Rationierung im Gesundheitswesen [Günter Feuerstein, Ellen Kuhlmann]

Autor(en): **Wettstein, Albert**

Objekttyp: **BookReview**

Zeitschrift: **Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich**

Band (Jahr): **- (1999-2000)**

Heft 66

PDF erstellt am: **25.05.2024**

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Blick über die Grenzen nach Deutschland

Rationierung im Gesundheitswesen: Die Gefahr der Diskriminierung Betagter

Das Buch von Günter Feuerstein und Ellen Kuhlmann (Hrsg.): "Rationierung im Gesundheitswesen", Ullstein Medical, Wiesbaden 1998, 210 Seiten, behandelt das Thema von verschiedenen Aspekten her und kann allen Lesern mit Interesse an der Rationierungsdiskussion sehr empfohlen werden. Albert Wettstein

Eine Zusanmenfassung der wichtigsten Inhalte des Buches:

Eine Befragung von 100 Organisationen und Verbänden des deutschen Gesundheitswesens ergab 1997: 61% gehen davon aus, ...dass eine Zuteilung lebenswichtiger medizinischer Güter und Dienstleistungen trotz aller Anstrengungen zu Einsparungen im Gesundheitswesen unvermeidlich ist.

Eine Umfrage im Deutschen Ärzteblatt ergibt: Rationierung im Gesundheitswesen sei auch bei Ausschöpfung aller Rationalisierungsreserven unvermeidbar. 63% der im Krankenhaus tätigen ÄrztInnen vertraten die Meinung, es gäbe bereits heute Rationierung .

Der schleichende Einzug der Altersgrenzen und weiterer Verteilkriterien

Insbesondere alte Menschen werden unter dem Aspekt der Verursacher von Kosten betrachtet, die volkswirtschaftlich keine Leistungen mehr erbringen. So wurde für das britische Gesundheitswesen festgestellt: "Die Krux des Alterskriteriums ist die stereotyp negative Sicht auf alte Menschen, welche politische Entscheidungen zur Folge hat, die alte Menschen benachteiligen. Das Alterskriterium scheint in die Kultur des National Health Systems (NHS) eingebettet zu sein."

Aber 90% der deutschen Krankenkassenmitglieder lehnen Regelungen ab, "in denen zur Kostenersparnis von einem bestimmten Lebensalter ab einige teure Behandlungen nicht mehr bezahlt werden." Auch Mediziner und Juristen weisen auf die Problematik einer Rationierung im Alter hin: Alter ist "zumindest im generellen Sinne als Rationierungsprinzip medizinisch nicht fundiert und ethisch wie auch politisch fragwürdig".

Gleichwohl wird eine "schleichende" Ausbreitung von Altersgrenzen beschrieben, z.B. bei der endoprothetischen Versorgung, der Rehabilitation und den operativen Eingriffen.

De facto findet so eine zunehmende Diskriminierung der Gruppen statt, die ohnehin sozial und gesundheitlich benachteiligt sind (z.B. alte Menschen, chronisch Kranke, Arbeitslose, sozial schwache und bildungsferne Gruppen).

Die Variabilität der "medizinischen Notwendigkeit"

Die "medizinische Notwendigkeit" ist mittlerweile zur beliebtesten Besänftigungsformel von Politikern und Krankenkassen avanciert, sichert sie doch ungeachtet der kaum zu leugnenden Einschränkungen allen Versicherten auch weiterhin uneingeschränkt jede medizinisch notwendige Versorgung zu.

War in der Vergangenheit meist das "medizinisch Machbare" handlungsleitend, so wird zunehmend von "medizinisch zwingend notwendigen" Leistungen gesprochen. "Die Kluft zwischen medizinisch Sinnvollem einerseits und infolge Ressourcenknappheit nicht Machbarem andererseits wird wachsen".

Die "Notwendigkeit" muss dazu operationalisiert werden. Der deutsche Kassenarzt L. Krimmel schlägt dazu "eine Unterscheidung zwischen den vier Kategorien: *"medizinisch (zwingend) notwendig", "ärztlich empfehlenswert", "ärztlich vertretbar"* und "*medizinisch machbar*" vor. Mit dieser Staffelung scheint denn auch das ethische Problem der ärztlichen Leistungsverweigerung erledigt zu sein. "Dabei wird zunächst offensichtlich, dass die nach dem Gebot ärztlicher Ethik notwendigen Leistungen mit dem Begriff der 'zwingenden medizinischen Notwendigkeit' übereinstimmen. Jenseits dieser Grenze beginnt der Ermessensspielraum, der insoweit auch unmittelbar den Umfang des Leistungsanspruchs der Versicherten definiert. Je geringer der finanzielle Spielraum eines Versorgungssystems ist, desto näher muss die Interpretation der 'medizinischen Notwendigkeit' an die Grenze der 'zwingenden medizinischen Notwendigkeit' im Sinne ethisch gebotenen Massnahmen gerückt werden".

Verfassungskonforme Rationierungskriterien

Für die Kriteriensetzung liefert zunächst die Menschenwürdegarantie als Gebot elementarer Rechtsgleichheit und Verbot qualitativer Differenzierung den zentralen verfassungsrechtlichen Massstab. Daneben kommen den speziellen Diskriminierungsverboten des Art. III (deutsches) Grundgesetz (z.B. Abstammung, Rasse, Herkunft) besondere Bedeutung zu, das identisch auch in der neuen Schweizer Bundesverfassung verankert ist.

Dazu hat das deutsche Bundesverfassungsgericht als allgemeinen Gerechtigkeitsmassstab formuliert, Auswahlentscheidungen müssten sich "in steter Orientierung am Gerechtigkeitsgedanken um eine auch für den Benachteiligten zumutbare Auswahl... bemühen. Insbesondere muss die Regelung jedem ... Bewerber eine Chance belassen."

Je weniger materiell-qualitative Kriterien in Betracht kommen, umso mehr spricht für ein Ausweichen auf technisch-objektive Auswahlverfahren, etwa

Wartelisten. In der Tat sind die Vorzüge einer Temporalisierung der individuellen Bedarfsdeckung gross (alle erhalten das, was sie brauchen, aber eben nicht alle sofort, sondern in Abhängigkeit von der Verfügbarkeit der Ressourcen). Doch ist sicherzustellen, dass ein kriteriengestütztes Wartelistenprinzip nicht auf Entscheidungsmassstäbe zurückgreift, die die Aufnahme auf eine Warteliste von wiederum verfassungsrechtlich pönalisierten Massstäben abhängig machen.

Tabelle 1: Prioritätenfestsetzung im englischen National Health System)

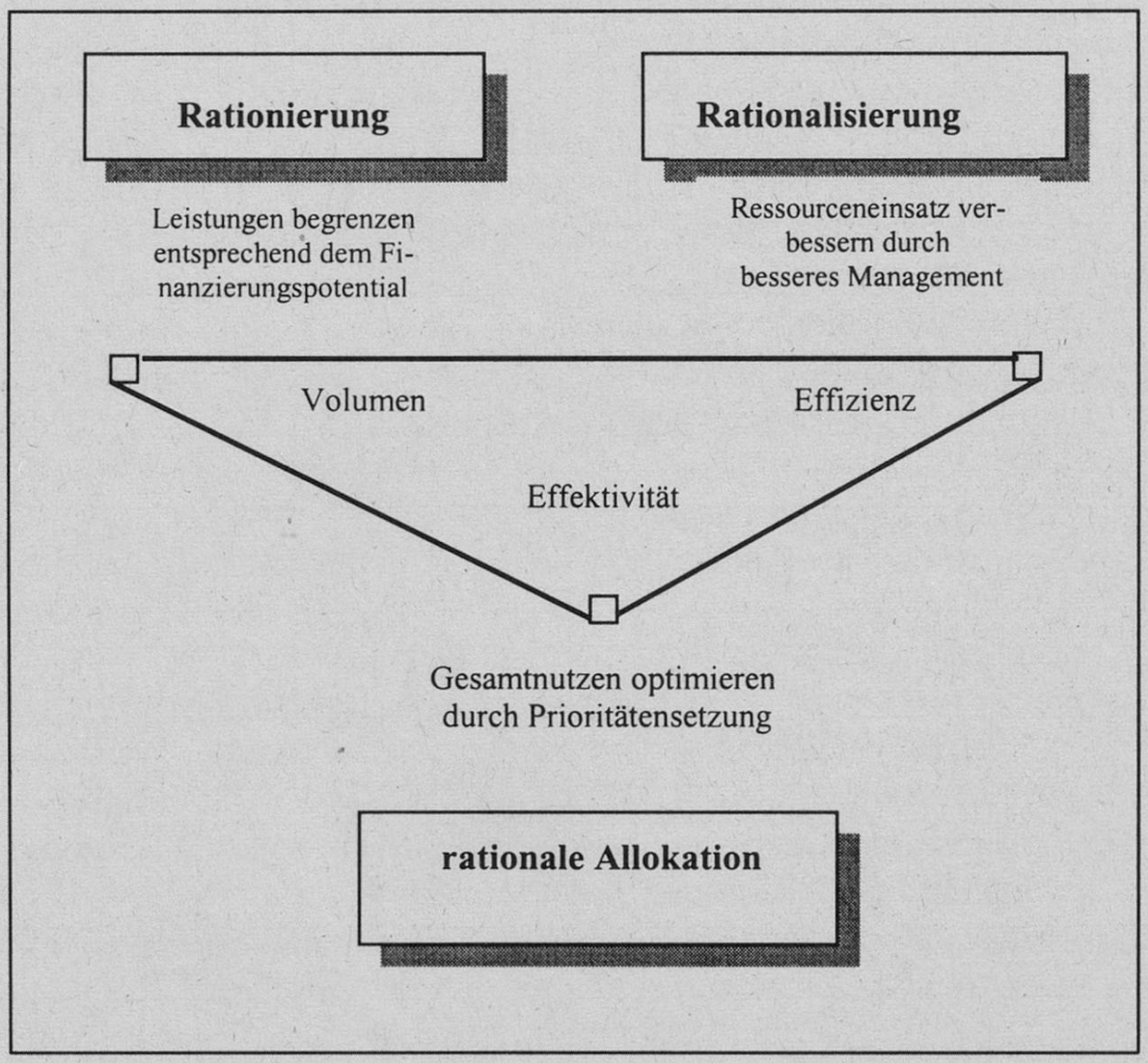
(die Zahlen geben die Rangierungen durch die jeweilige Befragergruppe der Leistungsgruppen wieder)

Behandlungsformen	Untersuchung von Bowling 1996 (n = 41.431)	Allgemeine Bevölkerung (Ham 1993) (n = 335)	Hausärzte (Ham 1993) (n = 66)	Krankenhausärzte (Ham 1993) (n = 116)	Public Health Ärzte (Ham 1993) (n = 6)[1]
Behandlung von Kindern mit lebensbedrohlichen Krankheiten	1	1	5	2	9
Sterbebegleitung und Schmerzbehandlung bei Sterbenden	2	2	4	4	8
Screening-Programme und Impfungen	3	5	6	7	4
Chirurgische Eingriffe, welche Weiterführung der Alltagsfunktionen ermöglichen	4	6	9	5	5
Ambulante Pflege	5	11	1	3	1
Psychiatrische Pflege (stat. u.amb.)	6	8	2	1	1
High-tech-Chirurgie, Organtransplantationen u. Eingriffe zur Bewältigung lebensbedrohlicher Situationen	7	4	12	12	12
Gesundheitsförderung und Erziehung	8	12	10 11 5		
Neonatologie bei Babies unter 680 gr. mit nur kleinen Überlebenschancen	9	9	13	13	15
Stationäre Langzeitbehandlung bei älteren Patienten	10	10	3	6	10
Fertilitätsbehandlung	11	14	14	14	15
Behandlung bei über 75jährigen Patienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen	12				
Medizinische Forschung für neue Therapien/Behandlungen		3	11	8	11
Therapien für Behinderte zur Bewältigung der täglichen Funktionen (z.B. Sprach-, Beschäftigungs- und Physiotherapie)		7	7	10	5
Familienplanung/Geburtenregelung		13	9	9	1
Komplementär- oder Alternativmedizin (z.B. Homöopathie, Akupunktur)		13	9	9	1
Kosmetische Chirurgie		16	16	15	13

[1] Aufgrund der kleinen Gruppengrösse ergaben sich hier verschiedene Mehrfachbenennungen

Schliesslich: Ein vieldiskutiertes Selektionskriterium ist das Alter, das nicht unter die explizit verbotenen Unterscheidungsmerkmale des Art. 3 III (deutsches) Grundgesetz fällt.
Dies darf allerdings nicht als Unbedenklichkeitsattest für altersspezifische Rationierungsmodelle auch in existentiellen Entscheidungssituationen missverstanden werden. Das Bundesverfassungsgericht hat klargestellt: "Liegt die Würde des Menschseins im Dasein um seiner selbst willen, so verbieten sich jegliche Differenzierungen der Schutzverpflichtung im Blick auf Alter und Entwicklungsstand dieses Lebens..."

Strategien zur rationalen Allokation von Gesundheitsleistungen



Diskussion
Das niederländische Modell (1994) hat eine breite öffentliche Diskussion über Prioritäten und Allokationskriterien ausgelöst. Dabei entwickelte sich ein Konsens, dass Entscheidungen für eine rationale Ressourcenallokation notwendig sind, d.h. dass unnütze und in einem schlechten Kosten-/Nutzen-

Verhältnis stehende Leistungen zu reduzieren sind, dass aber keine Personengruppen vom Leistungskonsum ausgeschlossen werden dürfen (d.h. keine direkte Rationierung).
Die Kommission der niederländischen Regierung hat als Ergebnis der politischen Diskussion vorgeschlagen, dass die gesetzliche Krankenversicherung nur noch Leistungen decken soll, bei denen folgende vier Fragen aus gesellschaftlicher Sicht positiv beantwortet werden können:

- *Ist die Leistung wirklich notwendig?*
  Gedeckt werden sollen nur Leistungen, die notwendig sind, um die Gesundheit wiederherzustellen, zu erhalten oder um Leiden zu lindern.
- *Ist die Leistung wirksam?*
  Medizinische Leistungen, die sich als nicht wirksam erwiesen haben, sollen nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung gedeckt werden. Niederländische Ärzte hatten in verschiedenen Hearings festgehalten, dass nur gerade etwa 20 – 40% der bisher gedeckten Leistungen wirklich effektiv sind. Als Beispiele für ineffektive, aber häufige Leistungen wurden etwa genannt:
  - Routine-Labortests
  - andauernde Physiotherapie
  - Einsatz von Antibiotika bei einfachen Erkältungskrankheiten usw.

  Mit Ausschluss dieser Leistungen aus dem Leistungskatalog der Krankenversicherungen könnten bedeutende Einsparungen erzielt werden.
- *Wird die Leistung wirtschaftlich erbracht?*
  Bei dieser Fragestellung ging die Kommission davon aus, dass die soziale Krankenversicherung Leistungen, die hohe Kosten verursachen, wenig effizient erbracht werden und wenig effektiv sind, nicht decken sollen.
- *Kann nicht das Individuum für die Leistung verantwortlich gemacht werden?*
  Mit dieser vierten Frage wollte die Kommission weniger die Krankheitsverursachung in den Vordergrund stellen als vielmehr Leistungen, welche individuell getragen werden können (Bagatell-Leistungen), aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung entfernen.

Eine ähnliche Entscheidungshilfe hat Culver für den britischen National Health Service vorgeschlagen. Es sollen

- nur Leistungen mit positiver Wirkung
- die zu den geringstmöglichen Kosten produziert wurden und
- davon nur diejenigen Leistungen mit einer höchstmöglichen positiven Wirkung, aber

- nur bis zum Umfang, welche den Grenznutzenausgleich zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen sichert

angeboten werden.
In Neuseeland wurden mittels Bevölkerungsbefragungen und Experten-Hearings folgende Prioritäten festgelegt (Health Care and Medical Priorities Commission 1993):

- *Höchste Priorität* geniessen die medizinische Versorgung für geistig Kranke, die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, die Kinderheilkunde und die ambulante und stationäre Grundversorgung (Primary Care)
- Es folgen mit *mittlerer Priorität* Leistungen der Notfalldienste, Sterbebegleitung, Rehabilitationsmassnahmen sowie Präventionsleistungen und medizinische Versorgung für Kinder und ihre Eltern.
- *Niedrige Priorität* hingegen haben rein lebensverlängernde Massnahmen ohne Wirkung auf die Lebensqualität, unabhängig von den eingesetzten Ressourcen und verursachten Kosten, aber auch die unnötige Nutzung teurer Medizintechnik oder chirurgische Massnahmen, die nur wenigen Patienten etwas nützen sowie Leistungen mit einem schlechten Kosten-Nutzen-Verhältnis.

In verschiedenen Untersuchungen wurden Prioritätenlisten mit Hilfe von repräsentativen Umfragen in der Bevölkerung und bei Public Health Professionals erstellt. Als problematisch erweisen sich in diesem Zusammenhang die z.T. sehr deutlichen Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen, bzw. zwischen verschiedenen Regionen sowie die rasche Verschiebung der Prioritäten im Zeitablauf.
(siehe Tabelle 1)

Häufigstes Kriterium für die Diskriminierung im NHS war das Alter. So wurden älteren Patienten verschiedene aufwendige therapeutische Verfahren wie z.B. Dialyse oder Total-Hüftprothesen vorenthalten. Unter der neuen Struktur des NHS mit dezentralisierten Entscheidungsbefugnissen sind solch explizite direkte Rationierungsmassnahmen jedoch eher rückläufig.

Mikroallokatikon: Ungelöste Wertkonflikte und widersprüchliche Kriterien

Zu den Hauptkriterien der Mikroallokation gehören:

- *Soziale Kriterien*
  Motiv: Optimierung des Nutzens, den die zur Behandlung ausgewählten Leistungsnachfrager für die Gesellschaft haben.
- *Soziomedizinische Kriterien*
  Motiv: Optimierung des Therapieerfolgs unter besonderer Berücksichtigung von sozialen Einflussfaktoren auf den Krankheitsverlauf (z.B. persönliche Potenziale der Krankheitsbewältigung)
- *Medizinische Kriterien*
  Motiv: Optimierung des Mitteleinsatzes mit Blick auf die im engeren Sinne medizinische Prognose der Leistungsnachfrager (z.B. Krankheitsbild).
- *Personenbezogene Kriterien*
  Motiv: Merkmalsbezogene Gewichtung individueller Ansprüche auf die Behandlung.
- *Systempolitisch ausgerichtete Kriterien*
  Motiv: Verbesserung der allgemeinen Versorgungssituation durch taktische Allokationskalküle (z.B. Bevorzugung telegener Transplantationskandidaten).

Tabelle 2: Soziale Kriterien

	Das Kriterium bevorzugt	**Vorteile bzw. Rechtfertigung**	**Nachteile bzw. Kritik**
Social Worth Social Value	Personen mit dem jeweils grössten sozialen Wert für die Gesellschaft	sozial produktiv; leistungsmotivierend; bestraft Asoziale (z.B. Kriminelle)	unethisch; diskriminierend; es gibt keine verbindliche soziale Wertskala, methodisch nicht umsetzbar
Favored Groups	spezielle soziale Gruppen wie z.B. - Gemeindeglieder - Veteranen	stärkt die Motivation und Moral der Aufbringer medizinischer Ressourcen	benachteiligt grundlos all jene, die sich auf ihre eigene Weise sozial verdient gemacht haben
Social Responsability	Personen mit sozialer Verantwortung - Eltern - Ärzte, Soldaten	Rettung sozial verantwortlicher Akteure nützt der Gesellschaft bzw. kann viele Leben retten	inakzeptable moralische Kosten; Nutzen der bevorzugt Geretteten ist nicht kalkulierbar.

Tabelle 3: Soziomedizinische Kriterien

	Das Kriterium bevorzugt	Vorteile bzw. Rechtfertigung	Nachteile bzw. Kritik
Age	generell jüngere Personen	grösserer medizinischer Nutzen; geringer Widerstand; keine personenbezogene Diskriminierung	sozial demotivierend; ungerecht gegenüber Mittel-Aufbringern; Wert des Lebens nimmt mit dem Alter nicht ab.
Psychological Ability	Personen mit besonderer Fähigkeit und Bereitschaft zur Compliance	psychisch instabile Personen profitieren nur bedingt ("Ressourcenverschwendung")	unpräzise Tests; Diskriminierung abweichenden Verhaltens; Tendenz zur" People-like-us"-Präferenz
Supportive Environment	Personen mit einem funktionierenden Unterstützungssystem (Copingchance)	höhere Wahrscheinlichkeit, eine insgesamt akzeptable Lebensqualität zu erreichen	Diskriminierung abweichender Lebensformen; mangelnde Transparenz, unfair, weil extern.

Tabelle 4: Medizinische Kriterien

	Das Kriterium bevorzugt	Vorteile bzw. Rechtfertigung	Nachteile bzw. Kritik
Medical Benefit	I. Patienten mit optimalen Voraussetzungen	Beide Varianten scheinen in perfekter Weise objektivierbar, rational, wertneutral und damit "kritikfest" zu sein.	medizinische Markierung sozialer Ausschlussfaktoren
	II: Patienten mit max. med. Dringlichkeit		ineffizienter, verschwenderischer Ressourceneinsatz
ad I. (Hilfskriterien)			
Likelihood of Benefit	Patienten mit bester medizinischer Erfolgsprognose	höchste medizinische Produktivität; hohes Mass an Fairness und Akzeptanz	Vernachlässigung der dringendsten Fälle; Prognoseunsicherheit, Problem des Vergleichs
Length of Benefit	1. Patienten mit hohen Prognosezeiten 2. Patienten ohne zusätzliche Erkrankungen	Rettung der meisten Lebensjahre mit den begrenzt verfügbaren Ressourcen	Wert des Lebens/Recht auf Leben sind keine Funktion der Dauer; Lebensrettung ist wichtiger
Quality of Benefit	Patienten, die nach der Behandlung ein "lebenswertes Leben" führen können.	Erzielung der höchsten Lebensqualität mit den begrenzt verfügbaren Ressourcen	keine objektive, quantifizierbare Qualitätsskala; subjektive Bewertung ist höchst unterschiedlich
ad II			
Imminent Death	Notfälle, insbesondere "near-death"-Patienten	maximale Zahl der mit begrenzten Ressourcen geretteten Leben	geringe Produktivität; mangelnde Präzision; Prognoseunsicherheit; manipulationsanfällig

Tabelle 5: Personenbezogene Kriterien

	Das Kriterium bevorzugt	Vorteile bzw. Rechtfertigung	Nachteile bzw. Kritik
Willingness to risk illness/to accept treatment	Patienten, die kein Selbstverschulden trifft und die zur Behandlung bereit sind	Selbstverantwortung für den Lebensstil; Kompensation gesellschaftlich verursachter Erkrankungen	Schwierigkeiten der Schuldzuweisung; Medizinisches System ist keine Strafkammer für abweichendes Verhalten
Ability to Pay	Patienten, die die Behandlung und Nachbehandlung bezahlen können	Freiheit des Marktes; Anerkennung der Realität; Verhinderung schwarzer Märkte	keine soziale Akzeptanz; öffentl. Förderung; Kommerzialisierung beeinträchtigt Effizienz
First-come, First served	Patienten, die zuerst Zugang zur Behandlung gesucht und gefunden haben	fair, da keine verdeckte soziale Selektion und ohne Ansehen der Person	medizinisch ineffektiv, sozialer Bias im zeitlichen Zugang zum medizinischen System

Tabelle 6: Systempolitisch motivierte Kriterien

	Das Kriterium bevorzugt	Vorteile bzw. Rechtfertigung	Nachteile bzw. Kritik
Squeaky-wheel factor	Patienten, deren Bevorzugung der Ressourcensituation nachhaltig verbessert (z.B. Politiker)	erweiterte Behandlungskapazitäten für zukünftige Patientenpopulationen	Zerstörung von Systemvertrauen (Arzt-Patient); Ungewissheit des tatsächlichen Effekts
Program policy	Patienten, die in das Forschungsdesign passen; Patienten, an denen sich Erfolg demonstrieren lässt	"progress-of-science"/ "progress of success"; allgemein verbesserte Behandlungssituation	ständiger Wertkonflikt; Dominanz experimenteller und marketingfixierter Entscheidung
Lottery selection	Patienten, die durch kriterienunabhängige Zufallsselektion ausgelost wurden.	Symbolik der Wertneutralität und Diskriminierungsfreiheit durch formale Gleichheit	"Kasinomentalität" verletzt die Würde des Menschen und ist medizinisch ineffizient.

Selbst die sogenannten rein medizinischen Kriterien erweisen sich (für Entscheidungen) als nicht unproblematisch. Ihre durchwegs utilitaristische Ausrichtung, mit den vorhandenen medizinischen Ressourcen durch optimale Allokation einen maximalen Gesundheitsnutzen erzielen zu wollen, ist nur oberflächlich betrachtet instruktiv und konsensfähig. Seinen deutlichsten Ausdruck findet die innere Widersprüchlichkeit des medizinischen Utilitarismus in den völlig konträren Hilfs-Kriterien der *medizinischen Erfolgsaus-*

sichten und der *medizinischen Dringlichkeit*. Beide Kriterien repräsentieren die medizinische Nutzenorientierung, aber aus einer völlig unterschiedlichen Perspektive.
Beide Kriterien fristen, ungeachtet ihrer völlig konträren Selektionslogik, im medizinischen System eine recht friedvolle Koexistenz. Solange sie beide gelten, ist jede Auswahlentscheidung, die zwischen konkurrierenden Patienten im Zugang zu medizinischen Ressourcen getroffen wird, rein medizinisch begründbar.

Erstes Interdisziplinäres Symposium
"Pflegewissenschaft im Kontext der Medizin"

Patronat: Verena Diener, Regierungsrätin

Am Samstag, den 18. September 1999, 09.00 bis 16.30 Uhr, im grossen Hörsaal Nord 1, UniversitätsSpital Zürich, Frauenklinikstrasse10, 8001 Zürich

Leitung: Frau DDr. Silvia Käppeli

Interessierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Medizin, Pflege und anderen Berufen im Gesundheitswesen sind herzlich eingeladen zu dieser Veranstaltung (der Eintritt ist gratis; Referate in Deutsch und Englisch mit Simultanübersetzung).

Programme sind erhältlich bei Frau R.S. Völkle, UniversitätsSpital Zürich, Rämistr. 100, 8091 Zürich, Tel. 01/255 38 73, Fax 01/255 43 95
e-mail: rosemarie.voelkle@pfl.usz.ch