

ZUM THEMA

Priorisierung – Weg in die Rationierung?

Die Delegiertenversammlung des ÄKBV diskutiert über Vorrangigkeit bestimmter Verfahren in der Medizin

Im vergangenen Jahr hatte der Präsident der Bundesärztekammer Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe in seiner Eröffnungsrede zum Deutschen Ärztetag in Mainz angesichts begrenzter finanzieller Ressourcen im Gesundheitswesen eine öffentliche Debatte über Priorisierung in der Medizin gefordert (s. Lexikon S. 18). Seither wird das Thema in der Ärzteschaft immer häufiger aufgegriffen, so zum Beispiel bei der aktuellen Eröffnungsveranstaltung des Bayerischen Ärztetages in Fürth (15. bis 17. Oktober). Auch der Ärztliche Kreis- und Bezirksverband München (ÄKBV) widmete sich in seiner jüngsten Delegiertenversammlung vom 23. September dem Thema in Form einer allgemeinen politischen Aussprache. Vor der Aussprache stellten der 1. Vorsitzende des ÄKBV, Dr. Christoph Emminger, und der Leiter der Delegiertenversammlung, Dr. Peter Scholze, in Einleitungsreferaten das Thema vor.

Bisheriger Verlauf der Debatte und Begriffsbestimmung

Dr. Christoph Emminger gab zunächst einen kurzen Überblick über den bisherigen Verlauf der Priorisierungsdebatte: Bereits im Jahr 2000 hatte die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer eine Stellungnahme zu dem Thema abgegeben, die damals allerdings nicht auf große öffentliche Resonanz stieß. Auch eine zweite Stellungnahme im Jahr 2007 fand wenig Beachtung. Ein größeres mediales Echo riefen erst die Äußerungen des Ärztekammerpräsidenten Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe beim Deutschen Ärztetag 2009 in Mainz hervor. Während Politiker und Medien Hoppe teilweise heftig kritisiert hatten, sprach sich der Ärztetag in einem Beschluss für die Einrichtung eines Gesundheitsrates aus, in dem „Vorschläge für prioritäre Gesundheitsziele und Versorgungsaufgaben unter Berücksichtigung ethischer, gesundheitsökonomischer und juristischer Aspekte“ beraten werden sollten. Das Deutsche Ärzteblatt druckte in den folgenden Monaten eine Artikelserie zum Thema Priorisierung.

Wie Emminger ausführte, geht es bei der Priorisierung um eine Festlegung von Vorrangigkeiten bei Indikationen, Verfahren, Krankheitsfällen, Methoden und Versorgungszielen. Medizinische Verfahren würden in eine Rangfolge gestellt – von eindeutig hochwirksamen Verfahren am oberen Ende der Skala bis hin zu Verfahren mit einer nicht messbaren bzw. nicht nachweisbaren Wirkung am unteren Ende. Dabei gebe es eine „vertikale Priorisierung“ (= innerhalb eines Versorgungsbereiches) und eine „horizontale Priorisierung“ (= zwischen verschiedenen

Krankheitsgruppen oder Versorgungszielen). Der ÄKBV-Vorsitzende betonte, dass die Rangfolgen nicht nach ökonomischen Gesichtspunkten erstellt werden, sondern allein nach klinisch-medizinischen Aspekten. Dies unterscheide die Priorisierung von der Rationierung. „Oberster ethischer Grundsatz ist das Patientenwohl“, sagte Emminger. Die ärztlichen, medizinischen Professionen müssten bei der Festlegung der Rangfolgen den entscheidenden Einfluss haben. Zudem sollten alle gesellschaftlich relevanten Gruppierungen, darunter selbstverständlich auch die Patienten, in die Debatte über Priorisierung einbezogen werden.

Beispiele für Priorisierung

Als ein Beispiel für eine Priorisierung, die es bereits jetzt – allgemein akzeptiert – in Deutschland gebe, nannte Emminger die Verteilung von Spenderorganen. Weitere Systeme der Priorisierung seien in den skandinavischen Ländern – vor allem in Schweden – etabliert worden. So habe der Schwedische Reichstag vier Priorisierungsgruppen beschlossen: Erstens die Versorgung lebensbedrohlicher akuter Krankheiten und solcher, die ohne Behandlung zu dauerhafter Invalidität führen, sowie palliativmedizinische Versorgung. Zweitens Prävention und Rehabilitation. Drittens die Versorgung weniger schwerer akuter und chronischer Erkrankungen. Viertens die Versorgung aus anderen Gründen als aufgrund von Krankheit oder Schaden.

Priorisierung versus Rationierung

Emminger versuchte den Begriff der Priorisierung vom Begriff der Rationierung abzugrenzen. Rationierung sei „die

Aufteilung der zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen ohne gesellschaftlichen Konsens“ und zwar unter vorwiegend ökonomischen Aspekten. Beispiel für eine Rationierung sei die Budgetierung. Rationierung strebe Verteilungsgerechtigkeit an, das Patientenwohl stehe dabei aber nicht im Vordergrund.

Bei der Rationierung werde die Entscheidung, wie die verteilten begrenzten Ressourcen verwendet werden, von der Politik auf die Ebenen darunter verschoben, erklärte der ÄKBV-Vorsitzende. Die Folge seien die Herausnahme von Leistungen aus dem GKV-Katalog bzw. die Nicht-Gewährung von Leistungen. Derzeit finde in Deutschland eine implizite, also eine nicht öffentliche Rationierung statt.

Emminger kam zu dem Schluss: „Priorisierung hat mit Rationierung wenig gemeinsam.“ Zwar könne Priorisierung zu Rationierung führen, denn bei begrenzten Ressourcen müsse man bei der Rangfolge „unten etwas wegschneiden“. Dies geschehe aber transparent und nachvollziehbar. Priorisierung diene dazu, einen Ordnungsrahmen zu schaffen.

Voraussetzungen für Priorisierung in Deutschland nach der ZEKO

Emminger führte im Folgenden die – nach den Empfehlungen der Zentralen Ethikkommission – unabdingbaren Voraussetzungen für eine Priorisierung in Deutschland auf: Zunächst sei es notwendig, eine nationale Prioritätenkommission (Gesundheitsrat) einzurichten. In die Debatte müssten die Ärzteschaft, deren Institutionen, Juristen, Ethiker/Theologen, Gesundheits-

ökonomien, Politik und die Öffentlichkeit einbezogen werden. Zu erfüllende formale Kriterien seien die Transparenz des Verfahrens, nachvollziehbare Begründungen, Evidenzbasierung und Konsistenz der Priorisierung (Dauerhaftigkeit, Gleichbehandlung in vergleichbaren Situationen), Offenlegung von Interessenskonflikten, ein wirksamer Rechtsschutz sowie eine Legitimierung der Priorisierung.

Öffentliche Meinung

Emminger erinnerte daran, dass es nach der Ärztetags-Rede von Hoppe viel Widerspruch in der Öffentlichkeit gegen eine Priorisierung in der Medizin gegeben habe und stellte die Frage: „Lehnen die Gegner das Thema ab oder die Art der Diskussion?“. Die Priorisierungsdebatte müsse auch für andere gesellschaftliche Gruppen und nicht nur für die Ärzteschaft nachvollziehbar sein, erklärte Emminger. Zudem sei es notwendig klarzustellen, dass es den Ärzten nicht – wie häufig behauptet werde – nur ums Geld gehe. Zum Abschluss seine Referates forderte der ÄKBV-Vorsitzende: „Die Ärzteschaft muss sich der Debatte stellen. Wir müssen Rangfolgen vorschlagen.“ Wer solle es denn sonst machen, wenn nicht die Ärzte? Man müsse mit der Debatte in der Ärzteschaft anfangen und die Diskussion so auch nach außen tragen.

Kritik an der Priorisierung

Der ÄKBV-Vorsitzende hatte in seinem Referat Priorisierung von Rationierung klar unterschieden. Dem widersprach im zweiten Referat der Leiter der Delegiertenversammlung Dr. Peter Scholze. Seiner Meinung nach sind Rationierung und Priorisierung „zwei Seiten derselben Medaille“. Bei der Debatte, so Scholze, gehe es schließlich nicht um Priorisierung in der Medizin im akademischen Elfenbeinturm, sondern nur um Priorisierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. „Das heißt, es geht darum, dass Leistungen aus dem GKV-Katalog gestrichen werden“, sagte Scholze. Priorisierung sei ein „Einfallstor zu mehr Zuzahlungen, mehr Zusatzversicherungen und mehr Klassenmedizin“. Aus dem GKV-Katalog ausgeschlossene Leistungen müssten privat versichert oder zugekauft werden.

Übersorgung abbauen versus Priorisierung

Priorisierung und Rationierung würden in der deutschen Debatte stets im gleichen Kontext genannt, erklärte Scholze. „Man redet von Priorisierung und denkt an Rationierung im Bereich des Leistungskatalogs der GKV“. Dabei werde eine Zwangsläufigkeit suggeriert, die „auf Mythen basiert“. Nach Scholzes Ansicht ist nicht zu wenig Geld im System, es gebe vielmehr ein Nebeneinander von Übersorgung, Fehlversorgung und Unterversorgung. „Man sollte erst einmal die Übersorgung abbauen, bevor man medizinisch sinnvolle GKV-Leistungen priorisiert“, forderte der Leiter der Delegiertenversammlung.

Als Beispiele für Ressourcenverschwendung nannte Scholze zu hohe Medikamentenpreise und Fehlverschreibungen von Medikamenten. Jedes Jahr landeten Medikamente im Wert von vier Milliarden Euro auf dem Müll, sagte Scholze und schätzte das Sparpotenzial bei Medikamenten jährlich auf insgesamt 9,4 Milliarden Euro. Weitere Mittelverschwendungen gebe es bei den technischen Leistungen. So würden beispielsweise viele diagnostische Herzkatheteruntersuchungen und Röntgenuntersuchungen unnötig durchgeführt, erklärte Scholze. Ressourcen würden außerdem durch eine mangelnde Kooperation von Hausarzt- und Facharztpraxen verschwendet sowie dadurch, dass die Ärzte in Deutschland zu wenig Zeit für ihre Patienten hätten – im Durchschnitt nur 7,8 Minuten pro Patientenkontakt.

Zum Abschluss seines Vortrags zitierte Scholze einen Kommentar aus der Süddeutschen Zeitung. Darin heißt es: „Wer sich Sorgen macht wegen der zunehmenden Schere zwischen medizinisch Machbarem und gesellschaftlich Finanzierbarem, der sollte zunächst einmal überflüssige Verschwendungen in Milliarden-Euro-Höhe angehen, bevor er an Priorisierung denkt.“

Diskussion

An der anschließenden Diskussion beteiligten sich zahlreiche Delegierte. Dabei wurde viel über Fehlversorgung gesprochen. Mehrere Delegierte forderten, erst

die Verschwendung im System zu bekämpfen, bevor man sich für ein Priorisierung einsetze. Der Delegierte Dr. Nikolaus Frühwein fragte daraufhin, wer denn eigentlich definiere, was Verschwendung sei? Eine solche Definition sei seiner Meinung nach nichts anderes als Priorisierung, und um eine solche Definition müsse man sich bemühen.

Die Delegierte Dr. Sibylle von Bibra warnte davor, dass individuelle Faktoren wie Lebensfähigkeit, subjektiv empfundene Lebensqualität und subjektiv empfundene Schwere von Krankheit bei einer Priorisierung nicht berücksichtigt würden. Da Krankheit in Deutschland insbesondere die Armen treffe, befürchte sie, dass die Armen durch eine Priorisierung noch einmal benachteiligt würden. Schon jetzt gebe es im GKV-System eine Priorisierung, nämlich dadurch, dass das Gespräch geringer bewertet werde als technische Leistungen, sagte von Bibra.

Die Delegierten Prof. Dr. Dr. Dieter Adam und Dr. Eugen Allwein sprachen sich für mehr Versorgungsforschung aus. „Wir müssen schauen, welche Krankheiten die meisten Kosten verursachen und dann dort die Prävention verstärken“, sagte Allwein.

Die Diskussionsteilnehmer waren sich darin einig, dass eine Debatte über Priorisierung in der Ärzteschaft wie in der Öffentlichkeit wichtig sei. In diesem Zusammenhang wurde die Bayerische Landesärztekammer dafür kritisiert, dass sie das Thema nur mit einer kurzen Diskussionsrunde zur Eröffnung des Bayerischen Ärztetages in Fürth abhandle. Viele ÄKBV-Delegierte hätten sich ein ganztägiges Symposium zeitlich unabhängig vom Ärztetag gewünscht. Zum Abschluss der Diskussion bedauerte Dr. Christoph Emminger, dass die Debatte über Priorisierung in der Ärzteschaft viel zu spät aufgegriffen worden sei und forderte, die Diskussion in den nächsten Monaten zu vertiefen.

Caroline Mayer