

Abschlussbericht: „Priorisierung in der Medizin“

Die Diskussion über eine „Priorisierung in der Medizin“ verläuft äußerst kontrovers, es finden sich unterschiedene Befürworter und Gegner. Eine bei der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) eingerichtete Arbeitsgruppe befasste sich von Mai 2011 bis Februar 2012 mit diesem komplexen Thema und organisierte das Symposium „Priorisierung ärztlicher Leistungen – notwendig oder überflüssig?“. Ende November 2011 diskutierte die Arbeitsgruppe gemeinsam mit geladenen Referenten aus dem Bereich Gesundheit, Ökonomie und Ethik das Thema mit einer breiten Öffentlichkeit. Das Symposium diente zum Meinungsaustausch und zur Meinungsbildung; die Arbeitsgruppe „Priorisierung in der Medizin“ kommt zu folgendem Ergebnis:

Die Befürworter einer Priorisierung in der Medizin argumentieren mit folgenden Punkten: Die Interaktion von medizinischem Fortschritt, demografischem und epidemiologischem Wandel werde eine Ausgabenexplosion im Gesundheitswesen auslösen, die von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht mehr finanziert werden könne. Priorisierung solle dazu beitragen, die knappen Mittel nach gesellschaftlich konsentierten Kriterien möglichst gerecht zu verteilen. Entscheidungen über den Umfang solidarisch finanzierter Leistungen seien ethische Entscheidungen, die im gesellschaftlichen Diskurs und auf politischem Wege zu treffen seien. (Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe 2009: „Mit den Mitteln, die uns heute zur Verfügung stehen, werden wir den medizinischen Fortschritt zukünftig nicht mehr in den Praxen und Kliniken abbilden können – erst recht nicht in einer Gesellschaft des langen Lebens.“)

Die Gegner einer Priorisierung in der Medizin argumentieren wie folgt: Eine Kostenexplosion in unserem Gesundheitswesen habe es bisher nicht gegeben. Zukünftiger medizinischer Fortschritt ermögliche auch Einsparungen. Eine älter werdende Gesellschaft gehe nicht zwangsläufig mit dramatisch steigenden Gesundheitsausgaben einher. Es seien noch genügend Rationalisierungsreserven im System, die durch konsequente Umsetzung von Versorgungsforschung und Abbau von Über-, Fehl- und Unterversorgung genutzt werden können. Eine Priorisierung in der Medizin berge die Gefahr, dass medizinisch notwendige und sinnvolle Leistungen aus dem GKV-Leistungskatalog ausgeschlossen werden und dieses dann Ungleichbehandlung und soziale Benachteiligung induziere.

Wichtige ethische Kriterien zur zukünftigen Steuerung und Strukturierung unseres Gesundheitswesens und für eine Versorgung der Patienten auf hohem Niveau sind: Orientierung am patientenrelevanten Nutzen, Respektierung des Selbstbestimmungsrechts, Bedarfsgerechtigkeit, Gleichbehandlung und Verteilungsgerechtigkeit. Die Versorgung hat sich am gesundheitlichen Bedarf der Patienten zu orientieren und nicht an Nachfrage, vorhandener Ausstattung oder der bisherigen Versorgung. Eigeninteressen einzelner Leistungsanbieter dürfen nicht zu mehr Leistungen führen. Die Ergebnisse der Versorgungsforschung mit patientenrelevanten und klinisch evaluierten Studien und die Ergebnisse mit höchstem Evidenzgrad müssen Berücksichtigung finden. Ziel ist eine Versorgung von Kranken, Älteren, Behinderten oder an einer seltenen Krankheit Leidenden auf hohem evidenzbasiertem Niveau.

Dies alles ist nur erreichbar, wenn die Solidargemeinschaft die hierfür notwendigen Kosten bereitstellen kann. Einseitige utilitaristische Ansätze, die den größtmöglichen Nutzen der Gesamtheit auf Kosten des individuellen Leidens verfolgen, sind mit dem Prinzip der Menschenwürde nicht vereinbar.

Entlang dieser ethischen Kriterien kommt die Arbeitsgruppe zu folgendem Ergebnis:

Jede Form der verdeckten Rationierung ist abzulehnen. Bereits bestehende verdeckte Rationierungen müssen für Patienten, Ärzte und weitere Gesundheitsberufe transparent gemacht werden.

Vor Ergreifen weiterer Maßnahmen müssen bestehende Rationalisierungspotenziale genutzt werden, dies insbesondere im Bereich von Über-, Fehl- und Unterversorgung.

Durch den Ausbau der Versorgungsforschung können Steuerung und Strukturierung des zukünftigen Gesundheitswesens besser gelingen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) müssen ihre Entscheidungsprozesse auf evidenzbasierter Grundlage transparenter und nachvollziehbarer gestalten.

Die finanziellen Auswirkungen des medizinischen Fortschritts sind differenziert zu prüfen: Der medizinische Fortschritt wird in einzelnen Bereichen zu Kostensteigerungen, in anderen Bereichen zu Einsparungen führen. Fortschritt und Innovationen beziehen sich auf Produkte und auf Versorgungsprozesse. Im Bereich der Produkte ist mit Kostensteigerungen zu rechnen, im Bereich der Versorgungsprozesse sind durch bessere Kooperationsformen und Zielorientierung Einsparungen erzielbar. Die demografische Entwicklung wird nicht zu der befürchteten Kostenmehrung führen. Die meisten Behandlungskosten entstehen im letzten Jahr vor dem Tod, weitgehend unabhängig vom Alter (Kompressionstheorie). Der Ansatz dieser „Kompressionstheorie“ ist realistischer als der Ansatz der „Medikalisierungstheorie“ (These: Je älter die Menschen sind, umso mehr brauchen sie Medikamente).

Es fällt auf, dass die Priorisierungsdiskussion in Deutschland im Wesentlichen nur für den Bereich der GKV und nicht für den Bereich der Privaten Krankenversicherung (PKV) geführt wird. Priorisierung darf nicht zu einem Ausschluss medizinisch notwendiger und sinnvoller Leistungen aus dem GKV-Leistungskatalog führen. Dies hätte nämlich zur Folge, dass die Patienten dann solche Leistungen selbst tragen müssten.

Bei vorgegebenen medizinischen Notfallsituationen sind Priorisierungsmaßnahmen zwingend geboten. Hier gilt die Maxime: Das Wichtigste zuerst! Gleiches gilt bei einem vorgegebenen medizinischen Ressourcenmangel. Solche Priorisierungsmaßnahmen dürfen jedoch nicht die Vorlage sein für rein ökonomisch begründete Beschränkungen im GKV-Leistungskatalog.

Internationale Vergleiche zur Priorisierung können nicht einfach für unser Gesundheitswesen übernommen werden, da die Strukturen in den einzelnen Gesundheitssystemen und die Ansätze zur Priorisierung in den einzelnen Ländern völlig unterschiedlich sind.

Autor

Dr. Peter Scholze, Leiter der Arbeitsgruppe „Priorisierung in der Medizin“ der BLÄK

Autor

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe:

Dr. Emmi Auch, Professor Wulf Dietrich, Dr. Jörg Franke, Dr. Jan Hesse, Dr. Hans-Joachim Lutz, Dr. Gabriel Schmidt, Dr. Peter Scholze, Dr. Veit Wambach