

„Priorisierung ist nicht gleich Rationierung“

Eine Arbeitsgruppe der Bundesärztekammer beschäftigt sich mit dem Thema Priorisierung – und diskutiert ihre Überlegungen mit Ärztinnen und Ärzten in den Regionen.

von Horst Schumacher

Priorisierung aus ärztlicher Sicht war das Thema eines Workshops der Bundesärztekammer (BÄK) und der Ärztekammer Nordrhein (ÄkNo) im Oktober in Düsseldorf. Der Präsident der ÄkNo, Rudolf Henke, begrüßte dazu rund 40 Kolleginnen und Kollegen im Haus der Ärzteschaft. „Die Arbeitsgruppe Priorisierung der Bundesärztekammer ist der Überzeugung, dass das Konzept und Programm einer werte- und kriterienbasierten Priorisierung helfen kann, sich dem Ideal einer bedarfsgerechten und gleichmäßigen Versorgung anzunähern“, sagte Henke, der neben anderen Kammerpräsidenten und Wissenschaftlern zu der BÄK-Arbeitsgruppe gehört.

Am Anfang einer „gezielten Desensibilisierung“ nach der aufgeregten Debatte des Jahres 2009 (siehe Kasten rechts) stehe eine innerärztliche Diskussion über das Thema, so der Präsident. Er berichtete von einer Umfrage unter den Delegierten des diesjährigen Deutschen Ärztetages, bei der sich 94 Prozent für eine ärztliche Auseinandersetzung mit dem Thema ausgesprochen haben. „Wir sind der Überzeugung, dass nur eine ärztlich unterstützte Priorisierung zum Ziel führen kann“, so Henke. Erfahrungen zum Beispiel in Schweden und Norwegen hätten gezeigt, dass ein gesellschaftlich konsentiertes Verfahren der Priorisierung sinnvoll, machbar und versorgungswirksam sei – „und zwar unabhängig von der jeweiligen ‚Kassenlage‘ des Systems“.

Der ärztlich unterstützten Priorisierung gehe es um mehr klinische Rationalität und um mehr Transparenz in der bedarfsbezogenen Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. „Dabei soll der Entscheidungsspielraum des Arztes nicht eingeschränkt werden“, sagte Henke, „vielmehr sollen unter den Bedingungen von Priorisierung erstellte Leitlinien den Ärz-



Als Mitglieder der Arbeitsgruppe Priorisierung der Bundesärztekammer beteiligen sich der rheinische Kammerpräsident **Rudolf Henke** (l.) und der Medizinethiker **Professor Dr. Dominik Groß** an dem innerärztlichen Diskurs zum Thema. Foto: Jochen Rolfes

Deutscher Ärztetag 2009: Allergische Reaktionen

Im Jahr 2009 gab der damalige Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages der Debatte über „heimliche Rationierung“ von Gesundheitsleistungen, deren Protagonist er war, eine neue Richtung. Bereits seit Jahren hatte Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe kritisiert, die Politik stehe sich aus der Verantwortung für die von ihr vorgegebene Mangelversorgung. Vielmehr pflegten die Gesundheitsminister verbal ein unbegrenztes Leistungsversprechen für die gesetzlich Krankenversicherten abzugeben, faktisch aber Rationierung durch Budgetierung zu erzwingen – und die Verantwortung dafür in die Arztpraxis und ans Krankenbett zu verlagern. Dieser Widerspruch beschädigte das Vertrauen der Patienten in ihre Ärzte und müsse in einer ehrlichen Debatte zur Mittelknappheit im Gesundheitswesen aufgelöst, die bis dato intransparent bleibende Rationierung einschließlich der politischen Verantwortung dafür offengelegt werden. In einem offenen gesellschaftlichen Diskurs sollten, so schlug Hoppe erstmals beim 112. Deutschen Ärztetag 2009 in Mainz vor, etwa nach schwedischem Vorbild nachvollziehbare Kriterien für einen Einsatz der knappen Mittel entwickelt werden. Eine Priorisierung zum Beispiel von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in einer mehrstufigen Rangreihe, an deren Ende wirkungslose oder gar schädliche Verfahren stehen, könne einen gerechteren Einsatz der begrenzten Ressourcen bewirken. Auf den Vorschlag des Ärztepräsidenten folgte eine allergische Reaktion seitens Politik und Öffentlichkeit. Hoppes Vorschlag wurde in sein Gegenteil verkehrt: Die Ärzteschaft, trete nunmehr dafür ein, dass Patienten Gesundheitsleistungen vorenthalten werden sollten, so der Grundtenor der Kommentare. RhÄ

ten Entscheidungshilfen für eine qualitätsorientierte Behandlung geben.“ Ziel und Zweck sei die Versorgungsberatung, nicht die Allokationsentscheidung.

Den möglichen Nutzen von Priorisierung illustrierte der Aachener Medizinhistoriker und Medizinethiker Professor Dr. Dominik Groß, ebenfalls Mitglied der BÄK-Arbeitsgruppe, den Kolleginnen und Kollegen anhand einer Kasuistik. Er stellte den Fall eines 52-jährigen Patienten mit Metabolischem Syndrom vor und bat die Teilnehmer, eine Reihe von diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen auf diesen Patienten bezogen zu bewerten – auf einer Skala von 0 wie „nicht tun“ über 2 („Soll“), 3 („Kann“) bis hin zu 4 („Muss“). Das Ergebnis: ein alles in allem einigermaßen heterogenes Meinungsbild. Die entscheidende Frage: Wäre das ärztliche Urteil homogener ausgefallen, wenn man sich vorab über die Entscheidungskriterien verständigt hätte? Genau dies könnte der Effekt von Priorisierung sein.

Die BÄK-Arbeitsgruppe favorisiert nach den Worten von Dominik Groß das schwedische Modell der Priorisierung, das schon relativ weit entwickelt und konkret formuliert sei. Ethische Kriterien spielen darin nach den Worten des Aachener Wissenschaftlers eine besonders wichtige Rolle. Groß betonte, dass eine Gleichsetzung von Priorisierung mit dem Vorenthalten von Gesundheitsleistungen, „die sich bei vielen im Kopf festgesetzt hat“, unzulässig ist: „Priorisierung ist nicht gleich Rationierung.“

Diese Botschaft will die BÄK-Arbeitsgruppe zunächst im Kollegenkreis verbreiten. Nach Sachsen und Nordrhein werden weitere Priorisierungs-Workshops zunächst in Bayern, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen stattfinden.

Darum geht's: Priorisierung

Priorisierung ist die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit von vorab definierten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder anderen medizinischen Objekten vor anderen. Grundsätzlich führt Priorisierung zu einer mehrstufigen Rangreihe. An deren oberen Ende steht, was im Rahmen gesellschaftlich geklärter Ziele, Werte, Normen und Kriterien nach Datenlage und fachlichem wie öffentlichem Konsens als unverzichtbar beziehungsweise wichtig und dringlich erscheint. Am Ende steht das, was keiner medizinischen Aufmerksamkeit bedarf, wirkungslos ist beziehungsweise mehr schadet als nützt.

Quelle: Arbeitsgruppe Priorisierung der Bundesärztekammer.