

Rationalisierung, Priorisierung und Rationierung in sächsischen Krankenhäusern

Erste Ergebnisse einer Umfrage

J. Schnoor¹, E. Brähler², M. Ghanem³,
C. E. Heyde³

Zusammenfassung

Der klinische Alltag unter DRG-Bedingungen begründet neue Fragen nach dem ärztlichen Selbstverständnis, dem Arzt-Patienten-Verhältnis und der Orientierung der Medizin an sich. In den letzten Jahrzehnten wurden verschiedene ökonomische Maßnahmen in die Medizin transferiert. Hierzu zählen die Rationalisierung, Priorisierung und Rationierung von Leistungen. Mit dem Ziel, ein Abbild dieser Maßnahmen in sächsischen Krankenhäusern zu erstellen, wurde eine Fragebogenstudie durchgeführt. Hierfür erfolgte eine anonyme Befragung ehemaliger und mittlerweile berenteter Führungskräfte. Die Ergebnisse deuten auf ein bereits hohes Maß an Rationalisierungsmaßnahmen. Dabei erfolgten in mehr als einem Drittel der Fälle sowohl Priorisierungen als auch Rationierungen. Die medizinethische Grenzüberschreitung von der Priorisierung zur Rationierung erscheint dabei schleichend und unmerklich. Gerade für diese Grauzone braucht der Patient jedoch den Schutz der Ärzteschaft.

Einleitung

Die Ökonomisierung der Medizin, gesundheitspolitisch initiiert und regional nach betriebswirtschaftlicher Kenntnis bestmöglich realisiert, forderte bereits zahlreiche Wortmeldungen. Dabei wird die Sorge um eine am Patientennutzen orientierte Medizin auch international geteilt,

stehen doch die „entwickelten Länder“ allesamt vor den finanziellen Belastungen durch die demografischen und medizinisch-technischen Herausforderungen [1]. Daraus resultiert eine Besorgnis, die in den letzten Jahren zu einer zunehmend intensiven Diskussion geführt hat, unter anderem auch mit Fragen nach dem ärztlichen Selbstverständnis, dem Arzt-Patienten-Verhältnis und der Orientierung der Medizin an sich [2 – 6].

Die Rationale für ein pauschaliertes Finanzierungssystem erscheint grundsätzlich nachvollziehbar. Jedoch führt die für Deutschland gewählte Umsetzung neben einer häufig anzutreffenden Unterfinanzierung unter anderem auch zu einem bisher unbekanntem Konkurrenzdruck [7]. Daraus resultierende Fehlanreize stellen die Motivation mittlerweile vieler, nicht nur der direkt an der Patientenversorgung beteiligten Akteure, auf eine harte Probe [8, 9]. Die sich daraus ergebenden Fragen haben mittlerweile einen grundsätzlichen Charakter, da sie Grundpfeiler des ärztlichen Selbstverständnisses betreffen. Stellvertretend sei die Sorge um eine angemessene Daseinsvorsorge und die Wahrung des Gemeinwohls genannt. Dabei ist es auch nicht mehr allein ärztliche Sorge, ob sich die Mittelknappheit nicht grundsätzlich negativ auf die Patientenversorgung auswirken könnte [10].

Ärzte sollten sich aktiv und gestaltend in diesen Diskurs einbringen [3, 11, 6]. Dazu bedarf es neben einer Bestätigung der unantastbaren Grundlagen des beruflich-ethischen Selbstverständnisses vor allem konkreter Daten und Fakten über die aktuelle Entwicklung. Für die Diskussion über notwendige Kurskorrekturen erscheint dabei ein retrograder Blick gerade jener Zeitzeugen hilfreich, die in Führungspositionen die Entwicklungsphase nach der DRG-Einführung (2010 bis 2015) miterlebt haben. Diese Periode ist deshalb von besonderem Interesse, weil hier verschiedene „industrielle Maßnahmen“ in die Medizin transferiert wurden. Dazu gehörten und gehören Maßnahmen, die unter den Begriffen Rationalisierung, Priorisierung und Rationierung zusammengefasst wer-

den. Aus diesem Grund initiierten die Autoren eine Fragebogenstudie mit dem Ziel, ein Abbild an ökonomisch orientierten Maßnahmen am Beispiel der Rationalisierung, Priorisierung und Rationierung in sächsischen Krankenhäusern zu erstellen. Hierfür wurde eine anonyme Befragung ehemaliger Führungskräfte im Frühjahr 2016 durchgeführt. Erste Ergebnisse sollen hier vorgestellt und diskutiert werden.

Methodik

Konzipiert wurde eine Fragebogen gestützte anonymisierte Studie. Angeschrieben durch die Sächsische Landesärztekammer wurden zum Studienzeitpunkt bereits berentete Führungskräfte aus sächsischen Krankenhäusern, die im Zeitraum von 2010 bis 2015 und damit in der Zeit der Einführung und Anpassung des DRG-Systems tätig waren. Die Studiendurchführung wurde durch die örtliche Ethikkommission genehmigt (404-15-16112015).

Fragebogen

Hierfür wurde zunächst ein Fragebogen entworfen, in dem Fragen nach Rationalisierungen, Priorisierungen und Rationierungen mit jeweils „ja“ oder „nein“ zu beantworten waren. Einer jeweiligen „ja“-Antwort folgten weitere Fragen mit Antwortmöglichkeiten entsprechend einer dreibis fünf-stufigen Likert-Skala.

Der postalische Versand an die Privatadressen der Leitungskräfte (aktive Führungskraft in der Zeit 2010 bis 2015) aus den Fachgebieten Innere Medizin, Gynäkologie, Chirurgie und Anästhesie erfolgte über die Sächsische Landesärztekammer im Januar 2016. Dabei blieben die Namen und Privatadressen den Untersuchern unbekannt. Der Rücklauf an Fragebögen erfolgte mittels vorgefertigter und frankierter Umschläge, direkt an die Untersucher. Die Anonymität der Teilnehmer wurde damit gewährleistet. Mitte Februar erfolgte ein Erinnerungsschreiben, ebenfalls über die Sächsische Landesärztekammer, welches die Führungskräfte nochmals auf die Teilnahmemöglichkeit hinwies. Am 31. März 2016 endete die Datensammlung.

¹ Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Universitätsklinikum Leipzig, AÖR

² Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Leipzig, AÖR

³ Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Plastische Chirurgie, Universitätsklinikum Leipzig, AÖR

Terminologie

Die adressierten Managementmaßnahmen wurden wie folgt definiert [12, 13]:

1) Rationalisierung ist der Verzicht auf unwirksame oder im Vergleich zu Alternativen weniger wirksame / kostenintensive Maßnahmen. Diese Maßnahmen sollen bei gleichbleibendem finanziellem Aufwand das Versorgungsniveau erhöhen oder bei geringerem finanziellem Aufwand das Versorgungsniveau halten. Somit wird dem Patienten insgesamt Notwendiges oder Nützlichendes nicht vorenthalten.

2) Priorisierung ist die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit von Maßnahmen oder Patientengruppen vor anderen. Dabei entsteht eine mehrstufige Rangreihe, in der nicht nur Methoden, sondern auch Krankheitsfälle, Kranken- und Krankheitsgruppen, Versorgungsziele und Indikationen angeordnet werden können.

3) Rationierung ist das systematische und tatsächliche Vorenthalten medizinisch notwendiger oder überwiegend nützlicher Leistungen aus Knappheitsgründen. Hier werden implizite und explizite Rationierungen unterschieden. Eine Rationierung kann explizit durch eine transparente Regel oder implizit durch eine Entscheidung der Ärzte auf Mikroebene erfolgen.

Zielparameter

Der hier ausgewertete Datensatz umfasst folgende Fragestellungen:

- Rücklaufquote
- Charakteristika der ehemaligen Führungskräfte, Fachdisziplin und Krankenhäuser
- Erfahrungen mit Rationalisierung, Priorisierung und Rationierung
- Erleben der jeweiligen Maßnahmen als Widerspruch zum Leitbild der Klinik

Ergebnisse

Insgesamt wurden 111 ehemalige Führungskräfte durch die Sächsische Landesärztekammer kontaktiert. Mit 25 Fragebögen lag die Rücklaufquote bei 23 Prozent. Zwei Fragebögen wurden nicht ausgewertet, da die Leitungs-kräfte nicht der avisier-

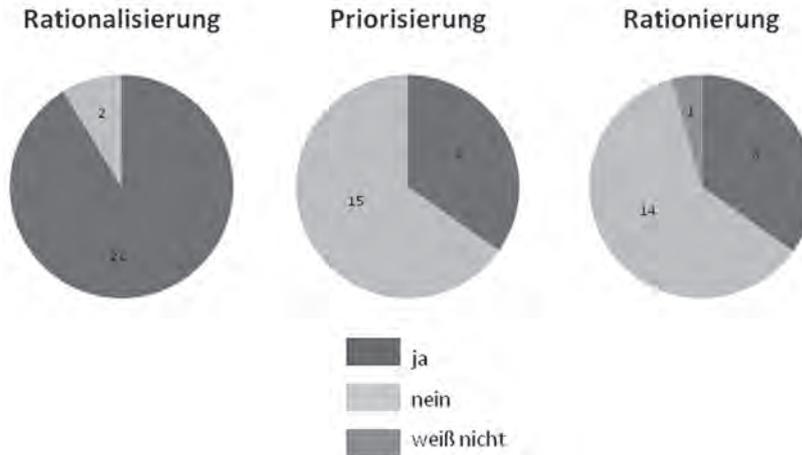


Abb. 1: Anzahl der Erfahrungen mit Rationalisierung, Priorisierung und Rationierung in sächsischen Krankenhäusern (Beobachtungszeitraum 2010 – 2015)

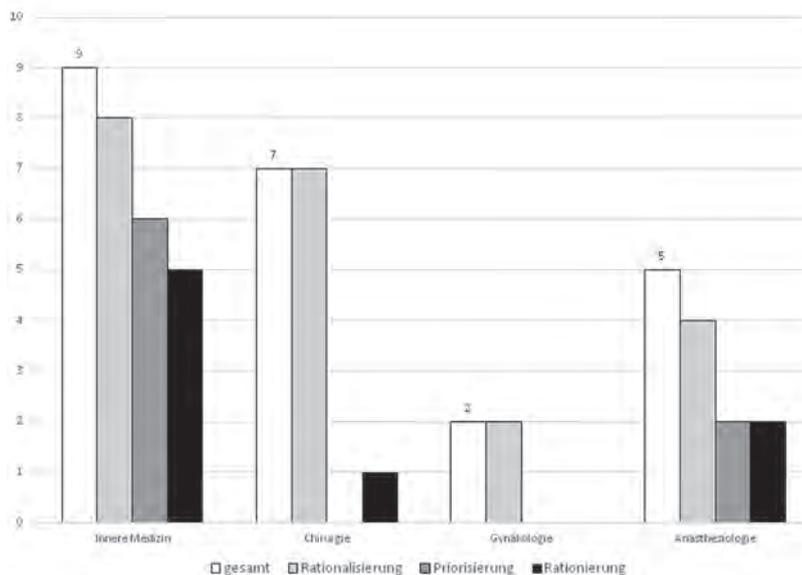


Abb. 2: Anzahl der Erfahrungen mit Rationalisierung, Priorisierung und Rationierung je Fachdisziplin

ten Fachdisziplin oder der vorgesehenen Zeit entsprachen. Damit gingen 23 Fragebögen in die Auswertung ein. Die analysierte Gruppe setzte sich aus zwölf Chefärzten/Innen und elf Oberärzten/Innen zusammen. Alle Führungskräfte erfüllten ihre Lei-

tungsfunktion über mindestens zehn Jahre.

Erfahrungen mit Rationalisierungsmaßnahmen gaben 21 der Befragten an. Priorisierungs- bzw. Rationierungsmaßnahmen erfuhren jeweils acht der Leitungs-kräfte (Abb. 1). Kol-

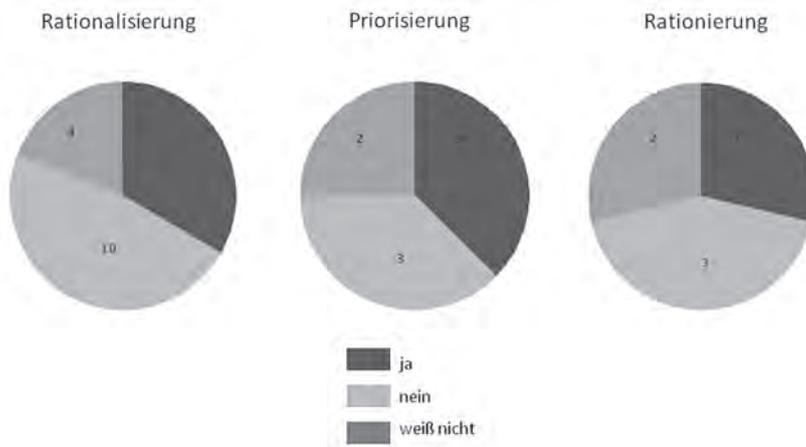


Abb. 3: Anzahl der erlebten Kollisionen mit dem Klinikleitbild

legen mit Priorisierungserfahrungen erlebten mehrheitlich (n=5) auch Rationierungen. Die Verteilung auf die einzelnen Disziplinen demonstriert, dass Rationalisierungsmaßnahmen alle Fachdisziplinen betrafen. Priorisierungen wurden dagegen nur für die Bereiche Innere Medizin und Anästhesiologie bestätigt. Rationierungen fanden in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie statt (Abb. 2).

Einen Widerspruch mit dem Klinikleitbild erfuhren sieben der 21 Führungskräfte im Rahmen von Rationalisierungsmaßnahmen, drei der acht Leitungskräfte bei Priorisierungen und zwei der acht Kollegen im Rahmen von Rationierungsmaßnahmen (Abb. 3).

Die Führungskräfte der verschiedenen Fachdisziplinen – Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Anästhesiologie – vollzogen ihre Tätigkeit in Häusern, deren Größe im Median mit 100 bis 300 Betten (Innere Medizin, Gynäkologie) und 300 bis 600 Betten (Chirurgie, Anästhesiologie) angegeben wurden (Tab. 1). Die Verteilung auf die unterschiedlichen Klinikträger demonstriert Tabelle 1. Während der Beobachtungszeit

haben insgesamt acht Trägerwechsel stattgefunden. Fünf Trägerwechsel führten von einem öffentlich-kommunalen zu einem privaten Träger und je ein Wechsel von einem öffentlich-kommunalen zu einem frei-gemeinnützigen Träger, respektive frei-gemeinnützigen zu einem privaten Träger, statt. In einem Fall wechselte das Krankenhaus innerhalb privater Trägerschaft.

Diskussion

Trotz der niedrigen Fallzahl erlauben die Ergebnisse einen ersten Hinweis auf die zugrunde liegende Problematik einer Gesundheitsdienstleistung in einem pauschalisierten Entgeltsystem, deren Folgen für die Arzt-Patienten-Beziehung heute noch nicht absehbar erscheint.

Rationalisierung

Dass Ökonomisierung und ärztliche Tätigkeit sich nicht ausschließen müssen, haben unter anderem Schulze und Bach [5] in herausragender Art und Weise thematisiert. Voraussetzung hiernach ist eine angemessene und vernünftige Minimierung des Aufwandes bei Erhöhung der Qualität – gleichbedeutend mit

Rationalisierung. Diese ist auch längst rechtlich verankert, da, entsprechend des Sozialgesetzbuches V (SGB V), medizinische Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Nicht notwendige oder unwirtschaftliche Leistungen können Versicherte (Patienten) nicht beanspruchen, Leistungserbringer (Ärzte) nicht bewirken und Krankenkassen nicht bewilligen. Somit sind Maßnahmen der Rationalisierung sogar gefordert, um die knappe Ressource der „medizinischen Dienstleistung“ den vielen „Bedürftigen“ so zuzuteilen, dass insgesamt ein „optimales Gesundheitsergebnis“ für die Versicherten erreicht werden kann. Dieses Wirtschaftlichkeitsgebot (§12, SGB V) ist dem Gesetzgeber so wichtig, dass, im Falle einer Pflichtverletzung aufgrund einer Kostenerstattung nicht gerechtfertigter Kassenleistungen, ein Vorstandsmitglied der entsprechenden Krankenkasse sogar zum Schadenersatz in Regress zu nehmen ist. Die ermittelten Daten zeigen, dass im Untersuchungszeitraum bereits in hohem Maß ökonomisch orientierte Veränderungen stattgefunden haben. Für die Zeit zwischen 2010 und 2015 bestätigten die meisten der befragten Führungskräfte Rationalisierungsmaßnahmen in ihren Kliniken. Nur wenige Befragte erfuhren keinerlei Rationalisierungsmaßnahmen. Vor dem Hintergrund des langjährigen Kostendrucks in Krankenhäusern könnte dieses Ergebnis auch als Hinweis darauf gewertet werden, dass Kliniken ohne Rationalisierungsmaßnahmen ihre Rationalisierungsreserven bereits vollständig mobilisieren konnten.

Priorisierung

Es ist allen Beteiligten bewusst, dass ein qualitativ hochwertiges Gesund-

Tabelle 1: Anzahl der Teilnehmer je Tätigkeitsfeld, Tätigkeit gleichzeitig als Ärztlicher Direktor (ÄD), Klinik-Bettenzahl, Krankenhausträger (P = privat, Ö = öffentlich-kommunal, F = frei-gemeinnützig), Anzahl und Richtung von Trägerwechsel

	n (%)	ÄD (%)	Bettenzahl (Median)	Träger (P / Ö / F)	Trägerwechsel	
					n	von/nach
Innere Medizin	9 (39)	2 (22)	100-300	2 / 4 / 2	1	Ö -> P
Chirurgie	7 (30)	1 (14)	300-600	3 / 3 / 0	3	Ö -> P (2x); P -> P
Gynäkologie	2 (9)	2 (100)	100-300	0 / 1 / 1	0	
Anästhesie	5 (22)	2 (40)	300-600	1 / 1 / 1	4	Ö -> P (2x); F -> P; Ö -> F

heitswesen für die gesamte Bevölkerung auch finanzierbar sein muss [11, 6]. Im Gegensatz zur Rationalisierung erscheint die Diskussion über die Priorisierung in der Medizin wesentlich lebhafter und seit wenigen Jahren gesellschaftsfähig [14, 15]. Grundsätzlich ist eine Priorisierung von Tätigkeiten, also das Vorziehen notwendiger oder dringlicher Handlungen, die tägliche Grundlage effizienten Schaffens, sowohl im privaten als auch beruflichen Kontext. Damit dient die Priorisierung, gerade im Rahmen der Verteilung knapper Güter, einer möglichst „gerechten“ Zuteilung. Um den angemessenen Rahmen hierfür zu definieren, ist eine gesamtgesellschaftliche Diskussion notwendig, die schlussendlich die Leistungsverteilung transparent definiert und verfolgt [16].

Rund ein Drittel der Befragten bestätigten Priorisierungsmaßnahmen in ihren Kliniken, allerdings ausschließlich in den Fachdisziplinen Innere Medizin und Anästhesiologie. Hintergründe, warum die beiden Bereiche Chirurgie und Gynäkologie von Priorisierungen verschont blieben, konnten an Hand der erfragten Daten nicht ermittelt werden.

Rationierung

Während die Priorisierung sowohl national als auch international konstruktiv diskutiert wird, imponieren die eher unterschwellig stattfindenden Rationierungsmaßnahmen als eine ungewollte und bisher ungelöste Facette klinischen Handelns. Schließlich handelt es sich bei der Rationierung um ein reales Vorenthalten medizinisch notwendiger oder überwiegend nützlicher Leistungen [17 – 19]. Somit wird eine ethische Grenze überschritten, die auch mit dem oben genannten Wirtschaftlichkeitsgebot (§12, SGB V) nicht in Einklang zu bringen ist.

Im Falle von Priorisierungsmaßnahmen kam es in unserer Befragung in zwei Drittel der Fälle auch zur Rationierung. Dabei stellt sich die Frage, ob beide Maßnahmen überhaupt so klar voneinander zu trennen sind. So wurde im Bereich der Chirurgie keinerlei Priorisierung bestätigt, wohl aber Rationierungen. Möglicher-

weise sind beide Maßnahmen deshalb nicht eindeutig voneinander abzugrenzen, da jede Priorisierung des Einen automatisch die Posteriorisierung des Anderen bedingt. Aufgrund einer täglich erlebten Ressourcenendlichkeit in Kliniken kann jede Posteriorisierung, zum Beispiel die Verschiebung operativer Wundversorgungen isolationspflichtiger Patienten in den nächtlichen Bereitschaftsdienst, schnell auch dazu führen, dass diese offenbar Ranglisten-niedere Operationen durch neue Not- oder erlösrelevantere Fälle verschoben werden. Aus der Posteriorisierung ist eine Rationierung geworden. Damit besteht die Gefahr, dass die Grenze zwischen Posteriorisierung und Rationierung, d. h. das Vorenthalten indizierter oder sinnvoller Handlungen, stufenlos und im konkreten Fall unerkannt bleibt.

Insgesamt bestätigten ein Drittel der hier Befragten, bereits Rationierungen in ihren Kliniken erlebt zu haben. Reifferscheid et al. ermittelten im Rahmen einer bundesweiten Umfrage unter Chefarzten sogar eine höhere Rate von 46 Prozent [20]. Bundesweit betrachtet werden Rationierungen demnach längst in allen Fachdisziplinen, wenn auch in geringem Ausmaß, genutzt, um finanziellen Restriktionen zu begegnen.

Leitbild

Rund ein Drittel der Führungskräfte erkannten sowohl bei Rationalisierungen als auch bei Priorisierungen und Rationierungen einen Wider-

spruch zum Leitbild ihrer Klinik. Die leichte Zunahme dieses Konflikts von der Rationalisierung zur Priorisierung ließe eine weitere Steigerung in Fällen der Rationierung erwarten. Die Ergebnisse lassen jedoch diesbezüglich keine weitere Kollision erkennen. Die Hintergründe wurden nicht untersucht. Der fehlende Anstieg an Widersprüchen mit dem Leitbild zwischen Priorisierungen und Rationierungen könnte auch auf die im klinischen Alltag schwierigere Abgrenzung beider Managementtechniken hinweisen.

Trägerform

Ein Vergleich der verschiedenen Trägerformen wurde aufgrund der geringen Fallzahlen nicht durchgeführt. Hierzu konnten Reifferscheid et al. im Rahmen ihrer Analyse von über 1.000 erhaltenen Antwortbögen keinen Zusammenhang zwischen Rationierung und Trägerschaft feststellen [20].

Fazit

Bisher konnten in dieser Studie 23 Fragebögen ausgewertet werden. Die Ergebnisse deuten auf ein bereits hohes Maß an Rationalisierungsmaßnahmen. Da der Begriff Rationalisierung im Sinne einer effizienten Nutzung vorhandener Ressourcen steht, kann dies aus Sicht der Autoren, neutral betrachtet, als notwendige Maßnahme interpretiert werden. In einem Drittel der Fälle kam es dabei sowohl zu Priorisierungen als auch zu Rationierungen. Die Priorisierung

wird in der heutigen Diskussion – sowohl international als auch national – verstanden als eine weitere Maßnahme, endliche Reserven „gerecht“ und nach Bedarf zu verteilen. Was immer als „gerecht“ gilt und wo immer der Bedarf des Patienten liegt, muss medizinisch begründbar sein und gesellschaftlich als Konsens erarbeitet werden, um Missbrauch vorzubeugen. Ein gleicher Prozentsatz an als Rationierung empfundenen Maßnahmen, also Maßnahmen

des Vorenthaltens nützlicher oder notwendiger Maßnahmen, muss uns alarmieren. Die ethische Grenzüberschreitung von der Priorisierung zur Rationierung erscheint dabei schleichend und im klinischen Alltag nicht immer identifizierbar. Gerade für diese Grauzone bedarf der Patient jedoch des Schutzes durch die Ärzteschaft. Eine repräsentative bundesweite Analyse dieser Problematik wäre wünschenswert.

Danksagung

Die Autoren danken allen Teilnehmern für Ihre Zeit und Mithilfe. Ebenso gilt unser Dank der Sächsischen Landesärztekammer für die Unterstützung dieser Studie.

Literatur beim Verfasser

Korrespondierender Autor:
Priv.-Doz. Dr. med. Joerg Schnoor, MBA
Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie
Universitätsklinikum Leipzig, AöR
Liebigstraße 20, 04103 Leipzig
joerg.schnoor@medizin.uni-leipzig.de