Heinz-Harald Abholz

Modell für ein rationales System ambulanter Versorgung

I. *Der Hintergrund*

Vier typische und in ihrer Zahl beliebig ergänzbare Beispiele sollen als Problemaufriß dienen:

1. *Gesundheitsuntersuchungen nach dem Gesundheits-Reform-Gesetz (GRG):* Im GRG ist eine zweijährlich durchzuführende sogenannte Gesundheitsuntersuchung vorgesehen. Es handelt sich dabei um eine Früherkennungsuntersuchung auf Gefäß- und Herzerkrankungen einschließlich ihrer Risikofaktoren sowie auf Nierenerkrankungen. Rationalität bei einem solchen Programm läßt sich nur schwerlich auffinden[1]: In einer Situation, in der es keine sinnvolle Frühbehandlung bei asymptomatischen Gefäßstenosen — in welchem Gefäßbereich auch immer — gibt, bleibt als »Erfolg« eines solchen Programmes nur die Beunruhigung des Patienten. Mann könnte argumentieren, daß der Erfolg darin zu sehen sei, Risikofaktoren für Arteriosklerose dann besser beeinflussen zu können, wenn die betroffenen Menschen schon um ihre Gefäßveränderungen wissen. Wie gering präventiv wirksam das Wissen um die Erkrankung ist, wissen wir aus Untersuchungen über die Effektivität von zum Beispiel Raucherentwöhnung bei *symtomatischen* Patienten, das heißt Patienten mit Herzinfarkt oder peripheren Durchblutungsstörungen: Selbst hier bei einer Symptomatik ist der Erfolg vernachlässigbar gering.
   Auch die Entdeckung von Fettstoffwechselstörungen oder eines frühen Stadiums von Diabetes mellitus erscheint bei genauerem Betrachten höchst problematisch. Ob die Behandlung geringer Abweichung des Zuckerstoffwechsels von medizinischem Nutzen im Sinne der Verminderung diabetischer Komplikationen ist, wäre erst noch zu belegen. Belegt ist hingegen, daß die Gefäßkomplikationen durch die hierzulande übliche Behandlung, nämlich die mit oralen Antidiabetika, eher gefördert statt vermindert werden.[2] Ein Erfolg einer frühzeitigen Behandlung von Hypercholesterinämien ist bisher nur für sehr deutliche Cholesterinwerterhöhungen belegt; wobei nachzutragen ist, daß die Kosten-Erfolgs-Relation äußerst ungünstig ist.[3] In einer Situation, in der es die pharmazeutische Industrie verstanden hat, schon die Behandlung von Cholesterinwerten über 200 mg % zu

propagieren, steht zu befürchten, daß auch in diesem »Niedrig-Cholesterin-Bereich« in Zukunft Behandlungen erfolgen werden. Und dies könnte massenhaft geschehen, denn etwa 75 % der Bevölkerung würden unter dieser Definition erhöhte Cholesterinwerte aufweisen.[4]

2. *PHI (Phosphohexose Isomerase)-Test:* Wissenschaftler der Universität Erlangen-Nürnberg propagieren den PHI-Test als preisgünstigen Tumormarker-Test, der es erlauben soll, in einer gesunden Bevölkerung eine generelle Früherkennung auf Karzinome durchzuführen.[5] Sensitivität und Spezifität des Tests sind — im Vergleich zu anderen Tumormarkern — recht gut, die Autoren stellen sich jedoch nicht der Problematik von prädiktiver Bedeutung dieses Tests bei der Anwendung in Normalpopulationen. Ohne hier näher darauf einzugehen, läßt sich festhalten, daß trotz der relativ guten Sensitivität und Spezifität die positive prädiktive Bedeutung dieses Testes extrem niedrig liegt (etwa bei 4 %). Bei einer weiten Anwendung des Testes kämen so massenhaft positive Befunde zustande, die dann nur sehr aufwendig — im Sinne des ganz überwiegenden Ausschlusses eines Karzinoms — abzuklären wären. Man stelle sich vor, dieser Test würde zu industrieller Reife entwickelt und — möglicherweise — sogar als Papierstreifentest den niedergelassenen Ärzten angeboten.[6]
3. Ein Neurologe verwendet in seiner Praxis zur Diagnostik und Verlaufsbeobachtung ein sehr aufwendiges und selbst in der Bundesrepublik bisher kaum benutztes Gerät, einen *Transkraniellen Doppler-Scan*. Für ganz wenige und sehr spezielle Fragestellungen kann dieses Gerät diagnostische Hilfe leisten; in einer ambulanten Praxis sind derartige Fragestellungen eine Rarität. Daß das Gerät dennoch routinemäßig Anwendung findet und vom Neurologen selbst als ideales Kontrollinstrument bei der Behandlung von Migräne angesehen wird, macht nur Kosten, Nutzen hat es mit Sicherheit nicht. Denn — das Beispiel aufnehmend — eine Migränetherapie wird sich immer an der Symptomatik, nicht an einem technischen Befund orientieren.
4. Von zahlreichen Ärzten wissen wir, daß sie mit Methoden arbeiten, die *naturwissenschaftlicher Medizin-Vorstellung recht fremd* sind. Sie berichten zum Beispiel darüber, daß paraartikuläre Injektionen mit Strophantin bei Rheumaerkrankungen mit größtem Erfolg eingesetzt werden können. Die Gabe von verschiedenen Zuckerlösungen, Extrakten aus Schweinemilzen etc. sollen selbst bei 58jährigen Patienten einen sehr positiven Einfluß auf deren Fettstoffwechsel haben, der — nebenbei bemerkt — regelmäßig kontrolliert wird. Als

naturwissenschaftlich orientierter Mediziner steht man ratlos daneben. Die Ebene rationaler Belege für therapeutische Prinzipien wird von derartigen Ärzten kaum betreten.

Aus den genannten vier Beispielen, die den Alltag ambulanter Versorgung hierzulande bestens charakterisieren und durch unendlich weitere ergänzt werden können, lassen sich folgende Aspekte zusammenfassend festhalten:

1. Medizinische Wissenschaft, Industrie und einzelner Arzt haben für den ambulanten Bereich eine fast unendliche und kaum kontrollierte »Freiheit«, alles anzubieten, was der Gesundheit dienen könnte.
2. Der Beleg für einen medizinischen Nutzen muß nicht einmal in allen Fällen vorliegen; letzteres gilt insbesondere für den niedergelassen tätigen Arzt. Im Bereich der Wissenschaft wie auch der Industrie besteht ein Druck in Richtung des Nutzen-Nachweises. Dieser wird in der Regel nur als klinischer Nutzen und nur ausnahmsweise als klinisch-epidemiologischer Nutzen belegt.
3. Eng mit der Vernachlässigung von Klinischer Epidemiologie zusammenhängend ist das fast völlige Fehlen gesundheitsökonomischer Analysen zur Beurteilung des Nutzens medizinischer Maßnahmen. Derartige Analysen erst würden die Basis dafür bieten können, die verschiedensten angebotenen medizinischen Maßnahmen, Geräte und Konzepte miteinander vergleichbar zu machen. In dem heute existierenden System ist jedoch für derartige Überlegungen kein Raum: Es geht gar nicht um die Vergleichbarkeit und damit Entscheidung zwischen verschiedenen Maßnahmen für Gesundheit, sondern es geht momentan um die Freiheit, alle Maßnahmen einführen und praktizieren zu können.

Folgt man meiner Einschätzung, daß in sehr absehbarer Zeit nicht mehr alle denkbaren medizinischen Interventionen aufgrund ökonomischer Grenzen realisierbar sein werden, so kann es nur zwei Schlüsse geben: entweder wird Medizin wieder mehr als in den letzten 30 Jahren eine Frage des Geldes (diejenigen, die es sich leisten können, können es sich kaufen), oder die angebotenen medizinischen Interventionen bedürfen eines Systems rationaler Planung. Denn nur so scheint für die Gesamtheit der Bevölkerung unter möglichst optimaler Nutzung der Ressourcen eine sozial gleiche Versorgung aufrechtzuerhalten sein. Neben der ökonomischen Notwendigkeit für Planung besteht auch eine inhaltliche: Versteht man unter Gesundheit die Annäherung an körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden, so muß man die Gesundheit auch dadurch bedroht sehen, daß eine Bevölkerung durch eine massive Medikalisierung in ihrer Gesundheit geschädigt wird. *Rationale Versorgung*

beinhaltet also sowohl den rationalen Umgang mit gesellschaftlichen Werten als auch eine Rationalität im Umgang mit den Gesundheitsinteressen des einzelnen. Wie kann ein Modell für eine derartig verstandene rationale ambulante Versorgung aussehen?

II. *Steuerungsansätze*

1. Die folgenden *Grundlagen für medizinische Interventionen* hätten *»Zulassungsbestimmungen«* zu unterliegen:
   a) *Ärzte* und andere *Gesundheitsberufe:* Hier ist an die Möglichkeit der Zulassungsbeschränkung für Ärzte und bestimmte Arzt-Fachgruppen gedacht. Darüber hinaus geht es um die Prüfung der Zulassungsbedingungen sogenannter paramedizinischer Berufsgruppen wie Psychologen, Atemtherapeuten, Krankengymnasten etc. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, daß auch weitere psychologisch-therapeutische Ausrichtungen, die bisher für eine Behandlung über die gesetzlichen Krankenkassen nicht zugelassen sind, in Zukunft auch zugelassen werden könnten. Für einen Teil der Zulassungen im ärztlichen wie auch im sogenannten paramedizinischen Bereich bestehen schon heute Bestimmungen, die allerdings nur wenig effektiv 'genutzt' werden.
   b) Alle *Geräte*, die über eine Basisausstattung einer Praxis hinausgehen: Dies betrifft die sogenannten Großgeräte, jedoch auch die Geräte mittlerer Kostenstruktur wie Sonographiegeräte und Lungenfunktions-Meßgeräte.
   c) *Medikamante:* Neben der über das Bundesgesundheitsamt laufenden Medikamentenzulassung wäre vorstellbar, daß die gesetzlichen Krankenkassen Positivlisten schaffen, die auf eine gesonderte Quasi-Zulassung hinauslaufen.
   d) *Medizinische Interventions-Verfahren:* Auch neue diagnostische oder therapeutische Verfahrensweisen — wie zum Beispiel neue Methoden der Früherkennung, Behandlungsprinzipien bei Fettstoffwechselstörungen etc. — hätten einer Zulassung vor allgemeiner Übernahme in den Leistungsbereich der GKV zu unterliegen. Grundsätzlich existieren derartige Gremien zur Zulassung neuer Verfahren schon heute zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Krankenkassen. Entscheidungen dort basieren bisher jedoch im wesentlichen auf Vorentscheidungen der KBV, die nicht nur nach wissenschaftlichen und rationalen Aspekten erfolgen, sondern von Standes-Interessen geprägt sind.

2. Neben der Zulassung von Grundlagen medizinischer Interventionen erscheint für eine rationale ambulante Versorgung auch die sehr viel intensivere *Kontrolle medizinischen Handelns* notwendig. Neben den bisher bekannten Überprüfungen der Wirtschaftlichkeit hätten — so auch im GRG gefordert — Qualitätskontrollen einen zentralen Platz. Mehrere grundsätzliche Ansätze sind hier vorstellbar:
   a) Für häufig vorkommende Erkrankungen könnten *Standard-Diagnostik- und Therapieabläufe* festgelegt werden. Anhand dieser Standards wäre die Qualität und Wirtschaftlichkeit ärztlichen Handelns zu prüfen. Zum Beispiel könnte nach rationalen Kriterien festgelegt werden, wie eine Diagnostik bei Hochdruck oder Schwindel auszusehen hat, welche Untersuchungen nach Qualitätskriterien hier hineingehörten, welche nach Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien überflüssig wären. Bezüglich der Therapiekontrolle bei häufig vorkommenden Erkrankungen wie zum Beispiel Hochdruck, Diabetes etc. ließen sich ebenfalls rationale Programme entwickeln, die als Maßstab für die Beurteilung von Qualität und Wirtschaftlichkeit dienen könnten.
   b) Ärztliches Handeln könnte bezüglich *unnötiger Doppeluntersuchungen* oder der Anwendung *veralteter* diagnostischer oder therapeutischer *Maßnahmen* und Wege untersucht werden.[7] Hier würden die unter a) genannten rationalen Richtlinien für Diagnostik und Therapie benutzt werden, um veraltete diagnostische oder therapeutische Verfahren in der Handlung von Ärzten zu identifizieren. Doppeluntersuchungen wie zum Beispiel die bei Urologen sehr häufig durchgeführte Sonographie *und* Röntgenuntersuchungen des Nieren- und harnableitenden Systems würden damit in der Regel als unwirtschaftlich und — unter Qualitätsaspekten — unsinnig auffallen. Ähnliches gälte für die bei Orthopäden immer wieder angefertigten kurzfristigen Kontrollen der Wirbelsäule bei degenerativen Wirbelsäulenleiden.

Vorstellbar wird, daß bei einer nach rationalen Kriterien arbeitenden *Kontrolle der Zulassung* von Geräten, Ärzten, paramedizinischem Personal, Medikamenten und medizinischen Interventions-Verfahren einerseits und einer ebenso nach rationalen Kriterien ablaufenden *Kontrolle des Ablaufs* medizinischen Handelns in Diagnostik und Therapie andererseits ein rationales Versorgungssystem im ambulanten Bereich durchgesetzt werden kann.

III. *Steuerungs-Instanzen*

Zwei Fragen tauchen hier sofort auf: Wer bestimmt, was ein rationales Verfahren ist? Wer setzt das, was als rationale Versorgung definiert wird, durch?

Die Struktur unseres Gesundheitswesens berücksichtigend, bietet sich an, daß die Verwalter des von den Versicherten für ihre Gesundheit bezahlten Geldes, die Krankenkassen, sowohl das definieren, was rationale Versorgung ist, als auch dieses durchsetzen. Das GRG bietet hierzu einen Ansatz: In den zu schaffenden neuen Medizinischen Diensten könnte sich eine Institution kristallisieren, die die Krankenkasse in den angesprochenen Fragen berät. Hier könnte der medizinische Sachverstand konzentriert sein, der notwendig ist, um auf der Basis von klinisch-epidemiologischem und gesundheitsökonomischem Wissen Richtlinien zu entwerfen, die für Zulassung und Kontrolle ärztlichen Handelns von Bedeutung sind. Selbstverständlich wird ein Medizinischer Dienst nicht zu allen Fachfragen kompetent Antwort geben können. Er könnte jedoch in den Fragen, in denen er auf zusätzliches Fachwissen angewiesen ist, eine wissenschaftliche Gewinnung von Antworten organisieren (zum Beispiel Konsensuskonferenzen, Fachberater etc.).

Da in den Medizinischen Diensten die Krankenkassen zu einem einheitlichen Auftreten angehalten sind, würde dies auch zu einer Stärkung der Position der Krankenkassen gegenüber dem Verhandlungspartner beitragen. Was aufgrund der sachlichen Analyse als sinnvoll erscheint, könnte auf einer politischen Ebene auch eher durchgesetzt werden. So gesehen würden die Medizinischen Dienste — sicherlich in Erweiterung dessen, was der Gesetzgeber sich vorstellte — zu den zentralen Planungsstellen unseres Gesundheitswesens im ambulanten Bereich werden. Fällt momentan auf, daß die Krankenkassen durch ihr Konkurrieren untereinander zu machtlosen Verhandlungspartnern mit den Vertragspartnern — so KBV — werden, so wäre über die Arbeit eines Medizinischen Dienstes als zentrales Planungsinstrument aller Krankenkassen — regional oder überregional — auch ein Anwachsen der Macht der Krankenkassen absehbar.

Gelingt es nicht, eine Einheitlichkeit unter den Krankenkassen der KBV gegenüber zu erreichen, so könnte bestenfalls eine staatliche Institution Zulassungs- und Kontrollfunktionen — so wie oben beschrieben — übernehmen.[8] Diese Aufgabe aber der Ärzteschaft im Sinne der Selbstverwaltung zu übergeben, muß ohne Erfolg bleiben, selbst wenn man einmal — entgegen den realen politischen Bedingungen — annimmt,

daß die Krankenkassen nur noch Pauschalen für die ambulante Versorgung an die Kassenärztlichen Vereinigungen zahlen würden. In einem solchen Falle wäre es dann die Aufgabe der KBV oder der einzelnen lokalen Kassenärztlichen Vereinigungen, die Schwerpunktlegungen ambulanter medizinischer Versorgung über Zulassung und Kontrollen zu bestimmen. Mit Sicherheit würde dann jedoch das, was an medizinischer Ausrichtung und Schwerpunktlegung sich entwickelt, ganz wesentlich von den Machtstrukturen innerhalb der Ärzteschaft und zu einem kleineren Teil nur aufgrund medizinischer und gesundheitspolitischer Erfordernisse bestimmt werden. Übergeordnete Entscheidungen gesundheitspolitischer Schwerpunktlegungen würden zum Spielball innerärztlicher Partikularinteressen. Zum Beispiel würde die Frage, ob der Ausbau von Früherkennungsprogrammen auf der Basis sozialmedizinischer Schwerpunktlegung (Einbestell-Modell, gezieltes Ansprechen von Risikopopulationen) oder aufgrund medizinisch-technischer Erweiterung (zum Beispiel Kolposkopie, Sigmoidoskopie) von höherem Nutzen ist, wahrscheinlich von den »Medizin-Technikern« für sich entschieden. Ökonomisches Interesse und medizinische Ideologie würden stark in eine solche Richtung drängen.

Ein rationales Versorgungssystem, das Patienteninteresse und Finanzierbarkeit durch die Versicherten gleichsam im Auge hat, ist also grundsätzlich vorstellbar. Aber trennen uns von einer Realisierung eines solchen Systems nur die politischen Bedingungen, oder gibt es auch inhaltliche Einwände gegen ein derartiges System rationaler ambulanter Versorgung?

IV. *Steuerung versus Autonomie*

Zur Beantwortung, die hier mehr angerissen als ausführlich dargestellt werden kann, ist es hilfreich, sich den Anspruch einer ganzheitlichen Versorgung, der insbesondere für den ambulanten Bereich unabdingbar erscheint, vor Augen zu halten: Es geht um die umfassende Betreuung aller Aspekte des Krankseins unter Beachtung der Lebensbedingungen des Patienten, seiner Vorstellung zu Krankheit und Gesundheit sowie seine Wünsche, am Behandlungsprozeß teilzunehmen oder sich in ihm passiv zu verhalten.[9] Wie an anderer Stelle ausgeführt, ist Ganzheitlichkeit im Versorgungsanspruch dann durch die »Gleichberechtigung« psychischer, sozialer und medizinischer Aspekte des Krankseins charakterisiert; darüber hinaus ist ein weiteres Charakteristikum die Subjektivität ärztlichen Handelns.[10] Die Vielfältigkeit des Krankseins, die Subjektivität ärztlichen Handelns bei der Betreuung von Kranken,

beides steht im Widerspruch zu einem wie oben skizzierten System rationaler ambulanter Versorgung. Ein solches System braucht rational begründbare und verallgemeinerbare Standards der Behandlung, an denen gesundheitspolitische Entscheidungen gefällt werden, medizinisches Handeln gemessen wird. Wenn ein solches rationales System von Versorgung durchgesetzt wird, so werden zahlreiche Aspekte ambulanter Versorgung, wie sie jetzt existieren, verschwinden müssen. Ein solches System wird dazu führen, daß nur noch die Verfahren gesundheitlicher Betreuung »zugelassen« werden, die allgemein verbindlich begründbar sind. Dies würde all die Vielfältigkeiten medizinischer Betreuung unmöglich machen, die aus einem ganzheitlichen Anspruch resultieren. Die Vielfältigkeit ganzheitlich getragener Versorgung würde auf die wenigen Standards rationaler Versorgung reduziert werden, und dies — wie ich meine — zum Schaden der Versorgten.

Welche Lösung läßt sich hier entwerfen, will man beide Ansprüche, den nach Ganzheitlichkeit und den nach einem rationalen Versorgungssystem, aufrechterhalten?

Die Antwort erscheint einfacher, als wahrscheinlich vermutet. Die oben skizzierte Kontrolle und Zulassung von Ärzten, Medikamenten, medizinischen Behandlungsverfahren und Geräten hätte sich auf eine übergeordnete Planung zu konzentrieren. Was medizinisch oder gesundheitspolitisch gewollt oder nicht gewollt ist, wäre so durchsetzbar. Für die *Kontrolle des konkreten ärztlichen Handelns*, bei dem sich ja der Anspruch von Ganzheitlichkeit realisieren soll, sind zwei Ansätze vorstellbar:

Ansatz 1: Für alle wesentlichen Krankheitsbilder oder diagnostischen Fragestellungen werden — wie oben dargestellt — Standards entwickelt, die als Basis für eine Prüfung der Ärzte nach Qualität und Wirtschaftlichkeit dienen. Für den US-amerikanischen Bereich sind derartige Standards schon heute zu einem großen Teil vorhanden.[11] Will man aber zugleich der Vielfältigkeit ambulanter Betreuungssituationen sowie der Subjektivität ärztlichen Handelns in diesem Bereich Rechnung tragen, so kann ein Standard nicht allein Beurteilungskriterium sein. Es wäre vorstellbar, daß für all die Betreuungssituationen, für die Standards aufstellbar sind, eine Abweichung in zum Beispiel etwa einem Drittel der Fälle toleriert wird. Darüber hinausgehende Häufigkeiten von Abweichungen bedürfen — ähnlich wie heute in der Wirtschaftlichkeitsprüfung — einer Kontrolle.[12] Es liegt auf der Hand, daß dieses Verfahren relativ aufwendig ist und auch nur zu einem Teil allen Ansprüchen nach Rationalität einerseits und Ganzheitlichkeit andererseits gerecht werden kann.

Ansatz 2: Nach diesem Vorschlag hätte sich ein System von Kontrolle rationaler ambulanter Versorgung allein auf die Bestimmung der Rahmenbedingungen zu konzentrieren (Kontrolle der Zulassungen). Für den gesamten Bereich der konkreten ärztlichen Tätigkeit in den Praxen würden alle prüfenden Verfahren entfallen. Ausgenommen sind hier Kunstfehler-Verfahren oder qualitätssichernde Maßnahmen. Die Ärzteschaft würde in eine Gruppe derjenigen unterteilt, die eine Basisversorgung betreiben (Allgemeinarzt, Internist, Kinderarzt, Neurologe, Hautarzt, Gynäkologe und Augenarzt). Für diese Ärzte gäbe es fachspezifische Fallpauschalen, die zudem noch besonders versorgungsintensive Patienten mit einem zusätzlichen Bonus berücksichtigen.[13] Was der einzelne Arzt dann mit dem Patienten medizinisch macht, bleibt ihm und dem Patienten überlassen. Hier gibt es die Möglichkeit der unterschiedlichsten Schwerpunktlegungen einer Praxis, die — bei Wahlfreiheit des Arztes durch den Patienten — auch zu einer Selektion bestimmter Patienten auf bestimmte Ärzte führen wird. Ist dem einzelnen Arzt der finanzielle Anreiz, mit möglichst viel Leistung möglichst viel Geld zu verdienen (das jetzige System der Einzelleistungs-Honorierung), genommen, so wird er sich eher als bisher auf das medizinisch sinnvoll Erscheinende konzentrieren. Die Vielfältigkeit, die sich aus dem Ganzheitlichkeitsanspruch ableitet, wäre so am ehesten gewährleistet. Aber auch ein solches System brauchte Korrektive. Diese sind in verstärkten Maßnahmen der Qualitätssicherung, wie zum Beispiel über Qualitätszirkel, zu sehen.[12] Nicht zuletzt wird auch der Patient, um den ja mehrere Ärzte konkurrieren, mit zu entscheiden wissen, was für ihn eine »richtige« Behandlung ist.

Für die anderen Arztgruppen, die hier als Spezialisten angesprochen werden, wäre eine Arbeit nur per Überweisung und mit gezieltem Auftrag möglich. Gleiches gilt für die spezialisierten Internisten wie Nephrologen, Gastroenterologen etc. Für die spezialistisch tätigen Arztgruppen würde weiterhin ein System der Einzelleistungshonorierung mit ihren jetzigen Bedingungen existieren. Für diese Gruppe könnte — strenger als bisher — ein Prüfsystem nach rationalen Aspekten der Versorgung angesetzt werden.[13]

Die Lösung 1 erscheint dem Anspruch einer rationalen Versorgung näher, sie ist jedoch konstant in Gefahr, mit Rationalität nur dies zu meinen, was generalisierbar und mit einem Standard formulierbar ist. Zudem ist sie technisch sehr aufwendig. Die Lösung 2 erlaubt bei einem in sich rationalen Kriterien gehorchenden Grundsystem der Versorgung maximale Freiheit für Individualität bei Arzt und Patient. Sie beinhaltet allerdings die Gefahr des Verlustes von Rationalität in der jeweiligen

Versorgungssituation. Freie Arztwahl und Qualitätszirkel zur Qualitätssicherung sind Stichworte, die Wege aufzeigen, einer solchen Entwicklung vorzubeugen.

Anmerkungen

1 Detaillierter ist die Problematik dargestellt in: Abholz, H.-H.: Überlegungen zur »Gesundheitsuntersuchung« nach GRG, § 25. Internes Papier für den Bundesverband der Betriebskrankenkassen. Berlin 1989, 13 Seiten; sowie in: Rose, St.D.: Screening tests of uncertain value. In: T.W. Hudson et al.: Clinical preventive medicine. Boston 1988

2 Siehe Überblick in: Abholz, H.-H.: Welche Bedeutung hat die Medizin für die Gesundheit? In: Deppe, H.-U. (Hrsg.): Vernachlässigte Gesundheit. Köln 1980

3 Himmelstein, D.U./S. Woolhandler: »Free care«, Cholestyramine, and health policy. New Engl.J.Med. 1984, 311: 1511-14

4 Tustall-Pedoe, H./W.C.S. Smith/R. Tavendale: How-often-that-high Graphs of serum cholesterol. Lancet 1989, I, 540-42

5 Baumann, M./K. Brand: PHI — Ein Tumormarker in der ärztlichen Praxis. Zeitschr. f. Allgemeinmed., 1989, 65: 631-633

6 Abholz, H.-H.: Biostatistische Bedenken gegen die Anwendung von Tumormarkern zur Karzinom-Früherkennung. Zeitschr. f. Allgemeinmed., 1989, 65: 634-636

7 Einen sehr guten Einblick in die Möglichkeiten bietet: Eiseman, B./LeRoy Stahlgren: Cost-effective surgical management. Philadelphia 1987

8 Wie lassen sich Leistungsanforderungen niedergelassener Ärzte steuern? In: Medizin und Gesellschaft — Jahrbuch 1. Frankfurt/M. 1987

9 Abholz, H.-H.: Was ist Allgemeinmedizin? — Ein Thesenpapier. Die Berliner Ärztekammer, 1988, 25: 459-65

10 Abholz, H.-H.: Problematische Auswirkungen von Ganzheitlichkeit in der Allgemeinmedizin. Argument Sonderband 162, »Der ganze Mensch und die Medizin«. Hamburg 1989, 120-147

11 Siehe dazu: Kühn, H.: Glanzvolle Ohnmacht — Zum politischen Gehalt des Ganzheitlichkeitsanspruchs in der Medizin. Argument Sonderband 162, »Der ganze Mensch und die Medizin«. Hamburg 1989, 111-128

12 Abholz, H.-H./D. Borgers/H.R. Dreykluft/B. Häussler/G. Kühn/W.F. Chräder/K.-L. Schulte: Qualitätssicherung in der ambulanten Medizin. Die Berliner Ärztekammer, 1989, 26: 67-83

13 Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen: Jahresgutachten 1989. Baden-Baden 1989, dort insbes. Kap. A, I und B, II; sowie Abholz, H.-H.: Fallpauschale: Pro-Argumente gegen eine Honorierung nach Einzelleistung. Zeitschr.f. Allgemeinmed., 1989, 65: 407-411