

# Priorisierung in der Medizin

## Schutzbedürftigkeit als das zentrale Element einer gerechten Verteilung

*Die Notwendigkeit einer Priorisierung ist nicht nur ein Pandemiethema, sondern Konsequenz des medizinischen Fortschritts in einer älter werdenden Gesellschaft.*

Die beinahe alle Lebensbereiche berührende, medial präsente Coronapandemie ging und geht weltweit mit der Verknappung spezifischer medizinischer Ressourcen einher. Bilder von erschöpften, überlasteten Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften in Krankenhäusern, Mitteilungen aus der Welt, dass Hochbetagte nicht mehr stationär aufgenommen werden können, wurden von Meldungen zur Knappheit von dringend Benötigtem abgelöst. Auch außerhalb von Krankenhäusern sind die Auswirkungen der Pandemie spürbar geworden: Tests und Masken waren knapp, verfügbare Betreuungsmöglichkeiten für Kinder bis zu den Kapazitäten der intensivmedizinischen Versorgung konnten den Bedarf nicht decken. Auch im Hinblick auf die jetzt vielerorts zugelassenen Impfstoffe ist der Bedarf trotz aller Investitionen in die Produktion höher als Präparate zur Verfügung stehen.

Vor diesem Hintergrund haben sich Fachgesellschaften und die politisch Verantwortlichen mit Fragen einer gerechten Priorisierung auseinandergesetzt. Zu den am meisten diskutierten und wichtigsten Stellungnahmen gehört eine Handlungsempfehlung zum Umgang mit knappen Ressourcen der DIVI [1]. Entsprechendes gilt für eine Empfehlung zur Priorisierung beim Zugang zu einem COVID-19-Impfstoff der STIKO, des Deutschen Ethikrats und der Leopoldina [2].

Die Medien waren herausgefordert, über die komplexen Zusammenhänge verständlich zu berichten und so zu einer informierten Diskussion beizutragen. Dabei ist es nicht immer gelungen, die Thematik trennscharf darzustellen. Es kam zu Missverständnissen und Bedenken. Zum Teil wurde nicht deutlich, dass wir schon seit jeher Priorisierungsentscheidungen treffen müssen – etwa bedingt durch den medizinisch-technischen Fortschritt und den demografisch-epidemiologischen Wandel: Die Verlagerung der Krankheitslast zu einer stärker kosten- und zeitintensiveren Versorgung führt dazu, dass die Ausgaben steigen. Gleichzeitig führt der medizinisch-technische Fortschritt



Univ.-Professor Dr. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. h. c. Eckhard Nagel thematisierte in seinem Impulsreferat die Notwendigkeit einer Priorisierung in der Medizin.

durch die Ausweitung von Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten zu Ausgabensteigerungen. Es droht eine Kluft zwischen dem medizinisch Machbaren und dem gesellschaftlich Leistbaren. Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung gehören hier zu den zentralen Lösungsansätzen.

### Priorisierung dient der sachgerechten Behandlung der Patientinnen und Patienten und grenzt sie nicht aus

Mit der Rationalisierung ist die Hoffnung verbunden, Einsparungen vornehmen zu können, ohne dass Patientinnen und Patienten Notwendiges oder Nützlichendes vorenthalten werden muss. Im Kern geht es um das Ausschöpfen ökonomischer Reserven. Entsprechende Maßnahmen fokussieren auf die Optimierung organisatorischer Abläufe oder die Verbesserung therapeutischer Verfahren. Auf Basis objektivierbarer Kriterien wird geprüft, ob Redundanzen oder Ineffizienzen vorliegen, um diese dann zu eliminieren.

Mit Rationierung wird das Vorenthalten medizinisch notwendiger Leistungen aufgrund von Knappheit bzw. aus Kostengründen beschrieben. Exemplarisch wird hier oft die Transplantationsmedizin genannt. Auch die Coronapandemie führt weltweit zu Situationen, die von einer absoluten Knappheit an Ressourcen geprägt sind. Dies galt auch für Deutschland: Zeitweise deutete sich eine Diskrepanz zwischen verfügbaren und notwendigen Beatmungs- und Intensivplätzen in Krankenhäusern an, medizinische Masken waren knapp und auch Medikamente und Impfstoffe waren anfänglich nicht in ausreichender Menge vorhanden.

Sind – wie in den beschriebenen Situationen – Rationierungsentscheidungen unausweichlich, dann sollten diese adäquat vorbereitet sein. Priorisierung kann eine solche Vorbereitung und Reflexion leisten und damit als Grundlage einer gerechten Rationierung dienen. Die Zentrale Ethikkommission beschrieb Priorisierung schon vor 21 Jahren als „ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Pa-

tientengruppen oder Verfahren vor anderen" [3]. Das Ergebnis kann als mehrstufige Rangreihe nach „Wichtigkeit“ beschrieben werden.

In der öffentlichen Debatte und im persönlichen Gespräch fällt immer wieder auf, dass Priorisierung mit der Rationierung gleichgesetzt wird. Priorisierung ist aber vielmehr eine zentrale Voraussetzung für eine reflektierte und gerechte Rationierung. Wird anhand von allgemeingültigen Kriterien explizit priorisiert, dann lassen sich Vorteile realisieren: die Transparenz von Kriterien, Rechtssicherheit seitens der Behandelnden, die Einklagbarkeit von Leistungen durch Patientinnen und Patienten, die moralische und praktische Entlastung der Ärzteschaft sowie der Schutz der Arzt-Patient-Beziehung.

## Priorisierung soll sich an der Schutzbedürftigkeit orientieren

Bei der Suche nach Wegen zu einer gerechten Priorisierung spielt zunächst die Auswahl von Kriterien, dann deren Operationalisierung und Gewichtung eine entscheidende Rolle. Wenn sich Prioritäten in der Medizin daran orientieren sollen, wie sehr eine Patientin oder ein Patient den Schutz der Solidargemeinschaft, die Hilfe der Medizin braucht, dann gilt: Bereits bei der Auswahl von Priorisierungskriterien ist darauf zu achten, dass diese die Schutzbedürftigkeit individueller Patientinnen und Patienten adäquat berücksichtigen.

### Beispiel 1: Alter und Corona-Impfung

In vielen Ländern wird etwa diskutiert, ob besonders kostspielige oder knappe Ressourcen einer Altersrationierung unterworfen werden sollen. Im Lichte der Schutzbedürftigkeit kann man aber auch zu einer quasi umgekehrten Rangfolge kommen: So hat sich etwa in der Coronapandemie gezeigt, dass Ältere von einer Erkrankung besonders betroffen sind, dass ihr Leben stärker als das Jüngerer gefährdet ist. Sie sind also besonders schutzbedürftig. Dem folgend wurden ältere Menschen auch zeitlich bevorzugt solange Impfstoffe knapp waren.

Einige bewerten Alter als ein diskriminierendes Verteilungskriterium. Andere sehen es als gleichheitswährend an: Diese Sichtweise wird damit begründet, dass jeder Mensch unterschiedliche Altersphasen durchläuft. Demzufolge läge keine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung vor, da alle in einer frühen Lebensphase potenziell priorisiert und in einer späteren Phase möglicherweise posteriorisiert werden [4].

Ebenso könnte man anhand des sogenannten Fair Innings-Arguments zum Schluss kommen, dass die Priorisierung von Jüngeren gerecht ist: Eine faire Lebensspanne, die zum Erreichen

wesentlicher Lebensziele nötig ist, ist bei älteren Menschen eher erreicht. Beide Argumente entkräften die aus der individuellen Schutzbedürftigkeit abgeleiteten Gegenargumente jedoch nicht zur Gänze.

### Beispiel 2: Dringlichkeit und Organallokation

Auch das Beispiel der Allokation von Spenderorganen macht deutlich: Die Schutzbedürftigkeit von Patientinnen und Patienten ist maßgeblich bei gerechtigkeits-theoretischen Überlegungen. So ist die Dringlichkeit der Transplantation ein zentrales Verteilungskriterium. Patientinnen und Patienten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit ohne eine Transplantation in naher Zukunft sterben würden, werden bei der Vergabe von Spenderorganen bevorzugt. Parameter wie der MELD-Score machen diese Dringlichkeit einer Lebertransplantation messbar und verleihen damit der Schutzbedürftigkeit des Lebens von Menschen mit (drohendem) terminalem Organversagen Ausdruck.

### Beispiel 3: Erfolgsaussicht und Nutzenmaximierung

Es erscheint selbstverständlich, dass eine medizinische Maßnahme – wie etwa die Behandlung auf der Intensivstation oder Verabreichung einer Impfspritze – nur gerechtfertigt ist, wenn realistisch angenommen werden darf, dass Patienten von dieser Intervention profitieren. Die Aussicht auf Erfolg ist die Legitimation oder – im medizinischen Wortgebrauch – die Indikation.

Eine Berücksichtigung der Erfolgsaussicht kann darüber hinaus bei Verteilungsentscheidungen herangezogen werden: Ressourcen würden dann „dorthin“ verteilt werden, wo sie den größten Nutzen erzielen. Dann wird der realisierbare Nutzen unterschiedlicher Patienten(gruppen) gegeneinander abgewogen und Entscheidungen zielen auf die Maximierung des Nutzens über ein Kollektiv hinweg ab.

In einigen medizinischen Settings – etwa in der Transplantationsmedizin – besteht eine weitere Herausforderung: Die Erfolgsaussicht sinkt mit steigender Dringlichkeit. Dementsprechend kann es notwendig sein, die beiden Leitkriterien zu gewichten bzw. abzuwägen.

## Die Politik ist aufgefordert, die gesellschaftliche Debatte zu moderieren und gegebenenfalls gesetzliche Grundlagen anzupassen

In Deutschland war der Begriff der Priorisierung für lange Zeit negativ konnotiert. Dies lag vor allem daran, dass die Priorisierung häufig mit Rationierung gleichgesetzt wurde. Obwohl etwa der Deutsche Ethikrat im Rahmen einer Stellungnahme 2011 dazu aufforderte, Aspek-

te der Priorisierung und Rationierung offen zu thematisieren, wurden Priorisierungsempfehlungen von politischen Entscheidungsträgern in der Vergangenheit abgelehnt: Priorisierung sei „unethisch“. Die Befürchtung, dass Priorisierung einer Rationierung entspricht oder den abgeleiteten Ansprüchen aus dem Sozialgesetzbuch nicht gerecht wird, ist aber unbegründet.

### Skandinavische Länder als Vorreiter

Länder wie Schweden oder Norwegen haben gezeigt: Priorisierung kann gelingen. Zu den wesentlichen Erfolgsfaktoren zählen: eine öffentlich geführte Debatte, die Beteiligung von Experten, Fachgesellschaften, der Bevölkerung und eine intensive wissenschaftliche Begleitung.

## Priorisierung ist ärztliche Aufgabe. Die Entwicklung adäquater Kriterien sollte bei den Ärztekammern angesiedelt werden

Bereits 2012 hat der Vorstand der Bundesärztekammer die Arbeitsgruppe „Priorisierung im Gesundheitswesen“ eingesetzt und kam damit einer Bitte des Deutschen Ärztetages nach. Das Gremium reflektierte auf Basis einer empirischen Untersuchung, dass Mediziner die Priorisierung nicht als wichtige ärztliche Aufgabe wahrnehmen und schloss daraus, dass gezielte Veranstaltungen Abhilfe bzw. Einsicht schaffen sollten. Auch die Erarbeitung einer ethischen Plattform als Grundlage einer prinzipienorientierten Priorisierung (nach skandinavischem Vorbild) wurde vorgeschlagen. Dabei sollten alle relevanten Akteurinnen und Akteure – wie die Ärzteschaft, Mitglieder von Gesundheitsfachberufen, Patienten- und Bürgerinnenvertreter, Politikschaffende – sowie unterschiedliche Fachdisziplinen – Epidemiologie, Ethik, Jurisprudenz, Ökonomik, Psycho- und Soziologie, Politikwissenschaften – mit einbezogen werden. Allerdings ist es bis heute nicht gelungen, die Basis für ein solches Vorhaben zu schaffen: Die Ärzteschaft muss für ein deutsches Priorisierungsprojekt noch gewonnen werden [5].

Verstehen Sie das als unsere gemeinsame Aufgabe.

*Es gilt das gesprochene Wort!*

Das Literaturverzeichnis kann im Internet unter [www.bayerisches-aerzteblatt.de](http://www.bayerisches-aerzteblatt.de) (Aktuelles Heft) abgerufen werden.

Das komplette Impulsreferat kann auf dem YouTube-Kanal der Bayerischen Landesärztekammer unter [www.youtube.com/c/bayerischelandesärztekammer](http://www.youtube.com/c/bayerischelandesärztekammer) angehört werden.