

# Im Räderwerk impliziter Rationierung

Auswirkungen der Kostendämpfung im deutschen Gesundheitswesen  
(Teil II: Methoden der Rationierung)



Carlo Schultheiss

Carlo Schultheiss  
Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Universität Konstanz

**psycho**neuro 2004; 30 (10): 568–574

*Das Hauptaugenmerk des zweiten Teils der Studie über die De-facto-Rationierung im deutschen Gesundheitswesen gilt der Frage nach den angewandten Methoden impliziter Rationierung. Eine der Rationierungsmethoden, welche die Antworten der befragten Mediziner erkennen lassen, besteht im Verzögern von Behandlungen, z. B. von Operationen, die eine intensivmedizinische Behandlung nach sich ziehen. Eine andere Rationierungsmethode lässt sich als "Patientenabwehr" bezeichnen. Beispielsweise scheint es schwierig zu sein, für Patienten, die einer Rehabilitation bedürfen, einen Platz in einer entsprechenden Einrichtung zu finden. Im (normativen) Schlussteil der Arbeit wird die Praxis der impliziten Rationierung einer kritischen Prüfung unterzogen.*

**D**er in *Psychoneuro* 4/04 erschienene erste Teil dieser Arbeit unterschied zwischen verschiedenen medizinischen Leistungsbereichen, die von einer impliziten Rationierung betroffen sein dürften. In dem vorliegenden zweiten Teil verschiebt sich der Akzent hin zu der Frage, von welchen Methoden der Rationierung wir vermuten können, dass sie im deutschen Gesundheitswesen heute angewandt werden. Die Vorgehensweise der Untersuchung ist dieselbe wie die des ersten Teils. Es werden Interviews ausgewertet, die mit siebzehn Medizinerinnen zwischen 1998 und 2000 im Rahmen des DFG-Projekts „Altersbezogene Rationierung im liberalen Rechtsstaat

– ethische, ökonomische und institutionelle Aspekte“ geführt wurden. In einem abschließenden Abschnitt wird die implizite Rationierung, die gegenwärtig im deutschen Gesundheitswesen stattzufinden scheint, einer kritischen Prüfung unterzogen.

## **Rationierung durch Verschiebung von Operationen**

In diesem Abschnitt wird eine besondere Form der sekundären Rationierung behandelt, nämlich die der zeitlichen Verzögerung operativer Eingriffe. Dabei werden solche Verschiebungen thematisiert, die aus folgenden Ausprägungen primärer Rationierung resultieren: der Begrenzung der Personalkapazität, der Verknappung der medizintechnischen Ausstattung und der Einrichtung von Budgets, die eine nachfragedeckende Versorgung nicht gewährleisten.

## **Wartezeiten bei Operationen**

Zur Verschiebung von Operationen aufgrund fehlenden Personals kann es nach Darstellung eines Interviewpartners insofern kommen, als OP-Schwestern nach Operationen Ruhetage einlegen und der betreffende Operationsaal an solchen Tagen geschlossen werden müsse. Die Notwendigkeit, Operationen aufzuschieben, betonte ein anderer Arzt mit dem Hinweis auf die begrenzte Anzahl von Intensivpflege-Plätzen. Einen anschaulichen Eindruck vom alltäglichen Drama des Aufschubs größerer Eingriffe vermittelt das folgende Zitat:

„Wenn jemand in das Operationsprogramm aufgenommen wird, wird schon vermerkt, ob er anschließend intensivbehandlungsbedürftig ist oder nicht. Und wenn ein solcher Patient im Programm steht und keine Kapazität zur Verfügung steht, weil in der Nacht Notfälle aufgenommen werden mussten, dann wird er aus dem Operationsprogramm gestrichen und gerät auf eine interne Warteliste. Und wenn er einmal gestrichen worden ist, ist er auf dieser Warteliste ganz unten. Denn da sind andere vor ihm, die vielleicht schon zwei, drei oder vier Mal gestrichen werden mussten. Das ist ein internes Problem und hat schlicht und einfach mit der begrenzten Kapazität zu tun.“ [4]

Die in eckige Klammern gesetzten Ziffern bezeichnen die interviewten Personen.

Von der Notwendigkeit, in größerem Ausmaß Operationen aufzuschieben, scheinen nicht nur typische Elektivoperationen betroffen zu sein, wie die von manchen Befragten angeführte chirurgische Behandlung von Leistenbrüchen. Ein Chirurg konstatierte zunächst eine generelle Zunahme von Wartelisten und ergänzte vorsichtig formulierend, dass dies „in den akuten Erkrankungen und den lebensbedrohlichen Erkrankungen bis auf die Transplantationen [...] eigentlich nicht der Fall sein sollte.“ [2] Auf eine insistierende Nachfrage hin meinte er, dass Wartelisten bei Tumor-Erkrankungen ein „sich entwickelndes Problem“ [2] darstellen. Diese Aussage wird wohl kaum anders zu deuten sein, als dass heute schon lebensbedrohlich an Krebs erkrankte Personen in größerer Zahl später operiert werden, als es aus medizinischer Sicht angemessen sei.

Die Wartezeiten pflegen offenbar auch dann, wenn sie nicht Tumor-Operationen betreffen, von den Patienten vielfach als schwer zu ertragende Belastung empfunden zu werden. So betrachtete es ein Interviewpartner als „Rationierung härtesten Ausmaßes“, Patienten, die „ausbehandelt sind“ und für die „der nächste Therapieschritt anstehen würde“, neun bis zwölf Monate auf eine Knieprothese warten lassen zu müssen [9]. Andere berichteten von „riesengroßen“ Wartelisten bei herzthoraxchirurgischen Eingriffen [16] und von „ewig langen“ Wartelisten bei Wirbelsäulenoperationen, die einen großen Leidensdruck bei den Patienten erzeugten, da sie während der Wartezeit nicht in der Lage seien zu gehen [15].

Ein aus Patientensicht sehr ernstes Bild von den Wartelisten in der Herzchirurgie vermittelte ein Gespräch, in dessen Verlauf ein Spezialist feststellte, dass Patienten kapazitätsbedingt sehr lange auf Operationen warten müssten, wobei der eine oder andere Patient, bei dem ein Infarkt drohe, zwischenzeitlich „unter den Tisch“ falle, d.h. sterbe [15]. Pro Tag würden, so meinte dieser Befragte, mindestens zwei „eigentlich dringende“ Operationen

**Tab. 1** Wartezeiten/Wartelisten für Operationen

Genannte Behandlungsbereiche	Befragte
Elektivoperationen allgemein	[6], [11], [13]
alle Elektivoperationen im eigenen Haus	[3]
Operationen mit intensivmedizinischer Nachsorge	[4], [12]
orthopädische Operationen	[7], [10], [15], [16]
Herzchirurgie allgemein	[7], [11], [15], [17]
Tumorerkrankungen (einschließlich „böartige Erkrankungen“)	[2], [4], [14]
herzthoraxchirurgische Eingriffe	[16]
Dilatationen	[11]
Lungenkrebs	[6]
Wirbelsäulenoperationen	[15]
Augenoperationen allgemein	[10]
Staroperationen	[10]
Leiste	[2], [3], [4], [5]
Krampfadern	[3]
Gallenblase	[1], [7], [8]
Schilddrüse	[1], [2]
Knieprothesen	[9]
Arthroskopie des Kniegelenks	[9]
operative Behandlung von Pseudarthrosen	[9]
Hüfte	[1], [8], [9]
Einschränkende Bemerkungen einiger Befragter: keine Erfahrungen mit Wartelisten im eigenen Haus oder der eigenen Abteilung: [10], [11], [16], [17]; „Warteliste“ als falsche Bezeichnung für das Vorgehen im eigenen Haus: [5]; im eigenen Haus keine Wartelisten im „eigentlichen“ Sinne, spielt hier keine große Rolle, Wartezeiten höchstens im „Grenzbereich Dezember-Januar“: [7]; persönliche Erfahrungen mit Wartelisten, aber im Rahmen einer anderen Tätigkeit: [11]	

verschoben. Die unten stehende Tabelle fasst die einzelnen Stellungnahmen zusammen.

#### Auswahl aus der Warteliste

Rechtlich gesehen ist, wie Künschner (8) feststellt, die zeitliche Priorität an sich kein zwingender Grund, Patienten vorrangig zu behandeln; es bestehe hier vielmehr ein „weites Auswahlmessen“. Die Stellungnahmen einzelner Ärzte lassen kaum einen Zweifel daran, dass es sich hierbei um die juristische Rechtfertigung einer schon verankerten klinischen Praxis handelt.

Einige Ärzte verwiesen ausschließlich auf medizinische Gründe, indem sie etwa meinten, dass sie dringliche Fälle nicht warten lassen, andere räumten eindeutig außermedizinische Erwägungen bei der Patientenauswahl ein. So wurde in einem Fall – unter Formulierung moralischer Bedenken – auf den in Geld bewerteten Behandlungsnutzen als Kriterium abgehoben. Relevant sei, ob Patienten im Berufsleben stünden und somit dem

Gesundheitssystem als Beitragszahler zugute kämen, weshalb das Patientenalter eine Rolle spiele [9].

#### Rationierung durch „Patientenabwehr“

Unter dem Ausdruck „Patientenabwehr“ sei der Versuch verstanden, seitens bestimmter medizinischer Einrichtungen Aufenthalte von Patienten zu vermeiden, indem diese a) erst gar nicht aufgenommen, b) vorzeitig entlassen, c) in andere Einrichtungen verlegt oder d) nicht (jedenfalls nicht zu dem von ärztlicher Seite gewünschten Zeitpunkt) von einer anderen Einrichtung übernommen werden. Abbildung 1 fasst die in den Interviews angesprochenen bzw. nahe gelegten Formen einer von Kliniken vorgenommenen „Abgrenzung“ gegenüber Patienten modellhaft zusammen.

Nach Auffassung eines Befragten ist die „Wirtschaftlichkeit“, die einige Häuser für sich reklamierten, Resultat einer Selektion von Patienten, deren Behandlungskosten erwartungsgemäß niedrig seien [1]. Nach dem Bekunden eines anderen

Befragten gehört eine „etwas frühere Entlassung nach Hause“ neben einem „bisschen weniger Infusion hier“, und einer „etwas enger gestellten Indikation dort usw.“ zu der zum Teil noch sehr subtilen Rationierung, die heute bereits stattfindet [4].

Ein Gesprächspartner gab an, dass die Praxis, teure Patienten gleichsam in andere Kliniken zu verschieben, zunimmt, wobei sich offenbar selbst Universitätskliniken mitunter gezwungen sehen, die Behandlung von Patienten vorzeitig zu beenden. Jedenfalls berichtete er vom Schicksal eines Patienten, den er aufgrund seines sehr hohen Bedarfs an Blutkonserven (er habe in seiner Klinik 80 Blutkonserven erhalten) verlegen musste. Der Betroffene sei danach in einer nahe gelegenen Universitätsklinik behandelt worden, wo man ihm allerdings lediglich eine einzige Blutkonserve verabreicht habe, um ihn darauf nach Hause zu schicken [10].

Eine Rückverlegung des besagten Patienten in die Klinik des Befragten fand im Übrigen offenbar nicht statt, denn jener konnte zum Zeitpunkt des Interviews nicht sa-

gen, wo der fragliche Patient sich aufhielt und wie es um seinen Gesundheitszustand stand. Es ist aus der Perspektive des außenstehenden Beobachters gut denkbar, dass man seitens der Universitätsklinik von vornherein damit rechnete, eine Absage des Krankenhauses zu erhalten, von dem er verlegt worden war, denn es wird, wie in einem Interview versichert wurde, immer schwieriger, Patienten in kleinere Häuser zurückzuverlegen [15].

Universitätskrankenhäuser behandeln nach Auskunft eines anderen Befragten Patienten „nur so knapp wie möglich“ und verlegen sie, „wenn es wieder geht“, zurück [5]. Ein anderer berichtete davon, dass seine Überweisung eines operationsbedürftigen Patienten an eine Universitätsklinik von dem zuständigen Chirurgen am Ort mit der Begründung abgeblockt wurde, es stünden ihm in dieser Nacht nicht genug OP-Schwestern zur Verfügung, weil sich diese im Urlaub befänden und lediglich ein Operationsteam tätig sei. Vor zehn Jahren habe man derartige Erfahrungen mit Universitätskliniken nicht gemacht [1].

Dass die aufgrund von Budgetgrenzen erfolgende Verlegung von Patienten zu erheblichen Belastungen des Arzt-Patient-Verhältnisses führen kann, geht aus dem Bericht eines Befragten hervor, der sich veranlasst sah, einem Herzschrittmacher-Patienten offen mitzuteilen, sein Budget sei um 100 000 DM überzogen und die anstehende Behandlung sei deshalb nicht hier, sondern im ambulanten Bereich der Klinik X einer anderen Stadt durchzuführen. Die persönlichen Unannehmlichkeiten, die sich hieraus für ihn ergaben, waren für den Mediziner Grund genug, sich über eine Situation zu beklagen, in welcher eine Übereinkunft der Kollegen in Fragen der Rationierung fehle und der einzelne Arzt bei der Rationierung allein gelassen werde [6].

Viele der hier untersuchten Interviews enthalten Äußerungen, die darauf hinweisen, dass Einrichtungen die Aufnahme von Patienten verweigern oder diese zu verlegen versuchen, weil sie aus ihrer Sicht zu hohe Kosten verursachen oder weil die Kapazitäten einfach nicht ausreichen. Ein Mediziner gab an, dass Patienten in seine Klinik verlegt wer-

**Tab. 2** Wartelisten – zeitliche Priorität als alleiniges Allokationskriterium?

Auswahlgesichtspunkte	Befragte
Dringlichkeit / Verschlechterung des Gesundheitszustands / Gefährdung durch das Warten / Krankheitssymptome	[2], [3], [8], [9], [10], [11]
hoher Leidensdruck des Patienten	[8], [9], [15]
Versicherungsstatus („praktisch keine Wartezeiten für Privatversicherte“)	[14]
Freiwilligkeit	[3], [5]
berufliche Situation der Patienten oder von Angehörigen	[2], [10]
häusliche Versorgungspflichten	[2], [3], [8], [9], [10]
Auswirkungen für den Versicherungsträger	[9]
niedriges Lebensalter als vager Anhaltspunkt	[8]
als Konsequenz des Kriteriums der Erwerbsfähigkeit	[9], [16]*
als gemeinsam mit dem Kriterium „Leidensdruck“ in Anschlag gebrachter Gesichtspunkt (keine vorrangige Behandlung betagter Patienten ohne besonderen Leidensdruck)	[15]
generelle Präferenz für jüngere Patienten	[10]
Präferenz für hohes Lebensalter bei schlechter häuslicher Versorgungssituation	[2]
kein Abweichen vom Prinzip der zeitlichen Priorität im eigenen Haus	[1]
außerhalb der Transplantationsmedizin keine Bekanntschaft mit dem Problem	[4]
der Auswahl aus der Warteliste	
keine Antwort	[6], [7], [12], [13], [17]

\*Der Befragte befürwortete die besondere Berücksichtigung jüngerer, erwerbsfähiger Patienten mit Einschränkung, wobei seine Antwort offenbar hypothetischer Natur war. Sie scheint keine positiven Rückschlüsse auf eigene Entscheidungen zuzulassen, denn er gab an, keinen in diese Richtung weisenden Druck zu verspüren. Allerdings schloss er nicht aus, dass solche Überlegungen in anderen Häusern eine Rolle spielen.

**Tab. 3 Rationierung durch „Patientenabwehr“ – Aufteilung der Antworten**

Strategie	Befragte
Verweigerung der Aufnahme von Patienten	[1], [2], [8]
vorzeitige Rückverlegung, vorzeitige oder möglichst frühzeitige Entlassung	[5], [7], [10], [12], [8], [12]*, [17]**
Verlegung aufgrund fehlender Kapazitäten	[3], [5], [6], [9], [10], [11], [12], [16]
Übernahmeverweigerung oder verzögerte Übernahme	[1], [4], [12]**, [14], [15]
keine Antwort	[13]

\* Man entlässt Patienten „möglichst frühzeitig“ nach Hause.  
 \*\* Ob seine Vorgesetzten Patienten aus Kostengründen früher entlassen, als er es selbst für angebracht hält, ist nach Auffassung des Befragten nicht auszuschließen.  
 \*\*\* Es bestehen in Ballungsräumen generell Schwierigkeiten, Patienten von der eigenen Intensivstation in andere Häuser zu verlegen.

den, die als Notfälle eingeliefert wurden, aber in der Klinik, in der sie sich zuerst aufgehalten hatten, aus Gründen der Finanzierung nur notdürftig behandelt wurden. Eine solche von ihm als „kriminell“ bezeichnete Verlegungspraxis, finde im allgemeinen ab Mitte des Jahres statt [16]. Als ein konkretes Beispiel für die Weigerung, einen Patienten aufzunehmen, der von einem anderen Krankenhaus zur Verlegung vorgesehen ist, wurde in einem der Interviews der Fall eines an HIT (heparin induced thrombocytopenia) leidenden Patienten angeführt, der an eine Herz-Lungen-Maschine angeschlossen werden sollte. Da bei dieser Erkrankung die übliche medikamentöse Behandlung mit Heparin,

einem die Blutgerinnung hemmenden Wirkstoff, wegen der Bildung von Antikörpern zum Tod führen kann, habe man beschlossen, den Patienten in eine für solche Fälle kompetentere Klinik zu verlegen. Von dort habe man jedoch die abschlägige Auskunft erhalten, dass man Patienten mit diesem Krankheitsbild nicht mehr operieren wolle, weil sie zu teuer seien [15].

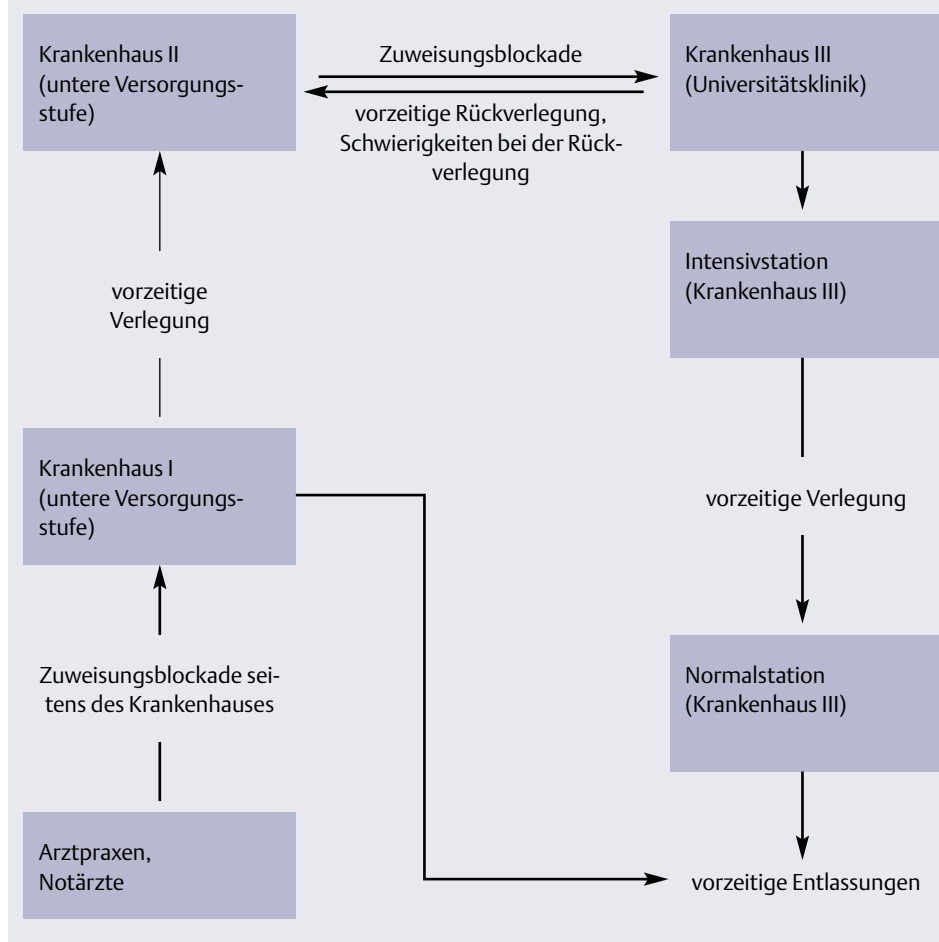
Angesprochen wurde von einzelnen Befragten ferner zwei Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit der Rehabilitationsmedizin auftreten: zum einen der Druck, Patienten früher und häufiger in Rehabilitationseinrichtungen zu verlegen, und zum anderen das Problem, Personen nicht rechtzeitig in einer sol-

chen Einrichtung unterbringen zu können. So sprach einer der Interviewten von „überstürzten Entlassungen aus Akutkrankenhäusern“, von „recht kranken“ Personen, die in die „Reha“ kommen, wobei sich das, was jetzt noch Einzelfälle seien, zu einem „großen Problem“ auswachsen könne [7]. Dass es schwierig sei, Plätze für rehabilitationsbedürftige Patienten zu finden, wurde in einem Gespräch sowohl am Beispiel von Wartezeiten bei Schädel-Hirnverletzungen als auch am Beispiel von Querschnittslähmungen ausgeführt. Bei letzteren versuche man generell, eine frühe Rehabilitation durchzuführen, was aber durch offensichtliche Kapazitätsprobleme in den entsprechenden Einrichtungen behin-

**Tab. 4 Bezugsbereich der Antworten**

Strategie	Bezugsbereich	Befragte
Aufnahmeverweigerung	eigenes Haus	[8]
	andere Häuser	[1]
	unbestimmt	[2]
vorzeitige Rückverlegung oder Entlassung	eigenes Haus (evtl.)	[17]
	andere Häuser (Universitätskliniken)	[5], [10], [11]
	unbestimmt	[4],
vorzeitige Verlegungen	eigenes Haus	[6], [10]
	andere Häuser (Universitätskliniken)	[5]
	Akutkliniken→Reha-Kliniken	[7], [8]*
	andere Häuser	[9], [16]
	unbestimmt	[3], [12]
Übernahmeverweigerung (einschließlich verzögerte Übernahmen)	eigenes Haus	[14]
	andere Häuser (Universitätskliniken)	[1]
	kleinere Häuser	[15]
	Reha-Kliniken	[4], [12], [15]
	Ballungsgebiete (Intensivstationen)	[12]

\* Der Befragte bestätigte lediglich einen Druck, Patienten früher in eine Reha-Einrichtung zu verlegen, denn er beklagte, dass die Krankenkassen bei zu später Verlegung in eine Reha-Klinik rigoros reagieren. Es gebe beispielsweise bei Schlaganfallpatienten eine Frist von vierzehn Tagen, innerhalb derer eine Verlegung stattzufinden habe. Wenn nun Komplikationen aufträten und die Frist überschritten würde, müsse das Krankenhaus die Kosten übernehmen.

**Abb. 1 Methoden der Rationierung qua „Patientenabwehr“**

dert würde. Er beobachte jedenfalls, dass „Patienten immer noch Tag für Tag bei uns sind, die eigentlich hätten verlegt werden sollen“ [4]. Mit diesem Bild harmoniert die Einschätzung eines Befragten, der lange Wartezeiten bei der Frührehabilitation im Bereich der Herzchirurgie konstatierte, unter der „teure Patienten“ zu leiden hätten, die „vielleicht noch bis vor kurzem beatmet waren oder Ähnliches, die also noch nicht sich selber versorgen können“. Dort gebe es „lange Wartezeit und auch nicht so viele Kliniken, die diese Frührehabilitation machen.“ [15]

Bei knapp der Hälfte der Befragten fanden sich eindeutig keine Äußerungen, die erkennen lassen, dass ihrer Ansicht nach im Zusammenhang mit der Rehabilitation für Patienten Nachteile entstehen. Ein Interviewpartner begrüßte sogar den von ihm konstatierten Umstand,

dass es in der Kardiologie kaum noch zu Rehabilitationsverfahren komme [11].

Tabelle 4 zeigt auf, ob sich die Antworten auf das eigene Haus oder andere Einrichtungen beziehen und von welchen Einrichtungen behauptet wird, dass sie einzelne Methoden der „Patientenabwehr“ praktizieren. Dabei fällt auf, dass sich mit einer Ausnahme alle Befragte positiv äußerten, aber nur fünf ausdrücklich meinten, die eigene Klinik bediene sich einer der genannten Strategien.

Einzelne Antworten zum Stand der rehabilitationsmedizinischen Versorgung lassen vermuten, dass die Funktionsweise der impliziten Rationierung nur unvollständig erfasst bleibt, solange sich der Blick auf die Arzt-Patienten-Beziehung richtet, ohne die diskretionäre Entscheidungsgewalt von Krankenkassen-Mitarbeitern zu berücksichti-

gen. Offenbar ist es nämlich durchsetzungsfähigen Patienten oder Angehörigen möglich, durch persönliche Intervention bei den Kassen Sonderregelungen zu bewirken oder zumindest auf Ärzte, die einer gewünschten Rehabilitation nicht zustimmen, auf diese Weise Druck auszuüben [2]. Ein Arzt berichtete einerseits davon, dass die Kassen bisweilen finanzielle Mittel abziehen, wenn ihrer Ansicht nach ein Patient zu spät einer Rehabilitationsbehandlung zugeführt wird. Andererseits beobachtete er, dass es Patienten durch persönlichen Einsatz gelingt, doch noch die Finanzierung einer von ärztlicher Seite nicht vorgesehenen Behandlung durchzusetzen, wobei die Nachgiebigkeit der Kassen auf die Furcht zurückzuführen sei, Versicherte an die Konkurrenz zu verlieren [8]. Ein anderer führte das Beispiel eines mittelständischen Unternehmers an, der bei seiner Kasse mit dem Argument reüssierte, dass er im Falle einer Nichtbezahlung seine zwanzig Mitarbeiter entlasse, die dann auch der Kasse verloren gingen. „Wer aktiver ist“, so der lakonische Kommentar des Befragten, „der kriegt in der Regel mehr.“ [9]

## Zusammenfassung

Die Interviews tragen als ein „Mosaikstein“ neben anderen zu einem Bild der medizinischen Versorgung in Deutschland bei, das in deutlichem Kontrast zu dem Eindruck steht, den viele gesundheitspolitische Diskussionsbeiträge erzeugen. Obwohl sich manche der befragten Ärzte gegen eine Dramatisierung der derzeitigen medizinischen Versorgungssituation wandten, wurden in den Interviews zahlreiche Rationierungsphänomene benannt. Darunter fanden sich Beispiele für einen großen Teil jener Rationierungsmethoden, die als die „fünf Ds“ bezeichnet werden, weil sie mit Hilfe von Wörtern klassifiziert werden, die im Englischen mit „d“ beginnen (v7, 13), namentlich „Umlenkung“ („deflection“), „Verweigerung“ („denial“), „Verzögerung“ („delay“) und „Ausdünnung“ („dilution“), wie im Falle der vielfach beklagten Unterbesetzung des Pflegedienstes.

Darüber hinaus ist zu bedenken, dass in der vorliegenden Auswertung aus Platzgründen auf einen ganzen Bereich an möglichen „sonstigen“ Rationierungsfeldern (Untersuchungen mit Großgeräten, Physiotherapie u.a.) verzichtet wurde. Ein Interviewpartner sprach von „Tricks“, die heute angewandt werden müssten, um Patienten die „notwendige“ Versorgung zu sichern. Mehrfach habe er erlebt, dass sich der Hausarzt aufgrund der Budgetierung geweigert habe, Tumorpatienten die von ihnen benötigte parenterale Ernährung zu verschreiben [8]. Um ihre Versorgung zu sichern, habe man sich letztlich darauf geeinigt, die Finanzierung über sein eigenes Budget erfolgen zu lassen. Manche Autoren würden diese Praxis als ein Lehrbeispiel für „rationing by deflection“ betrachten – immerhin ist fraglich, ob die Patienten die Versorgung bei dem üblichen Verrechnungsmodus erhalten hätten.

Die in den Interviews bezeugte Zuteilungspraxis erweist sich, was die Allokationskriterien anbelangt, als durchaus heterogen: Ein Kriterium, auf das häufig abgehoben wurde, ist das der Dringlichkeit. Andererseits lassen die Aussagen einiger Ärzte deutlich ein stark an Maßstäben einer utilitaristischen Ethik erinnerndes Vorgehen erkennen, wonach etwa die durch eine Behandlung voraussichtlich zu gewinnende Lebenszeit und Lebensqualität oder auch der in Geld bewertete Nutzen für die Gesellschaft ein entscheidendes Auswahlkriterium darstellt. Mit der „Prognose“ oder dem „biologischen Alter“ wurden in den Interviews Richtlinien genannt, die in ihrer Grundintention auf kaum etwas anderes abstellen als der auf die Maximierung von Lebenslänge und Lebensqualität abstellende Ansatz der „QALYs“ (vgl. Teil 1). Ein weiteres angeführtes Kriterium ist das der zeitlichen Priorität. Jedoch halten es etliche der befragten Ärzte für gerechtfertigt, das einer strengen Handhabung von Wartezeiten bzw. Wartelisten zugrundeliegende Prinzip des „first-come, first-served“ zugunsten anderer Auswahlgesichtspunkte zurücktreten zu lassen, wie dem der Dringlichkeit oder der Ver-

antwortung der Betroffenen in ihrem häuslichen Bereich.

Es finden sich in der Rationierungsliteratur etliche Hinweise darauf, dass in Gesundheitssystemen anderer westlicher Industrienationen nach dem Patientenalter rationiert wird bzw. wurde (für die Vereinigten Staaten vgl. 6, für Großbritannien vgl. 11, 12 und 13, für die Schweiz siehe 2). Auch in Deutschland scheinen ältere Patienten mit einer schlechteren Versorgungssituation konfrontiert zu sein. Einerseits ergibt sich dies indirekt aus dem Prinzip der „Prognose“; zum anderen kommen, wie aus einzelnen Gesprächen deutlich wurde, in der Transplantationschirurgie Altersgrenzen zum Zuge. Ferner gerät nach dem Bekunden mancher Befragter die Ausdünnung des Pflegedienstes zum Nachteil älterer Patienten. Es ist aber auch festzuhalten, dass für einige Interviewte gerade das niedrige Lebensalter von Patienten einen guten medizinischen Grund darstellt, sie bevorzugt von der Intensivstation zu verlegen, wenn für einen Notfall ein Platz geräumt werden muss. Sehr selten wurde auf den sozialen Wert in Form der Stellung von Patienten im öffentlichen Leben oder auf die Therapietreue als Allokationskriterien abgehoben.

### **Diskussion: Zur Ethik impliziter Rationierung**

Während es an dieser Stelle nicht möglich ist, ausführlich auf die in der Literatur ausgetragene Debatte über implizite und explizite Rationierung einzugehen (1, 4 und 5), ist es doch erwähnenswert, dass die Interviews zahlreiche Schwierigkeiten erkennen lassen, die die Entscheidung für ein Regime der impliziten Rationierung mit sich bringen kann.

Diese Form der Rationierung wirft offenkundig Gerechtigkeitsprobleme auf. Zum einen ist die Gefahr groß, dass aufgrund differierender Zuteilungsmaßstäbe gleiche Fälle ungleich behandelt werden. Zum anderen begünstigt sie – hierfür finden sich in den Interviews einige Beispiele, wie die vereinzelte Bevorzugung von Patienten aufgrund des

Einflusses Angehöriger – Zuteilungen, die für sich genommen moralisch problematisch erscheinen. Dem entspricht D. Callahans (3) Kritik an einer Rationierung, die durch Ärzte gleichsam am Krankenbett erfolgt: „The individual decisions are not likely to be uniform, and if they are made in private, a situation of great injustice could result.“

Die Interviews dokumentieren eine auf unterschiedliche Weise stattfindende Priorisierung jüngerer Patienten, ohne dass dem Einzelnen Planungssicherheit gewährt würde, indem er sich durch die Festlegung eines klaren und nicht-manipulierbaren Kriteriums in die Lage versetzt sähe, schon in frühen Jahren finanzielle Vorsorge zu treffen. Das Lebensalter wird als Ausschlusskriterium nur unter der Voraussetzung einer expliziten Rationierung zu rechtfertigen sein, die Märkte für zusätzliche Leistungen erlaubt, auf die der Einzelne im Rahmen eines kollektiv finanzierten Gesundheitssystems keinen Anspruch hat (1), wo für eine explizite altersbezogene Rationierung argumentiert wird, die solche Märkte erlaubt).

Als fragwürdig erweist sich eine Politik der impliziten Rationierung auch in Anbetracht der Belastungen, denen Ärzte ausgesetzt sein können, die Rationierungsentscheidungen gegenüber Patienten oder ihren Angehörigen vertreten müssen. Es finden sich in den Interviews Aussagen, die eindeutig auf eine Belastung des Arzt-Patienten-Verhältnisses hinweisen.

Bei dem von einzelnen Interviewpartnern verwendeten Ausdruck „medizinisch notwendig“ stellt sich stets die Frage: „Notwendig wozu?“, und indem verschiedene Antworten möglich sind, erweist sich der Begriff der medizinischen Notwendigkeit als flexibel genug, um notfalls nur Grenzfälle einer Beschränkung der medizinischen Versorgung – wie z. B. eine Unterschreitung des akut Lebensnotwendigen – unter den Begriff „Rationierung“ zu subsumieren. Wie hilfreich ist aber eine derartige semantische Einnengung? Betrachtet man die Situation aus philosophisch-ideologiekritischer Perspektive, sollte man jeden-

falls grundsätzlich die Gefahr einer Irreführung des Denkens durch unsere Sprache in Rechnung stellen, die in diesem Fall in der Trübung des ärztlichen Blicks für nicht akut lebensbedrohliche Einschränkungen des Leistungsangebots besteht. Eben diese Konsequenz dürften jedoch all diejenigen bedauerlich finden, die eine offene Rationierungsdebatte als dringendes Desiderat erachten (10). Schließlich sind es ja nicht zuletzt Vertreter der medizinischen Profession, die als Teilnehmer einer solchen Debatte in Frage kommen.

Eine ebenfalls ernst zu nehmende Quelle irrationalen Denkens in der Medizin ist in der Kombination von impliziter Rationierung und der breiten Akzeptanz passiver Sterbehilfe zu erblicken. Bei den Interviews kam es jedenfalls vor, dass knappheitsbedingter Behandlungsverzicht und die dem Wohl des betroffenen Patienten geltende Unterlassung gewisser Behandlungsschritte in eine so enge Beziehung gesetzt wurden, dass sich die Frage stellt, ob nicht Entscheidungen, die sich in Wahrheit einem Rationierungsdruck verdanken, von behandelnden Ärzten – aus Gründen der Reduktion kognitiver Dissonanz – des Öfteren als humanitäre Akte im genannten Sinne empfunden werden. So bedeutet das infolge der „Deckelung“ entstehende Kostenproblem für einen Befragten, dass er sich „sehr genau anschau und durchaus auch solche Überlegungen habe, ob man einem Patienten nun eine besonders kostenintensive, riskante Operation zumutet.“ [2]

Die Tatsache, dass nach medizinischen Grundsätzen alloziert wird, bedeutet mitnichten, dass einer solchen Zuteilungsgewohnheit nicht moralische Prinzipien zu Grunde liegen (vgl. Schmidt (9), der auch auf die Verdrängung solcher Prinzipien hinweist). Es besteht die Gefahr, dass die außermedizinische Grundlage medizinischer Maßstäbe keiner angemessenen Überprüfung unterzogen wird, etwa weil man sich als Arzt nicht als kompetent betrachtet, den Bereich medizinischer Urteilsbildung zu überschreiten.

Ferner ist die Gefahr nicht von der Hand zu weisen, dass das Ver-

trauen auf wissenschaftliche Evidenz das Bewusstsein für eigene Rationierungsakte überlagert, denn das „Fehlen von Wirksamkeitsnachweisen ist [...] nicht gleichbedeutend mit dem Nachweis der Wirkungslosigkeit“ (13).

Gerade in Erwartung einer Entwicklung, in deren Verlauf sich der Rationierungsdruck eher verschärft als verringert, wird eine Politik, der daran gelegen ist, dass sich innerhalb der medizinischen Profession nicht in großem Umfang Illusionen im Hinblick auf die eigene Behandlungspraxis herausbilden, kaum umhin können, eine Ablösung der impliziten Rationierung durch eine explizite (in Form transparenter Regeln erfolgenden) Rationierung ernsthaft in Erwägung zu ziehen. Dass eine derartige Veränderung des Gesundheitswesens ein Schritt wäre, der bioethischem Denken entgegenkäme, das sich philosophischen Vorstellungen der Aufklärung verbunden weiß, braucht dabei kaum betont zu werden.

#### In the machinery of implicit rationing

*The second part of the study about de facto-rationing in the German Public Health Service mainly concentrates on the methods applied within implicit rationing. One of the methods of rationing that are suggested by the interviewed physicians consists of the delay of medical treatments, e.g. of operations which are followed by intensive care. Another way of implicit rationing can be called "rejection of patients". For example, physicians seem to be confronted with the difficulty not to find places for patients who need rehabilitation. In the concluding (normative) section of this paper the practice of implicit rationing is scrutinized.*

#### Literatur

1. Breyer F, Schultheiss C. „Alter“ als Kriterium bei der Rationierung von Gesundheitsleistungen – eine ethisch-ökonomische Analyse. In: Gutmann T, Schmidt VH (Hrsg.). Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen. Weilerswist, Velbrück Wissenschaft 2002, 121–153
2. Brunner HM. Formen der Rationierung medizinischer Leistungen. Schweizer Ärztezeitung 1998; 78 (9): 292–299

3. Callahan D. Aging and the Allocation of Resources. In: Oberender P (Hrsg.). Alter und Gesundheit. Baden-Baden, Nomos, 1996, 83–92
4. Hall MA. The Problems With Rule-Based Rationing. The Journal of Medicine and Philosophy 1997; 19: 315–332
5. Hunter DJ. The Practice of Rationing Health Care in the United Kingdom, in: Breyer F et al. (Hrsg.). Rationing in Medicine: Ethical, Legal and Practical Aspects. Berlin, Springer, 2002: 39–52
6. Kapp MB. De Facto Health-Care Rationing By Age – The Law Has No Remedy. The Journal of Legal Medicine 1998; 19: 323–349
7. Klein R et al. Managing Scarcity. Priority Setting and Rationing in the National Health Service, Buckingham, Open University Press, 1996
8. Künschner A. Wirtschaftlicher Behandlungsverzicht und Patientenauswahl als Rechtsproblem. Z ärztl Fortb 1993; 87: 559–566
9. Schmidt VH. Veralltäglichen der Triage. Zeitschrift für Soziologie 1996; 25 (Heft 6): 419–437
10. Schultheiss C. Überlegungen zur Notwendigkeit einer offenen Rationierungsdebatte. Ethik in der Medizin 2001; 13 (1/2): 2–16
11. Shaw AB. In Defence of Ageism. Journal of medical ethics 1994; 20: 188–191
12. Shaw AB. Age as a Basis for Healthcare Rationing – Support for Agist Policies. Drugs & Aging 1996; 9 (6): 403–405
13. Smith R. Plädoyer für eine offene Rationierungsdebatte. Deutsches Ärzteblatt 1998; 95: A2453–A2458

#### Korrespondenzadresse

Dr. Carlo Schultheiss  
Universität Konstanz  
78457 Konstanz  
carlo.schultheiss@uni-konstanz.de

Der Autor dankt der DFG für ihre Förderung (Aktenzeichen BR740/13-1) sowie Friedrich Breyer (Universität Konstanz) für wertvolle Kritik einer Vorgängerversion der Arbeit. Gedankt sei außerdem den studentischen Hilfskräften Dorothee Crayen und Martin Heineck für ihre Unterstützung bei der Auswertung der Interviews.