



Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – was ist gemeint?

Für die Diskussion über den Umgang mit der Mittelknappheit im Gesundheitswesen bedarf es zunächst der Definition und Einordnung der Begriffe.

Christoph Fuchs, Eckhard Nagel, Heiner Raspe

Ein Gesundheitswesen, das sich am Solidargedanken und am Subsidiaritätsprinzip orientiert, ist von der Hoffnung getragen, dass die Errungenschaften der modernen Medizin allen Kranken in gleicher Weise und in ausreichendem Maß zur Verfügung gestellt werden können. Diese Hoffnung erscheint heute oftmals trügerisch. Schlagworte wie „begrenzte Ressourcen“, „Rationalisierung“, „Priorisierung“ oder „Rationierung“ kennzeichnen den aktuellen Diskurs.

Medizinischer Fortschritt

Medizinisch-technische Innovationen haben zusammen mit der Verbesserung des gesamten Lebensumfelds zu einer bemerkenswerten Erhöhung der Lebenserwartung geführt. Dies hat unter dem Gesichtspunkt eines dadurch ausgelösten Ressourcenverbrauchs nachhaltige Implikationen für die Finanzierung des Gesundheitswesens. Einnahmeverluste durch die Abnahme sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse, Übernahme von

versicherungsfremden Leistungen durch die Kostenträger und andere Veränderungen haben zusammen mit einem erhöhten Bedarf an Gesundheitsleistungen zu einem chronischen Finanzierungsdefizit im deutschen Gesundheitswesen geführt. Diesem versuchte man vornehmlich durch die Rationalisierung von Abläufen und durch Effizienzsteigerungen innerhalb des Systems zu begegnen. Bereits heute zeichnet sich ab, dass nicht mehr alle Leistungen für alle gesetzlich Krankenversicherten finanziert werden können.

Dies würde eine Abkehr vom konstitutiven Element der Solidarität bedeuten, und insofern ist das intensive Bestreben verständlich, dieses Szenario so weit wie möglich in die Zukunft zu verschieben. Dennoch haben schon heute viele den Eindruck, es würden Verteilungsentscheidungen im Gesundheitssystem getroffen, die nicht ausschließlich dem Primat der medizinischen Notwendigkeit folgen. Deshalb ist es dringend notwendig, eine differenzierte Debatte über Begriffe wie Rationalisierung, Priorisierung und Rationierung auf wissenschaftlicher Ebene und in der Öffentlichkeit zu führen.

Rationalisierung

Rationalisierung wird in der Regel als Erstes genannt, wenn es um den Umgang mit begrenzten Ressourcen geht. Rationalisierungsmaßnahmen sollen Effizienz- und Produktivitätssteigerungen im Rahmen einer Leistungserstellung ermöglichen. Dies kann etwa dadurch geschehen, dass Prozesse und Abläufe identifiziert und nicht mehr durchgeführt werden, die unwirksam, weniger wirksam als alternative Maßnahmen mit

den gleichen Kosten oder nicht wirksamer als kostengünstigere Mittel sind. Somit können mithilfe der Rationalisierung Einsparungen vorgenommen werden, ohne dass den Patienten Notwendiges oder Nützlichliches vorenthalten werden muss (1, 2, 3). Dieses Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven bezieht sich mit Blick auf das Gesundheitswesen einerseits auf organisatorische und verwaltungstechnische Abläufe, andererseits aber auch auf therapeutische und diagnostische Verfahren, die auf der Basis objektivierbarer Kriterien auf potenziell vorhandene Redundanzen oder Ineffizienzen geprüft werden (4). Rationalisierungsmaßnahmen sind also durch die Vernunft begründete sinnvolle Handlungen, die darauf abzielen, bei gleichbleibendem finanziellem Aufwand das Versorgungsniveau zu erhöhen oder bei geringerem finanziellem Aufwand das Versorgungsniveau zu halten (5).

Rationierung

Die Begrenztheit von Ressourcen ist allen Lebensbereichen immanent. Daher gehört der Umgang mit diesen Grenzen zu den Herausforderungen des Alltags. In der Medizin kann aus Grenzen schnell ein Mangel werden, der existenziell gefährdend ist. Deshalb wird innerhalb des Gesundheitswesens permanent versucht, der Begrenztheit von Ressourcen so gut wie möglich vorzubeugen. Es ist offensichtlich, dass dies bei Formen des absoluten Mangels, zum Beispiel bei nicht ausreichend zur Verfügung stehenden Spenderorganen, nicht gelingt. Ebenso wenig sind zu jedem Zeitpunkt ausreichend Behandlungskapazitäten, zum Beispiel in der Intensivmedizin oder im Operations-

NEUE SERIE

Dieser Beitrag leitet eine Artikelserie im DÄ zum Thema „Priorisierung im Gesundheitswesen“ ein. Diese befasst sich mit der Terminologie, den Erfahrungen im Ausland, ethischen und juristischen Fragestellungen sowie der Beteiligung der Öffentlichkeit. Ausgangspunkt war der DÄ-Wortwechsel „Priorisierung? Na endlich!“ (DÄ, Heft 48/2008) im November 2008. Zusätzlich wird ein Diskussionsforum auf www.aerzteblatt.de/foren eingerichtet.

Prof. Dr. med. Christoph Fuchs,
Bundesärztekammer
Prof. Dr. med. Dr. phil. Eckhard Nagel,
Institut für Medizin-
management und Gesund-
heitswissenschaften,
Universität Bayreuth, und
Transplantationszentrum,
Klinikum Augsburg
Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiner Raspe,
Institut für Sozialmedizin,
Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein



saal, vorhanden. Die Vorenthaltung medizinisch notwendiger Leistungen wird als Rationierung definiert. In der Rationierungsdebatte werden verschiedene Begrifflichkeiten oder Formen der Rationierung verwendet (*Tabelle*). Der Begriff der Rationierung wird – über den Aspekt des Vorenthaltens hinaus – auch auf die Perspektive des Aus- oder Zuteilens bezogen.

Priorisierung

Unterstellt man, dass trotz des Ausschöpfens aller Rationalisierungspotenziale in Zukunft der erwiesenermaßen nützliche medizinische Fortschritt nicht allen Patienten zur Verfügung gestellt werden kann, so stellt sich unweigerlich die Frage, nach welchen Kriterien die Zuteilung von Gesundheitsleistungen in diesem Fall geregelt und umgesetzt werden kann. Im Prinzip bedeutet diese Annahme, dass ärztliches Handeln in Diagnostik und Therapie im Rahmen der zur Verfügung stehenden Leistungsmöglichkeiten eine Auswahl trifft, welche Therapiemöglichkeiten für welche Patienten in Zukunft zur Verfügung stehen und worauf unter Umständen verzichtet werden muss. Es ist offensichtlich, dass in einer solchen Situation ein immenses Informationsbedürfnis in der Bevölke-

rung entsteht und nicht nur unter Gerechtigkeitskriterien völlige Transparenz nötig ist, um Entscheidungen nachvollziehbar zu machen. Hier gibt es zurzeit einen eklatanten Widerspruch zwischen dieser Forderung und der Realität. Dieser ist zum einen dadurch begründet, dass unter politischen Gesichtspunkten das Eingeständnis eines Mangels extrem schwierig erscheint. Zum anderen fehlt aber bis heute ein Konsens über geeignete Kriterien, die es erlauben, nachvollziehbare Entscheidungen zur Rangreihenbildung medizinischer Behandlungsoptionen zu erstellen und damit zwischen verschiedenen Bedürfnigkeiten zu gewichten.

Generell versteht man unter Priorisierung „die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen“ (6). Dabei entsteht eine mehrstufige Rangreihe, in der nicht nur Methoden, sondern auch Krankheitsfälle, Kranken- und Krankheitsgruppen, Versorgungsziele und vor allem Indikationen (das heißt Verknüpfungen bestimmter gesundheitlicher Probleme mit zu ihrer Lösung geeigneten Leistungen) in einer Rangfolge angeordnet werden können.

In der Literatur findet man häufig den Vorschlag, dass an oberster Stelle dieser Rangreihe medizinische Verfahren stehen, die aus gesell-

schaftlicher, vor allem aber auch wissenschaftlicher Perspektive als unverzichtbar und hilfreich eingestuft werden. Theoretisch sollen sich am Ende dieser Rangreihe solche Verfahren wiederfinden, die keine nachweisbare Wirkung haben. Die Rangreihenerstellung kann innerhalb eines definierten Versorgungsbereichs, etwa im Hinblick auf die Versorgung von Herzerkrankungen, erfolgen. Diese Form wird als vertikale Priorisierung bezeichnet. Werden verschiedene Krankheitsgruppen oder Versorgungsziele in einen Kontext gestellt, so spricht man von horizontaler Priorisierung (1).

Erstellung von Ranglisten

Da durch die Erstellung solcher Ranglisten Situationen entstehen, in denen als unwichtig eingeschätzte Verfahren nicht mehr zur Anwendung kommen, wird der Begriff der Priorisierung immer wieder mit dem Begriff der Rationierung gleichgesetzt. Eine solche Gleichsetzung ist aber falsch und irreführend. Soweit die Kriterien der Rangbildung transparent und nachvollziehbar sind, werden am Ende nur weitgehend unwirksame Leistungen aus Ressourcen Gründen zurückgestellt. Priorisierungsverfahren dienen demnach in einem ersten Schritt dazu, einen Ordnungsrahmen im Hinblick auf hohe

und niedrige Prioritäten in der medizinischen Versorgung zu identifizieren. Priorisierung kann, muss aber nicht zu Rationierung führen; dies ist stets abhängig davon, welche Ressourcen zur Verfügung stehen (1, 7).

Internationaler Kontext

Hinsichtlich der Ausgestaltung von Priorisierung wird die Diskussion um inhaltliche, materiale Priorisierungskriterien kontrovers geführt. Die „Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer“ nennt als inhaltliche Priorisierungskriterien die medizinische Bedürftigkeit (den Schweregrad und die Gefährlichkeit der Erkrankung, Dringlichkeit des Eingreifens), den erwarteten medizinischen Nutzen und die Kosteneffektivität (1). Das Konzept der Kosteneffektivität basiert darauf, bei einem Vergleich alternativer Verfahren diejenige Maßnahme auszuwählen, bei der das beste Verhältnis zwischen den Kosten und der medizinischen Effektivität erzielt werden kann. Bei gleichem medizinischem Nutzen zweier Maßnahmen würde man diejenige auswählen, die kostengünstiger ist. Länder, die in der Priorisierungsdiskussion und praktischen Anwendung dem deutschen Gesundheitssystem voraus sind, haben unterschiedliche Konkretisierungen entwickelt (8):

• **Finland:** „Gleicher Behandlungsbedarf erfordert gleiche Ver-

sorgung.“ Als Kriterien für eine Priorisierung werden genannt: Bedarf, Dokumentation der Effektivität von Untersuchungs- und Behandlungsformen (eine Behandlung soll nicht begonnen werden, wenn dadurch keine Verbesserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann) sowie Kosteneffektivität. Als Priorisierungskriterien werden nicht akzeptiert: Alter an sich, Lebensstil, ökonomische Leistungsfähigkeit.

• **Dänemark:** Relevantes Priorisierungskriterium ist der Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen. Eine inhaltliche Präzisierung dieser Perspektive erfolgt anhand der Kriterien Schwere der Erkrankung, zeitliche Notwendigkeit von Behandlung und möglicher Zugewinn an Gesundheit durch eine Behandlung. Als Teilziele einer Priorisierung unterhalb dieser Ebene werden genannt: soziale und geografische Gleichheit, Qualität, Kosteneffektivität sowie Demokratie und Verbrauchereinfluss.

• **Schweden:** Der Reichstag verabschiedete eine Priorisierungsordnung mit vier Priorisierungsgruppen:

- ① Versorgung lebensbedrohlicher akuter Krankheiten, Versorgung solcher Krankheiten, die ohne Behandlung zu dauerhafter Invalidität oder zu vorzeitigem Tod führen, Versorgung schwerer chronischer Krankheiten, palliative Versorgung und Versorgung in der Endphase des Lebens, Versorgung von

Menschen mit herabgesetzter Autonomie

- ② Prävention, Rehabilitation
- ③ Versorgung weniger schwerer akuter und chronischer Erkrankungen
- ④ Versorgung aus anderen Gründen als Krankheit oder Schaden.

Ordnungspolitischer Kontext

Der Umgang mit der Mittelknappheit wird eine der wichtigsten Herausforderungen für unser Gesundheitswesen. Daher erscheint es notwendig, die hier vorgestellten Begriffe auch in ihrer ordnungspolitischen Bedeutung einzuordnen.

Maßnahmen der Rationalisierung im Gesundheitswesen sind uneingeschränkt zu bejahen, wenn es darum geht, Prozesse und Abläufe zu optimieren, die noch vorhandenen Mittel effizient einzusetzen und eventueller Verschwendung entgegenzuwirken. Rationalisierung ist als ein auf Dauer angelegter Prozess zu verstehen. Auch Investitionen können der Rationalisierung dienen. Rationalisierung bedeutet nicht automatisch, dass Mittel eingespart werden. Die Beendigung des Stellenabbaus und des Investitionsstaus bei den Krankenhäusern können durchaus Rationalisierungsmaßnahmen sein. Rationalisierung stößt an ihre Grenzen, wenn sie in Priorisierung oder sogar Rationierung übergeht. Rationalisierung allein wird nicht in der Lage sein, den Kostendruck auszugleichen, der durch den demografischen Wandel und den medizinischen Fortschritt ausgelöst wird.

Die Ausführungen zur Priorisierung machen deutlich, dass das Verständnis dieses Begriffs noch unscharf ist. Dies gilt auch international. So wurde in Großbritannien der Begriff „setting priorities“ zum Synonym für „rationing“, nachdem „rationing“ in der britischen Öffentlichkeit als moralisierend verstanden wurde. Demgegenüber finden etwa in skandinavischen Ländern intensive gesellschaftliche Diskurse und gesetzgeberische Maßnahmen zur Priorisierung statt, mit denen die Abdeckung des vordringlichen Versorgungsbedarfs geregelt werden soll: In Schweden werden präzise Indikationen aus abgegrenzten Ver-

TABELLE

Formen der Rationierung

harte Rationierung	Ressourcen sind nicht ausdehnbar (z. B. Anzahl an Spenderorganen); Zukauf nicht möglich
weiche Rationierung	Ressourcenausweitungen durch Zukauf sind möglich
heimliche Rationierung	ohne Transparenz; barmherzige Lüge
offene Rationierung	transparent und nachvollziehbar
direkte Rationierung	Individuen oder Gruppen werden a priori anhand bestimmter Kriterien ausgeschlossen (z. B. Lebertransplantation bei Alkoholikern)
indirekte Rationierung	Ressourcenbegrenzung auf der Makroebene (z. B. Budgets)
explizite Rationierung	Vorenthalten von Leistungen für bestimmte Patientengruppen (z. B. ab einem bestimmten Alter)
implizite Rationierung	Umgang mit Versorgungsengpässen auf der Mikroebene, die strukturell vorgegeben sind und die es im Versorgungsalltag zu überwinden gilt (z. B. Begrenzung der Zahl von Rettungshubschraubern, Intensivbetten)

Quellen: Fuchs (10); Fozouni/Güntert (4)



Foto: APPhoto/SPL, Agentur FOCUS

sorgungsbereichen (etwa der Kardiologie) priorisiert; in Norwegen geht es um Gruppen von Kranken (zum Beispiel psychisch Kranke) oder um den Bereich Pflege; in Großbritannien sind eher diagnostische und therapeutische Methoden Gegenstand der Priorisierung, wohingegen in Neuseeland benachteiligte Bevölkerungsgruppen oder Patienten auf der Warteliste im Fokus der Priorisierungsdebatte stehen.

In Deutschland steckt die Priorisierungsdebatte noch in den Anfängen. Sie könnte hilfreich sein, das öffentliche Bewusstsein zum Umgang mit Mittelknappheit zu schärfen. Es bietet sich an, den Einstieg vorerst im Sinne einer horizontalen Priorisierung zu suchen, das heißt Priorisierung unterschiedlicher Krankheits- und Krankengruppen oder Priorisierung von Versorgungszielen. Das 2008 auf dem 111. Deutschen Ärztetag verabschiedete Ulmer Papier schlägt die Einrichtung eines Gesundheitsrats vor (9). Dieser könnte Empfehlungen entwickeln, welche Bevölkerungs- und Patientengruppen als gesundheitlich besonders vulnerabel einzuordnen sind.

Priorisierungsverfahren werfen Fragen zu den grundlegenden Konstruktionsprinzipien der nach dem Solidaritäts- und Subsidiaritätsprinzip gestalteten gesetzlichen Krankenversicherung auf. Aufgrund der unmittelbaren Betroffenheit der Versicherten und auch deren Akzeptanz von Priorisierungsregeln ist ein öffentlicher Diskurs, der neben medizi-

nischen und ökonomischen Aspekten auch ethische und rechtliche Fragestellungen berücksichtigt, sinnvoll.

Aus philosophischer Perspektive wird das Prinzip der Priorisierung vereinzelt mit der Begründung, dass Menschen dadurch quantitativ nach „Würdigkeiten“ bemessen und somit relativiert würden, abgelehnt. Allerdings lehnt auch Kant Betrachtungen des Menschen unter Nutzenaspekten nicht ab, sofern es nicht das einzige und ausschlaggebende Kriterium ist.

Es gilt weitgehend als akzeptiert, dass unter Rationierung im Gesundheitswesen das bewusste Vorenthalten an sich notwendiger medizinischer Maßnahmen verstanden wird. Unter den in der *Tabelle* genannten Ausprägungen der Rationierung ist die Dichotomie „offene versus heimliche Rationierung“ von besonderer gesellschaftlicher Bedeutung. Wenn die vom Gesetzgeber vorgesehenen Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung zu Leistungsausschlüssen oder zur Absenkung von Versorgungsstandards zwingen, muss dies transparent, öffentlich und damit nachvollziehbar sein. Heimliche Rationierung wirkt zerstörerisch auf die Patient-Arzt-Beziehung, schürt Misstrauen und mündet in gegenseitiger Schuldzuweisung aller Verantwortungsträger. Aus ärztlicher Sicht muss es dabei bleiben, dass Patienten die für sie notwendige Versorgung erhalten. Wenn der Gesetzgeber sich gezwungen sieht, die Mittel für das Gesundheitswesen

Trägerische Hoffnung: Nicht mehr alle Errungenschaften der modernen Medizin können allen Kranken in gleicher Weise und in ausreichendem Maß zur Verfügung gestellt werden.

zu begrenzen, so können sich Ärzte allenfalls in einen solchen gesetzlich definierten Rahmen fügen, akzeptieren können sie ihn nicht.

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2009; 106(12): A 554–7

LITERATUR

1. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer: Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – Stellungnahme. Berlin: ZEKO 2007; 2–3.
2. Schulenburg J-M Gvd: Die Entwicklung der Gesundheitsökonomie und ihre methodischen Ansätze. In: Schöffski OS, Schulenburg J-M Gvd (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen. Berlin: Springer 2007; 13–22.
3. Kamm R: Rationierung im öffentlichen Gesundheitswesen – Bamberger Beiträge zur Politikwissenschaft. www.uni-bamberg.de/fileadmin/uni/fakultaeten/sowi_faecher/politik/BBPI/BBP-1-9.pdf.
4. Fozouni B, Güntert B: Prioritätensetzung im deutschen Gesundheitswesen – die Triade zwischen Rationierung, Rationalisierung und rationaler Allokation. Das Gesundheitswesen 2000; 62(11): 559–67.
5. Gosepath S: Kann das Gut Gesundheit gerecht verteilt werden? In: Nationaler Ethikrat (Hrsg.): Gesundheit für alle – wie lange noch? Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen (Tagungsdokumentation der Jahrestagung 2006). Berlin: Nationaler Ethikrat 2006; 19–33.
6. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer: Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden? Dtsch Arztebl 2000; 97(15): A 1017–23.
7. Raspe H: Prävention und Präzision: Was leisten wir uns in der Vorsorge und Früherkennung bösartiger Tumoren? In: Nationaler Ethikrat (Hrsg.): Gesundheit für alle – wie lange noch? Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen (Tagungsdokumentation der Jahrestagung 2006). Berlin: Nationaler Ethikrat 2006; 53–64.
8. Preusker U: Skandinavische Gesundheitssysteme: Priorisierung statt verdeckter Rationierung. Dtsch Arztebl 2007; 104(14): A 930–6.
9. Bundesärztekammer: Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft – Ulmer Papier. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 2008.
10. Fuchs C: Was heißt hier Rationierung? In: Nagel E, Fuchs C (Hrsg.): Rationalisierung und Rationierung im deutschen Gesundheitswesen. Stuttgart: Thieme 1998; 42–50.

Anschrift für die Verfasser

Prof. Dr. med. Christoph Fuchs
Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin