



Referat

**„Priorisierung von Gesundheitsleistungen.
Das Wesentliche – sonst nichts?“.**

**7. Straubinger Ethiktag: „Was ist uns unsere Gesundheit
wert?“**

**Dr. med. Max Kaplan
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer**

19. November 2013

Es gilt das gesprochene Wort!

Sehr geehrte, liebe Kolleginnen und Kollegen,

sehr geehrte Damen und Herren,

als Präsident der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) und auch ganz persönlich begrüße ich Sie recht herzlich zum **7. Straubinger Ethiktag**, der den Titel trägt: „**Was ist uns unsere Gesundheit wert?**“

Ich freue und bedanke mich, dass Sie sich dieser grundsätzlichen Frage stellen.

Mein Dank gilt den hier anwesenden Kolleginnen und Kollegen, insbesondere den Straubinger Kollegen vom örtlichen Ärztlichen Kreisverband, Johann Ertl, Dr. Wolfgang Schaaf und Dr. Martin Huber sowie dem Verleger Prof. Dr. Martin Balle, die diese Veranstaltung hier im Straubinger Sparkassensaal auf die Beine gestellt haben.

Bei der Thematik „**Priorisierung von Gesundheitsleistungen. Das Wesentliche – sonst nichts?**“ stellt sich mir eine grundsätzliche Frage: „**Ökonomie versus Ethik – Geht eine betriebswirtschaftlich ausgerichtete Steuerung im Gesundheitswesen nicht zu Lasten der Humanitas, der Menschlichkeit und stellt ärztliches Handeln per se in Frage?**“.

Daran schließen sich weitere Fragen an:

- Seit wann beeinflusst die Ökonomie ärztliches Handeln?
- Gefährdet diese die Qualität der medizinischen Patientenversorgung?
- Besteht gar ein grundsätzlicher Widerspruch zwischen Ökonomie und Ethik bzw. Ökonomie und Barmherzigkeit?
- Lassen sich die Daseinsfürsorge und Wettbewerb unter einen Hut bringen?
- Um was für eine Art von Wettbewerb handelt es sich eigentlich? Findet ein Wettbewerb um Preise, um Qualität, um Leistungen, um neue Versorgungsformen, um echte Präventionsangebote, Wahlmöglichkeiten für Versicherte oder um geringe Verwaltungskosten statt?

Zunächst lässt sich feststellen, dass wir uns im Moment in einem **medizinisch-ethisch, ökonomischen Sturm** befinden, in dem die Werte, die ärztliches Handeln bestimmen, immer mehr marktwirtschaftlichen und merkantilen Zielen unterstellt werden, mit der Gefahr, dass die das vertrauensvolle Patienten-Arzt-Verhältnis prägenden Werte sich verändern, wie es Professor Dr. Giovanni Maio formulierte:

- vom Vertrauensverhältnis zum Vertragsverhältnis
- von der Freiheit ärztlicher Entscheidungen zum Therapieren nach Gebrauchsanweisung

- von der ärztlichen Profession zum Angestellten im medizinisch-industriellen Komplex oder
- von der fürsorglichen, barmherzigen Praxis zur marktkonformen Dienstleistung.

Hierbei sehe ich zwei Gefahren auf uns zurollen:

- a) dass die Industrialisierung der Medizin die Gesundheit unserer Bürgerinnen und Bürger bedroht und
- b) dass unsere junge Ärztegeneration von ökonomischen Grundsätzen geleitet, an die Patientenversorgung herangeführt wird. Begriffe wie Effektivität, Effizienzsteigerung, Kosten-Nutzen-Relation, Personalschlüssel, Kodierungsoptimierung, Case-Mix-Index, Budgetierung, Rabattverträge, Leitlinien und „clinical pathways“ dominieren über das eigentliche ärztliche Handeln, die mitfühlende Behandlung des Patienten und die Zuwendung. Werte wie Altruismus, Empathie, Mitgefühl, Wertschätzung, Zuwendung, Menschenwürde, ja einfach „Helfen“ und „Heilen“ drohen unterzugehen.

Soviel zur Positionierung von ökonomischen Forderungen im Abgleich zu unseren ethischen Vorstellungen von ärztlichem Handeln. Der Diskussion hierüber können wir uns jedoch bei den Herausforderungen, denen wir gegenüberstehen nicht entziehen.

Diese sind einerseits ein erhöhter Versorgungsbedarf und andererseits mangelnde humane und finanzielle Ressourcen. Deshalb Priorisierung, sehr geehrte Damen und Herren?

Doch über Priorisierung medizinischer Leistungen sprechen, heißt immer auch eine Abgrenzung zu den Begrifflichkeiten **Rationalisierung und Rationierung**. Wir sollten hier ganz präzise unterscheiden in der **Begriffs-Kaskade**: Rationalisierung – Priorisierung - Rationierung.¹

Zunächst zur **Rationalisierung**:

Diese wird in der Regel als Erstes genannt, wenn es um den Umgang mit begrenzten Ressourcen geht. Rationalisierungsmaßnahmen sollen Effizienz- und Produktivitätssteigerungen im Rahmen einer Leistungserbringung schaffen. Dies kann etwa dadurch geschehen, dass Strukturen und Prozesse optimiert und Redundanzen vermieden werden. Im ambulanten Bereich sehe ich einen grundsätzlichen Ansatz in der hausarztzentrierten Versorgung, in der der Hausarzt als Lotse den Patienten durch den „Gesundheitsdschungel“ begleitet: Keine Überversorgung, keine Doppeluntersuchungen und keine Parallelbehandlungen. Dies ist auch ganz entscheidend bei den Schnittstellen ambulant/stationär und stationär/ambulant, d. h. eine sektorübergreifende Verzahnung ist nötig.

¹ <http://www.aerzteblatt.de/archiv/63854/Rationalisierung-Rationierung-und-Priorisierung-was-ist-gemeint>

Auch ist in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit und Aussagekraft einiger diagnostischer Maßnahmen zu hinterfragen, wie die Indikationen zum Röntgen, CT, MRT sowie auch von Screening-Programmen, wie Mammographie-Screening, oder in der Labor-Diagnostik (PSA-Screening)². Rationalisierungsmaßnahmen sind also grundsätzlich vernünftig und sinnvoll, zielen sie doch darauf ab, das Versorgungsniveau zu erhöhen oder zumindest zu erhalten.

Unter **Rationierung** wird die Begrenzung von Ressourcen in allen Lebensbereichen verstanden. Daher gehört der Umgang mit diesen Grenzen zu den Herausforderungen unseres Alltags. In der Medizin kann aus diesen Grenzen schnell ein Mangel werden, der existenzgefährdend ist, weshalb im Gesundheitswesen permanent versucht werden sollte, die Begrenztheit von Ressourcen so gut wie möglich zu vermeiden.

Eine Rationierung in bestimmten Bereichen haben wir jedoch heute schon, wenn auch eher eine implizite, d. h. verdeckte Rationierung. Paradebeispiel sind die Budgets beim Honorar und bei den Verordnungen oder zum Teil längere Wartezeiten im fachärztlichen ambulanten Bereich oder die deutlich kürzere Verweildauer im stationären Bereich. Vor einer expliziten, offenen Rationierung weicht unsere Gesellschaft zurück, z. B. „keine Endoprothesen ab dem 80. Lebensjahr“ oder „keine Dialyse ab dem 75.“

² Bessere Ärzte, bessere Patienten: Transparenz im Gesundheitswesen; Gerd Gigerenzer. Gigerenzer, Mata & Frank Journal of the National Cancer Institute; 2009

Um ein Vorenthalten zu vermeiden, stellt die **Priorisierung** eine Alternative dar. Unterstellt man, dass trotz des Ausschöpfens aller Rationalisierungspotenziale künftig der medizinisch-technologische Fortschritt nicht ungesteuert allen Patienten – zudem in einer alternden Gesellschaft – zur Verfügung gestellt werden kann, kommt man unweigerlich auf die Frage: Nach welchen Kriterien werden Gesundheitsleistungen dann zugeteilt? Welche Therapiemöglichkeiten stehen für welche Patienten unter welcher Voraussetzung zur Verfügung?

In einer solchen Situation entsteht ein immenses Informationsbedürfnis in der Bevölkerung. Transparenz ist nötig, insbesondere um Entscheidungen unter dem Aspekt der Verteilungsgerechtigkeit nachvollziehbar zu machen.

Jedoch existiert hier ein eklatanter Widerspruch zwischen Anspruch und Realität,

- a) weil das politische Eingeständnis eines **Mangels** extrem schwierig erscheint und
- b) ein Konsens über geeignete **Kriterien**, die es erlauben, nachvollziehbare Entscheidungen zum „ranking“ medizinischer Behandlungsoptionen zu erstellen, fehlt.

Wie soll man zwischen **Bedürftigkeit und Dringlichkeit** gewichten?
(*dazu noch später*)

Generell versteht man unter Priorisierung „die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bei Behandlungs- und Untersuchungsmethoden“³ im Sinne einer Verteilungsgerechtigkeit. Dabei entsteht ein mehrstufiges „**ranking**“, bei dem Methoden, Krankheitsfälle, Kranken- und Krankheitsgruppen, Versorgungsziele und vor allem Indikationen eine Rolle spielen.

In der Literatur findet man häufig den Vorschlag, dass an oberster Stelle dieser Rangreihe medizinische Verfahren stehen, die aus gesellschaftlicher, vor allem aber auch wissenschaftlicher Perspektive als unverzichtbar und hilfreich eingestuft werden. Theoretisch sollen sich am Ende dieser Rangreihe solche Verfahren wiederfinden, die keine nachweisbare Wirkung haben, sondern eher einem Wohlfühlcharakter entsprechen.

Generell kann zwischen einer vertikalen und horizontalen Priorisierung unterschieden werden:

- Die **vertikale** Priorisierung bezieht sich auf Rangreihen innerhalb eines definierten Versorgungsbereichs, etwa im Hinblick auf Diagnose und Therapie von Herz-Kreislaufkrankungen.

³ dito

Zur Diagnose: klinische Untersuchung, EKG, Ergometrie, 24-Stunden-EKG, 24-Stunden-RR-Messung, Cardio-Szintigraphie, Cardio-MRT, Herzkatheter.

Bezüglich des Krankheitsbildes und dessen Versorgungsbedarfs: akut bzw. lebensbedrohlich (Herzinfarkt, Lungenembolie) vor chronisch mit Einschränkung der Lebensqualität, z. B. Herzinsuffizienz nach NYHA - Klassifikation I-IV.⁴

- Bei der **horizontalen** Priorisierung handelt es sich um Dringlichkeitsabwägungen zwischen unterschiedlichen Krankheits- und Patientengruppen, Versorgungszielen oder Versorgungsbereichen, z.B. Herzchirurgie vor Schönheitschirurgie bzw. ein Ranking zwischen akut Verletzten und Erkrankten durch Unfälle oder Herzinfarkt, Krebserkrankungen bis hin zu den Erkältungen oder bei Versorgungszielen: Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege.

Anrede

Die Diskussion über die Priorisierung im Gesundheitswesen ist weder ein spezifisch deutsches Phänomen noch eine brandneue Entwicklung. Zahlreiche Wissenschaftler und Forschungsgruppen, die Bundesärztekammer (Zentrale Ethikkommission – ZEKO) und der Deutsche Ärztetag 2009 sowie auch die Bayerischen Ärztetage 2009 und 2010 haben sich dieses Themas angenommen.

In Bayern hatten wir zudem ein von der BLÄK veranstaltetes Symposium 2011 mit namhaften Referenten.

⁴ http://en.wikipedia.org/wiki/New_York_Heart_Association_Functional_Classification

Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SGB V § 142) hat sich mit der Problematik befasst. So hat sich unter dem Titel „Priorisierung in der Medizin“ eine Gruppe der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG – FOR655) dem Thema zugewandt. Dabei handelt es sich um ein Forschungsprojekt, das konkrete Priorisierungsvorschläge ausgearbeitet hat. Ein Teilprojekt befasst sich mit „Notwendigkeit und Wege der Prioritätsänderung bei Eurotransplant“⁵.

Untersucht wurden die Zuteilungskriterien⁶ im Eurotransplant Kidney Allocation System (ETKAS), da in der Nierentransplantation ein „negativer Zusammenhang zwischen Wartezeit und Transplantatüberlebenszeit“ im deutschen System kritisiert wurde. Das leitet nahtlos über zur Diskussion um den „MELD-score“ (Model for Endstate Liver Disease) bei der Lebertransplantation. Ganz aktuell geht es um die **Richtlinien** bei Lebertransplantationen.

Auch hier gilt es die Dringlichkeit nach dem MELD-Score gegenüber den Erfolgsaussichten abzuwägen.

⁵ Notwendigkeiten und Wege der Prioritätsänderung im Eurotransplant Kidney Allocation System (ETKAS). www.priorisierung-in-der-medizin.de

⁶ Ahlert_Granigg_Greif-H.: „Postmortal gewonnene Nieren werden seit längerem nach **Allokationsalgorithmen** verteilt. Eine maximale **Bestimmtheit und Prüfbarkeit der zentralen patientenbezogenen Organvergabe ist damit garantiert**, nicht jedoch eine Ausweitung des Organaufkommens. Im Falle des Leberversagens ist das besonders tragisch, da eine der Dialyse vergleichbare Organersatztherapie fehlt. Die Prüfbarkeit und Bestimmtheit der Entscheidung über die Vergabe postmortaler Lebern wird dadurch noch wichtiger als im Falle der Nierenallokation. Insofern ist die Einführung des MELD scores im Dezember 2006 fraglos zu begrüßen. Nun entscheiden weitgehend objektiv messbare Laborparameter über die Prioritätsfestlegung bei der Leberzuteilung. Dadurch wurde eine Überprüfbarkeit der Allokation erreicht, die sich mit dem Niveau der Prüfbarkeit der Nierenallokation vergleichen lässt. **Fraglich ist, welche weiteren Vorteile und ob und ggf. welche Nachteile mit dem Gewinn an Bestimmtheit verbunden sein könnten.**“

Ein weiteres Teilprojekt der DFG untersucht „Praxis und Theorie der Prioritätensetzung in der Medizinischen Rehabilitation“⁷. Konkret geht es um eine Priorisierungs-Leitlinie (PLL) beim akuten Koronarsyndrom.⁸ Z. B. Nikotinentwöhnung als Voraussetzung zum Stent oder Verhaltensänderung statt Revaskularisierung. (Bei stabiler Angina pectoris körperliches Training und Nikotinentwöhnung statt Revaskularisierung).

Position	Krankheitszustand/Maßnahme (Indikation)	Priorität *
A1	Zigarettenkonsum bei Patient ohne KHK – kurze Aufklärung über Einstellen des Rauchens	1
A131	Akute KHK oder Z. n. Revaskularisierung oder CABG – körperliches Training innerhalb der Herz-Reha	2
A46	Ischämische Herzerkrankung - ASS	3
A133	Stabile Angina Pectoris – körperliches Training anstatt Revaskularisierung	F & E
A135	Akute KHK oder Z.n. PCI oder CABG – Verhaltensänderung in Form von Stressbewältigung	8
A142 A144	Bekannte KHK – Antioxidantien Bekannte KHK nach Menopause - HRT	Nicht tun

⁷ Praxis und Theorie der Prioritätensetzung in der Medizinischen Rehabilitation. www.priorisierung-in-der-medizin.de

⁸ <http://www.uksh.de/bevoelkerungsmedizin>

Anrede

Wagen wir noch einen Blick über den **nationalen Tellerrand** hinaus, werden doch Priorisierungen – in unterschiedlichen Ausgestaltungen – bereits seit etwa zwei Jahrzehnten in zahlreichen Ländern angewandt.

Aufgrund der jeweils unterschiedlichen Strukturen der Gesundheitssysteme variieren auch die Priorisierungsansätze. Grundsätzlich lassen sich zwei Herangehensweisen⁹ unterscheiden:

1. Die Aufstellung von **Rahmenbedingungen** (outlining principles).
2. Die Erstellung konkreter **Leitlinien** (defining practices).

Rahmenbedingungen haben Länder wie Schweden, Norwegen, die Niederlande und Dänemark gewählt. Hier werden Kriterien definiert, die im Rahmen der Priorisierung zwingend erfüllt sein müssen. Das schwedische Parlament hat bereits 1997 Richtlinien zur Priorisierung verabschiedet. Darin sind drei ethische Prinzipien festgelegt worden:

- Alle Menschen seien gleich an Wert und Würde;
- die Ressourcen sollen nach Aspekten des Bedarfs und der Solidarität verteilt werden;
- die Kosteneffizienz aller Maßnahmen sei zu berücksichtigen.

Die Priorisierung wird dort vom ‚Prioriteringscentrum‘ (‚National Centre for Priority Setting‘) geleistet.

⁹ Bayerisches Ärzteblatt 10/2011, S. 538

Ziel dieser Herangehensweise war es, einen Konsens in der Bevölkerung im Hinblick auf fundamentale Werte und Prinzipien in der medizinischen Versorgung festzulegen.

Die Ergebnisse dieses Ansatzes waren – wie zu erwarten – sehr abstrakt und dienten eher der Vermeidung eklatanter Fehlentwicklungen und weniger als konkrete Handlungsanweisungen für eine praktikable Prioritätensetzung.

2. Die Erstellung konkreter Leitlinien wurde z. B. vom US-Bundesstaat Oregon, England, Israel und Neuseeland besprochen. Bei dieser Methode werden explizit Kriterien oder Handlungsanweisungen definiert, nach denen Gesundheitsmaßnahmen gewichtet werden.

Die „**Oregon-Kriterien**“ sind zu einem Begriff geworden.

1987 sollte im US-Bundesstaat Oregon eine die gesamte Bevölkerung abdeckende Krankenversicherung eingeführt werden, ohne die Gesamtkosten für Medicaid zu erhöhen. Dies erschien nur möglich mit einer Reduzierung des Leistungsumfangs. Statt z.B. Organtransplantationen bei Kindern wurden deshalb Vorsorgeuntersuchungen bei sozial schwachen Schwangeren und Kindern finanziert – mit dem Risiko, dass einige Kinder wegen nicht durchgeführter Transplantationen schwer beeinträchtigt waren. Das gesamtgesellschaftliche Vorgehen wurde in einer Prioritätenliste für alle medizinischen Maßnahmen festgeschrieben.

Doch die funktionierte nicht, da u. a. die Ärzte in Oregon versucht haben, die Abgrenzungslinie zwischen Grund- und Zusatzversorgung durch „verschiedene Ausweichmethoden“ zu unterlaufen, um zu erreichen, dass eine für die Rationierung vorgesehene Maßnahme doch noch in den Leistungskatalog übernommen werden konnte.¹⁰

Anrede

Priorisierung hat eine **ethische und politische Dimension** – keine Frage. So wollte der ehemalige Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, bei der von ihm angestoßenen Diskussion über eine Prioritätenliste bei medizinischen Behandlungen auch nicht locker lassen. Die Zeit sei reif für diese Diskussion, sagte Hoppe auf dem 112. Deutschen Ärztetag 2009 in Mainz. Dass es eine Mangelversorgung gebe, sei zumindest innerhalb der Ärzteschaft „völlig unbestritten“, dies vonseiten der Politik abzustreiten, werde nicht gut gehen. Diese Diskussion als „menschenverachtend“ zu bezeichnen, sei daher „absolut deplatziert“, sagte Hoppe mit Blick auf die Aussage der damaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD). Auch der ehemalige Bayerische Gesundheitsminister, Markus Söder (CSU), wollte – anlässlich des 69. Bayerischen Ärztetages in Fürth 2010 – von einer Priorisierung medizinischer Leistungen nichts wissen.

¹⁰ Deutsche Medizinische Wochenschrift 2002; 127; 1573-1 574; G. Maio, Warum die Rationierung ...

Für ihn sei das „gleichbedeutend mit Rationierung und daher unethisch“.¹¹ Die Politik – egal welcher Parteizugehörigkeit – reagiert „abweisend“ beim Thema Priorisierung.

Meine Damen und Herren,

jetzt stellt sich für uns alle die Frage, wie wir die genannten Ziele erreichen:

Verteilungsgerechtigkeit, Transparenz, um durch **Nachvollziehbarkeit** einen **gesellschaftlichen Konsens** herzustellen im Sinne einer **bedarfsgerechter Versorgung** um die kommenden **Herausforderungen** – Teilhabe Aller am medizinisch-technischen Fortschritt in einer Gesellschaft des langen Lebens bei gleichzeitiger Finanzierbarkeit des Ganzen – zu meistern.

Dies über **Rationalisierung**, was sicherlich unbestritten ist oder über **Priorisierung** oder/ und durch eine bessere **Mittelallokation** und Präzisierung des Bedarfs durch **Bedarfsplanung** und Definierung von **Versorgungszielen** durch eine **Intensivierung der Versorgungsforschung**. In Bayern existiert die Landesarbeitsgemeinschaft für gesundheitliche Versorgungsforschung, deren Ziel es ist, den wirklichen Bedarf zu ermitteln, um Defizite abzustellen bzw. drohende Defizite nicht eintreten zu lassen. Was die **Versorgungsstruktur** betrifft, brauchen wir mehr Kooperation, Integration und Vernetzung.

¹¹ Dtsch Arztebl 2010; 107(43): A-2084 / B-1816 / C-1788

Abschließend möchte ich feststellen, dass ohne **Ökonomie und Betriebswirtschaft** eine medizinische Versorgung – wie wir sie uns vorstellen – nicht möglich ist. Aber die Ökonomie darf nicht ärztliches Handeln dominieren, sondern muss unter Berücksichtigung **ethischer Werte** dazu beitragen, dass alle unsere Patientinnen und Patienten die für sie notwendigen medizinischen Leistungen erhalten. Hierzu müssen wir Rationalisierungsreserven ausschöpfen, Fehlallokationen vermeiden – und kontrolliert und im gesellschaftlichen Konsens Priorisierungsmaßnahmen ergreifen, um eine Rationierung auszuschließen.

Jetzt bin ich gespannt auf die verschiedenen Beiträge und die **anschließende Diskussion** und bedanke mich für **Ihre Aufmerksamkeit**.