

GASTKOMMENTAR

# Ärztliche Rationierung: Zum Sachstand in deutschen Kliniken

Das deutsche Gesundheitswesen benötigt eine Debatte über den Umgang mit Leistungsbegrenzungen. Der weiter bestehende Bedarf an Rationalisierung darf dabei nicht ausgeblendet werden.

**Von Prof. Dr. Dr. Daniel Strech**

Auch wenn das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich finanziell gut ausgestattet ist und auch wenn weitere Effizienzpotenziale vorhanden und mit Nachdruck zu mobilisieren sind, lassen sich Leistungsbegrenzungen nicht vermeiden. Gegenwärtig werden in Deutschland Leistungsbegrenzungen bzw. Rationierungen – hier verstanden als das Vorenthalten eines (Netto-)Nutzens für den Patienten – auf intransparente Art und Weise von Ärzten durchgeführt, deren Entscheidungsspielräume durch Budgets und prospektive Vergütungen (DRGs) begrenzt werden.

Der Status quo zur ärztlichen Rationierung in Deutschland wurde in einer Umfragestudie unter 1.137 Klinikern in der Kardiologie und der Intensivmedizin genauer untersucht. Über drei Viertel der antwortenden Ärzte (77%) bestätigten, mindestens einmal aus Kostengründen eine für den Patienten nützliche Maßnahme nicht durchgeführt bzw. durch eine preiswertere und zugleich weniger effektive Leistung ersetzt zu haben. Dabei handelt es sich (noch) um ein relativ seltenes Phänomen für den individuellen Arzt. Nur 13 Prozent berichteten, mindestens ein-

mal pro Woche nützliche Leistungen aus Kostengründen vorenthalten zu müssen. Trotzdem beeinträchtigt diese Situation nach Ansicht einer deutlichen Mehrheit nicht nur die Arbeitszufriedenheit der Ärzte, sondern auch das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Ärzten.

Vor dem Hintergrund der international vergleichbar hohen Gesundheitsausgaben im deutschen Gesundheitssystem, ist es kritisch zu bewerten, dass nur ein gutes Drittel der Befragten glaubte, Leistungsbegrenzungen durch wirtschaftlicheres Arbeiten der Ärzte vermeiden zu können. Die überwiegende Mehrheit der Ärzte (86%) vertrat hingegen die Auffassung, Leistungsbegrenzungen ließen sich durch ein wirtschaftlicheres Arbeiten der Krankenkassen vermeiden. Deutlich mehr als die Hälfte der Ärzte sieht die Bereitstellung von zusätzlichen Mitteln für

den Gesundheitssektor z.B. durch höhere Krankenkassenbeiträge oder Steuern (63%) oder einen höheren finanziellen Eigenanteil der Patienten (56%) als einen akzeptablen Weg im Umgang mit der Mittelknappheit.

Knapp über die Hälfte der Studienteilnehmer 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 sowie mit straf- und haftungsrechtlichen Regelungen bringen kann. Dies unterstreicht einmal mehr, wie dringend das deutsche Gesundheitswesen eine offene gesellschaftspolitische Debatte über den Umgang mit knappen Finanzmitteln benötigt.



**Prof. Dr. Dr. Daniel Strech** ist Juniorprofessor für Medizinethik an der Medizinischen Hochschule Hannover.

Strech D., Danis M., Löb M., Marckmann G.; Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern; Ärztliche Einschätzungen aus einer repräsentativen Umfrage; DMW 2009;134:1-6.