzugt zu behandeln.

Quelle: Ärzte Zeitung vom 25. 11. 2004

Die Entscheidung einer lokalen Gesundheitsverwaltung, bestimmte Leistungen auf ausgewählte Patientengruppen zu beschränken, stellt eine explizite und direkte Rationierung dar. Weil aber in den Health Authorities auch Budgetierung stattfindet - nämlich die Beschränkung/Verteilung der Mittel auf Bereiche der medizinischen Versorgung -, ist die institutionelle Rationierung genauso indirekt wie implizit.

(4) *Zeitliche Rationierung:* Die im ambulanten als auch stationären Bereich in England existierenden **Wartezeiten** sind Ausdruck und Folge einer eingeschränkten Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen. Leistungen werden damit durch zeitliche Verzögerung, Streckung oder Aufschub implizit und weich rationiert. Wie oben dokumentiert fällt diese zeitliche Rationierung je nach Fachbereich, Krankheit und Region unterschiedlich hoch aus. In Verbindung mit dem nicht freien Zugang zur haus- und fachärztlichen Versorgung kann in diesem Zusammenhang durchaus von einer „Postleitzahlenlotterie“ gesprochen werden. Es handelt sich damit um direkte Rationierungsentscheidungen, von der konkrete Einzelfälle oder Gruppen auf der Mikroebene betroffen sind.

(5) *Klinische Rationierung:* Die klinische Rationierung durch **Priorisierung** von Gesundheitsleistungen findet auf der Ebene der ärztlichen Versorgung des einzelnen Patienten statt. Die wohl üblichste Form der klinischen Rationierung stellt die Zuweisung der Patienten auf eine **Warteliste** dar. Die nach Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren von medizinischem Fachpersonal vorgenommenen Priorisierungen auf Wartelisten gehören in Großbritannien zum Alltag der medizinischen Versorgung. Besondere Aufmerksamkeit in ganz Europa erfährt dabei aber immer wieder die klinische Priorisierung oder gar Vorenthaltung medizinischer Leistungen in Abhängigkeit vom Alter. Wenn auch niedergeschriebene **altersabhängige Rationierungsregeln** rar sind, so findet sie in Großbritannien dennoch statt. Nicht selten, unter anderem bei Herzerkrankungen, regulieren medizinische Einrichtungen den Zugang zu medizinischen Leistungen mittels Mindest- oder Höchstalter - und das obwohl eine medizinische Evidenz für eine bestimmte Altersgrenze nicht immer vorliegt. Aber auch über diese bewusste Altersdiskriminierung hinaus gibt es Anzeichen für eine altersabhängige Rationierung im NHS. Unter anderem unbewusst - so zeigen es Studien des Nationalen Gesundheitsdienstes - lassen sich viele ärztliche Leistungserbringer bei der Priorisierung von medizinischen Leistungen vom Alter der Patienten beeinflussen.

Der Tatbestand der Altersdiskriminierung in der medizinischen Versorgung des NHS ist der Regierung sehr wohl bewusst. Nicht zuletzt aus diesem Grunde wurde im März 2001 vom *Department of Health* ein *National Service Framework (NSF) for Older People* veröffentlicht. Ein Plan, der bis zum Ende des Jahrzehnts die Alterdiskriminierung nicht nur direkt bei den Leistungserbringern im Umgang mit den Patienten, sondern in allen Institutionen des NHS beenden soll. Im Zentrum dieses Vorhabens stehen Standards, die in allen wichtigen medizinischen Fachbereichen sicher zu stellen haben, dass ältere Menschen, zum Beispiel bei Krebs- und Herzerkrankungen, einen gleichen/adäquaten Zugang zur medizinischen Versorgung wie Personen unter

65 Jahren haben.¹ Wie erfolgreich dieses Vorhaben allerdings aktuell ist und sein wird, bleibt letztendlich abzuwarten.

Die klinische Rationierung mittels Zuweisung der Patienten auf eine Warteliste ist implizit, weich und direkt. Und das gilt auch für altersabhängige Rationierungsregeln, die ältere Menschen von bestimmten Leistungen ausschließen. Weil nämlich niedergeschriebene altersabhängige Rationierungsregeln äußerst selten sind, darüber hinaus die Regierung sowie die Verantwortlichen im NHS derartige Ausschlüsse ausdrücklich verurteilen, kann letztendlich auch in diesem Fall „nur“ von einer impliziten und nicht von einer expliziten Rationierung gesprochen werden.

BOX 2: Klinische und institutionelle Rationierung in der öffentlichen Diskussion - der Fall J. Bowen

Jaymee Bowen had acute myeloid leukaemia. She was given some initial treatment, including a bone marrow transplant, but after a remission her cancer recurred. NHS clinicians at Addenbrooke's Hospital, Cambridge, decided that further bone marrow transplantation was inappropriate - that the probability of a successful outcome was very slight (2.5%) and that treatment would cause considerable pain and distress. However, on advice from abroad that further treatment and a second transplant still offered a significant chance of success Jaymee's father pressed for another transplant. Cambridge Health Authority refused to pay for the extracontractual referral that this entailed on the basis that clinicians thought the treatment was unlikely to succeed and would cause considerable pain and distress.

Jaymee's father took the case to the high court, where ... required the health authority to reconsider. However, on appeal the health authority's decision was upheld. Cambridge Health Authority consistently argued that financial matters did not enter its decision. [But in fact there was confusion over the role that financial considerations played in the decision not to fund a second bone marrow transplant.] Treatment was finally offered in the private sector, but again Cambridge Health Authority declined to pay. The case provoked considerable public attention, including several offers to pay for the treatment, one of which was accepted.

Quelle: Department of Health (2005)

¹ Dazu gehören auch Operationen. Allein bis zum Jahr 2005 sollten - so der ambitionierte Plan - unter anderem 89.000 zusätzliche Augen-, Herz-, Hüft- und Knieoperationen abgewickelt werden.

(6) *Rationierung durch Nutzenbewertung:* Im Jahr 1999 ist von der britischen Regierung das National Institute for Clinical Excellence (NICE) gegründet worden. Das wissenschaftliche Institut ist ein Teil des NHS. Es hat als Evaluierungsstelle die Aufgabe, den klinischen Nutzen und die Kosteneffektivität der vom Gesundheitsministerium zur Bewertung vorgeschlagenen Arzneimittel und Therapieleistungen abzuschätzen. Über das verbindliche und als Richtlinie für die Finanzierung im NHS ausgesprochene Ergebnis werden die medizinische Fachwelt, die Patienten und die Öffentlichkeit von NICE informiert.

BOX 3: Verbindlichkeit von NICE

Die Leistungserbringer können im Einzelfall von den Empfehlungen von NICE abweichen. Das muss allerdings gut begründet und dokumentiert sein. Es muss einer Kontrolle standhalten. Damit werden starke Anreize für den einzelnen Arzt gesetzt, den Richtlinien von NICE zu folgen.

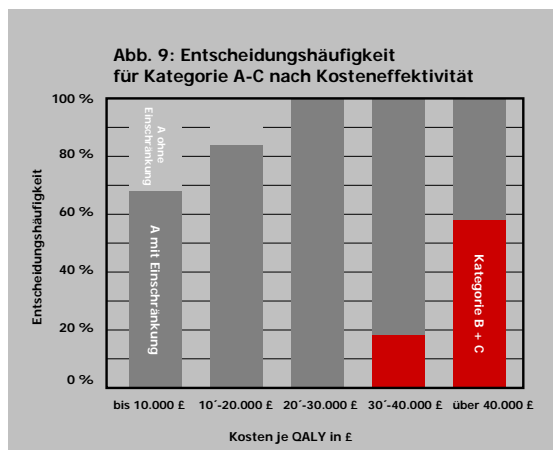
Quelle: nach Rothgang et al. (2004)

Der umfangreiche Bewertungsprozess von NICE beruht auf klinischen Nachweisen und - wenn solche Informationen vorliegen - dem Kriterium der Kosteneffektivität. Weil auch das Kriterium der Kosteneffektivität als Entscheidungskriterium der Evaluierungsarbeit dient, ergeben sich als Folge der von NICE getroffenen Entscheidungen für das Nationale Gesundheitssystem Rationierungseffekte. Diese Rationierungseffekte sind nur eingeschränkt direkt identifizierbar, treten aber - wenn durch Entscheidungen von NICE die Wahlfreiheit von Patienten und Ärzten bei Diagnose und Therapie beschränkt wird - Hinweisen zufolge indirekt auf. Unter anderem *Rothgang, Wasem, Greß et. al.* kommen zu folgenden Ergebnissen:

- Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses von NICE können in die Kategorien *A „Leistung im NHS empfohlen“* (mit und ohne Einschränkung), *B „Leistung in Begleitung klinischer Studien erlaubt“* und *C „Leistung nicht empfohlen“* aufgeteilt werden. Von den zwischen März 2000 und Dezember 2003 von NICE beurteilten Leistungen hat NICE 4,3 % der zu bewertenden Arzneimittel und 9,6 % aller Leistungen nicht zur Fi-

finanzierung im Nationalen Gesundheitsdienst (Kategorie B + C) empfohlen.² Weitere 57,4 % der Arzneimittel beziehungsweise 63 % aller Leistungen sind nicht für alle Indikationen, sondern nur indikationsspezifisch für bestimmte Patientengruppen befürwortet worden.

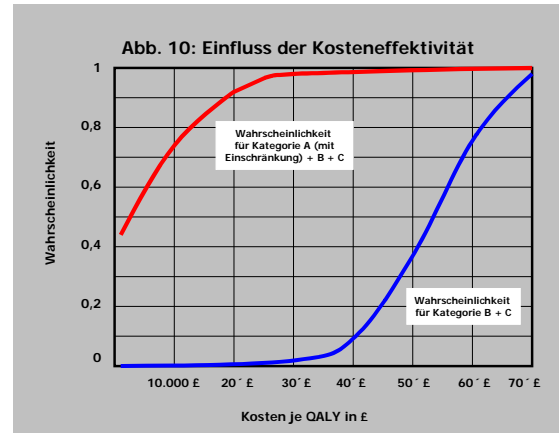
- Im Zuge der Bewertung von medizinischen Leistungen legt NICE als Maß der Kosteneffektivität die Kosten je (zusätzliches) QALY [*Quality adjusted life year*] zugrunde. Dieses Maß dient der Messung der Veränderung der mit der Lebensqualität gewichteten (zusätzlichen) Lebenserwartung im Verhältnis zu den (zusätzlichen) Behandlungskosten. Das Maß „Kosten je (zusätzliches) QALY“ ist international weit verbreitet und bietet eine Annäherung zur einheitlichen Bewertung von Gesundheitsleistungen und damit zur effizienten Ressourcenverwendung im Gesundheitswesen.



Quelle: nach Rothgang et. al. (2004)

Lagen bei von NICE zu bewertenden Gesundheitsleistungen Angaben zur Kosteneffektivität in Kosten je QALY vor, zeigt die Auswertung der von NICE unter anderem auf dieser Basis zwischen März 2000 und Dezember 2003 vorgenommenen Entscheidungen, dass die Wahrscheinlichkeit für eine ablehnende Beurteilung einer Gesundheitsleistung (Kategorie B + C) mit sinkender Kosteneffektivität ansteigt. So liegen die Kosten pro gewonnenem QALY bei allen medizinischen Leistungen, deren Finanzierung im

NHS abgelehnt wurde, oberhalb von 30.000 £, während umgekehrt alle Leistungen, die uneingeschränkt befürwortet werden, Kosten pro QALY von unter 20.000 £ aufweisen (Abbildung 9).



Quelle: nach Rothgang et. al. (2004)

- Rechnet man diese Ergebnisse mittels Regressionsanalyse in bedingte Wahrscheinlichkeiten um (Abbildung 10), ist erkennbar, dass auf Basis der vorliegenden Entscheidungen die Wahrscheinlichkeit für eine Ablehnung der Finanzierung im Nationalen Gesundheitsdienst (Kategorie B + C) mit sinkender Kosteneffektivität ab Kosten je QALY von mehr als 30.000 £ sehr schnell steigt. Umgekehrt zeigt sich, dass schon ab 30.000 £ die Wahrscheinlichkeit für eine uneingeschränkte Empfehlung unter 5 % liegt.

NICE hat für die Leistungsbewertung bislang noch nicht durchgehend Informationen zur Kosteneffektivität verwenden können. Wenn solche Informationen vorliegen, spielen sie aber bei der Entscheidungsfindung eine Rolle. Damit sind Rationierungen durch das National Institute for Clinical Excellence nur indirekt zu erkennen, treten aber – weil bestimmte Leistungen vollständig ausgeschlossen oder auf ausgewählte Personen- und Patientengruppen beschränkt werden - direkt und explizit auf. Weil alle (Rationierungs-) Entscheidungen differenziert nach Nutzer (Öffentlichkeit, Patient, Leistungserbringer) aufgearbeitet und veröffentlicht werden, kann dabei von einem hohen Maß an Transparenz und damit von einer offenen Rationierung ausgegangen werden. Ein

² z.B. Behandlung von Multipler Sklerose mit dem kostenineffektiven Medikament Beta Interferon.

privater Zusatzmarkt kann dabei allerdings nur schwer entstehen. Zwar ist das Entstehen privater Zusatzmärkte prinzipiell möglich, aber bei nicht klaren und konstanten Ausschlusskriterien eher schwierig.

4. Bewertung aus deutscher Sicht

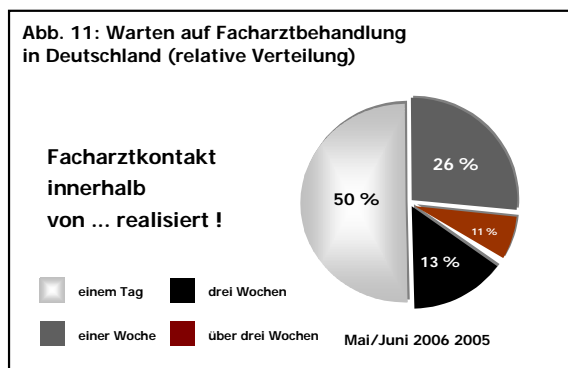
Rationierungen sind - wie oben aufgezeigt - im Gesundheitssystem Großbritanniens allgegenwärtig und in Art und Form sehr vielfältig. Aber auch in Deutschland beginnt die Diskussion. Auch hier wird häufig von Rationierungen im System der GKV gesprochen. Schon aus diesem Grunde ist die folgende Bewertung aus deutscher Sicht von großem Interesse:

Zeitliche Rationierung

Besondere Aufmerksamkeit - auch im europäischen Ausland - erfahren immer wieder die **zeitlichen Rationierungsmaßnahmen** mittels den von den Patienten zu erduldenen **Wartezeiten** oder **Wartelisten**. Diese kommen in Deutschland so gut wie nicht vor. Deutschland zählt laut vergleichender Länderstudien [u.a. Beske et al. (2006)] zu den Staaten weltweit, in denen es in der stationären Versorgung nahezu keine Wartezeiten und damit zeitliche Rationierungen gibt. Ähnliche Unterschiede zwischen Deutschland und Groß-

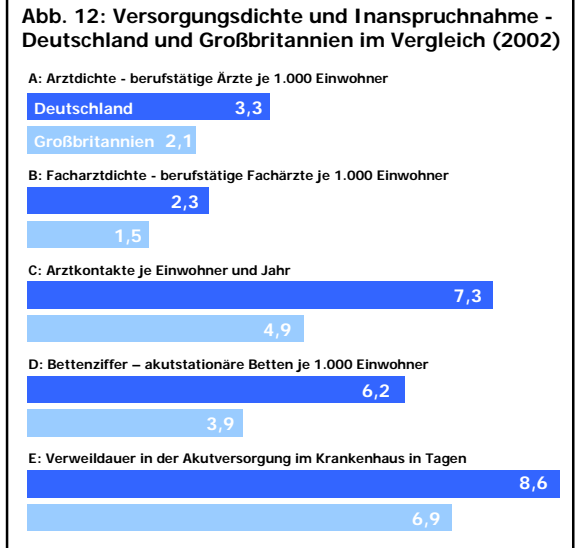
Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) 89 % der deutschen Wohnbevölkerung zwischen 18 und 79 Jahren einen Facharztkontakt innerhalb dieses Zeitraums realisieren. Ein Ergebnis, das weit unter den in England existierenden Wartezeiten (vgl. Abb. 7 und 11) liegt.

Dass zeitliche Rationierung in Deutschland im Gegensatz zu Großbritannien kein bedeutsames Problem darstellt, ist der überdurchschnittlichen ärztlichen Versorgungsdichte geschuldet. Auch diese lässt sich anhand einer vergleichenden Länderstudie nachvollziehen. 2002 lag in Deutschland die Arztdichte als Zahl der berufstätigen Ärzte je 1.000 Einwohner mit 3,3 weit über der in Großbritannien (2,1). Vergleichbares trifft für die Facharztdichte zu (D: 2,3; GB: 1,5). Versorgungswahlungen, die um so schwerer wiegen, wenn man berücksichtigt, dass in Großbritannien die Arztkontakte je Einwohner und Jahr mit 4,9 weit unterhalb der in Deutschland (7,3) lagen. Ein vergleichbares Bild lässt sich bei der stationären Versorgung beobachten. Während in Deutschland im Jahr 2002 die Zahl der akutstationären Betten je 1.000 Einwohner mit 6,2 relativ hoch war, standen in Großbritannien nur 3,9 Betten zur Verfügung - und das obwohl im Jahr 2002 die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus in Deutschland über der in Großbritannien lag.



Quelle: nach einer Befragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)

britannien gibt es auch bei der ambulanten Facharztbehandlung. Veranschlagt man eine Wartezeit von bis zu drei Wochen als zumutbar, konnten laut einer jüngst veröffentlichten repräsentativen Befragung der Mannheimer Forschungsgruppe Wahlen im



Quelle: WHO (2005); OECD (2004); nach Beske et. al.

Politische Rationierung

Neben der zeitlichen Rationierung ist die politische Rationierung in Großbritannien allgegenwärtig. Jahr für Jahr muss in den Haushaltsberatungen von neuem über das Budget des Nationalen Gesundheitsdienstes entschieden werden. Der steuerpolitische Streit im Konkurrenzkampf mit anderen Haushaltsposten war und ist damit stets vorprogrammiert. Die (Gefahr der) Gesundheitspolitik nach Kassenlage ist nicht zu leugnen und lässt sich mit einem historischen Rückblick bestätigen. Trotz teilweise heftiger Wahlkampfauseinandersetzungen über eine verbesserte Mittelausstattung des Nationalen Gesundheitsdienstes ist es insbesondere der *Labour*-Partei in 25 Jahren in zahlreichen Reformen nicht gelungen, der notorischen Unterfinanzierung des NHS nachhaltig und entscheidend entgegenzuwirken.

Die Gesundheitspolitik nach Kassen- oder Steuerlage und damit die kontinuierliche Möglichkeit zur politischen Rationierung ist Wesensmerkmal eines steuerfinanzierten Gesundheitssystems. Das beitragsfinanzierte und in der Selbstverwaltung organisierte Gesundheitssystem Deutschlands ist gegen diese Rationierung geschützt. Bis jetzt, denn mit der Gesundheitsreform 2006, die einen programmatischen Einstieg in die allgemeine Steuerfinanzierung des Gesundheitswesens (perspektivisch bis in Höhe der Versicherungsbeiträge für Kinder) plant, wird die Abhängigkeit der Gesundheitsleistungen vom Staatshaushalt steigen und der Einfluss des Bundes auf das Gesundheitssystem erhöht. Denn wer zahlt, will auch bestimmen! Das Gesundheitswesen als Selbstverwaltungsmodell würde perspektivisch aufgegeben. Und der Weg zur politischen Rationierung wäre auch in Deutschland frei.

Rationierung durch „gatekeeping“

Das Hausarztprinzip und „gatekeeping“ stellt eine international anerkannte Möglichkeit dar, Patientenwege im Gesundheitssystem zielgenau zu steuern. Was aber oft für einen vermeintlichen Kostenvorteil gehalten wird, bringt für die Patienten, weil die freie Arztwahl explizit nicht

als Leistung vorgesehen ist, fast ausschließlich Nachteile. Das wird auch in Deutschland wahrgenommen. Während in Großbritannien die Arztwahl sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich nicht frei und damit die Rationierung in diesem Zusammenhang nahezu vollkommen ist, stellt die in Deutschland vorherrschende freie Arztwahl für die Menschen ein sehr hohes Gut dar, auf das sie - das zeigen verschiedene Befragungen - nicht verzichten wollen. Denn die überwältigende Mehrheit der Bundesbürger will selber entscheiden, welchen Haus- und Facharzt sie wählen, ob und wann sie direkt, also ohne Überweisung, einen Facharzt aufsuchen, den Arzt wechseln oder eine Zweitmeinung einholen. Die freie Arztwahl ist so essentiell, dass nur eine hohe Beitragsreduktion (um 17,6 Prozent) - so die Messung einer Studie des IGES-Instituts - den Verzicht darauf kompensieren könnte.

Ob das hohe Gut der freien Arztwahl in Deutschland in Zukunft bedroht ist - ob also auch hier Ansätze zur Rationierung durch „gatekeeping“ zu erkennen sind -, darüber lässt sich trefflich streiten. Fakt ist allerdings, dass in Deutschland neue Versorgungsformen, Hausarzttarife etc. zunehmen. Und auch die Praxisgebühr, das steht zweifellos fest, hat die Wahlfreiheit des Arztes eingeschränkt oder zumindest den Arztwechsel innerhalb eines Quartals und den Facharztbesuch ohne Überweisung mit finanziellen Nachteilen verbunden. Im Angesicht der geplanten Gesundheitsreform bleibt die weitere Entwicklung auch in diesem Punkt abzuwarten.

Institutionelle Rationierung

Wesensmerkmal des britischen NHS sind unter anderem die für die operative Gesundheitsverwaltung zuständigen *Health Authorities*. Diese verwalten selbständig ein ihnen vom NHS zugeteiltes Budget, priorisieren Leistungen oder beschränken gar Gesundheitsleistungen auf ausgewählte Patientengruppen. Eine institutionelle Rationierung, die in Deutschland aufgrund der institutionellen Organisationsstruktur des Gesundheitssystems und der grundsätzlichen Gültigkeit des gesetzlichen Leis-

tungskatalogs für alle gesetzlich versicherten Patienten zunächst einmal nicht möglich ist. Allerdings ist auch im deutschen Gesundheitssystem eine implizite Rationierung durch (gesetzliche) Budgetierung weit verbreitet. Durch die Einführung von Budgets, zum Beispiel für Arzneimittel oder ambulante Leistungen, sind finanzielle Höchstgrenzen für die in einem bestimmten Zeitraum abzurechnenden Leistungen gesetzt worden. Und ein Großteil der Ausgaben der GKV unterliegt Budgets, so dass der Slogan „*am Ende des Budgets ist immer mehr Quartal übrig*“ durchaus das Voranschreiten der impliziten Rationierung durch Budgetierung widerspiegelt.

Klinische Rationierung

Eng verbunden mit der institutionellen Rationierung ist die klinische Rationierung. Wenn eine Gesundheitsleistung einmal in einen verbindlichen Leistungskatalog aufgenommen worden ist, dann liegt die Entscheidung, welcher Patient bei gegebenen finanziellen Mitteln mit welcher individuellen Krankheitsprognose welche Leistung erhält, stets beim Arzt. Und diese Entscheidung ist immer häufiger auch in Deutschland von Kostengesichtspunkten beeinflusst. Denn auch wenn im Gegensatz zu Großbritannien Wartezeiten und altersabhängige Rationierungen selten sind beziehungsweise fast ausgeschlossen werden können, ist die klinische Rationierung in Deutschland präsent. Bisher treffen die Ärzte derartige Rationierungsentscheidungen allerdings verdeckt. Noch gehört die Idee, dass Ärzte mangels Geld Gesundheitsleistungen verweigern, zu den Tabuthemen der deutschen Gesundheitspolitik. Aber im Alltag hat diese Idee bereits ein Gesicht. In den Kliniken sorgen Fallpauschalen (DRGs) dafür, dass Kosten im Denken der Ärzte an Priorität gewinnen. Und den Arztpraxen wird vermehrt vorgehalten, Privatversicherte zu bevorzugen beziehungsweise weniger schwere Behandlungen bei gesetzlich Versicherten in das nächste Quartal zu verschieben. Ein Zwei-Klassen-Medizin-Vorwurf, der nicht dem System der PKV, sondern der klinischen oder ärztlichen Rationierung im System der GKV anzulasten ist.

Rationierung durch Nutzenbewertung

Das englische National Institute for Clinical Excellence (NICE) soll den klinischen Nutzen und die Kosteneffektivität der vom Gesundheitsministerium vorgeschlagenen Arzneimittel und Therapieleistungen bewerten. Das Ergebnis sind Richtlinien und Empfehlungen, die - wenn auch nicht direkt sichtbar - als direkte und explizite Rationierungen zu interpretieren sind. Ein entsprechendes Institut gibt es seit dem 1. Juni 2004 auch in Deutschland. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ist im Zuge der Gesundheitsreform 2004 gegründet worden. Die Institutsaufgabe - die Bewertung von Operations- und Diagnoseverfahren, Arzneimitteln sowie Behandlungsleitlinien - entspricht inhaltlich der von NICE. Nicht zu Unrecht kann somit das englische Institut als Vorbild einer institutionellen Reform zur Konkretisierung des Leistungskatalogs in der GKV genannt werden.

Die Arbeitsaufträge erhält das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) nicht nur vom Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit (BMG), sondern auch vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Dessen Aufgabe ist es, zu konkretisieren, welche ambulanten oder stationären medizinischen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und somit zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Die rechtliche Grundlage für die Arbeit des G-BA ist das Sozialgesetzbuch, das festlegt, dass die Krankenkassen nur Leistungen bezahlen dürfen, die „hinreichend“, „notwendig“ und „wirtschaftlich“ sind. Wissenschaftliche Grundlage des G-BA bildet die Nutzenbewertungen von IQWiG. Meist setzt der G-BA in seinen Beschlüssen eine Nutzenbewertung des Instituts in Leistungs- oder Arzneimittelrichtlinien um.

Mit der Gründung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat auch in Deutschland die direkte und explizite Rationierung von Gesundheitsleistungen durch Nutzenbewertung begonnen. Welche Rolle allerdings

das Kriterium der Kosteneffektivität spielt und welches Ausmaß die Rationierungen einnehmen werden, vermag man aber angesichts der bis heute relativ kleinen Zahl von IQWiG publizierten Bewertungen und einer fehlenden umfassenden wissenschaftlichen Beschäftigung mit diesen Bewertungen noch nicht zu sagen. Die weitere Entwicklung bleibt abzuwarten.

BOX 4: Medizinische Versorgung von Diabetes-Typ-2-Patienten

Laut Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 18.7.2006 bleiben kurzwirksame Insulinanaloga zur Behandlung von Diabetes-Typ-2-Patienten grundsätzlich nur dann zu Lasten der GKV verordnungsfähig, wenn sie nicht teurer sind als Humaninsulin. Das angestrebte Behandlungsziel einer guten medizinischen Versorgung von Diabetes-Typ-2-Patienten sei mit Humaninsulin ebenso zweckmäßig und derzeit wesentlich kostengünstiger zu erreichen. Mit diesem Beschluss setzt der G-BA eine Nutzenbewertung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in eine Arzneimittelrichtlinie um.

Quelle: G-BA (2006)

5. Fazit und Schlussfolgerung

Die Rationierungen im Gesundheitswesen Großbritanniens haben einen **expliziten** als auch **impliziten** Charakter. Die Folgen dieser Rationierung - insbesondere in Form der Wartelisten - sind für die britische Bevölkerung beängstigend und belastend zugleich. Viele Patienten sind allerdings nicht mehr bereit, diese Belastungen hinzunehmen. Gerichtlich erstreiten sie das Recht auf eine rasche und altersadäquate Versorgung, zur Not auch im Ausland. Jüngstes Beispiel ist die 75-jährige Yvonne Watts aus London. Sie erstritt in einem Urteil vom 16. Mai 2006 am Europäischen Gerichtshof in Luxemburg vom NHS die Verpflichtung, auch die Kosten von Krankenhausbehandlungen in einem anderen Mitgliedsstaat der EU zu übernehmen. Damit bestätigte der Europäische Gerichtshof ein entsprechendes Urteil am britischen *High Court*, der 2005 entschied, dass ein Patient grundsätzlich das Recht hat, sich im europäischen Ausland thera-

pieren zu lassen, wenn die Behandlung in Großbritannien unnötig verzögert wird.

Eine von der Rechtsprechung unabhängige Möglichkeit, die (zeitlichen) Belastungen im Nationalen Gesundheitsdienst (NHS) im Krankheitsfall zu vermeiden, ist der Abschluss einer privaten Krankenversicherung. Immer mehr Menschen machen davon Gebrauch. Sie lassen sich ambulant wie stationär bei Ärzten behandeln, die immer häufiger - ohne Wartezeit und Rationierung - ausschließlich privat praktizieren. Eine allzu menschliche Ausweichreaktion, die charakteristisch für überwiegend steuerfinanzierte Gesundheitssysteme ist und letztendlich eine Zwei-Klassen-Medizin mit all seinen Konsequenzen begründet.

Im Gegensatz zu Großbritannien gibt es in Deutschland eine **explizite** Rationierung von Gesundheitsleistungen derzeit noch nicht. Allerdings lassen sich Veränderungen wahrnehmen. Der Einstieg in die Rationierung durch die Nutzenbewertung von Arzneimitteln, Diagnose-, Operations- und Therapieverfahren kann auch in Deutschland als Einstieg in die explizite und offene Rationierung von Gesundheitsleistungen bewertet werden. Noch allerdings sind die Rationierungen in Deutschland fast immer verdeckt und implizit. Selbst die Rationierungen dieser Prägung werden häufig von der Gesundheitspolitik ignoriert und bewusst verschwiegen. Dabei ist bei begrenzten finanziellen Mitteln und steigenden medizinischen Möglichkeiten eine ehrliche gesamtgesellschaftliche Debatte über Rationierungen dringend notwendig, überfällig und unausweichlich. Ganz konkret stellt sich demnach für Deutschland die Frage, welcher Umfang an Gesundheitsleistungen im Umlageverfahren zu finanzieren sind und für welche Gesundheitsleistungen die Versicherten eigenständig Vorsorge treffen können.

Die Konzentration des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung auf eine Kernaufgabe - der finanziellen Absicherung der relativ großen Risiken - würde eine explizite Rationierung darstellen. Eine Rationierung, die anders als heute nicht implizit und verdeckt, sondern offen und

ehrlich wäre. Sie würde politisch aufrichtig sein und darüber hinaus den finanziellen Spielraum schaffen, den medizinisch-technischen Fortschritt in den Kernbereichen der Medizin unter den kommenden demografischen Veränderungen auch in Zukunft für alle gesetzlich Versicherten bereitstellen zu können.

Ansprechpartner:

Dr. Frank Schulze Ehring
Verband der privaten Krankenversicherung
Gesundheits- und Sozialpolitik
Tel.: 0221/37662-58
Email: Frank.Schulze-Ehring@pkv.de

Literaturverzeichnis

- Bathelt, J. (2003)*, Die längsten Wartelisten in Westeuropa, in: Rheinisches Ärzteblatt 6/2003, S. 13-14.
- Beneker, C. (2006)*, Ein Gesundheitsrat muss über Rationierung entscheiden, in: Ärzte Zeitung, 25.04.2006.
- Beske, F.; Drabinski, T.; Golbach, U. (2005)*, Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich - eine Analyse von 14 Ländern, Band I, Struktur, Finanzierung und Gesundheitsleistungen, Kiel.
- Brambleby, P.; Fordham, R. (2003)*, What is PBMA?, Hayward Group plc.
- Bröll, C. (2006)*, Milliarden für kürzere Wartezeiten: Die Briten mühen sich mit der Reform ihres Nationalen Gesundheitsdienstes, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 28.06.2006.
- International Hospital Benchmarking Forum (2003)*, Gatekeeping in Health Care, Centrum für Krankenhausmanagement/Bertelsmann Stiftung, Vol. 3.
- Department of Health (2001)*, National Service Framework for Older People.
- Department of Health (2006)*, NHS Inpatient and outpatient Waiting Times, Statistical Notice, 30.4.2006.
- Department of Health (2006)*, England Summary – Ordinary and Day Case Admissions, Stand: 3.8.2006.
- Department of Health (2006)*, England Summary – Cancer Waiting Times, www.performance.doh.gov.uk/cancerwaits/2005/q4/eng.html, Stand: 3.8.2006.
- Department of Health (2006)*, Patient choice, www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/FreedomOfInformation.html, Stand: 3.8.2006.
- Diamond, P. (2005)*, Wie wir Großbritannien kurieren, in: Die Zeit, 01.09.2005.
- Engelhardt, H. T. Jr. (1996)*, The Foundation of Bioethics, Oxford University Press, New York/Oxford.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2006)*, Pressemitteilung, Medizinische Versorgung von Diabetes-Typ-2-Patienten gesichert, 18.7.2006.
- Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaft (2006)*, Urteil des Gerichtshofes in der Rechtssache C-372/04, Pressemitteilung, 16. Mai 2006.
- Green, D. G. (1999)*, They have had a good innings!, Background Briefing, Concise Analysis and Comment.
- Green, D. G.; Casper, L. (2000)*, Delay, Denial and Dilution: The Impact of NHS Rationing on Heart Disease and Cancer, IEA Health and Welfare Unit, London.
- Ham, C.; Pickard, S. (1998)*, Tragic Choices in Health Care – The case of child B, King´s Fund, London.
- Kings Fund (2006)*, Deficits in NHS, www.kingsfund.org.uk/resources/briefings/deficits.
- Koch, K. (2005)*, Rationierung im Gesundheitswesen: Forderung nach offener Diskussion, Deutsches Ärzteblatt 102, Ausgabe 15, 15.4.2005.
- Kocher, G. (2006)*, Gesundheitsausgaben: Schweiz auf dem zweiten und dritten Rang, in: Schweizerische Ärztezeitung, 2006; 87:13, S. 555-556.

- New, B. (1996)*, The rationing agenda in the NHS, King's Fund Policy Institute, London.
- Nolting, H. D.; Grabbe, Y.; Burg, C. (2005)*, Messung des Nutzens unterschiedlicher Versorgungsarrangements und des Zugangs zu medizinischen Innovationen aus Versichertenperspektive, IGES Publikation, 2005.
- Northern Ireland Audit Office (NIAO), (2004)*, Waiting for Treatment in Hospitals, Report NIA 132/03, 25 November 2004.
- Obermann, K.; Tolley, K. (1997)*, The state of health care priority setting and public participation, Centre for Health Economics, Discussion Paper 154, University of York.
- OECD (2004)*, Organisation for Economic Co-operation and Development, Social Expenditure database (SOCX), 1980-2001, Paris.
- (OECD) (2004)*, Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD Health Data 2004, Comparative analysis of 30 countries, Paris.
- o.V. (2005)*, Künstliche Gelenke für Übergewichtige ? Nein !, Ärzte Zeitung vom 25.11.2005.
- Roberts, E.; Robinson, J. ; Seymour, L. (2002)*, Old Habits Die Hard : Tackling age discrimination in health and social care, King's Fund, Summary: report findings.
- Rothgang, H.; Niebuhr, D.; Wasem, J.; Greß, S. (2004)*, Evidenzbasierte Bestimmung des Leistungskatalogs im Gesundheitswesen? Das Beispiel des englischen National Institute for Clinical Excellence (NICE), ZeS-Arbeitspapier Nr. 2/2004, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen.
- Stark, A. (2004)*, Budgetierung = Rationierung, Arzt & Wirtschaft, Sonderheft Gesundheitsreform.
- Thibaut, M. (2006)*, Teuer und ineffizient – Die Briten misstrauen ihrem Gesundheitsdienst, in: Handelsblatt, 4.4.2006.
- Tiemann, S. (2004)*, Das Gesundheitssystem in Großbritannien – Labour sucht dritten Weg zwischen staatlicher Regulierung und Marktwirtschaft, in: PKV Publik 3/2004, S. 30-31.
- Tiemann, S. (2005)*, Experimentierfeld zwischen Staat und Markt: Entwicklungslinien ausgewählter Gesundheitssysteme in Europa, (unveröffentlichtes Manuskript), Köln.
- Kmietowicz, Z. (2001)*, plan to end age discrimination in NHS is launched, BMJ Volume 322, 31.3.2001, London.
- WHO (2005)*, European Observatory on Health Care Systems, Health for all, Database – HFA-DB.