

„Priorisierung ärztlicher Leistungen – notwendig oder überflüssig?“

Ist Priorisierung eine unausweichliche Notwendigkeit, bereits vielerorts gelebte Realität oder müssen wir einfach nur Fehlallokationen vermeiden? Wie kompatibel ist der ärztliche Alltag tatsächlich mit der Forderung nach noch mehr Effizienz? Diesen und anderen Fragen widmeten sich Mitte November Experten aus Gesundheitsökonomie, Versorgungsforschung, der Arzt- und Patientensicht sowie Medizinethik und -geschichte auf dem gleichnamigen Symposium der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) in München. Rund 80 Teilnehmerinnen und Teilnehmer, darunter Ärzte, Kassenvertreter und Repräsentanten von Selbsthilfeorganisationen und Beratungsstellen, diskutierten mit namhaften Referenten über Priorisierung ärztlicher Leistungen.

Rationalisierung – Priorisierung – Rationierung

Die Vizepräsidentin der BLÄK, Dr. Heidemarie Lux, betonte in ihrem Grußwort, dass, trotz zunehmender Ökonomisierung in der Medizin, die Ausübung des freien Arztberufes nicht eingeschränkt werden dürfe. Sie forderte einen öffentlichen Diskurs über Priorisierung im Gesundheitswesen, vor allem aber einen verantwortungsvollen Umgang mit den vorhandenen Ressourcen. Lux kritisierte die Einstellung der Politik, die es als unethisch erachte über Priorisierung – und in diesem Zusammenhang über Rationierung – zu sprechen. „Das uneingeschränkte Leistungsversprechen vieler Gesundheitspolitiker hat ausgedient“, erklärte die Vizepräsidentin. Viele Ärztinnen und Ärzte beklagten bereits heute eine heimliche, tagtägliche Rationierung in der Praxis und am Krankenbett, die ihnen aufgebürdet würde. „Auch wenn die eine Seite der Auffassung ist, durch Effizienzsteigerung und Beseitigung von Fehlallokationen eine drohende Priorisierung abwenden zu können, und andere argumentieren, Priorisierung stelle eine unausweichliche Notwendigkeit dar, sollte uns allen klar sein, dass die Reihenfolge Rationalisierung – Priorisierung – Rationierung heißen muss“, betonte



Die Referenten und Teilnehmer der Arbeitsgruppe: Privatdozent Dr. Andreas Gerber, Professor Dr. Wulf Dietrich, Professor Dr. Matthias Schrappe, Dr. Emma Auch, Professor Dr. Georg Marckmann, Professor Dr. Dr. phil. Heiner Raspe, Dr. Peter Scholze, Jan Hesse, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Gabriel Schmidt, Dr. Veit Wambach (v. li.).

Lux. Langfristig ginge es darum, eine gerechte Zuordnung zu den Ressourcen unseres Gesundheitssystems zu erzielen. Unverzichtbar in diesem Zusammenhang sei auch die Transparenz – Entscheidungen müssten für Patientinnen und Patienten stets nachvollziehbar sein, erklärte Lux.

Dr. Peter Scholze, Leiter der vorbereitenden Arbeitsgruppe und Delegierter zur BLÄK, widmete sich den Fragen und Kernaussagen der Priorisierung. Der demografische Wandel führe zu immer höheren Gesundheitsausgaben, die die Krankenkassen nicht leisten könnten. „Die logische Konsequenz ist dann die Priorisierung“, erklärte Scholze. Aber ob sie per se zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität führe, würde durch den Sozialstaat und die Gesundheitsökonomie maßgebend beeinflusst. Tatsächlich mache Priorisierung nur Sinn, wenn ihr eine konsequente Rationalisierung voraus-

ginge. „Wir haben in unserem Gesundheitssystem noch erhebliche Rationalisierungsréserven“, erklärte Scholze. Er sieht Einsparpotenzial durch einen Ausgleich bei Über-, Fehl- und Unterversorgung, bei Medikamenten sowie durch integrierte Versorgung und die Nutzung von Nahtstellen. „Dabei ist jede Form einer ‚verdeckten Rationierung‘ abzulehnen“, betonte er.

Priorisierung im internationalen Vergleich

Professor Dr. Dr. phil. Heiner Raspe vom Institut für Bevölkerungsmedizin, Universität zu Lübeck, wagte einen „Blick über den Vasenrand“ und analysierte Priorisierung im internationalen Vergleich. Von einer „horizontalen“ Priorisierung könne man im Falle Oregon sprechen. Durch Rationierungsmaßnahmen bzw. eine „Prioritätenliste“ seien dort ganze Krankheits-



Blick aus der Vogelperspektive.

gruppen ausgeschlossen worden. Rationierung, so wie sie in Schweden betrieben würde, sei kein Vorenthalten (Lebens)wichtiger Leistungen. Vielmehr handele es sich hier um den Versuch, Ressourcen systematisch bedarfs- wie verteilungsgerecht zuzuweisen. In Skandinavien würden zwar Krankheitszustände bewertet und Interventionen nach Schwere, Gefährlichkeit und Erfolgsaussichten vorgenommen, dies jedoch unter Wahrung der ethischen Grundsätze wie Schutz der Menschenwürde und einem Diskriminierungsverbot. „Die Menschen mit dem größten Bedarf an Gesundheitsleistungen haben Vorrang in der Versorgung“. Raspe erklärte, jeweils die Chancen von Priorisierung gegen ihre Risiken abwägen zu müssen, um zu individuellen Lösungen gelangen zu können. Bislang sei in Deutschland die Diskussion über Priorisierung unterdrückt worden. „Dennoch scheint sie mir unvermeidlich“, betonte Raspe. „Das größte Problem liegt darin, dass jeder Rationierung hört wenn von Priorisierung gesprochen wird.“ Das müsse man ändern.

Ressourcen gezielter nutzen

Privatdozent Dr. Andreas Gerber vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in Köln nahm in seinem Vortrag „Priorisierung und Gesundheitsökonomie“ in den Fokus. Er stellte zwei Möglichkeiten vor, aus gesundheitsökonomischer Sicht Entscheidungen im Gesundheitssystem zu prüfen. Erstens das National Institute of Clinical Excellence (NICE) mit dem Ansatz Quality-adjusted life years measurement (QALY), mit der Entscheidung, ob eine Therapie überhaupt finanziert werden soll und das IQWiG mit dem Ansatz, einen Erstattungsbetrag für ein Arzneimittel zu empfehlen bzw. durch Kosten-Nutzen-Bewertungen Grundlagen für Verhandlungen zwischen GKV-Spitzenverband

und Herstellern zu legen. Um mehr Effizienz im Gesundheitswesen zu generieren, müsse die Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung aufgehoben werden, so Gerber. Auch die starre Abgrenzung zwischen ärztlichen und pflegerischen Berufen sei hinderlich. Mit Verweis auf die evidenzbasierte Medizin erklärte Gerber: „Wir müssen mutiger sein und die Bereiche identifizieren, in denen keinesfalls gespart werden darf.“ Leistungen, die nachweislich nichts bringen, könne man einsparen.

„Brauchen wir eine bessere Ressourcenverteilung oder die Rationierung?“ fragte Professor Dr. Matthias Schrappe aus Köln, der in seinem Vortrag „Priorisierung aus Sicht der Versorgungsforschung“ untersuchte. Er lobte, dass die BLÄK ein umstrittenes Thema wie die Priorisierung aufgreife und machte deutlich, dass die Ärzteschaft ihren Aufgabenbereich hier noch stärker definieren müsse. Er verwies auf ein sektorales Gesundheitssystem, in dem jeder eigenständig arbeite und wodurch meist nur der Nutzen in den Vordergrund gerückt würde. „Gesundheitssysteme sind grundsätzlich durch Mittelknappheit und die Notwendigkeit der Auswahl unterschiedlicher Vorgehensweisen gekennzeichnet, die auch die Konsequenzen unterlassener Maßnahmen miteinbeziehen muss (Opportunitätsprinzip)“, so Schrappe. Wenn die Politik nicht regulierend eingreife, müsse das, was nicht priorisiert würde, irgendwann durch den Patienten beglichen werden.

Arzt- und Patientensicht

Ob der Patient das bekommt, was er tatsächlich braucht, stellte der Allgemeinarzt Dr. Gabriel Schmidt in seinem Vortrag zur Diskussion. Seine Antwort darauf lautete klar: Aus Sicht des Gesetzgebers, der Krankenkassen und Politiker seien Patienten heute gut versorgt, die

Frage ist nur, unter welchen Umständen diese Versorgung erfolge. Schmidt verwies auf Streichungen und Änderungen im Gesundheitswesen, die bereits seit 2004 mit dem Gesundheitsreformgesetz erfolgt seien. „Wir erleben seither eine Rationierung, ohne jedoch bisher von Priorisierung gesprochen zu haben.“ Lange Wartezeiten auf Facharzttermine, ein neuer Heilmittelkatalog und geringere Zuschüsse zu medizinischen Hilfsmitteln, seien nur Beispiele. Er betonte, dass das Vertrauen zwischen Arzt und Patient unbedingt gestärkt werden müsse: „Nur wenn wir unsere Patienten künftig mehr in etwaige Rationierungsprozesse einbinden, ihr Kostenbewusstsein schärfen und nachvollziehbare Einzelleistungen erbringen, schaffen wir Transparenz und somit Vertrauen.“ Nur so könne der Patient Gegebenheiten der Zukunft, die eine Begrenzung der Mittel nach sich ziehen, akzeptieren.

Aus ethischer Perspektive

„Die Priorisierung ist keine Einbahnstraße zur Rationierung“, betonte Professor Dr. Georg Marckmann von der Ludwig-Maximilians-Universität München, Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, in seinem Vortrag. Ethisch am ehesten vertretbar sei es, die unvermeidbaren Leistungseinschränkungen dort durchzuführen, wo dem Patienten ein geringerer Zusatznutzen mit erheblichen Zusatzkosten verkauft werden müsse. „Auf diese Weise wird der erreichbare gesundheitliche Gesamtnutzen maximiert und der ‚Schaden‘ für den Einzelnen minimiert“, erklärte Marckmann. Auch er regte einen öffentlichen Diskurs über Priorisierung an, sowie explizite Formulierungen und Kriterien zur Priorisierung. „Ärzte müssen hier mehr miteinbezogen werden, zugleich auf lange Sicht aber auch bereit sein, mehr Verantwortung zu übernehmen.“ Die Nutzenbewertung medizinischer Maßnahmen müsse in Zukunft oberste Priorität haben.

Vizepräsidentin Lux erklärte abschließend, den öffentlichen Diskurs über Priorisierung stärker vorantreiben zu wollen. Zugleich hoffe sie, dass durch richtige Anreize, mehr Prävention und Transparenz die Ressourcen dorthin gingen, wo sie zu allererst gebraucht würden.

Die einzelnen Themenblöcke wurden ergänzt durch Diskussionsrunden mit den Mitgliedern der Arbeitsgruppe: Dr. Emma Auch, Professor Dr. Wulf Dietrich, Dr. Jörg Franke, Jan Hesse, Dr. Hans-Joachim Lutz, Dr. Peter Scholze, Dr. Veit Wambach und dem Publikum, was die abschließende Diskussion anregte.

Sophia Pelzer (BLÄK)