

1 Umgang mit begrenzten Mitteln in deutschen Kliniken: empirische Befunde

Daniel Strech und Georg Marckmann

1.1 Einführung

Im Grunde bedürfte es keiner Empirie, um per se den Bedarf an ärztlicher Rationierung festzustellen. Viele Personen würden es als unplausibel deklarieren, dass Gesundheitssysteme (weltweit) sämtliche potenziell nützlichen medizinischen Maßnahmen allen hierfür infrage kommenden Patienten zur Verfügung stellen bzw. bezahlen können (Marckmann 2007; Fojo u. Grady 2009; Truog 2009; Kent 2010). Nun finden sich im deutschen Recht bzw. in der deutschen Rechtsprechung aber Sätze, die diese unplausible Auffassung nahelegen (Huster et al. 2007; Katzenmeier 2010). Zudem – oder gerade deshalb – scheint diese unplausible Auffassung (oder: Wunschvorstellung?) auch bei der Öffentlichkeit, der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Ärzteschaft (zumindest bis zum Jahre 2008, s.u.) und bei politischen Funktionären weit verbreitet. Damit der Problembereich „Umgang mit begrenzten Ressourcen“ als praktisch relevant auch von diesen Personengruppen anerkannt wird, sind empirische Informationen wichtig, die zeigen, dass durch den medizinischen Fortschritt und den demographischen Wandel mit hoher Wahrscheinlichkeit eine weiter zunehmende Begrenzung der Mittel in Gesundheitswesen (weltweit) zu erwarten ist (Fojo u. Grady 2009; Beske 2010). Neben empirischen Informationen zur Realität des Kostendrucks, dürften empirische Daten zur Realität von ärztlicher Rationierung noch deutlicher aufzeigen, dass man sich dieser Thematik (fach-)politisch nicht verschließen kann.

In den letzten Jahren wird das Thema Rationierung zunehmend auch in der deutschen Ärzteschaft diskutiert. Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) plädierte in einem Positionspapier vom September 2007 für eine explizite Priorisierung im Gesundheitswesen (ZEKO 2007). Im Mai 2008 wies die Bundesärztekammer in ihrem Ulmer Papier öffentlichkeitswirksam darauf hin, dass Rationierung gegenwärtig stattfindet und durch Rationalisierungen allein nicht zu verhindern sei (BÄK 2008). Dies wurde in einem Positionspapier der Ärzteschaft bestätigt (Fuchs 2010). Eine im Frühjahr 2012 vom Vorstand der Bundesärztekammer eingesetzte Arbeitsgruppe „Priorisierung im Gesundheitswesen“ unterstrich, dass eine ärztlich unterstützte Priorisierung notwendig und hilfreich sei (Raspe u. Schulze 2013). Noch relevanter als die standespolitischen Stellungnahmen wären repräsentative Umfragestudien zur Frage, ob sich Ärzte aufgrund der Mittelbegrenzung in ihrer Tätigkeit bereits heute mit Priorisierungen und Rationierungen konkret konfrontiert sehen.

Ist das Problem Mittelbegrenzung in der gesundheitlichen Versorgung als solches erst einmal anerkannt, werden quantitative und qualitative empirische Studien in einem weniger politischen, sondern nunmehr wissenschaftlichen und analysierenden Sinn relevant. Dann nämlich, wenn sie die konzeptionellen und praktischen Problembereiche im Umgang mit begrenzten Mitteln untersuchen. Auf einer entsprechend validen empirischen Basis lassen sich ethische wie aber auch gesundheitsökonomische und gesundheitspolitische Vorschläge für eine praxisorientierte Verbesserung der Situation erarbeiten.

Dieser Beitrag zielt primär auf die deskriptive Darstellung der Befunde aus internationalen und nationalen sozialempririschen Untersuchungen. Eine ausführliche Diskussion der verschiedenen Ergebnisse ist in diesem Beitrag nicht vorgesehen. Siehe hierfür u. a. die anderen Beiträge in diesem Sammelband wie auch (Strech et al. 2010; Strech u. Marckmann 2010).

1.2 Stand der *qualitativen* Forschung zum Umgang mit Mittelbegrenzung

Verschiedene internationale qualitative Studien haben sich mit den Auswirkungen von Mittelknappheit auf die ärztliche Tätigkeit beschäftigt. Ian Rees Jones et al. zum Beispiel fokussieren in Interviews mit englischen Ärzten die Arzt-Patienten-Beziehung und die Frage nach der Möglichkeit eines informed consent bei der Berücksichtigung ökonomischer Aspekte (Jones et al. 2004). In einer Studie mit norwegischen Ärzten konnten Benedicte Carlsen und Ole Frithjof Norheim die Verunsicherungen von Ärzten hinsichtlich ihres beruflichen Selbstverständnisses bei der Notwendigkeit von Leistungsbegrenzungen aufzeigen (Carlsen u. Norheim 2005). Weitere internationale qualitative Studien zu ähnlichen Fragestellungen wurden von (Ayres 1996; Stronks et al. 1997; Hurst et al. 2005; Reeleder et al. 2005) durchgeführt. Die internationale

qualitative Forschung wurde in einer systematischen Übersichtsarbeit zusammenfassend dargestellt in (Strech et al. 2008).

In drei deutschen qualitativen Studien mit Klinikpersonal konnte gezeigt werden, dass sich die Mittelknappheit in der klinischen Tätigkeit bereits heute niederschlägt. In der Arbeit von Ellen Kuhlmann lag der Fokus auf der Kommunikation ökonomischer Aspekte in der Arzt-Patienten-Beziehung (Kuhlmann 1999). Carlo Schultheiss untersuchte, welche Versorgungsbereiche heute möglicherweise der Rationierung unterliegen und welche Form eine etwaige Rationierung dort annimmt (Schultheiss 2004). Die Studie von Petra Buhr und Sebastian Klinko beschäftigte sich mit den Folgen der Einführung des DRG-Systems in deutschen Kliniken (Buhr u. Klinko 2006). Alle Studien konnten zeigen, dass sich ökonomische Aspekte auf die Patientenversorgung und die Arbeitsbedingungen in der Klinik auf unterschiedliche Weise auswirken. Eine genaue Analyse der Begriffe Rationierung und Mittelknappheit und der jeweils zur Anwendung kommenden Priorisierungskriterien war jedoch nicht primäres Ziel dieser Arbeiten.

1.3 Stand der *quantitativen* Forschung zum Umgang mit Mittelbegrenzung

Weltweit wiesen einige wenige Umfragestudien unter Ärzten nach, dass Rationierungsentscheidungen durch einzelne Ärzte im ambulanten wie stationären Bereich bereits heute stattfinden (Hurst et al. 2006; Ward et al. 2008). In der von Samia Hurst et al. durchgeführten länderübergreifenden Umfrage unter Ärzten in Italien, Großbritannien, Norwegen und der Schweiz wurde die individuelle Häufigkeit von Rationierungsmaßnahmen untersucht (Hurst et al. 2006). Dort berichteten 56% der Ärzte, dass sie Maßnahmen rationieren müssten, jedoch gaben nur etwa 15% an, dass dies täglich oder wöchentlich geschehe.

Deutlich zahlreicher als Umfragen zum direkten Ausmaß an Rationierung sind Umfragestudien, welche die Bereitschaft von Ärzten zur Rationierung untersuchten (Strech et al. 2009). In einer systematischen Übersichtsarbeit, welche 15 Studien zu dieser Fragestellung identifizieren konnte, wurde aufgezeigt, dass die Bereitschaft zur Rationierung über die Studien hinweg von 9% bis 94% streute (Strech et al. 2009). Diese starke Streubreite scheint nicht unerheblich durch die Formulierung der jeweiligen Fragebogenitems zur Erfassung der Rationierungsbereitschaft beeinflusst zu sein. So wurde eine eher hohe Rationierungsbereitschaft ermittelt, wenn relativ unverbindliche Fragen gestellt wurden wie etwa: „Cost is an important consideration when making medication choices“ (88% Zustimmung in [Reichert et al. 2000]) oder „Good quality prescribing takes into account the value for money of the medicines prescribed and not just their appropriateness, effectiveness and safety of treatment for the patient“ (79% Zustimmung in [Baines et al. 1998]). Sobald aller-

dings die möglichen praktischen Konsequenzen von Rationierung genannt wurden oder konkrete Handlungen angesprochen wurden, sank die Rationierungsbereitschaft. So fand zum Beispiel die Aussage „Physicians need to adopt more cost saving measures even if such measures sometimes reduce quality of care“ nur 28% Zustimmung (Bernat et al. 1997), 37% der Befragten stimmten der Aussage zu „I should sometimes deny beneficial but costly services to certain patients because resources should go to other patients that need them more“ (Hurst et al. 2006).

Aus Deutschland liegen zwei quantitative, in ihrer Repräsentativität allerdings deutlich eingeschränkte Umfragestudien unter Ärzten vor (Kern et al. 1999; Boldt u. Schöllhorn 2008). In der Umfrage von Axel Kern et al. unter Lesern des Deutschen Ärzteblatts gaben 73% der Befragten an, es finde heute schon eine Rationierung von Gesundheitsleistungen statt. In der Studie von Joachim Boldt und Thilo Schöllhorn antworteten 67% der befragten Leiter von Intensivstationen, dass Rationierungen bereits stattfänden. Beide Studien fragten jeweils explizit nach der Häufigkeit von „Rationierung“, ohne den Begriff dabei inhaltlich zu spezifizieren.

1.4 Tiefeninterviews mit leitenden Ärzten im Rahmen des BMBF Forschungsverbands „Allokation“

Wer mithilfe von Fragebögen bzw. geschlossenen Fragen nach dem Vorhandensein von Rationierung oder der Relevanz des Lebensalters als Priorisierungskriterium fragt, fragt nach sehr komplexen Begriffen und Konzepten (Pearlman u. Starks 2001; Christianson et al. 2005). Um die Antworten in deutschen Fragebogenstudien besser interpretieren zu können und um Fragestellungen zu formulieren, welche überhaupt erst hilfreiche quantitative Informationen generieren können, bedarf es deshalb vorausgehend einer offenen Beantwortung folgender *qualitativ* zu beantwortender Fragen: Was verstehen deutsche Ärzte unter Mittelknappheit? Wie erleben sie diese? Was meinen Ärzte, wenn sie sagen, dass bereits heute rationiert werden muss bzw. dass noch nicht rationiert werden muss? Was meinen Ärzte, wenn sie sagen, dass die Prognose oder das Lebensalter eines Patienten relevante Kriterien bei der Allokation knapper Ressourcen darstellen?

Wie bereits dargestellt, haben die drei oben genannten qualitativen Studien in Deutschland zum Thema Mittelbegrenzung nicht primär darauf gezielt, die Verwendung der Begriffe Rationierung und Mittelknappheit und der jeweils zur Anwendung kommenden Priorisierungskriterien genauer zu analysieren.

In einer eigenen 2007 abgeschlossenen qualitativen Studie im Rahmen des BMBF Forschungsverbands „Allokation“ wurden Tiefeninterviews mit Chefarzten und leitenden Oberärzten aus der interventionellen Kardiologie und

der Intensivmedizin durchgeführt (Huster et al. 2007; Strech et al. 2008; Strech et al. 2009). Neben einer Erfassung des ärztlichen Verständnisses von Begriffen wie Rationierung und Lebensalter als Zuteilungskriterium war es ein zentrales Ziel dieser Studie, relevante Einflussfaktoren im Umgang mit Kostendruck und die gegenwärtig von Klinikern erlebten Konsequenzen in ihrer Spannweite zu erfassen. Zum einen können die Aussagen der befragten Ärzte zu erschwerenden Bedingungen, Einflussfaktoren und Konsequenzen neue ethische Problemfelder aufdecken. Zum anderen bedarf es einer genauen Kenntnis des Denkens und Handelns der Akteure in der Praxis, um angemessene Lösungskonzepte für die ethischen Probleme zu erarbeiten, welche z.B. – in Sinne einer Ethikfolgenabschätzung – die möglichen Hindernisse bei ihrer Implementierung berücksichtigen. Die Angemessenheit und Qualität einer theoretisch gut begründeten ethischen Strategie – wie z.B. auf Transparenz und Gleichbehandlung zielende Kostensensible Leitlinien – kann nicht unabhängig von den gegenwärtigen Praxisbedingungen beurteilt werden. Erwartungsgemäß werden einige ethisch relevante Praxisbedingungen für eine Implementierung expliziter Strategien sprechen, andere Praxisbedingungen hingegen können mehr oder weniger starke Hindernisse für eine erfolgreiche Implementierung darstellen.

1.4.1 Methodik

Insgesamt wurden 13 halbstrukturierte, leitfadengestützte Tiefeninterviews mit insgesamt 15 Ärzten in leitender Position aus den Fachbereichen Intensivmedizin und interventioneller Kardiologie an insgesamt 5 verschiedenen Kliniken durchgeführt. Der Leitfaden bestand aus thematisch relevanten Stichpunkten, welche der Formulierung offener Fragen dienten, um die Interviewpartner zu Erzählungen anzuregen. Der Inhalt des Leitfadens wurde mit den anderen Mitarbeitern des Forschungsverbundes „Allokation“ abgestimmt. Die Interviews dauerten jeweils zwischen 45 und 70 Minuten, wurden auf Tonband aufgezeichnet und vollständig transkribiert. Wie im Bereich der qualitativen Forschung üblich, wurde das Sample der Interviewpartner nach zweckdienlichen Aspekten zusammengestellt (purposive sampling). Als maßgeblich erschien uns die Berücksichtigung der verschiedenen institutionellen Rahmenbedingungen wie der Versorgungsauftrag (Uniklinik, Haus der Maximalversorgung, Haus der Regelversorgung) und der Krankenhausträger (öffentlich, privat). Zu weiteren spezifischeren Charakteristika siehe (Strech et al. 2008).

Die Auswertung der Interviews erfolgte nach den ersten beiden Stufen der Methodik der „Grounded Theory“ (Strauss u. Corbin 1996). Zunächst wurden alle Transkripte vollständig gelesen. Die Auswertung der ersten 9 Interviews diente der Erstellung eines Kategoriengerüsts (offenes Kodieren, erster Schritt der „Grounded Theory“). Hierbei wurden Textpassagen zentralen und möglichst abstrahierenden Themen bzw. Hauptkategorien zugeordnet. In einer zweiten Durchsicht und Analyse der Transkripte wurden die Hauptkategorien durch

spezifischere Subkategorien erster und zweiter Ordnung in ihren Dimensionen erweitert (axiales Kodieren, zweiter Schritt der „Grounded Theory“). Sämtliche Haupt- und Subkategorien sind somit als Resultate einer systematischen Textinterpretation zu verstehen, welche auf den Originalzitaten aus den Interviews beruht. Teile dieser Originalzitate werden zur Verdeutlichung und Überprüfbarkeit unseres Kategoriengerüsts im Folgenden präsentiert.

Die Auswertung der weiteren 4 Interviews nach der gleichen Methodik ergänzte in einzelnen Fällen die Subkategorien zweiter Ordnung, führte aber zu keiner weiteren Ergänzung der Hauptkategorien und der Subkategorien erster Ordnung. Wir können somit von einem Hinweis für eine bessere Objektivität bezüglich des Kategoriengerüsts ausgehen. Nach dem Ansatz der „Grounded Theory“ gelten diese Kategorienebenen als *theoretisch gesättigt* (theoretical saturation).

1.4.2 Ergebnisse

Die Tabellen 1 und 2 bieten eine Übersicht zu den ermittelten Hauptkategorien und Subkategorien, die im Folgenden skizziert werden.

Die Kategorien aus den Tabellen 1 und 2 basieren in der Regel auf verschiedenen Zitaten. Aufgrund der Materialfülle ist eine vollständige Präsentation aller Textpassagen aus dem Originalmaterial hier nicht möglich. Die Darstellung beschränkt sich deshalb auf einzelne Textpassagen. Zur Wahrung der Anonymität der Interviewteilnehmer werden keine näheren Angaben zur Herkunft der Zitate gemacht. Die Auswahl beschränkt sich nicht auf die prägnantesten oder „stimmigsten“ Zitate, sondern bezieht bewusst auch widersprüchliche Zitate mit ein.

Mittelknappheit & Rationierung

Die Berichte der Interviewteilnehmer zeigen, wie vielschichtig der phänomenale Gehalt der Begriffe Mittelknappheit und Rationierung (auch Leistungsbegrenzung) ist. Zunächst lassen sich die Aussagen der Ärzte so interpretieren, dass sich die Mittelknappheit in *direkter* oder *indirekter* Form manifestiert. *Direkt*: „mit den Mitteln, die wir jetzt hier im Hause auch haben, sehe ich keine Möglichkeit auch im Geringsten nur irgendetwas einzusparen, wir machen nur Basismedizin“; *indirekt*: „Die Knappheit spüre ich nicht unbedingt. Es gibt natürlich jährliche Sitzungen, wo man sich dann rechtfertigen muss bezüglich der Ausgaben und Budgets, ob man drüber oder drunter liegt.“

Insbesondere die jüngeren Ärzte berichteten, dass durch den Umgang mit Mittelknappheit ihr *Kostenbewusstsein* befördert wird: „Mittelknappheit denke ich, ist im Gegensatz zu früher, allgegenwärtig. Es wird viel gesprochen darüber, schon ab der Assistentenebene, sodass das Bewusstsein für begrenzte Ressourcen inzwischen geschärft ist.“

Tab. 1 Ergebnisse der Tiefeninterviews (Teil 1)

Hauptkategorien	Subkategorien 1. Ordnung	Subkategorien 2. Ordnung
Status quo: Mittelknappheit & Rationierung	Mittelknappheit	direkte Präsenz
		indirekte Präsenz
		logische Konsequenz
		Gründe
		Kostenbewusstsein
		falsche Darstellung in der Öffentlichkeit
	Rationierung	findet statt
		findet unter bestimmten Bedingungen statt
		findet unter bestimmten Bedingungen nicht statt
		findet noch nicht statt
	findet unbewusst statt	
Priorisierungskriterien	medizinische Kriterien	Prognose, Nutzen, Risiko als absolute Kriterien
		Prognose, Nutzen, Risiko als relatives Kriterien
		antizipierter Nutzen/Lebensqualität
		Lebenserhaltung
		Schweregrad
		Probleme der Abgrenzbarkeit oder Cutoff-Bestimmung
	Kosteneffektivität	relevant
		nicht relevant
		abhängig von der Dateninterpretation
		abhängig von verwendeten Parametern
	Lebensalter	Problem der Definition
		relatives Kriterium (abhängig von der Prognose)
		relatives Kriterium (abhängig vom Wunsch des Patienten)
		absolutes Kriterium
		emotionales Kriterium
	sonstige Kriterien	Compliance
		sozialer Beitrag

Tab. 2 Ergebnisse der Tiefeninterviews (Teil 2)

Hauptkategorien	Subkategorien 1. Ordnung	Subkategorien 2. Ordnung
erschwerende Bedingungen und Einflussfaktoren	Kontext/System	finanzielle Grundvoraussetzungen
		Maximal- vs. Regelversorgung
		fehlende (kostengünstigere) Alternativen
		Interaktion zwischen Kliniken und Abteilungen
		Schwierigkeiten mit der DRG-Vergütung
		im Budget unberücksichtigte Leistungen
	Arzt/Profession	Konkurrenzdruck
		fehlende Legitimation
		fehlende gesundheitsökonomische Kompetenz
		unzureichende Vorbereitung auf die Problemlkomplexität
		fehlende Unterstützung bei der Entscheidungsfindung
	Patient/Gesellschaft	Wohl und Wille des Patienten
falsche Vorstellungen über Rationierung in der Gesellschaft		
Konsequenzen	globale Konsequenzen	Rollenkonflikte
		Gewissenskonflikte
		neues ärztliches Selbstverständnis
		Unvermeidbarkeit der Rationierung
	handlungsbezogene Konsequenzen	Leistungsverdichtung
		Personalabbau
		Überforderung
		emotionaler Stress
		willkürliche Entscheidungen
		Unehrllichkeit

Zugleich wurde das fehlende Bewusstsein für die Mittelknappheit in der öffentlichen Diskussion bzw. die *falsche Darstellung in der Öffentlichkeit* angemahnt: „letztlich ist das eine unehrliche Diskussion. Es wird in der öffentlichen Diskussion immer so dargestellt, als wäre genug Geld vorhanden, wenn man es nur sinnvoll einsetzt.“

Die Frage, ob eine Leistungsbegrenzung in der jeweiligen Klinik stattfindet oder nicht, wurde im Rahmen der Interviews nie dichotom mit „Ja“ oder

„Nein“ beantwortet. Die Einschätzungen der Interviewpartner diesbezüglich gingen nicht nur auseinander, sondern sie spiegelten den relativen und situativen Gehalt der Begriffe Leistungsbegrenzung oder Rationierung wider. Einige Berichte der Interviewpartner weisen z.B. darauf hin, dass Leistungsbegrenzungen von den jeweiligen Voraussetzungen im Einzelfall abhängen. Diese können *unter bestimmten Bedingungen stattfinden*: „Wenn trotz Studien die Wirksamkeit, der Effekt von einer teuren Untersuchungs- oder Therapiemethode nicht bekannt ist, bin ich inzwischen so, dass ich die kostengünstigere Variante vorziehen würde, aber nur wenn die Signifikanz fehlt.“ Oder Leistungsbegrenzungen *finden unter bestimmten Bedingungen nicht statt*: „Wenn wir sowohl hier auf der [X]-Station wie auch auf der [Y]-Station wirklich von dem Vorteil einer teuren Maßnahme überzeugt sind, dann enthalten wir diese dem Patienten nicht vor.“

Priorisierungskriterien

Zu den von unseren Interviewpartnern genannten Priorisierungskriterien gehören verschiedene medizinische Kriterien, Kosteneffektivität, Alter, Compliance und sozialer Beitrag.

Medizinische Kriterien

Medizinische Kriterien wie Prognose, Nutzen oder Risiken wurden in einigen Berichten als *absolute Kriterien* für die Durchführung einer Maßnahme beschrieben: „Also wenn es eine wirklich wissenschaftlich signifikante bedeutsame Besserung ist, gehen wir im Moment so vor, dass das Geld in dem Fall keine Rolle spielt.“ In anderen Berichten wiederum wurden sie als *relative Kriterien* beschrieben, die durchaus gegenüber anderen Kriterien abgewogen werden müssen.

Antizipierende Nutzeinschätzungen können sich dabei nicht immer auf wissenschaftlich begründete Evidenzen stützen und beruhen dann auf dem erfahrungsgestützten, individuellen ärztlichen Urteil: „Aber auch Lebensqualitätsstudien sind natürlich wichtig, wobei es da in vielen Bereichen nicht viele gibt. Da geht es dann mehr um die Abschätzung, was man selber glaubt, dass sie mehr den Patienten im Ganzen betrachten und überlegen, hilft man ihm jetzt oder schadet man ihm.“

Der Nutzen einer medizinischen Maßnahme als Priorisierungskriterium wurde konkretisiert zum einen durch die Kategorie der *Lebenserhaltung*: „Also zunächst einmal, Lebenserhaltung ist das größte Kriterium“ und zum anderen durch den *Schweregrad* der Erkrankung.

Als eine besondere Schwierigkeit bei der Anwendung medizinischer Kriterien wurde die *Abgrenzbarkeit oder Cut-off-Bestimmung* beschrieben: „gerade dieser Graubereich zwischen eindeutigen Kontraindikationen und eindeutigen In-

dikationen ist natürlich das, wobei man immer Schwierigkeiten hat. So eine Entscheidung ist gerade bei der Rationierung schwierig.“

Kosteneffektivität

Die Kosteneffektivität einer medizinischen Leistung als Priorisierungskriterium wurde unterschiedlich eingeschätzt, zum Teil als *relevant*: „[Hintergrund: Kosteneffektivitäts-Studien zur kardiovaskulären Therapie, Anm. DS] Also das tue ich persönlich in meinen Alltag schon einbauen natürlich. Das beeinflusst“, aber auch als eher *nicht relevant*: „Der Kosteneffekt wird ja oft in Untersuchungen so angegeben: Um wie viel besser ist das strukturelle Ergebnis beim Patienten. Sind die weniger abhängig, weniger pflegebedürftig, wenn sie später aus der Klinik entlassen werden? Das sind halt so typische Marker, die aber, so denke ich, für unsere Bilanz, die uns unmittelbar betrifft im Jahr, keine Rolle spielt.“

Ob die Kosteneffektivität als Priorisierungskriterium akzeptabel erscheint, wurde von den Ärzten wiederum im Zusammenhang mit bestimmten Bedingungen bewertet. Zum einen ist die praktische Relevanz der Kosteneffektivität abhängig von der Dateninterpretation, zum anderen ist sie abhängig von den verwendeten Parametern: „Die reine Beschränkung auf die Kosten pro gewonnener Lebenszeit, scheint mir pragmatisch aber dann doch nicht weit genug zu greifen.“

Alter

Auch das Lebensalter wurde in den Interviews als Priorisierungskriterium bei der Begrenzung medizinischer Leistungen genannt. Probleme können sich aber bereits bei der *Definition* ergeben: „es [die Bedeutung des Alter als Priorisierungskriterium, Anm. DS] ist schwierig zu definieren, weil so vieles da zusammen kommt. Es geht ja nicht nur ums numerische Alter, sondern auch um das biologische Alter der Patienten, um Begleiterkrankungen und das Ausmaß der akuten Erkrankung.“

Das Alter wurde als ein in verschiedener Hinsicht *relatives Kriterium* beschrieben. Einmal als *abhängig von der Prognose*: „Ein 85-Jähriger wird seinen Prothesenwechsel eben nie erleben, da muss man auch nicht daran denken, dass der evtl. nach 15 Jahren dann Beschwerden mit der Lockerung oder so Dingen bekommen könnte“ und ein anderes mal als *abhängig vom Wunsch des Patienten*: „Es kommt da wieder drauf an, ob wir auch den Wunsch des Patienten wissen. Wir versuchen natürlich gerade bei älteren Leuten den rauszukriegen.“ Das Lebensalter wurde aber auch als *absolutes Kriterium* benannt: „Man wird sicherlich bei sehr alten Patienten aus den Heimen, dementen Patienten oder ähnlichen überlegen müssen, ob die Maximaltherapie die man einem Jugendlichen oder jungen Patienten angedeihen lässt, dann angebracht ist.“