

Rationierung im Gesundheitswesen

Hartnäckige Routinen verschwenden Ressourcen

Rationierung im Gesundheitswesen war in Deutschland bis vor kurzem ein Nicht-Thema. Und die Diskussionskultur zu dieser Frage war und ist immer noch arm. Es ist aber so sicher wie das Amen in der Kirche: Man kann nicht nicht rationieren. Anders gesagt: Es gibt selbst im Umgang mit im Überfluss vorhandenen Ressourcen keine unschuldigen Hände – weder auf der Mikroebene (in der Sprechstunde oder am Krankenbett) noch auf der Makroebene (bei der Gesetzgebung oder den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses). Mit dem systematischen Einzug von Prinzipien der evidenzbasierten Medizin und des Health Technology Assessment auf der Makroebene wurden in Deutschland in den letzten zehn Jahren wichtige Voraussetzungen für einen rationalen Umgang mit dem Thema getroffen. Der Weg zu einer breiteren öffentlichen Debatte ist aber sicher noch außerordentlich weit. Dazu würde auch gehören, sich jenseits der jetzt auf höherem Niveau geführten theoretischen Diskussion um Priorisierung, Rationalisierung und Rationierung stärker mit der Frage zu beschäftigen, welche von Evidenz und Patientenorientierung abgewandten Routinen den Alltag in Wissenschaft und Versorgung bestimmen und warum diese so außerordentlich hartleibig sind.

Was ist gemeint?

- Die invasive Kardiologie überschreitet regelmäßig die in internationalen Leitlinien aufgeschriebenen eigenen Indikationsgrenzen. Es werden deutlich mehr Herzkatheteruntersuchungen mit Aufweitung der Herzkranzgefäße durchgeführt als sinnvoll ist. Es gibt in der Literatur inzwischen sogar den Begriff des „oculostenotischen Reflexes“. Damit ist gemeint: Wenn bei Gefäßdarstellungen der Herzkranzgefäße Verengungen festgestellt werden, kann der Kardiologe der Versuchung nicht widerstehen, diese zu beseitigen, selbst wenn das nach „Lehrbuch“ keine Verbesserung für den Patienten bedeutet. Das Angiographieren und Einbauen von Stents erfolgt inflationär. Dass in den Leitlinien etwas anderes steht, hat wenig Einfluss.
- Die Studienlage zum Nutzen der Früherkennung von Prostatakrebs (PSA-Test) spricht eindeutig gegen einen systematischen Einsatz des Tests bei gesunden Männern. Trotzdem hat jüngst die amerikanische Fachgesellschaft für Urologie ihre Empfehlung ausgeweitet und empfiehlt jetzt den Test für alle Männer ab dem 40. Lebensjahr. Früh erkennen muss gut sein: Dieser Impuls ist leider auch in der Politik fest verankert. Und auch die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland ist diesem massiven Druck teils erlegen.
- Der systematische Konflikt zwischen Marktzulassung von Arzneimitteln und Nutzenbewertung wird zwar inzwischen auf hohem Niveau im Gesundheitssystem bearbeitet, das Tempo der Neuzulassungen ist aber so groß und die Datenlage zum Zeitpunkt der Nutzenbewertung oft so lückenhaft, dass nach wie vor hochpreisige Medikamente mit nicht bewiesener Überlegenheit gegen-

über dem Standard oft für lange Zeiträume ihren Absatz finden. Dies ist medizinisch, ethisch und ökonomisch etwa im Bereich der Onkologie besonders schmerzhaft: Hier werden gewaltige Ausgaben im Bereich der Behandlung weit fortgeschrittener Tumoren bei äußerst fragwürdigen Behandlungsergebnissen getätigt – oft sogar ohne die Frage nach dem Einfluss auf die Lebensqualität.

- Die Therapieforschung folgt nun ihrerseits schwer beeinflussbaren Routinen. Das beginnt mit der Arzneimittellastigkeit der Forschung und reicht bis zur ungenügenden Studienkultur. So werden immer noch unsinnig kurze Laufzeiten mit Hinweis auf Finanzierungsprobleme weithin akzeptiert. Es besteht ein zum Teil absurdes Missverhältnis zwischen Mengen, Qualität und Relevanz klinischer Studien.

Eine logische Konsequenz der beispielhaft geschilderten Routinen in unserem Gesundheitssystem ist die Verortung hoch relevanter Forschungs- und Versorgungsthemen in der Rubrik „Aschenputtel-Thema“: Wenn die Ressourcen für den „Mainstream“ verbraucht sind, fehlt die Kraft zur Beseitigung der Schwachpunkte. Hierfür soll stellvertretend die Palliativmedizin genannt werden. Bei aller Wertschätzung der hier nachweisbaren Fortschritte besteht ein in den Routinen liegendes Missverhältnis zwischen Kuration und Palliation. Im Bereich der Onkologie ist inzwischen die Tendenz zu verzeichnen, dass eine nahezu endlose Abfolge von Chemotherapie-Serien als „palliative Indikation“ firmiert. Auf jedem Kongress für Palliativmedizin ist demgegenüber eindrucksvoll zu hören, wie sehr selbst Kernbereiche der Palliativmedizin wie eine angemessene Schmerztherapie immer noch im Argen liegen, von einer systematischen psychosozialen Betreuung nicht zu reden. Diese „Posteriorisierungspraxis“ eines im Wesentlichen selbstzufriedenen Versorgungssystems induziert eine Form der Rationierung, über die selten geredet wird. Hier werden Schwerkranken nutzenstiftende Leistungen vorenthalten. Erschwerend kommt hinzu, dass dringend erforderliche Forschungsvorhaben in den Aschenputtel-Bereichen der Versorgung (wie zum Beispiel in der Palliativmedizin) unterfinanziert sind. Bei glücklicherweise weiter steigender durchschnittlicher Lebenserwartung wächst nun aber der Bedarf an Beratung, Begleitung, Kommunikation und (alas!) Priorisierung denkbarer Leistungen in Zusammenarbeit von Therapeuten, Patienten und ihren Angehörigen. Es ist also gut, dass die Rationierungs- und Priorisierungsdebatte endlich ernsthaft begonnen hat. Rasche Lösungen sind aber sicher nicht in Sicht. Routinen zeichnen sich dadurch aus, dass sie sich hartnäckig halten.

Prof. Dr. Norbert Schmacke
Leiter der Arbeits- und Koordinierungsstelle
Gesundheitsversorgungsforschung,
Universität Bremen

