

# Priorisierung ärztlicher Leistungen – notwendig oder überflüssig?

„Ich weiß, dass ich mit meinen Ausführungen zur Priorisierung ein Tabu gebrochen habe ...“, so Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe auf dem 112. Deutschen Ärztetag in Mainz im Mai 2009. Und er fügt hinzu: „Ich will eine Diskussion in der Gesellschaft anstoßen, wie viel diese bereit ist, für Gesundheit auszugeben.“ Die „Priorisierungsdebatte“ wird seither in der Ärzteschaft sehr kontrovers geführt. Um die Diskussion zu versachlichen, beschloss der 68. Bayerische Ärztetag im April 2010, ein Symposium zum Thema „Priorisierung im Gesundheitswesen – pro und contra“ zu veranstalten. Eine vorbereitende Arbeitsgruppe bei der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) leistete für das Symposium intensive Vorarbeiten. Sie alle sind zu dem Symposium, das am 19. November 2011 im Ärztehaus Bayern stattfinden wird, herzlich eingeladen.

Die Befürworter von Priorisierung sagen: „Der wachsende medizinische Fortschritt sowie der demografische Wandel werden dazu beitragen, dass die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) auch in Zukunft vor erheblichen Finanzierungsproblemen steht“ (Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer 2007). Und Professor Dr. Fritz

Beske vom Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel: „Als erstes muss die Politik öffentlich anerkennen, dass die Deckung des steigenden Finanzbedarfs in der GKV mit keiner der herkömmlichen Maßnahmen möglich ist ... Priorisierung und Rationierung sind hierfür die Methoden der Wahl.“ Hierbei wird von einer unvermeidbaren Kostenexplosion im Gesundheitswesen ausgegangen. Priorisierung soll zudem zu mehr Transparenz und besserer Qualität führen.

## Pro und Contra

Die Gegner der Priorisierung sagen: Eine Priorisierung per se als l'art pour l'art macht keinen Sinn. Priorisierung wird instrumentalisiert zur Ausgliederung von (medizinisch notwendigen) Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV. Priorisierung und Rationierung sind zwei Seiten einer Medaille. Es gibt bessere Ansätze, um die Kosten im Gesundheitswesen in Schranken zu halten: Versorgungsforschung mit besserer und bedarfsgerechter Allokation vorhandener Ressourcen, Abbau von Über- und Fehlversorgung, insbesondere von Überdiagnostik und Übermedikalisierung. Hier wird davon ausge-

gangen, dass wir noch erhebliche Potenziale zur Effizienzsteigerung im Gesundheitssystem haben. Auch diese Wege sollen zu mehr Transparenz und besserer Qualität führen.

## Fragestellungen

In der vorbereitenden Arbeitsgruppe wurden wesentliche Teilaspekte zum Thema Priorisierung zusammengetragen, dies aus Sicht von Gesundheitsökonomie, Versorgungsforschung und Medizinethik, aber auch aus Sicht von Ärzten und Patienten. Es tauchte eine Reihe spannender Fragen auf: Welche ökonomischen Auswirkungen hat der demografische Wandel? Führt der medizinisch-technische Fortschritt nur zu Verteuerungen oder kann er auch zu Einsparungen genutzt werden? Wie hoch können bestehende Rationalisierungsreserven bemessen werden? Mit welchen Mechanismen kann eine „Überinanspruchnahme“ des Gesundheitswesens eingedämmt werden? Wie können Fehlallokationen vermieden werden? Wie kann Versorgungsgerechtigkeit zu finanzierbaren Bedingungen in unserem Gesundheitswesen erreicht werden? Aber auch: Wie sieht der internationale Vergleich aus – welche Priorisierungsansätze gibt es in anderen Ländern? Letzterem Thema ist der folgende Artikel gewidmet.

In der Tabelle werden – aus der Vielzahl der zur Verfügung stehenden Begriffe – Formen der Rationierung vorgestellt.

Formen der Rationierung	
harte Rationierung	Ressourcen sind nicht ausdehnbar (zum Beispiel 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 (zum Beispiel Lebertransplantationen bei Alkoholiker)
indirekte Rationierung	Ressourcenbegrenzung auf der Makroebene (zum Beispiel Budgets)
explizite Rationierung	Vorenthalten von Leistungen für bestimmte Patientengruppen (zum Beispiel ab einem bestimmten Alter)
implizite Rationierung	Umgang mit Versorgungsengpässen auf der Mikroebene, die strukturell vorgegeben sind und die es im Versorgungsalltag zu überwinden gilt (zum Beispiel Begrenzung der Zahl von Rettungshubschraubern, Intensivbetten)

Tabelle.

Quelle: Fuchs C, Nagel E, Raspe H: Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – was ist gemeint? Dtsch Arztebl 2009; 106(12): A-554/B-474/C-458

## Autor



Dr. Peter Scholze,  
Vorsitzender der  
Arbeitsgruppe  
Priorisierung der  
BLÄK