



Jacobs University Bremen

Rationierung versus Rationalisierung oder Priorisierung

Norbert Schmacke

Priorisierung in der Medizin
FOR 655 Nr. 29 / 2011



Campus Ring 1
28759 Bremen
Germany
www.jacobs-university.de

FOR 655 Working Paper serves to disseminate the research results of work in progress prior to publication to encourage academic debate. Copyright remains with the authors.

Die Reihe „Priorisierung in der Medizin“ umfasst Arbeits- und Forschungsberichte der DFG Forschergruppe FOR655 *„Priorisierung in der Medizin: eine theoretische und empirische Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)“*.

Die Berichte und weitere Informationen zu der Forschergruppe können abgerufen, werden unter:

<http://www.for655.de> oder <http://www.priorisierung-in-der-medizin.de>

The series „Priorisierung in der Medizin“ consists of working papers and research reports of the DFG (Deutsche Forschungsgemeinschaft, i.e., German Research Foundation) Research Group FOR655 *„Priorisierung in der Medizin: eine theoretische und empirische Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)“*. (*Prioritizing in Medicine: A Theoretical and Empirical Analysis in Consideration of the Public Health Insurance System*)

Reports and further information can be found at

<http://www.for655.de> or <http://www.priorisierung-in-der-medizin.de>

Impressum:



Campus Ring 1
28759 Bremen
Germany
www.jacobs-university.de

ISSN 1866-0290

www.for655.de | www.priorisierung-in-der-medizin.de

Rationierung versus Rationalisierung oder Priorisierung?¹

Norbert Schmacke

Universität Bremen

Es ist nach wie vor schwierig, in Deutschland mit Politikern und der Öffentlichkeit über Rationierung von Gesundheitsleistungen zu diskutieren. Es wird in der Regel nicht akzeptiert, dass aus wissenschaftlicher Sicht Rationierung unvermeidlich ist. Der Artikel unternimmt den Versuch aufzuzeigen, welche Ansatzpunkte bestehen, mit Hilfe der Versorgungsforschung Ungleichheit und Ungerechtigkeit in der Versorgung abzubauen und so dem Ziel einer transparenteren Ressourcenallokation näher zu kommen.

Stichworte: Gesundheitsversorgung, Rationierung, Ungerechtigkeit, Versorgungsforschung

To this day it is difficult to talk about rationing in healthcare with politicians and the public. By and large they would not accept the scientific point of view that you cannot avoid rationing. The article tries to show how health services research can help to reduce inequality and inequity in our healthcare system in order to improve the transparency in the process of resource allocation.

Keywords: health care, rationing, inequality, inequity, health services research

Prof. Dr. med. Norbert Schmacke
Universität Bremen
Wilhelm Herbst Straße 7
D-28359 Bremen
phone: 0421/ 218-8131
e-mail: schmacke@uni-bremen.de

¹ Nach einem gleichlautenden Impulsreferat beim Grünen Ärztetag in Berlin, 14.05.2011

Rationierung versus Rationalisierung oder Priorisierung?²ⁱ

Die Bevölkerung erhält in der gesetzlichen Krankenversicherung ohne große Barrieren und unbeschadet des jeweiligen sozialen Status Leistungen, die sich im internationalen Vergleich sehen lassen können. Aber dennoch benötigt das System einen Modernisierungsschub, um den heutigen und kommenden Anforderungen besser gerecht zu werden – und um mit den jeweils vorhandenen Ressourcen klüger und fairer umzugehen.

Damit bin ich beim Thema Rationierung. Es ist der vielleicht einzige unumstrittene Lehrsatz der (Gesundheits-) ökonomie, dass der Umgang mit der Knappheit der Ressourcen grundsätzlich unvermeidbar ist und dass es vor allem geboten ist, über den Grenznutzen investierter Mittel nachzudenken. Insofern halte ich die abstrakte Diskussion über die Frage, ob im deutschen Gesundheitswesen rationiert wird, für wenig ergiebig. Es ist möglicherweise ein großer Nachteil, dass wir in Deutschland erst sehr spät angefangen haben, überhaupt über die Endlichkeit der Ressourcen und über Rationierung zu reden. Wir sind immer noch auf die kommenden Diskussionen um einen gezielten Einsatz von Pflichtbeiträgen der Versicherten und Steuerzuschüssen unter einer vermutlich spürbarer werdenden Knappheit schlecht vorbereitet.

Wenn man fragt, ob in Deutschland fraglos nützliche Behandlungen aus Mittelangel nicht erbracht werden, so lautet die Antwort, das ist mit Ausnahme der Organtransplantation nicht der Fall und Deutschland ist insofern ein glückliches Land.

Wenn man danach fragt, ob es trotz niedriger Barrieren eine Ungleichverteilung Nutzen stiftender Leistungen gibt, dann kann man eine längere Liste von Leistungen – auch in Abhängigkeit vom Sozialstatus - nennen, wobei diese Tatsache unterschiedlich brisant ist und nicht immer „weniger“ auch „schlechter versorgt“ bedeuten muss³. Es gibt auch Argumente, hier nicht von Rationierung zu sprechen sondern von Über-, Unter- oder Fehlversorgung⁴. Ich denke, es gibt

² Nach einem gleichlautenden Impulsreferat beim Grünen Ärztetag in Berlin, 14.05.2011

³ Der soziale Gradient spielt auch in Systemen mit fairen Leistungsversprechungen eine bedeutende Rolle. T. Hart prägte in diesem Zusammenhang den Begriff des „inverse care law“ (The Lancet, 1971, i: 405-12): diejenigen, die medizinische Leistungen am meisten benötigen, erhalten sie am wenigsten. Auf der anderen Seite gibt es eine plausible Argumentation, wonach wohlhabende Menschen einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, unnötig vielen und zum Teil unnötig risikobehafteten Verfahren ausgesetzt zu werden. Zur journalistischen Beleuchtung des Problems s. „Risiko Privatpatient“ in: Capital 19/2007 vom 30. August 2007

⁴ Storz P, Egger B. Die Debatte über Priorisierung und Rationierung in der GKV: überfällig oder überflüssig? Gesundheits- und Sozialpolitik 1/2010, 11-20

einen noch wenig beachteten anderen Erklärungsversuch für die ungleiche Verteilung Nutzen stiftender Leistungen. Danach bewirken die mächtigen Routinen des Krankenversorgungssystems eine unterschiedliche Wertschätzung bei Leistungserbringern wie vermutlich auch Patienten und Patientinnen, und dies kann zu einer problematischer Posteriorisierung wichtiger Leistungen führen. Meines Erachtens trifft dies auf die Palliativmedizin zu (besser palliative Versorgung, weil es ein interdisziplinärer Ansatz ist), die es vor allem sehr schwer hat, sich neben der expandierenden Onkologie und Maximaltherapie anderer Provenienz zu behaupten. Hier wird mit zweierlei Maß gemessen, indem auf der einen Seite nicht genau hingesehen wird, ob neue Behandlungsverfahren tatsächlich einen spürbaren Fortschritt mit sich bringen, während auf der anderen Seite Palliation auf Sterbebegleitung reduziert wird, obwohl sie weitaus größeren Nutzen stiften kann⁵.

Die Rationierungsdebatte ist kompliziert und zum Teil verwirrend. Eine gute Frage könnte lauten: Wo sind die Hebel zum Abbau von ungleichem Zugang zu Nutzen stiftenden Leistungen? Acht Antworten lauten:

1. Das Sozialgesetzbuch V und die darüber wachende Sozialgerichtsbarkeit sind besser als ihr Ruf. Die unbestimmten Rechtsbegriffe wie „ausreichend, zweckmäßig, notwendig, wirtschaftlich“ üben in den Händen der Institutionen der GKV und der Rechtssprechung in sinnvoller Weise steuernde und für Gerechtigkeit sorgende Wirkung aus. Die begonnene Verabschiedung vom Solidaritätsprinzip bedeutet insofern das Betreten einer gefährlichen Rutschbahn.
2. Der Einzug der Prinzipien der evidenzbasierten Medizin und des Health Technology Assessment in die Bewertung des Leistungsgeschehens ist prinzipiell ein historischer Fortschritt mit zivilisierender Funktion. Es muss verhindert werden, dass Politik sich vor dieser Entwicklung erschrickt und sich am Gedanken der „guten alten Zeiten“ der Marktregulierung erwärmt. Die hat es nie gegeben, und man darf sich nur nicht in dem Irrglauben wiegen, wissenschaftliche Bewertungsverfahren liefern für alles und jedes Patentlösungen.
3. Das Ringen um Qualitätsziele in der Versorgung ist eine weitere Zukunftsoption. Der Zusammenhang mit der Verwissenschaftlichung der Debatten liegt auf der Hand, gleichzeitig ist dies aber auch ein Feld der Gesundheitskommunikation, das voller Wagnisse steckt, da die Interes-

⁵ Schmacke N. Palliativmedizin: Ein Fall von Rationierung? Ein anderer Blick auf die Debatte um Priorisierung. In: Diederich, A, Koch, C, Kray, R, Sibbel, R. Priorisierte Medizin. Ausweg oder Sackgasse der Gesundheitsgesellschaft? Gabler Verlag 2011, 59-74. Schmacke N. Nutzen-Schaden-Abwägung in der Palliativmedizin Über den schwierigen Stand der Palliation angesichts der Versprechungen der kurativen Medizin. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 105; 2011,171-175

senlagen bei entsprechenden Debatten nicht immer transparent sind und selten von „gleich langen Spießen“ ausgegangen werden kann. Für die Ärzteschaft ist dies insofern ein schwieriger Gang, als sie nicht mehr automatisch die Definitionsmacht über Ziele und Wege der Versorgung zugesprochen bekommt, ebenso wenig wie dieses Privileg von den medizinischen Fachgesellschaften widerstandslos in Anspruch genommen werden kann⁶. Definition von Qualität im Licht guter Daten und unter Berücksichtigung von Patienten- und Expertenperspektive ist keine leichte Aufgabe.

4. Dies führt in das Feld der klinischen-, epidemiologischen- und Versorgungsforschung. Uns fehlen in vielen Bereichen Forschungsergebnisse und Konsense zu der Frage, was als Standard für die Versorgung zugrunde zu legen ist. Stattdessen herrscht in weiten Bereichen noch das, was scherzhaft als „eminenzbasierte Medizin“ bezeichnet worden ist. Vor zehn Jahren ist noch von führenden Fachleuten bestritten worden, dass man etwa in der Chirurgie oder der Psychotherapie Studien mit kontrolliertem Design durchführen kann. Die Zeiten sind zum Glück vorbei, aber es fehlt an einer nachhaltigen öffentlichen Forschungsförderung zu vitalen Versorgungsfragen. Von der Industrie, die an Expansion interessiert ist, sind derartige Vergleichsstudien nicht zu erwarten. Der Bund hat die Probleme im Prinzip zwar erkannt, kann sich aber im Kampf der Ressorts immer noch nicht entscheiden, ob er sich mehr der Wirtschaftsförderung oder der Qualitätsforschung verpflichtet fühlen soll.
5. Um das System zu stabilisieren und Luft zur Förderung unterversorgter Bereiche zu behalten bedarf es einer neuen Kultur im Umgang mit medizinischen Innovationen. Das betrifft alle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren wie auch Experimente mit neuen Versorgungsmodellen und Leistungsanreizen. Längst nicht alles, was neu ist oder sich auf plausible Annahmen gründet, ist tatsächlich der Regelversorgung auch überlegen. Dies lässt sich am Beispiel der Diabetologie gut zeigen. Die enormen Ausgabensteigerungen durch das Verschreiben immer neuer Zuckertabletten gekoppelt mit der Leitlinienvorgabe, alle Diabetiker und Diabetikerinnen „normnah“ einzustellen hat ebenso wie die Leitlinienvorgabe, den Blutdruck bei diesen Patientinnen und Patienten besonders intensiv zu senken, für große Gruppen älterer Menschen vermutlich

⁶ Blumenthal hat als einer der ersten die Ärzteschaft aufgerufen, auf den Qualitäts- und Ökonomiediskurs im Gesundheitswesen nicht mit Empörung sondern mit Reflexion zu begegnen, um sich nicht in ein gesellschaftliches Abseits zu begeben. Seine Publikation ist unverändert aktuell. Blumenthal D. The Role of Physicians in the Future of Quality Management New England Journal of Medicine, 335, 1996: 1328-1331

deutlich mehr Schaden als Nutzen bewirkt⁷. Die Diabetologen haben der Studienlage inzwischen im Prinzip ihren Tribut gezollt, wenn auch nicht immer mit der für die Praxis wünschenswerten Eindeutigkeit⁸. Ein früher Kritiker der voluntaristisch gesetzten Behandlungsziele, selber Diabetologe, wurde jahrelang massiv attackiert, als er auf diese Gefahren hinwies. Peter T. Sawicki - dem ersten und nicht wiedergewählten Leiter des neu gegründeten Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) – wurde völlig zu Unrecht vorgeworfen, er gehe zu rigide mit Prinzipien der Evidenzbasierten Medizin um. Leider war es nicht nur die Industrie sondern auch eine große Patientenorganisation, die sich für einen unkritischen Umgang mit neuen Medikamenten, Insulinanaloga und eine breiten Verwendung von Blutzuckersticks beim Altersdiabetes eingesetzt hat. Das zeigt, wie weit der Weg zu einer evidenzbasierten Gesundheitsversorgung noch ist. Wirtschaftlichkeit und Qualität passen aber oft besser zusammen als viele Menschen meinen. Leider wird die Angst, evidenzbasierte Medizin (EbM) und Health Technology Assessment (HTA) seien heimliche Rationierungsinstrumente, gezielt von Interessengruppen gefördert.

6. Es ist an der Zeit, systematischer als bisher über einen neuen Professionenmix in der Versorgung nachzudenken und unterschiedliche Modelle zu erproben. Vermutlich braucht es eine Vielfalt unterschiedlicher Modelle. Mit dem Pionierprojekt „Arztentlastende, Gemeinde-nahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention“ (AGNeS) ist es jedenfalls nicht getan. Der Blick ins Ausland zeigt, dass wir enormen Nachholbedarf haben. Das System in Deutschland ist zu arztzentriert; es kann aber auch nicht darum gehen, etwa in der Pflege eine billigere Arbeitskraft zu sehen und sie deshalb unter dem Begriff der „Delegation ärztlicher Leistungen“ ins Spiel zu bringen.
7. Genau so brauchen wir eine ernsthafte Förderung für neue Versorgungsmodelle, die den Namen „integrierte Versorgung“ verdient haben. Das wird in dünn besiedelten ländlichen Regionen anders aussehen als in Ballungszentren. Die Hausärztliche Versorgung (andere Länder sprechen viel zutreffender von primary care, weil nicht nur Ärzte nötig sind), muss massiv gestützt werden, sie muss aber auch Bereitschaft zu inneren Reformen aufbringen. Der sich aufopfernde Einzelkämpfer hat

⁷ Dluhy RG, McMahon GT. Intensive Glycemic Control in the ACCORD and ACVANCE Trials. *New England Journal of Medicine* 358; 2008: 2630-3. Duckworth W et al. Glucose Control and Vascular Complications in Veterans with Type 2 Diabetes. *New England Journal of Medicine* 360; 2009: 1-11.

⁸ Nathan DM et al. Medical management of hyperglycaemia in type 2 diabetes mellitus: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy. *Diabetologia* 52; 2009: 17-30. Mancia G et al, Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *Journal of Hypertension* 2009 18:308-347.

keine Zukunft. Die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sind eine dieser vermutlich Ziel führenden Lösungen. Auch hier liegen bisher aber keine ausreichenden Evaluationen vor. Viele Menschen meinen offenbar, dass solche Lösungen sich im Selbstlauf ergeben. Sinnvoller wäre allemal, in diese Versorgungsforschung zu investieren und den Streit zu schlichten, in welchem Umfang hierfür Steuermittel und Beitragsaufkommen verwendet werden sollen und können⁹.

8. Bessere Informationen über Gesundheit, Krankheit und Versorgung sind schließlich das Gebot der Stunde, ein Megaprojekt, das im englischen Sprachgebrauch unter „Health Literacy“ diskutiert wird¹⁰. Dabei ist es nicht mit Schlagworten wie „Shared Decision Making“ getan. Es geht vielmehr um nichts anderes als eine umfassende gesellschaftliche Bildungsaufgabe, die professionell angegangen werden muss. Es gibt bereits Bausteine wie den Auftrag an das IQWiG, evidenzbasierten Bürgerinformationen zu entwickeln und ins Netz zu stellen, es gibt einige wenige evidenzbasierte Schulungen für chronisch Kranke, und es gibt einige ausgezeichnete Entscheidungshilfen. Das ist aber noch ein Tropfen auf den heißen Stein, und es ist auch immer noch ungewohnt, die denkwürdige Sentenz „Fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker“ zu ersetzen durch echte Entscheidungshilfen, die frei von durchsichtigen Interessen sind und – genau so wichtig – von Betroffenen auch genutzt werden. Das alles lässt sich nicht gegen die Ärzteschaft durchsetzen, sie muss – pathetisch gesagt – ins Boot geholt werden. Wenn sie denn dann auch innerlich akzeptieren könnte, dass es eigentlich erfreulich ist, Wissen zu teilen statt in einem überholten Expertendenken verhaftet zu bleiben.

Es gibt keine Patentlösungen zum Thema Qualität und Wirtschaftlichkeit (und das ist der Kern der Debatten um Priorisierung, Rationierung und Rationalisierung). Die Debatte sollte bei allem Respekt vor politischen, ethischen und ökonomischen Generaldebatten so konkret und empirisch gestützt wie möglich geführt werden. Denn bezogen auf das Ziel einer fairen und evidenzbasierten Versorgung gibt es sehr wohl große Spielräume, vorhandene Ungleichheit bei der Versorgung mit Nutzen stiftenden Leistungen abzubauen. Von einem Schreckensgespenst, wonach die Medizin fortlaufend bedrohliche Knappheitsentscheidungen treffen muss, ist man damit weit entfernt.

⁹ Schmacke N. Verwertungsmöglichkeiten für Ergebnisse in der Versorgungsforschung. Ergebnisoffenheit und Dilemmata in der Versorgungsforschung. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (i.E.)

¹⁰ Dies war 2010 Gegenstand des international besetzten Strüngmann-Forums, publiziert unter Gigerenzer G, Muir Gray JA (Hg.). Better Doctors, Better Patients, Better Decisions. Envisioning Health Care 2020. MIT Press 2011

Working Paper Series FOR 655

1. Hartmut Kliemt: Priority setting in the age of genomics, December 2007 (1)
2. Marlies Ahlert: If not only numbers count – allocation of equal chances, December 2007 (2)
3. Stefan Felder: The variance of length of stay and the optimal DRG outlier payments, December 2007 (3)
4. Jeannette Winkelhage, Adele Diederich, Simone Heil, Petra Lietz, Felix Schmitz-Justen, Margrit Schreier: Qualitative Stakeholder-Interviews: Entwicklung eines Interviewleitfadens zur Erfassung von Prioritäten in der medizinischen Versorgung, December 2007 (4)
5. Antje Köckeritz: A cooperative bargaining model for two groups of patients, January 2008 (1)
6. Marlies Ahlert and Hartmut Kliemt: Necessary and sufficient conditions to make the numbers count, January 2008 (2)
7. Stefan Felder and Andreas Werblow: Do the age profiles of health care expenditure really steepen over time? New evidence from Swiss Cantons, February 2008 (3)
8. Marlies Ahlert, Wolfgang Granigg, Gertrud Greif-Higer, Hartmut Kliemt, Gerd Otto: Prioritätsänderungen in der Allokation postmortaler Spender-Lebern – Grundsätzliche und aktuelle Fragen, February 2008 (4)
9. Marlies Ahlert, Stefan Felder, Bodo Vogt: How economists and physicians trade off efficiency and equity in medically and neutrally framed allocation problems, February 2008 (5)
10. Adele Diederich, Hartmut Kliemt, Public health care priorities at the polls – a note, March 2008 (6)
11. Stefan Felder: To wait or to pay for medical treatment? Restraining ex-post moral hazard in health insurance, April 2008 (7)
12. Margrit Schreier, Felix Schmitz-Justen, Adele Diederich, Petra Lietz, Jeannette Winkelhage und Simone Heil: Sampling in qualitativen Untersuchungen, Juli 2008 (8)

13. Petra Lietz: Questionnaire design in attitude and opinion research: Current state of an art, September 2008 (9)
14. Margrit Schreier, Adele Diederich: Kriterien der Priorisierung: Praxis anderer Länder und erste Ergebnisse einer qualitativen Befragung in Deutschland, Oktober 2008 (10)
15. Jeannette Winkelhage, Susanne Winkel, Margrit Schreier, Simone Heil, Petra Lietz, Adele Diederich: Qualitative Inhaltsanalyse: Entwicklung eines Kategoriensystems zur Analyse von Stakeholderinterviews zu Prioritäten in der medizinischen Versorgung, Oktober 2008 (11)
16. Anhang zu FOR 655 Working Paper Nr. 15 / 2008, Oktober 2008 (11)
17. Marlies Ahlert and Hartmut Kliemt: Towards Understanding the Ethical Implications of Priority Changes: The Example of Kidney Allocation,
18. Adele Diederich, Petra Lietz, Marina Otten, Maike Schnoor, Margrit Schreier, Jessica Schröter, Jeannette Winkelhage, Norman Wirsik: Fragebogen zur Erhebung von Präferenzen in der Bevölkerung bezüglich der Verteilung von Gesundheitsleistungen in der GKV, August 2009 (2)
19. Jeannette Winkelhage, Margrit Schreier, Adele Diederich: Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen von Ärzten und Pflegepersonal, August 2009 (3)
20. Jeannette Winkelhage, Adele Diederich, Margrit Schreier: Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen von gesunden und erkrankten Personen, August 2009 (4)
21. Adele Diederich, Maike Schnoor, Jeannette Winkelhage, Margrit Schreier: Präferenzen in der Bevölkerung hinsichtlich der Allokation medizinischer Leistungen - Entwicklung eines Fragebogens für eine repräsentative Bevölkerungsbefragung, September 2009 (5)
22. Norman Wirsik, Adele Diederich, Margrit Schreier: Conjoint-Analyse: Prätest zu Evaluation von patientenbezogenen Merkmalen und dem Einfluss von Proxies auf die Bildung von Rangfolge. November 2009 (6)
23. Marina Otten, Margrit Schreier, Adele Diederich: Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen von Vertreter/Innen der Krankenkassen. Dezember 2009 (7)

24. Margrit Schreier, Adele Diederich, Maike Schnoor: Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen von Politiker/innen. Juni 2010 (1)
 25. Marlies Ahlert, Katja Funke, Lars Schwettmann: Thresholds, Productivity, and Context: An Experimental Study on Determinants of Distributive Behaviour. Juni 2010 (2)
 26. Simone Heil, Margrit Schreier, Jeannette Winkelhage, Adele Diederich: Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen. Juli 2010 (3).
 27. Adele Diederich, Margrit Schreier: Einstellungen zu Priorisierungen in der medizinischen Versorgung: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung. August 2010 (4)
 28. Margrit Schreier, Adele Diederich, Jeanette Winkelhage, Petra Lietz: How to spend the health care budget? Priority setting in the German health care system. Juni (1)
 29. Norbert Schmacke: Rationierung versus Rationalisierung oder Priorisierung? Juni (2)
-