

■ DIPL. SOZ. SABINE STUMPF

Zwei Missverständnisse und eine neue Sicht der Dinge: Priorisierung in der Versorgung

Während im inner- und außereuropäischen Ausland teilweise bereits seit Anfang der 80er Jahre eine rege Debatte über Priorisierung in der medizinischen Versorgung geführt wird, kommt ein öffentlicher Diskurs in Deutschland erst langsam in Gang. Bereits im Jahr 2000 hatte die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) eine Stellungnahme zur Priorisierung veröffentlicht. Nachdem Reaktionen ausgeblieben waren, legte die ZEKO 2007 eine zweite Stellungnahme vor. Zwei Jahre später, auf dem Bundesärzterttag 2009 griff der damalige Präsident der Bundesärztekammer, Professor Jörg-Dietrich Hoppe, das Thema auf und widmete ihm einen großen Teil seiner Eröffnungsrede. Seitdem wird zumindest in Fachkreisen kontrovers über Ziele, Inhalte und mögliche Verfahren einer Priorisierung diskutiert. Dabei wird die Debatte durch zwei Missverständnisse geprägt, die sich als Hemmnis für eine offene, konstruktive Auseinandersetzung mit Priorisierungsfragen erwiesen haben und auf die ich im Folgenden eingehen möchte.

Das erste Missverständnis!

Priorisierung = Rationierung = (unethisches) Vorenthalten medizinischer Leistungen?

Häufig wird der Begriff der „Priorisierung“ als Euphemismus für „Rationierung“ verwendet. Gleichzeitig ist der Rationierungsbegriff im öffentlichen Diskurs stark negativ besetzt; er wird einseitig als das (unethische) Vorenthalten nützlicher medizinischer Leistungen interpretiert. Die negative Konnotation des Rationierungsbegriffs führt dann häufig zu einer reflexhaften Ablehnung jeder Auseinandersetzung mit Priorisierungsfragen. Aber: Dem Wortsinn nach beschreibt Rationierung die Verteilung von Rationen, wenn die Ressourcen begrenzt sind und nicht zur Deckung aller Bedarfe und Bedürfnisse ausreichen. Ziel der Rationierung ist in den meisten Fällen der bestmögliche Einsatz der begrenzten Mittel, um die Mitglieder eines Gemeinwesens je nach ihrem Bedarf auf maximal erreichbarem Niveau zu versorgen. Innerhalb einzelner Bedarfsgruppen sollen möglichst alle die gleichen Rationen erhalten. Damit enthält Rationierung immer auch den Anspruch der Bedarfs- und Verteilungsgerechtigkeit.

Auf die Gesundheitsversorgung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung übertragen, bedeutet Rationierung dann: Das systematische Zuteilen (und auch Vorenthalten) medizinischer Leistungen nach allgemeingültigen, möglichst am Bedarf der Patienten orientierten Kriterien. Ob Rationierungsentscheidungen also immer unethisch

sind, wie häufig im öffentlichen Diskurs postuliert wird, hängt von der Situation, den zugrunde liegenden Kriterien sowie von deren Transparenz und Akzeptanz in der Gesellschaft ab.

Welche Kriterien als gerecht gelten, auf welcher Wertebasis sie beruhen und welche grundlegenden Ziele das Medizinsystem insgesamt erfüllen soll, kann nur im Rahmen eines gesellschaftlichen Diskurses – auch unter Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern – festgestellt werden. Denn hierfür bedarf es der Klärung normativer Fragen, für die weder die medizinischen Gesundheitsfachberufe, noch Politiker die alleinige Autorität besitzen. Die Vorbereitung dieser normativen Wertebasis für Allokationsentscheidungen kann im Rahmen einer expliziten gesellschaftlichen Priorisierungsdebatte erfolgen.

Priorisierung als Prozess der gesellschaftlichen Meinungs- und Willensbildung

Unter Priorisierung versteht die ZEKO die rein gedankliche Klärung und Feststellung von Vor- und Nachrangigkeiten in der medizinischen Versorgung mit dem Ergebnis mehrstufiger Rangreihen. Diese Feststellung soll zum einen auf Grundlage gesellschaftlich konsentierter Kriterien und zum anderen anhand der aktuellen Datenlage erfolgen. Maßstab der Priorisierung ist die Homogenisierung, Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität; sowohl Unter- und Über- als auch Fehlversorgung sollen dabei reduziert werden. Priorisierungsvorschläge können den Verantwortlichen auf allen



Foto: Privat

Dipl. Soz. Sabine Stumpf

Dipl.-Soz. Sabine Stumpf ist Mitarbeiterin an der Seniorprofessur für Bevölkerungsmedizin der Universität zu Lübeck. E-Mail: sabine.stumpf@uksh.de

Ebenen der medizinischen Versorgung als Orientierung dienen; ob und wie die Priorisierungsvorschläge bei tatsächlichen Allokationsentscheidungen umgesetzt werden, kann jedoch im Einzelfall variieren. Priorisierung als die gesellschaftlich konsenterte, normative Vorbereitung Kriterien basierter Zuteilungsentscheidungen ist daher strikt von den späteren tatsächlichen Allokationsentscheidungen und ihrem Vollzug zu unterscheiden. Vielmehr lässt sich Priorisierung als Prozess der gesellschaftlichen Meinungs- und Willensbildung über die Verteilung der Mittel im Gesundheitswesen verstehen.

Das zweite Missverständnis!

Priorisierung als Lösung für akuten Mangel in der Gesundheitsversorgung?

Zweitens wird regelmäßig postuliert, Priorisierung sei notwendig, um den akuten Ressourcenmangel im Gesundheitssystem zu bewältigen. Ausgangspunkt dieser Argumentation ist der Verweis auf die Auswirkungen des demographischen und epidemiologischen Wandels in Kombination mit dem fortschreitenden medizinisch-technischen Fortschritt. Folge dieser Entwicklung sei eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen, so dass Leistungseinschränkungen und damit auch eine Diskussion um Prioritäten unumgänglich würden.

Keine akute Knappheit im deutschen Gesundheitssystem

Ein Blick auf die die Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland im Zeitverlauf

zeigt jedoch: Zwar steigen die Gesamtausgaben für Gesundheit ebenso wie die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung nominal um einige Mrd. Euro pro Jahr, von einer explosionsartigen Kostensteigerung kann allerdings keine Rede sein – erst recht nicht, wenn inflationsbereinigte Daten zugrunde gelegt werden. Auch der Anteil der Gesamtausgaben für Gesundheit am deutschen Bruttoinlandsprodukt ist nicht explodiert. Er ist zwischen 2000 und 2011 von 10,4 Prozent auf 11,3 Prozent angestiegen. Auch wenn die seit langem prophezeite Kostenexplosion sich (noch?) nicht einstellt: Im OECD-Vergleich der Gesundheitsausgaben liegt Deutschland – auch gemessen an den meisten Industrieländern – sehr weit vorne. Angesichts solcher Fakten von einer akuten Knappheit im deutschen Gesundheitssystem zu sprechen, erscheint nicht angemessen. Damit wird selbstverständlich nicht ausgeschlossen, dass bestimmte Bereiche der medizinischen Versorgung besser mit Ressourcen aller Art ausgestattet sind als andere. Auch in einem Gesundheitssystem mit solider Finanzierung sind Unter-, Über-, und Fehlversorgung möglich. Gerade deshalb ist Priorisierung nicht nur in akuten Knappheitszuständen sinnvoll, vielmehr stellt sie unabhängig von der tatsächlichen Ressourcenausstattung die Frage, wie und wofür wir die uns zur Verfügung stehenden Mittel aufwenden wollen.

Priorisierung ist kein Instrument der Mangelverwaltung.

Dies ist zunächst noch keine Frage der konkreten Verteilung, sondern eine reine Feststellung des gesellschaftlich und nach Datenlage mehr oder weniger Wichtigen. Dass dies auch in Zeiten wachsenden Wohlstandes eine Rolle spielt, zeigt das Beispiel Norwegens. Dort hat bereits im Jahr 1985 eine eigens eingerichtete Staatskommission einen Bericht zur Priorisierung in der Medizin veröffentlicht. Ausdrückliches Ziel dieses Unternehmens war der sorgsame Umgang mit dem erwarteten Reichtum durch Ölvorkommen vor Norwegens Küste. Damit ist Priorisierung ausdrücklich kein Instrument der Mangelverwaltung. Der Priorisierungsdiskurs kann vielmehr ohne Rücksicht auf die tatsächliche Ressourcenausstattung erfolgen. Erst während der faktischen Allokationsentscheidungen muss der Umfang der verfügbaren Mittel berücksichtigt werden; er entscheidet darüber, in welchem Ausmaß die vorher erarbeiteten Priorisierungsvorschläge umgesetzt werden können.

Wozu also brauchen wir Priorisierung?

Priorisierung in der medizinischen Versorgung ist damit – anders als häufig postuliert – weder ein Allheilmittel für knappe Mittel, noch ein Instrument der „harten Rationierung“. Die Ziele der Priorisierung sind jedoch vielfältig: Zunächst dient sie der gesellschaftlichen (Selbst-)Vergewisserung über Ziele der Medizin, grundlegende Werte und konkrete Kriterien. Priorisierung stärkt zudem die klinische Perspektive und kann sich gegen eine übermäßige Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung wenden. Sie stellt darüber hinaus eine allgemein akzeptierte und nach Datenlage vernünftige Grundlage für Allokationsentscheidungen bereit; damit kann sie Verantwortlichen auf allen Ebenen des Gesundheitswesens bei ihren Versorgungs- und Verteilungsentscheidungen unterstützen. Ihr Maßstab ist nicht zuletzt die Sicherung, Verbesserung und Homogenisierung der Versorgungsqualität durch eine Vermeidung von Unter-, Über- und Fehlversorgung.

Wenn über die Priorisierung und insbesondere über ihre normative Basis ein breiter gesellschaftlicher Diskurs entsteht, kann dies die Transparenz der Priorisierung selbst sowie der nachfolgenden Allokationsentscheidungen steigern. Durch die Auseinandersetzung mit diesen Fragen kann letztendlich auch das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger in die Leistungserbringer und in die medizinische Versorgung insgesamt wachsen.

Literatur bei der Verfasserin.

Zum Weiterlesen:

Heiner Raspe, Jan Schulze, Ärztlich unterstützte Priorisierung ist notwendig und hilfreich, in: Deutsches Ärzteblatt | Jg. 110 | Heft 22 | 31. Mai 2013
<http://data.aerzteblatt.de/pdf/110/22/a1091.pdf>

DÄB Online – Befragung zur Priorisierung in der Medizin

"Weichen stellen für die Zukunft des Gesundheitswesens"

Der Ethikausschuss des Deutschen Ärztinnenbundes beschäftigt sich seit längerer Zeit mit dem Thema „Priorisierung in der Medizin“. Trotz vieler Stellungnahmen zu diesem Thema haben sich bisher weder die Öffentlichkeit noch die Politik noch die Ärzteschaft in ausreichendem Maße um eine gemeinsame Diskussion bemüht. Das liegt eventuell auch an Missverständnissen, die der Begriff Priorisierung auslöst (siehe den Artikel von Sabine Stumpf). Das Thema wird unserer Meinung nach die Zukunft unseres Gesundheitswesens mitbestimmen und sollte von uns Ärztinnen und Ärzten im eigenen Interesse aktiv bearbeitet werden. Hier sollten im positiven Sinne Weichen seitens der Ärzteschaft gestellt werden.

Damit der DÄB eine genderspezifische Stellungnahme erheben kann, bittet der Ethik-Ausschuss die Mitglieder des Ärztinnenbundes um Teilnahme an der Online-Befragung zur „Erhebung von Präferenzen bezüglich der Verteilung von Gesundheitsleistungen“. Wir greifen dabei auf einen Fragebogen zurück, der 2009 für eine Befragung zufällig ausgewählter Bürgerinnen und Bürger bereits verwendet wurde (FOR655-Nr.18 / 2009). Diese Ergebnisse könnten mit denen von Ärztinnen verglichen werden. Zusätzlich bitten wir alle Kolleginnen, die sich an der Befragung beteiligen, den Fragebogen auch einem männlichen Kollegen zum Ausfüllen weiterzureichen.

Liebe Kolleginnen, Anfang September werden Sie über die Geschäftsstelle des DÄB Zugang zum Online-Fragebogen erhalten. Mit Ihrer Beteiligung an der Befragung können Sie einen wichtigen Beitrag zur politischen Arbeit des Deutschen Ärztinnenbundes leisten. Wir danken für Ihre Unterstützung und freuen uns auf aussagekräftige Ergebnisse.

Dr. Gabriele du Bois, Vorsitzende des Ethikausschusses des DÄB