Priorisierung und Rationierung am Krankenbett: Eine Diskussion empirischer Studien

Daniel Strech

Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin, Zentrum Öffentliche Gesundheitspflege,
Medizinische Hochschule Hannover (MHH), Germany

Schlüsselwörter

Priorisierung · Rationierung · Umfragen ·
Qualitative Forschung · Ethik

Zusammenfassung

Hintergrund: Neben Prognosen zum Ausmaß der gegenwärtigen und zukünftigen Mittelbegrenzung im Gesundheitswesen spielen empirische Daten zum Status quo ärztlicher Rationierung eine bedeutende Rolle bei der Suche nach angemessenen Handlungsalternativen im Umgang mit begrenzten finanziellen Ressourcen. **Material und Methoden:** Dieser Artikel präsentiert und diskutiert ausgewählte Ergebnisse der internationalen und deutschen Interviewforschung zur ärztlichen Rationierung. **Ergebnisse:** In vielen europäischen Ländern konnten Umfragestudien unter Ärzten nachweisen, dass Rationierungsentscheidungen durch individuelle Ärzte im ambulanten wie stationären Bereich bereits heute stattfinden. Bei der Rationierung handelt es sich auch in deutschen Krankenhäusern um ein weit verbreitetes, wenngleich verdecktes und für den individuellen Arzt (noch) nicht sehr häufiges Phänomen. Die Anwendung unterschiedlicher Rationierungskriterien bewirkt, dass das gegenwärtige Vorgehen bei ärztlicher Rationierung zu einer Unzufriedenheit auf Seiten der Ärzte und zu einer potenziellen Benachteiligung bestimmter Patientengruppen führt. **Schlussfolgerungen:** Gegenmaßnahmen im Sinne einer möglichst expliziten, d.h. transparenten und systematischen Rationierung wären vor diesem Hintergrund klar vorzuziehen. Trotzdem bedarf es auch hier der weiteren Konkretisierung von Methoden einer expliziten Rationierung und einer kritischen Evaluation ihrer Anwendung in der Praxis. Zudem wird deutlich, dass es letztlich vor allem von der Qualität der zugrunde liegenden Evidenz abhängt, ob durch explizitere Rationierungsansätze die tatsächlichen Entscheidungen rationaler und gerechter werden oder nicht.

Keywords

Priority setting · Rationing · Survey research ·
Qualitative research · Ethics

Summary

Priority Setting and Bedside Rationing: A Discussion of Empirical Findings

Background: In addition to empirical forecasts on the extent of the current and future limitations on health care resources, empirical data on the status quo of bedside rationing play a significant role in developing suitable alternatives in dealing with limited financial resources. **Materials and Methods:** This article presents and discusses selected results of the international and German survey research on bedside rationing. **Results:** Survey studies among physicians could prove worldwide that rationing decisions are made already today by individual physicians in the in- and out-patient services. In German hospitals, rationing is also a widespread though non-transparent and not (yet) very common phenomenon for an individual physician. Varying criteria for bedside rationing contribute to the fact that the current approach to bedside rationing leads to dissatisfaction on the part of physicians and to a potential disadvantage of certain patient groups. **Conclusions:** Explicit, i.e. transparent and systematic, ways of rationing could remedy these deficiencies and are therefore clearly preferable in this context. However, further specification of the methods of explicit rationing and a critical evaluation of their application in practice are needed. Moreover, it is mainly the quality of the underlying evidence that determines whether or not the actual decisions become more reasonable and fair by means of more explicit rationing approaches.

Einleitung

Im Grunde bedürfte es keiner Empirie, denn viele Personen würden es für unplausibel halten, dass Gesundheitssysteme (weltweit) sämtliche potenziell nützlichen medizinischen Maßnahmen allen hierfür infrage kommenden Patienten zur Verfügung stellen bzw. bezahlen können. Nun finden sich im deutschen Recht und in der deutschen Rechtsprechung aber Sätze, die diese unplausible Auffassung nahelegen [1, 2]. Zudem – oder gerade deshalb – scheint diese unplausible Auffassung (oder Wunschvorstellung?) auch bei der Öffentlichkeit, der Ärzteschaft (zumindest bis zum Jahre 2008, siehe unten) und bei politischen Funktionären weit verbreitet. Damit der Problembereich «Umgang mit begrenzten Ressourcen» als praktisch relevant auch von diesen Personengruppen anerkannt wird, sind empirische Informationen wichtig, die zeigen, dass durch den medizinischen Fortschritt und den demographischen Wandel mit hoher Wahrscheinlichkeit eine weiter zunehmende Verknappung der Mittel in Gesundheitswesen (weltweit) zu erwarten ist [3, 4]. Neben empirischen Informationen zur Realität des Kostendrucks dürften empirische Daten zur Realität von ärztlicher Rationierung noch deutlicher aufzeigen, dass man sich dieser Thematik (fach)politisch nicht verschließen sollte.

In den letzten Jahren wird das Thema Rationierung zunehmend auch in der deutschen Ärzteschaft diskutiert. Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) plädierte in einem Positionspapier vom September 2007 für eine explizite Priorisierung im Gesundheitswesen [5]. Im Mai 2008 wies die Bundesärztekammer in ihrem Ulmer Papier öffentlichkeitswirksam darauf hin, dass Rationierung gegenwärtig stattfindet und durch Rationalisierungen allein nicht zu verhindern sei [6]. Dies wurde jüngst in einem Positionspapier der Ärzteschaft bestätigt [7].

Noch relevanter als die standespolitischen Stellungnahmen wären repräsentative Umfragestudien zur Frage, ob sich Ärzte aufgrund der Mittelbegrenzung in ihrer Tätigkeit bereits heute mit Priorisierungen und Rationierungen konkret konfrontiert sehen. Der vorliegende Beitrag stellt entsprechende Umfrageergebnisse vor und diskutiert unter Bezugnahme auf weitere gesundheitspolitische Herausforderungen, welche Schlussfolgerungen und Perspektiven sich vor dem Hintergrund des aufgezeigten Status quo ergeben.

Zum Status quo einer ärztlichen Rationierung

In verschiedenen europäischen Ländern konnten Umfragestudien unter Ärzten nachweisen, dass Rationierungsentscheidungen durch individuelle Ärzte im ambulanten wie stationären Bereich bereits heute stattfinden [8, 9]. Noch zahlreicher sind Umfragestudien, die die Bereitschaft von Ärzten zur Rationierung untersuchten [10]. Ebenfalls ausführlich

untersucht wurden die – leider oft sehr allgemein formulierten – Fragen, wie Ärzte mit Mittelknappheit umgehen bzw. wie rationalisiert und rationiert wird [11].

Der empirische Status quo in Deutschland

Aus Deutschland liegen zum einen 2 jeweils im Deutschen Ärzteblatt publizierte quantitative Surveys vor. In der Umfrage von Kern et al. [12] unter Lesern des Deutschen Ärzteblatts gaben 73% der Befragten an, es finde heute schon eine Rationierung von Gesundheitsleistungen statt. In der Studie von Boldt und Schöllhorn [13] antworteten 67% der befragten Leiter von Intensivstationen, dass bereits Rationierung stattfinde. Beide Studien fragten jeweils explizit nach der Häufigkeit von «Rationierung», ohne den Begriff dabei inhaltlich zu spezifizieren.

Eine weitere Umfrage unter Ärzten, die zudem die Häufigkeiten von konkreten Rationierungsmaßnahmen untersuchte, wurde exemplarisch für die Bereiche Kardiologie und Intensivmedizin durchgeführt [14]. Zur Vermeidung von Interpretationsschwierigkeiten durch unterschiedliche Verwendungen des Begriffs «Rationierung» fragte die Studie direkt nach dem zugrunde liegenden Sachverhalt: «Wie häufig haben Sie in den letzten 6 Monaten eine für den Patienten nützliche Maßnahme aus Kostengründen nicht durchgeführt bzw. durch eine preiswertere und zugleich weniger effektive Leistung ersetzt?» Hierbei wurde ermittelt, dass 78% der Kliniker mindestens einmal in den letzten 6 Monaten eine medizinische Maßnahme rationiert haben. Nur 13% der Studienteilnehmer gaben an, häufig, d.h. mehr als einmal pro Woche, nützliche Maßnahmen aus Kostengründen vorenthalten zu müssen.

Bei der Rationierung handelt es sich in deutschen Krankenhäusern demnach um ein weit verbreitetes, aber für den individuellen Arzt offenbar (noch) nicht sehr häufiges Phänomen. In dieser Studie wurde ebenfalls aufgezeigt, dass neben diagnostischen und pflegerischen Maßnahmen auch konkrete therapeutische Maßnahmen (z.B. das Reserveantibiotikum Linezolid oder auch implantierbare Defibrillatoren) rationiert werden, wenngleich logischerweise in weniger hohen Prozentzahlen als für die maßnahmenübergreifende Fragestellung [15].

Die Gefahr der strukturellen Benachteiligung bestimmter Patientengruppen konnte durch die Umfragestudie insofern bestätigt werden, als gezeigt wurde, dass Ärzte die Wünsche der Patienten als relevantes Kriterium bei Zuteilungsentscheidungen zumindest mit berücksichtigen. In mehreren qualitativen Ärzteinterviews (auch in Deutschland) wurde von Ärzten angemerkt, dass in der Praxis bei solchen Patienten vorzugsweise eingespart werden könnte, die nur wenig bis gar nicht über vorenthaltene Maßnahmen informiert sind bzw. von denen weniger Gefahr für Regressansprüche oder haftungsrechtliche Konsequenzen ausgeht [16]. Ein Teilnehmer einer englischen Studie von Berney et al. [17] brachte diese generelle Problematik auf den Punkt (S. 624): «Those that shout the loudest get the most.» Weiterhin wurde in deut-

schen Tiefeninterviews deutlich, dass auch ethisch eher begründbare Zuteilungskriterien wie der medizinische Nutzen oder die Kosteneffektivität von den befragten Ärzten sehr unterschiedlich interpretiert werden und damit in der Praxis möglicherweise ebenfalls zu inkonsistenten Allokationsentscheidungen führen können [18].

Obwohl es sich den quantitativen Ergebnissen zufolge bei der Rationierung noch nicht um ein sehr häufiges Phänomen in deutschen Kliniken handelt, sind die Auswirkungen der Mittelknappheit in der Praxis deutlich spürbar: Über drei Viertel der befragten Ärzte gaben an, der zunehmende Kostendruck beeinträchtigt ihre Arbeitszufriedenheit und das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Ärzten [14]. Eine Erklärung dieses Ergebnisses könnte sein, dass sich die überwiegende Mehrheit der Ärzte (83%) nach wie vor verpflichtet sieht, ihre Patienten unabhängig von Kostenüberlegungen bestmöglich zu versorgen. Unter den aktuellen Rahmenbedingungen wird es jedoch zunehmend schwieriger, diesen moralischen Anspruch zu realisieren, auch wenn es die Studienteilnehmer offenbar immer noch schaffen, vergleichsweise selten den Patienten aus Kostengründen nützliche Maßnahmen vorzuenthalten. Demgegenüber zeigen die Ärzte eine sehr hohe Bereitschaft zur Rationalisierung: Die meisten (90%) würden auf eine kostengünstigere, aber vergleichbar effektive Maßnahme ausweichen, auch gegen die ausdrücklichen Wünsche des Patienten. Allerdings sieht die Mehrheit der befragten Ärzte (65%) keine Einsparmöglichkeiten mehr durch eigenes wirtschaftlicheres Handeln. Dem widersprechen Ergebnisse der Versorgungsforschung beispielsweise für die interventionelle Kardiologie, die auf eine Überversorgung und einen unangemessenen Einsatz kostenintensiver Maßnahmen hinweisen [19, 20]. Solange diese Einsparmöglichkeiten von den Ärzten in der Praxis aber nicht gesehen werden, erscheint es problematisch, den Kostendruck in den Kliniken ohne konkrete Unterstützung weiter zu erhöhen.

Angesichts dieser Ergebnisse könnte man erwarten, dass Ärzte eine Beteiligung an Rationierungsmaßnahmen kategorisch ablehnen. Auch hier ergibt die Untersuchung ein differenzierteres Bild: Immerhin die Hälfte der befragten Ärzte wäre bereit, bei Mittelknappheit auf eine preiswertere und geringfügig weniger effektive Alternative auszuweichen, was nach der hier zugrunde liegenden Definition eine Rationierung darstellt. Ebenfalls knapp über die Hälfte der Studienteilnehmer (52%) vertrat die Auffassung, Ärzte sollten jeweils im Einzelfall Verantwortung für Rationierungen übernehmen und entscheiden, welcher Patient welche Leistungen erhält, wenn nicht mehr alle nützlichen Leistungen finanziert werden können. Dass gleichzeitig drei Viertel der Befragten einer oberhalb der individuellen Arzt-Patient-Beziehung geregelten Rationierung zustimmten, unterstreicht die ambivalente Einstellung gegenüber ärztlicher Rationierung. Verständlicherweise möchten sich die befragten Ärzte einen möglichst großen Entscheidungsspielraum erhalten. Dies ist aber nur möglich, wenn sie selbst Verantwortung für die Zuteilung

knapper Ressourcen übernehmen und Rationierungsentscheidungen «am Krankenbett» treffen. Dann müssten Ärzte aber eine Aufgabe übernehmen, für die sie keine spezifische Ausbildung besitzen und die sie in Konflikt mit ihrer traditionellen Rolle als Anwalt ihres Patienten bringen kann. Insofern ist es ebenfalls nachvollziehbar, wenn die Mehrheit der befragten Ärzte eine Regelung «oberhalb» der individuellen Arzt-Patient-Beziehung bevorzugt.

Perspektiven und Schlussfolgerungen

Vor dem Hintergrund des dargestellten empirischen Status quo und der potenziellen Benachteiligung bestimmter Patientengruppen durch die gegenwärtig verdeckte Form von Rationierung wird deutlich, dass im Falle unvermeidbarer Rationierungen diese aus ethischer Sicht möglichst explizit, d.h. transparent und systematisch vollzogen werden sollten. Würde man Kriterien für Leistungsausschlüsse z.B. mit Positiv- oder Negativlisten oder kostensensiblen Leitlinien festlegen, wären diese Kriterien transparent [21], öffentlich zugänglich und für alle am Gesundheitssystem Beteiligten nachvollziehbar. Bei Anwendung explizit definierter Kriterien erhöht sich die Konsistenz der Entscheidungen und Patienten würden in vergleichbaren Situationen gleich behandelt. Auch die klinische Ethikberatung wird sich hier, wenngleich mit Vorsicht, engagieren können [22]. Zum Status quo und zu methodischen Ansätzen der auch in Deutschland zunehmend implementierten Beratungsstrukturen durch klinische Ethikkomitees (KEK) oder Ethik-konsile siehe unter anderem [23].

Ein weiteres wichtiges Argument für eine explizite Rationierung ist, dass dadurch die Arzt-Patienten-Beziehung entlastet werden könnte. Der Patient müsste so nämlich nicht mehr bei seinem Arztbesuch darüber nachdenken, dass sein Gegenüber prinzipiell die Entscheidung darüber trifft, ob er eine bestimmte Therapie erhält oder sie ihm aus Kostengründen vorenthält. Derartige Entscheidungen würden auf einer höheren Ebene getroffen werden.

Allerdings sollten auch die Nachteile einer expliziten Rationierung nicht verschwiegen werden. Durch die festgelegten Zuteilungskriterien haben die Ärzte einen geringeren Entscheidungsspielraum, um auf die besonderen Bedürfnisse von einzelnen Patienten einzugehen. Zudem bereitet es Schwierigkeiten, einen gesellschaftlichen Konsens über die relevanten Verteilungskriterien zu erreichen. Explizite Rationierungen sind daher politisch und gesellschaftlich schwerer umzusetzen als Maßnahmen der impliziten Rationierung [24].

Die Akteure im deutschen Gesundheitswesen (unter anderem die Politik, die gemeinsame Selbstverwaltung, Patientenvertreter und medizinische Fachgesellschaften) sollten zudem berücksichtigen, dass neben impliziten Rationierungen auch die Forderung nach mehr Geld für das Gesundheitssystem mit gesundheitsbezogenen Opportunitätskosten verbunden

sein könnte [25]: Höhere Gesundheitsausgaben können nur mit Einschränkungen in anderen sozialstaatlichen Bereichen erkaufte werden, was wiederum negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Menschen und auf die gerechte Verteilung von Gesundheit haben könnte.

Mit Nachdruck soll zuletzt noch darauf hingewiesen werden, dass auch bewusst explizite Rationierungsentscheidungen nur dann rational und fair sein können, wenn ihre Evidenzgrundlage (sprich Informationen zu Nutzen, Schaden,

Kosten) möglichst unverzerrt sind [15, 26]. Die Optimierung der Evidenzbasis darf ob der intensivierten Diskussion zu Priorisierung und Rationierung nicht vernachlässigt werden; im Gegenteil.

Disclosure Statement

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Referenzen

- 1 Katzenmeier C: Engpässe medizinischer Versorgung – Rechtliche Implikationen. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2010;104:364–370.
- 2 Huster S, Strech D, Marckmann G, Freyer D, Borchers K, Neumann A, Wasem J, Heldt C: Implizite Rationierung als Rechtsproblem. Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie zur Situation in deutschen Krankenhäusern. *Medizinrecht* 2007;25:703–706.
- 3 Fojo T, Grady C: How much is life worth: cetuximab, non-small cell lung cancer, and the \$440 billion question. *J Natl Cancer Inst* 2009;101:1044–1048.
- 4 Beske F: Bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung bei begrenzten Mitteln. Situationsanalyse, internationaler Vergleich, Handlungsoptionen. Kiel, Institut für Gesundheits-System-Forschung, 2010.
- 5 ZEKO: Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer. *Dtsch Arztebl* 2007;104:A2750–A2754.
- 6 BÄK: Ulmer Papier. Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft. Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages 2008. Berlin, Bundesärztekammer (BÄK), 2008.
- 7 Fuchs C: Demografischer Wandel und Notwendigkeit der Priorisierung im Gesundheitswesen: Positionsbestimmung der Ärzteschaft. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2010;53:435–440.
- 8 Hurst SA, Slowther AM, Forde R, Pegoraro R, Reiter-Theil S, Perrier A, Garrett-Mayer E, Danis M: Prevalence and determinants of physician bedside rationing: data from Europe. *J Gen Intern Med* 2006;21:1138–1143.
- 9 Ward NS, Teno JM, Curtis JR, Rubenfeld GD, Levy MM: Perceptions of cost constraints, resource limitations, and rationing in United States intensive care units: results of a national survey. *Crit Care Med* 2008;36:471–476.
- 10 Strech D, Persad G, Marckmann G, Danis M: Are physicians willing to ration health care? Conflicting findings in a systematic review of survey research. *Health Policy* 2009;90:113–124.
- 11 Strech D, Synofzik M, Marckmann G: How physicians allocate scarce resources at the bedside. A systematic review of qualitative studies. *J Med Philos* 2008;33:80–99.
- 12 Kern AO, Beske F, Lescow H: Leistungseinschränkung oder Rationierung im Gesundheitswesen? *Dtsch Arztebl* 1999;96:A113–A117.
- 13 Boldt J, Schöllhorn T: Rationierung ist längst Realität. Ergebnisse einer Fragebogenaktion auf deutschen Intensivstationen. *Dtsch Arztebl* 2008;105:A995–A997.
- 14 Strech D, Danis M, Lob M, Marckmann G: Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern. Ärztliche Einschätzungen aus einer repräsentativen Umfrage. *Dtsch Med Wochenschr* 2009;134:1261–1266.
- 15 Strech D, Marckmann G: Wird in deutschen Kliniken rationiert oder nicht? Wie genau wir es wissen und warum es nicht die wichtigste Frage sein sollte. *Dtsch Med Wochenschr* 2010;135:1498–1502.
- 16 Strech D, Borchers K, Freyer D, Neumann A, Wasem J, Marckmann G: Ärztliches Handeln bei Mittelknappheit. Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie. *Ethik Med* 2008;20:94–109.
- 17 Berney L, Kelly M, Doyal L, Feder G, Griffiths C, Jones IR: Ethical principles and the rationing of health care: a qualitative study in general practice. *Br J Gen Pract* 2005;55:620–625.
- 18 Strech D, Freyer D, Borchers K, Neumann A, Wasem J, Krukemeyer MG, Marckmann G: Herausforderungen expliziter Leistungsbegrenzungen durch kostensensible Leitlinien. Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie mit leitenden Klinikärzten. *Gesundheitsökonomie Qualitätsmanagement* 2009;14:38–43.
- 19 Dissmann W, de Ridder M: The soft science of German cardiology. *Lancet* 2002;359:2027–2029.
- 20 Fischer MA, Avorn J: Economic implications of evidence-based prescribing for hypertension: can better care cost less? *JAMA* 2004;291:1850–1856.
- 21 Eccles M, Mason J: How to develop cost-conscious guidelines. *Health Technol Assess* 2001;5:1–69.
- 22 Strech D, Hurst S, Danis M: The role of ethics committees and ethics consultation in allocation decisions: A 4-stage process. *Med Care* 2010;48:821–826.
- 23 Dörries A, Neitzke G, Simon A, Vollmann J (eds): *Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch.* Stuttgart, Kohlhammer, 2008.
- 24 Truog RD: Screening mammography and the «r» word. *N Engl J Med* 2009;361:2501–2503.
- 25 Huster S: «Hier finden wir zwar nichts, aber wir sehen wenigstens etwas.» Zum Verhältnis von Gesundheitsversorgung und Public Health. Bochum, Zentrum für Medizinische Ethik, 2008.
- 26 Ludwig WD, Fetscher S, Schildmann J: Teure Innovationen in der Onkologie – für alle? Überlegungen zu Voraussetzungen für eine rationale Pharmakotherapie und ethische Herausforderungen. *Onkologie* 2009;15:1004–1014.