

Schwierige Entscheidung am Krankenbett

Therapieverzicht aus Kostengründen?

Rationierung im Gesundheitswesen betrifft zunehmend auch den ärztlichen Alltag. Das spiegelt auch eine Befragung von mehr als 1100 leitenden Klinikärzten wider.

— Gerade in der Onkologie sind die Kosten in den letzten Jahren in die Höhe geschossen. Drei Faktoren bedingen den Kostenanstieg: die zunehmende Lebenserwartung, die damit einhergehende steigende Anzahl neu diagnostizierter Krebserkrankungen und der medizinische Fortschritt. „Eine unbegrenzte Kostensteigerung ist aus ethischer Perspektive fragwürdig. Das Geld fehlt in anderen Bereichen, die die Gesellschaft für wichtig erachtet“, sagte Dr. Jan Schildmann, Institut für medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum.

Rationalisierung reicht nicht mehr

Eine alternative Strategie im Umgang mit begrenzten Mitteln ist die Rationalisierung im Sinne von verbesserter Ausschöpfung der bestehenden Ressourcen. Aber Rationalisierung als einzige Strategie ist heute nicht mehr ausreichend, Rationierung lässt sich nicht mehr umgehen. Es gibt Forderungen nach Ein-

richtung eines Gesundheitsrates, der gesundheitspolitische Priorisierungsentscheidungen vorbereitet und transparent macht.

Rationierung bereits weit verbreitet

Die Stimmung unter den Ärzten ist ambivalent. Zum einen besteht der Wunsch nach Entlastung durch Zuteilungsentscheidungen oberhalb der individuellen Arzt-Patienten-Beziehung. Zum anderen sehen Ärzte eine eingeschränkte Standardisierbarkeit in der medizinischen Praxis. Dieses Dilemma zeigte sich bei der Auswertung von Interviews mit leitenden Klinikärzten, die Prof. Daniel Strech, Juniorprofessor für Medizinethik, Medizinische Hochschule Hannover, durchgeführt hat.

Die Befragung von 1137 Klinikärzten in den Bereichen Intensivmedizin und Kardiologie ergab, dass Rationierung bei 78% bereits vorgekommen ist. Aber nur ein geringer Teil (13%) gab an, dass es täglich oder wöchentlich

vorkommt. „Rationierung ist in Deutschland weit verbreitet, aber noch nicht etwas, das beim individuellen Arzt häufig vorkommt“, resümierte Strech.

Als primäre Strategie im Umgang mit der Mittelbegrenzung nennen die Ärzte in 96% die Rationalisierungsmaßnahme „Ausweichen auf eine kostengünstigere, ebenso effektive Maßnahme“. Das kommt bei 60% der Ärzte mindestens einmal wöchentlich vor. 83% der Ärzte gaben an, dass sie eine teure Maßnahme zuerst nicht anwenden, sondern prüfen, ob der Patient auch ohne sie auskommt. Hierbei handelt es sich um einen Zwitter zwischen Rationierung und Rationalisierung.

AkdÄ fordert Nutzenbewertung

Prof. Wolf-Dieter Ludwig, Helios Klinikum Berlin-Buch, kritisierte, dass die Frage, ob einem Patienten eine nützliche Maßnahme vorenthalten wurde, aufgrund fehlender Nutzenbewertungen für viele Arzneimittel nicht beantwortet werden kann. „Gerade bei den neuen Arzneimitteln müssen wir versuchen, die vorhandenen Evidenzlücken schnell zu schließen.“ In Deutschland kann mit der Zulassung durch die EMA ein Medikament bisher ohne weitere Evaluation des Nutzens verschrieben werden. Ludwig fordert hier ein Umdenken: „Wir Ärzte wünschen uns, Daten zum Zusatznutzen zu kennen.“

Ludwig bemängelte ferner, dass unerwünschte Arzneimittelwirkungen, die gemeldet wurden, sich oft nicht in Publikationen wiederfinden. Hier müsse mehr Transparenz einkehren. Der Vorsitzende der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) fordert unabhängige wissenschaftsinitiierte Studien nach Zulassung eines Wirkstoffs.

ULRIKE TIETZE ■

■ Quelle: Ethik und Ökonomie in der Onkologie, DGHO-Frühjahrstagung in Berlin

Abbildung 1

Rationierung in der Klinik

Frage: „Wie häufig haben Sie oder einer Ihrer Kollegen in Ihrer Abteilung in den letzten sechs Monaten aus Kostengründen eine der folgenden Maßnahmen aufgeschoben oder nicht durchgeführt, obwohl sie nach Ihrer Auffassung für den Patienten nützlich gewesen wäre?“

