

Priorisierung im Gesundheitswesen aus internationaler Sicht

Priorisierung im Gesundheitswesen ist weder ein spezifisch deutsches Phänomen noch eine brandneue Entwicklung. Vielmehr werden Priorisierungen – in unterschiedlichen Ausgestaltungen – bereits seit etwa zwei Jahrzehnten in zahlreichen Ländern angewandt [1].

Gründe für Priorisierungsmaßnahmen

Ausgangspunkt für die Implementierung von Priorisierungsmaßnahmen waren neben politischen Gründen zumeist ökonomische Faktoren. In den meisten Ländern waren mit Deutschland vergleichbare Umstände wie eine demografisch alternde Bevölkerung und steigende Kosten durch den medizinisch-technologischen Fortschritt gegeben [2]. Ein wichtiger Aspekt bei der Einführung von Priorisierungsmaßnahmen war die Kostenreduktion als langfristiges Ziel, wobei der Stellenwert dieses Kriteriums insbesondere dann in den Vordergrund rückte, wenn auf Basis der Priorisierungen zusätzliche Rationierungsmaßnahmen geplant waren.

Formen der Priorisierung

Aufgrund der jeweils unterschiedlichen Strukturen der Gesundheitssysteme variieren auch die Priorisierungsansätze. Grundsätzlich lassen sich zwei Herangehensweisen unterscheiden [3]: Die Aufstellung von Rahmenbedingungen (outlining principles) sowie die Erstellung konkreter Leitlinien (defining practices).

Outlining principles

Diesen Ansatz haben Länder wie Schweden, Norwegen, die Niederlande und Dänemark gewählt [3]. Hierbei werden Rahmenkriterien definiert, die im Rahmen der Priorisierung zwingend erfüllt sein müssen. In Schweden waren dies beispielsweise folgende Kriterien: Die Menschenwürde, der Bedarf und die Solidarität sowie die Kosteneffektivität [4]. Ziel dieser Herangehensweise war es, einen Konsens in der Bevölkerung im Hinblick auf fundamentale Werte und Prinzipien in der medizinischen Versorgung festzulegen. Die Ergebnisse dieses Ansatzes waren – wie zu erwarten – sehr abstrakt

[5] und dienten eher der Vermeidung eklatanter Fehlentwicklungen und weniger als konkrete Handlungsanweisungen für eine praktikable Prioritätensetzung.

Defining practices

Dieser Weg hin zu einer praktikablen Anwendbarkeit von Priorisierungsmaßnahmen wurde vom US-Bundesstaat Oregon, England, Israel und Neuseeland beschritten. Bei dieser Methode werden explizit Kriterien oder Handlungsanweisungen definiert, nach denen Gesundheitsmaßnahmen gewichtet werden [6]. Die Länder entwickelten hierfür unterschiedliche Ansätze, wobei sich über die Jahre eine Konvergenz bei den angewandten Kriterien beobachten lässt. Diese sollen nachfolgend am Beispiel des US-Bundesstaates Oregon vorgestellt werden, der einer der ersten Staaten weltweit in der Einführung von Priorisierungs- und auch Rationierungsmaßnahmen war [7].

Beispiel Oregon-Kriterien

Zur Sanierung des Haushaltes wollte die Regierung von Oregon die Ausgaben für Medicaid (das Krankenversicherungsprogramm für Bedürftige) senken und gleichzeitig die Medicaid-Versorgung auf alle Einwohner unterhalb der Armutsgrenze ausdehnen. Über eine Priorisierung mit nachfolgender Rationierung sollten diese Ziele für Medicaid kostenneutral erreicht werden [8]. Deshalb wurde anfangs die Kosteneffektivität als alleiniges Kriterium bei der Bewertung herangezogen. Es stellte sich jedoch sehr schnell heraus, dass es für eine sinnvolle Rangfolge weiterer Kriterien bedurfte [9]: Zuerst wurden Krankheitskategorien gebildet, beispielsweise „chronische Krankheiten“ oder „psychiatrische Erkrankungen“. Innerhalb dieser Krankheitskategorien wurden weitere Kriterien wie die Behandlungseffektivität oder der Einfluss auf das Leiden der Patienten hinzugezogen. Zusätzlich wurden die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien sowie klinische Richtlinien miteinbezogen. Die Übernahme dieser Kriterien in summa führte letztendlich zu einer ethisch und medizinisch vertretbaren Prioritätenliste. Die genannten Kriterien wurden in der einen oder anderen Form auch in den Priorisierungsanstrengungen anderer Länder umgesetzt [10, 11].

Priorisierungsmaßnahmen erfolgreich?

Dies lässt sich nicht pauschal beantworten. Die Zielsetzungen der Länder bei der Einführung der Priorisierungsmaßnahmen sind nur schwer vergleichbar [12]. Vor allem aber waren die Zeiträume der Umsetzungsprozesse sehr lange, und führten – aufgrund der politischen Brisanz dieser Thematik – zu zahlreichen Änderungen und Weiterentwicklungen [6]. Hierbei gilt es zu berücksichtigen, dass einige Länder auf Basis der Priorisierungen gleichzeitig Rationierungsmaßnahmen einführen, sodass der Erfolg oder Misserfolg der Maßnahmen nicht immer direkt zuzuordnen war. Festzuhalten ist, dass Priorisierungsmaßnahmen mit erheblichem Aufwand (der Gründung von Instituten, Einberufung von Kommissionen, usw.) verbunden waren und das Ziel einer Kostenreduktion alleine nicht erfüllen konnten [7, 13].

Bei der Diskussion über den Nutzen und die Wertigkeit von Gesundheitsleistungen muss mehr Transparenz entwickelt werden. Die vorgenannten Priorisierungsmaßnahmen können dies leisten, sie können – je nach politischem Umfeld – auch unliebsame Rationierungen zur Folge haben. Abschließend stellt sich die Frage, wie man die genannten Ziele von Transparenz und bedarfsgerechter Versorgung am besten erreicht: Über Priorisierung oder über den Ausbau der Versorgungsforschung mit besserer Mittel-Allokation und Präzisierung von Versorgungszielen.

Das Literaturverzeichnis kann beim Verfasser angefordert oder im Internet unter www.blaek.de (Ärzteblatt/Literaturhinweise) abgerufen werden.

Autor



Ulrich Grupp, B. Sc., Student der Humanmedizin an der LMU München.

Er verfasste seine Bachelorarbeit zu diesem Thema.