

Priorisierung in der medizinischen Versorgung

Diskussionen in Deutschland – Praxis in Schweden

Prof. Dr. phil. Thorsten Meyer

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung

Professur für Rehabilitationsforschung



[Wir stehen] vor der Herausforderung einer demografischen Entwicklung, die uns eine Gesellschaft des langen Lebens beschert, die aber auch zu Multimorbidität und zu einer erhöhten Zahl chronisch Kranker führt. Mehr denn je haben wir Möglichkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie.



Aber die Schere zwischen dem, was wir leisten können und dem, was wir bezahlen können, klafft immer weiter auseinander. Und so auch zwischen dem, was das Sozialrecht bietet und dem, was das Haftungsrecht fordert. Und deshalb müssen wir darüber reden, wie wir trotz begrenzter Ressourcen eine gerechte Versorgung gestalten können.

Im derzeitigen System sehe ich nur einen Weg aus der Rationierung, nämlich die Diskussion um die Priorisierung.

Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe†, ehem. Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages
Eröffnungsrede auf dem 113. Ärztetag, 11. Mai 2010 in Dresden

Reaktionen

Prof. Dr. med. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer:
„Wir Ärzte sind nicht mehr bereit, die versteckte politisch verursachte Rationierung an die Patienten weiterzugeben. Wir fordern eine breite gesellschaftliche Diskussion zur Priorisierung medizinischer Leistungen. Es ist ethisch nicht mehr vertretbar, diese Diskussion nicht zu führen.“

DÄB 2010; 107 (19) A 893ff

Dr. med. Hans-Georg Faust, Bundestagsabgeordnete (CDU) und Anästhesist: *„Die Frage des Umgangs mit endlichen Ressourcen muss gestellt werden und wird auch gestellt. Die Frage ist aber: Wann ist die Öffentlichkeit so darauf vorbereitet, dass die Debatte seriös geführt werden kann?“*

Quellen: DÄB, Jg. 106(21); 22. Mai 2009; DÄB PP Heft 7, Juli 2009

Reaktionen

Ulla Schmidt, ehem. Gesundheitsministerin (SPD): die Debatte um Priorisierung sei „*menschenverachtend*“. *„Gestatten Sie, dass ich ein anderes Verständnis von Sozialstaat habe. Dass es eine Liste von Krankheiten gibt, die man behandelt und andere nicht, und man für diese privat vorsorgen könnte, stimmt nicht mit meinem Verständnis von Humanität und dem Artikel 1 des Grundgesetzes überein.“* Quellen: DÄB, Jg. 106(21); 22. Mai 2009; DÄB PP Heft 7, Juli 2009

Dr. med. Philip Rösler, ehem. Gesundheitsminister (FDP): *„Ich halte von der Diskussion über Priorisierung nichts. (...) Eine Rangfolge zu bilden heißt doch, **Wertigkeiten** einzuführen. Ich möchte aber Menschen und Krankheiten nicht bewerten. Deshalb bin ich auch nicht bereit, diese Diskussion zu führen.“* Interview, DÄB 12.2.2010



Daniel Bahr, Gesundheitsminister (FDP): *„Die Finanzierung des Gesund--heits-wesens müsse so stabil gestaltet werden, dass Debatten über eine Ratio-nierung oder Priorisierung unnötig werden“.* Rede auf Bundesärztetag, DÄB, 31.05.11

Argumente gegen Priorisierung

- „**Priorisierung ist bzw. zielt auf Rationierung.**“
- „Priorisierung ist (als kriteriengestütztes Bewerten) mit der Unverletzlichkeit der Menschenwürde (Artikel 1 Abs. 1 GG) nicht vereinbar.“
- „Priorisierung ist nur wichtig, wenn Knappheit herrscht und durch richtige Reformen vermeidbar.“
- „Priorisierung führt zum Ausschluss von ganzen Kranken- bzw. Krankheitsgruppen.“
- „Priorisierung führt zu sanktionsbewehrten Richtlinien und schränkt die ärztlich-klinische Freiheit ein.“
- „Priorisierung beeinträchtigt die Diskussion weiterer wichtiger Themen (Über- und Fehlversorgung, Fehlverteilung, Evidenzbasierung, Intransparenz, Qualität), fördert gefährliche Diskussionen (Grund/Zusatzversicherung) und löst keine Strukturprobleme.“

Begriffsbestimmungen

BEKANNTGABEN DER HERAUSGEBER

Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin
und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission)

Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden?

Nur wenige medizinische Leistungen sind umsetzbar, nicht alle in gleichem Maße. Medizinische Leistungen unterschiedliche Prioritäten zuzuerkennen, unabhängig von Kosten und eine höhere empirische Bestätigung denkbar. Sein Hauptziel ist es

„Unter **Priorisierung** versteht man die **ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit** bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen. (...) Grundsätzlich führt Priorisierung zu einer **mehrstufigen Rangreihe**. An deren oberen Ende steht, was nach Datenlage und fachlichem wie öffentlichem Konsens als unverzichtbar bzw. wichtig erscheint, am Ende das, was wirkungslos ist bzw. mehr schadet als nützt.“

Begriffsbestimmungen

Priorisierung als **gedankliche Klärung** und **Feststellung von Vor- und Nachrangigkeiten** mit dem Ergebnis mehrstufiger Rangreihen

- **vertikal:** innerhalb einer Gruppe von Erkrankungen
- **horizontal:** zwischen unterschiedlichen Gruppen von Erkrankungen

Priorisierung in diesem Sinne ist immer auch Posteriorisierung!

= Komplette (vs. inkomplette) Priorisierung

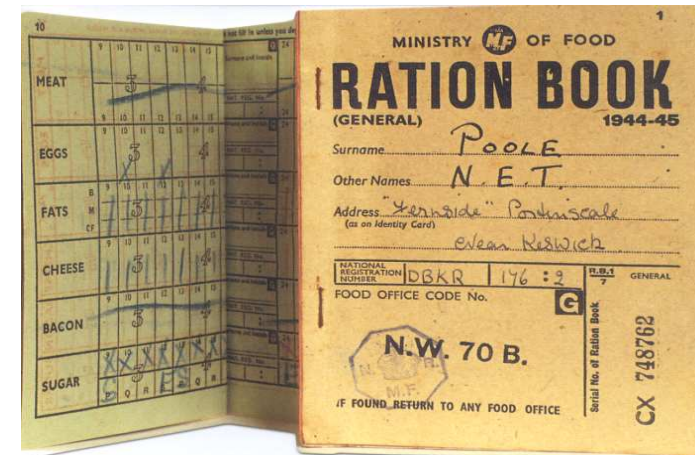
Begriffsbestimmungen

Rationierung

(Vorübergehendes oder dauerhaftes) Vorenthalten medizinisch notwendiger oder wenigstens nützlicher Leistungen aus Knappheitsgründen

- **explizit:** nach festgelegten, allgemein verbindlichen Kriterien oberhalb der Arzt-Patientenbeziehung
- **implizit:** Entscheidungen im Einzelfall ohne feste Vorgaben bzw. nach ökonomischen Steuerungsmechanismen

Cave: uneinheitlicher Sprachgebrauch!



Ein Blick nach Schweden

- **Menschenwürde**

Alle Menschen haben eine gleiche Würde, unabhängig von persönlichen Merkmalen und Aufgaben in der Gesellschaft

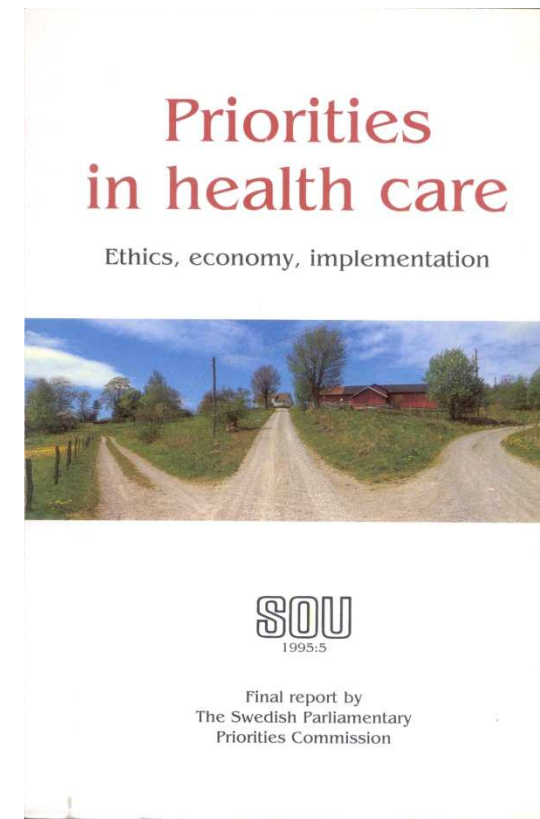
- **Bedarf und Solidarität**

Ressourcen sollten den Personen oder Aktivitäten mit dem größten Bedarf zukommen

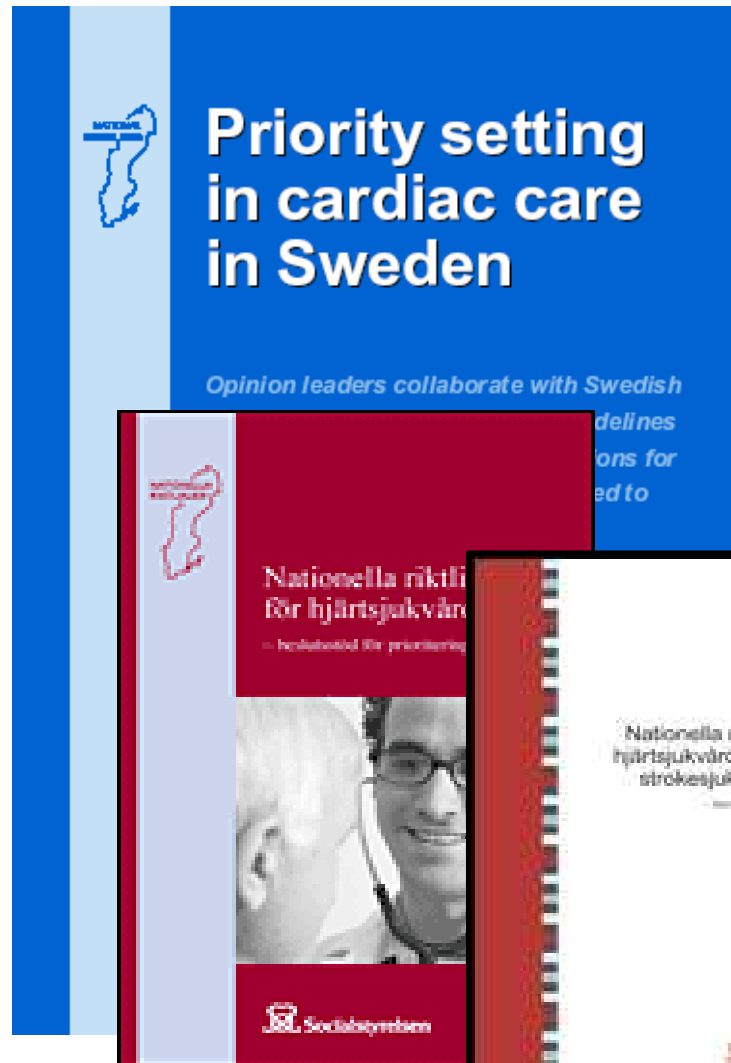
- **Kosteneffizienz**

Bei der Auswahl zwischen verschiedenen Aktivitätsbereichen oder Maßnahmen soll ein angemessenes Verhältnis von Kosten und Wirkung, gemessen an gebesserter Gesundheit und Lebensqualität, angestrebt werden

Swedish Parliamentary Priorities Commission 1995: S. 103; Übersetzung aus Meyer & Raspe (2009)



Umsetzung in Form von Priorisierungsleitlinien



1. Nationale Leitlinie 2004:
„The guideline shall provide national support to assist healthcare providers in establishing health care programs and setting priorities.“

- „conditions and interventions“
Rating von 1 – 10
„1 = highest priority“ für 19 Paare



Leitlinie für die Versorgung von Herzerkrankungen: Beispiele

cvd – cardiovascular disease
 qol – quality of life
 evid. – evidence

Medical condition <i>Intervention</i>	Severity of the disease and need for intervention	Effect of intervention	Evid. for effect	Cost per life-year gained / QALY	Health eco- nomic evid.	Rank
Smoking without previously known cardiovascular disease <i>Brief counseling incl. nicotine replacement</i>	Increased risk of premature death and/or permanent long term injury	Risk reduction	Evid. grade 3	Low	Good	1
<i>Atherosclerotic vascular disease Statins (lipid-lowering drugs)</i>	Low to moderat risk of premature death and permanent injury	Varying impact on risk of premature death and permanent injury Impact on quality of life varies	Evid. grade 1	Low to moderat	Good	3
Asymptomatic impaired left ventricular systolic function (NYHA I) <i>ACE inhibitors</i>	Moderately increased risk of premature death Low risk of premature injury No need for symptomatic relief Little to no Impact on qol	Moderate reduction in risk of premature death Small decreases in risk of permanent injury No symptomatic relief Impact on qol varies	Good scient. support *	Low	Asses- sed	5
Primary prevention (low risk of cvd) <i>Statins (lipid-lowering)</i>	Low risk of premature death and permanent injury	Little impact on risk for premature death and permanent injury	Good scient. support	Mode- rate to very high	Some	10

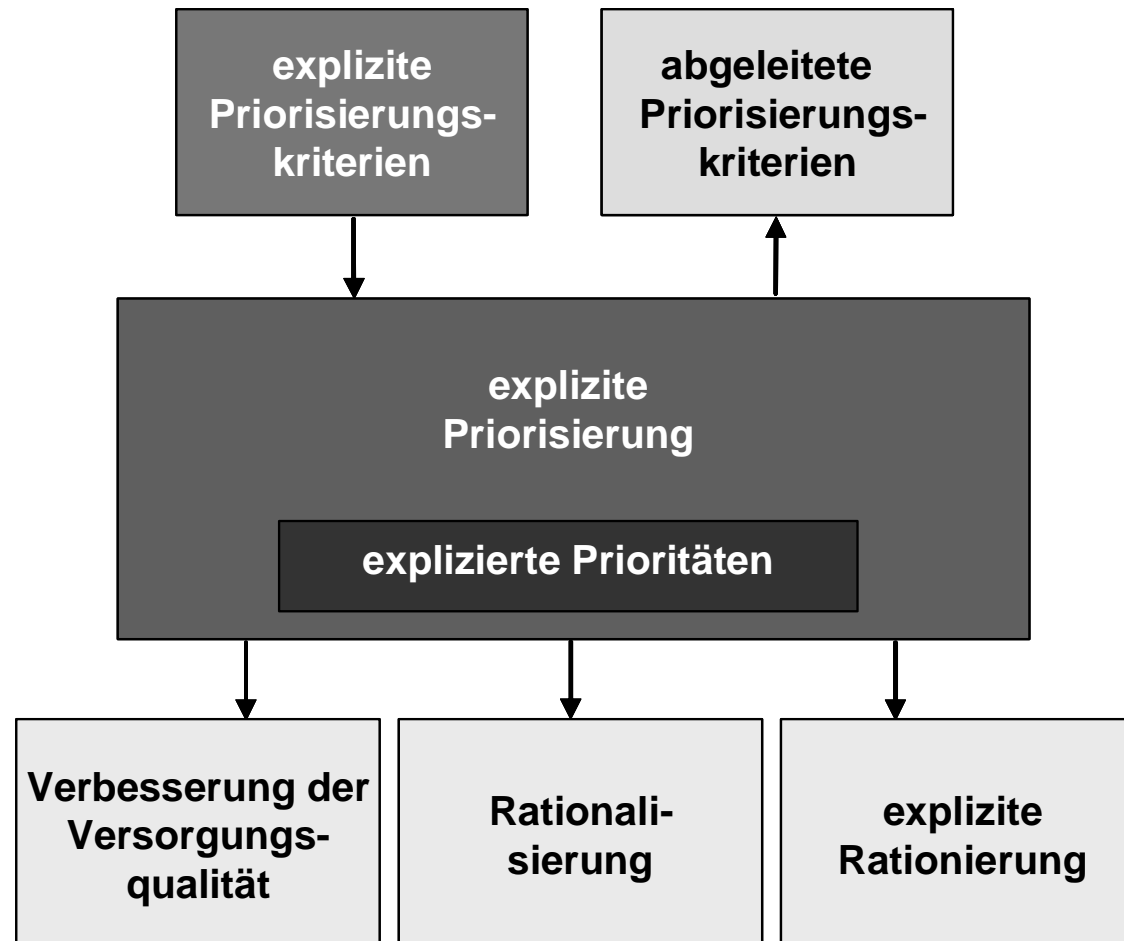
* for reduction in risk of premature death



Besonderheiten des schwedischen Modells

- Lange Vorbereitungszeit, expliziter politischer Prozess
- Parlamentskommission, deliberatives Verfahren
- Ethische Plattform „viewpoint of the individual not of the national economy“
- Vertikale Priorisierung von Indikationen innerhalb eines Bereiches
- Starker klinisch-professioneller Einfluss, geringe Rolle der Gesundheitsökonomie, keine juristische Mitwirkung
- Implementation durch Leitlinien (Empfehlungen, keine Richtlinien)
- Adressaten: Kliniker/Leitung, Gesundheitspolitiker, Bürger/Patienten
- Fortschrittsoffenheit, Flexibilität (Auf/Abwertungen), Aktualisierungen
- Viele Aktivitäten der Vermittlung, breite Partizipationsmöglichkeiten
- Erhalt des „therapeutischen Privilegs“ der Kliniker unter fixen Budgets
- Beobachtung des Versorgungsgeschehens (Register)
- Steuerung durch öffentliche Beobachtung, Benchmarking, soziale Verstärkung (nicht Geld, nicht Recht)
- Bisher Orientierungshilfe, (fast) kein Instrument harter Rationierung

Rationierung nach Priorisierung



Meyer 2009 ZEFQ 103: 80-84

Argumente gegen Priorisierung

- „Priorisierung ist bzw. zielt auf Rationierung.“
- **„Priorisierung ist (als kriteriengestütztes Bewerten) mit der Unverletzlichkeit der Menschenwürde (Artikel 1 Abs. 1 GG) nicht vereinbar.“**
- „Priorisierung ist nur wichtig, wenn Knappheit herrscht und durch richtige Reformen vermeidbar.“
- „Priorisierung führt zum Ausschluss von ganzen Kranken- bzw. Krankheitsgruppen.“
- „Priorisierung führt zu sanktionsbewehrten Richtlinien und schränkt die ärztlich-klinische Freiheit ein.“
- „Priorisierung beeinträchtigt die Diskussion weiterer wichtiger Themen (Über- und Fehlversorgung, Fehlverteilung, Evidenzbasierung, Intransparenz, Qualität), fördert gefährliche Diskussionen (Grund/Zusatzversicherung) und löst keine Strukturprobleme.“

Ein Blick nach Schweden

- **Menschenwürde**

Alle Menschen haben eine gleiche Würde, unabhängig von persönlichen Merkmalen und Aufgaben in der Gesellschaft

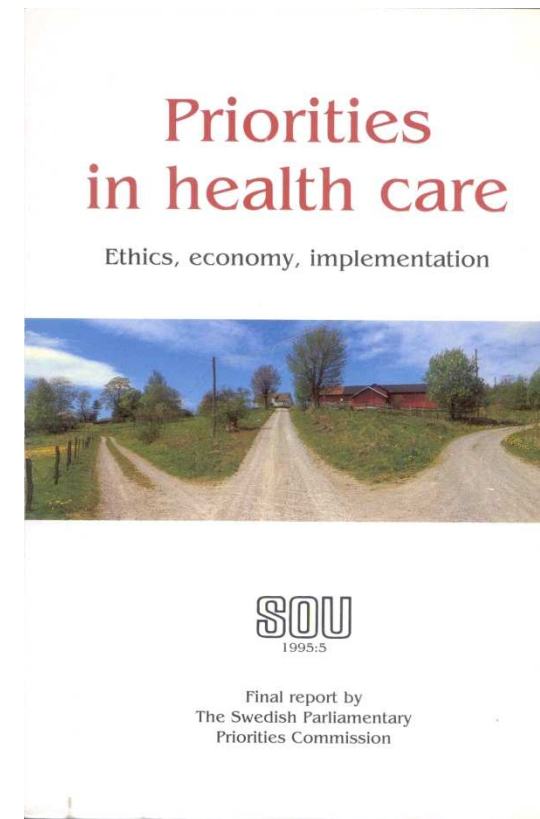
- **Bedarf und Solidarität**

Ressourcen sollten den Personen oder Aktivitäten mit dem größten Bedarf zukommen

- **Kosteneffizienz**

Bei der Auswahl zwischen verschiedenen Aktivitätsbereichen oder Maßnahmen soll ein angemessenes Verhältnis von Kosten und Wirkung, gemessen an gebesserter Gesundheit und Lebensqualität, angestrebt werden

Swedish Parliamentary Priorities Commission 1995: S. 103; Übersetzung aus Meyer & Raspe (2009)



Argumente gegen Priorisierung

- „Priorisierung ist bzw. zielt auf Rationierung.“
- „Priorisierung ist (als kriteriengestütztes Bewerten) mit der Unverletzlichkeit der Menschenwürde (Artikel 1 Abs. 1 GG) nicht vereinbar.“
- **„Priorisierung ist nur wichtig, wenn Knappheit herrscht und durch richtige Reformen vermeidbar.“**
- „Priorisierung führt zum Ausschluss von ganzen Kranken- bzw. Krankheitsgruppen.“
- „Priorisierung führt zu sanktionsbewehrten Richtlinien und schränkt die ärztlich-klinische Freiheit ein.“
- „Priorisierung beeinträchtigt die Diskussion weiterer wichtiger Themen (Über- und Fehlversorgung, Fehlverteilung, Evidenzbasierung, Intransparenz, Qualität), fördert gefährliche Diskussionen (Grund/Zusatzversicherung) und löst keine Strukturprobleme.“

In Europa begann es in Norwegen



Norwegens Sozialministerin richtete im Mai 1985 ein wissenschaftliches Komitee ein, dessen Führung dem Osloer Theologen Prof. Inge Lønning übertragen wurde.

Im Juni 1987 wurden vom Komitee

Guidelines for prioritizations in the Norwegian health service

vorgelegt. Sie wurden im Parlament zustimmend diskutiert.

Ein zweites von Inge Lønning geleitetes Komitee arbeitete von 1996 – 1997 (***Prioritizations revisited***).

Angesichts des Nordsee-Öls ...

„In the opinion of the [Lønning I] committee, the major challenge facing Norwegian health policy will be to find acceptance for the fact that some, in themselves, desirable forms of care and treatment will have to be pushed to the back of the queue.“

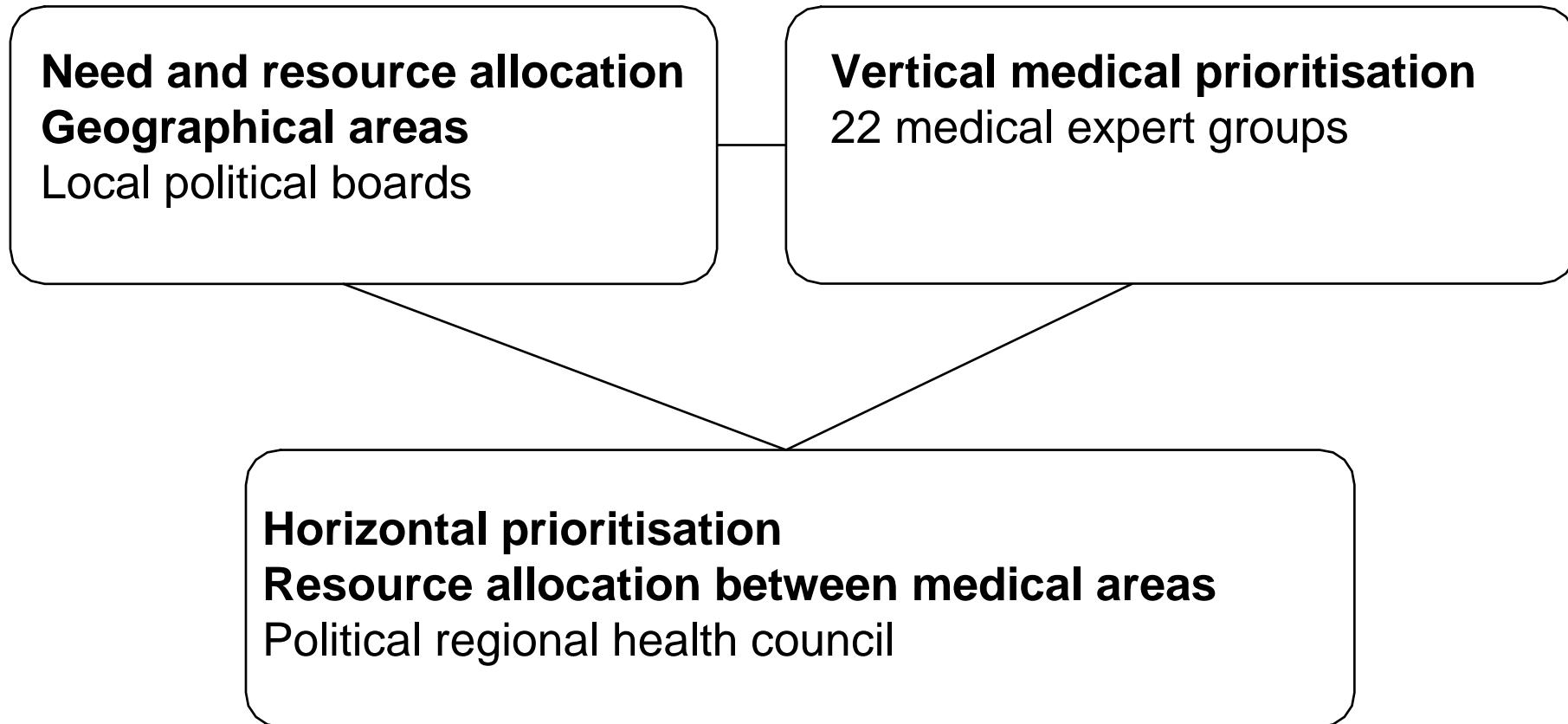
„The committee is of the opinion that the guidelines for prioritizations in the health service should be formulated in such a way that they may be applied independently of whether the health sector's total financial resources increase, are reduced or remain stable.“

(NOU 1987: 23: Summary)

Argumente gegen Priorisierung

- „Priorisierung ist bzw. zielt auf Rationierung.“
- „Priorisierung ist (als kriteriengestütztes Bewerten) mit der Unverletzlichkeit der Menschenwürde (Artikel 1 Abs. 1 GG) nicht vereinbar.“
- „Priorisierung ist nur wichtig, wenn Knappheit herrscht und durch richtige Reformen vermeidbar.“
- **„Priorisierung führt zum Ausschluss von ganzen Kranken- bzw. Krankheitsgruppen.“**
- „Priorisierung führt zu sanktionsbewehrten Richtlinien und schränkt die ärztlich-klinische Freiheit ein.“
- „Priorisierung beeinträchtigt die Diskussion weiterer wichtiger Themen (Über- und Fehlversorgung, Fehlverteilung, Evidenzbasierung, Intransparenz, Qualität), fördert gefährliche Diskussionen (Grund/Zusatzversicherung) und löst keine Strukturprobleme.“

Västragötalands Modell für Priorisierungen



Argumente gegen Priorisierung

- „Priorisierung ist bzw. zielt auf Rationierung.“
- „Priorisierung ist (als kriteriengestütztes Bewerten) mit der Unverletzlichkeit der Menschenwürde (Artikel 1 Abs. 1 GG) nicht vereinbar.“
- „Priorisierung ist nur wichtig, wenn Knappheit herrscht und durch richtige Reformen vermeidbar.“
- „Priorisierung führt zum Ausschluss von ganzen Kranken- bzw. Krankheitsgruppen.“
- **„Priorisierung führt zu sanktionsbewehrten Richtlinien und schränkt die ärztlich-klinische Freiheit ein.“**
- „Priorisierung beeinträchtigt die Diskussion weiterer wichtiger Themen (Über- und Fehlversorgung, Fehlverteilung, Evidenzbasierung, Intransparenz, Qualität), fördert gefährliche Diskussionen (Grund/Zusatzversicherung) und löst keine Strukturprobleme.“

Priorisierung und klinische Freiheit

Priorisierung informiert klinische und System-Entscheidungen, sie ersetzt diese nicht.

Im Rahmen begrenzter und unelastischer (finanzieller, personeller, zeitlicher ...) Budgets erhalten Priorisierungsleitlinien das „therapeutische Privileg“ der Kliniker in höherem Maße als Richtlinien und klinische Praxisleitlinien.

Argumente gegen Priorisierung

- „Priorisierung ist bzw. zielt auf Rationierung.“
- „Priorisierung ist (als kriteriengestütztes Bewerten) mit der Unverletzlichkeit der Menschenwürde (Artikel 1 Abs. 1 GG) nicht vereinbar.“
- „Priorisierung ist nur wichtig, wenn Knappheit herrscht und durch richtige Reformen vermeidbar.“
- „Priorisierung führt zum Ausschluss von ganzen Kranken- bzw. Krankheitsgruppen.“
- „Priorisierung führt zu sanktionsbewehrten Richtlinien und schränkt die ärztlich-klinische Freiheit ein.“
- **„Priorisierung beeinträchtigt die Diskussion weiterer wichtiger Themen (Über- und Fehlversorgung, Fehlverteilung, Evidenzbasierung, Intransparenz, Qualität), fördert gefährliche Diskussionen (Grund/Zusatzversicherung) und löst keine Strukturprobleme.“**

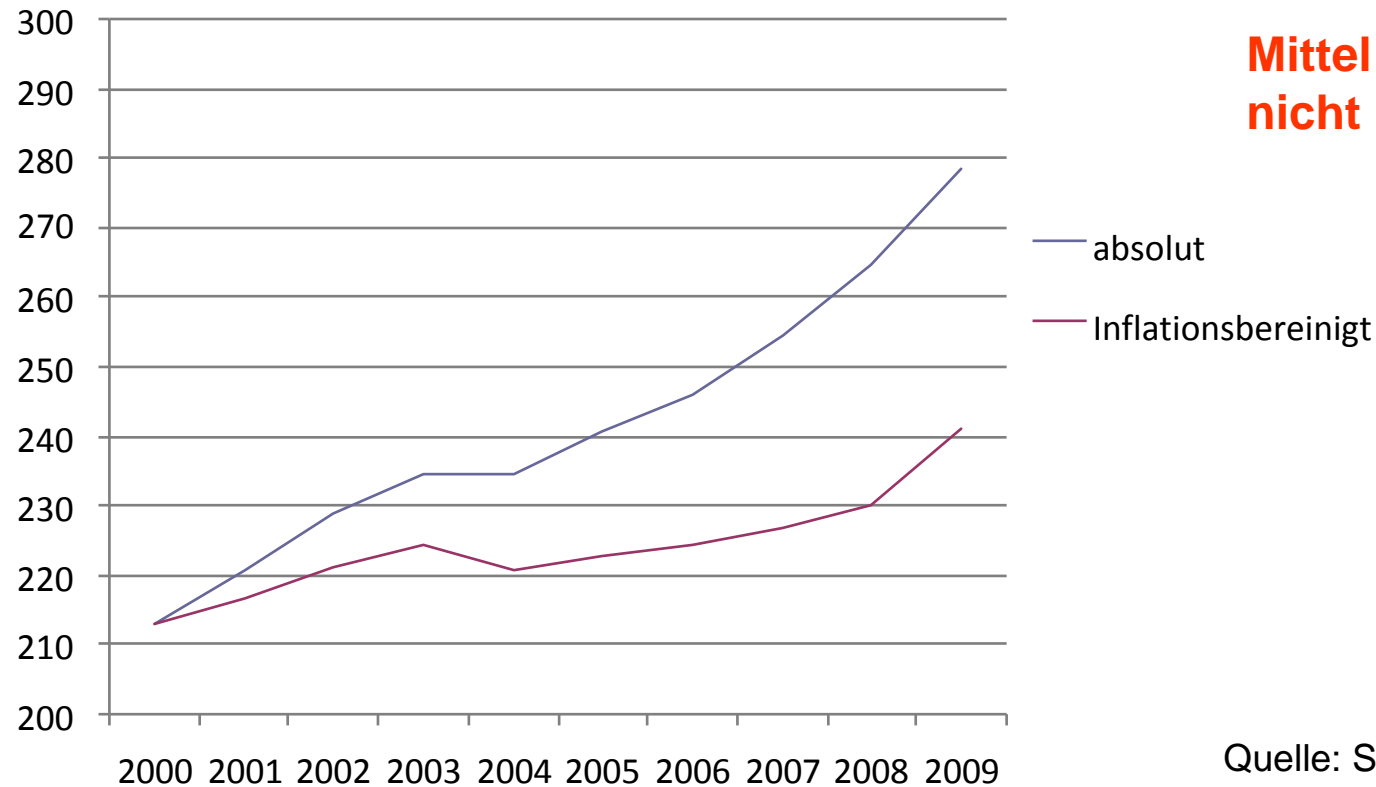
Fühlbar knapper werdende Ressourcen

Die völlig unzureichenden Budgets zur Finanzierung des Gesundheitswesens haben zu Wartelisten, Unterversorgung und Rationierung geführt. Die Ärzteschaft kann nur noch Sorge dafür tragen, die knappen Mittel möglichst effizient für die Patienten einzusetzen. Durch Rationalisierung lässt sich Rationierung jedoch nicht mehr umgehen. Dies muss transparent gemacht werden.

Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft (Ulmer Papier)
Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages 2008

„Knappheit“ im deutschen Gesundheitswesen

Gesundheitsausgaben in D in Milliarden Euro



**Mittel sind begrenzt,
nicht knapp!**

Quelle: Statistisches
Bundesamt, Wiesbaden 2011

Resümee

Trotz Risiken und Nebenwirkungen...

...sollten wir die Diskussion um Priorisierung führen, da sie erfahrungsgemäß viele Jahre und Phasen benötigt, um sie von aktuellen Interessenslagen zu trennen und ein unaufgeregtes Abwägen von Argumenten auf gesellschaftlicher Basis möglich wird.

Vertiefende und weiterführende Publikationen

Meyer T, Raspe H (zur Publ. angen.) Priorisierung: Was ist das und wie geht das? Rehabilitation

Raspe H, Meyer T (2012) Priorisierung in der medizinischen Versorgung: Norwegen und seine Parlamentskommissionen. Nach einem Gespräch mit Prof. Dr. theol. Inge Lønning im November 2010. Gesundheitswesen 74: 45-48

Pornak S, Meyer T, Raspe H (2011) Priorisierung in der Medizin - Verlauf und Ergebnisse der dänischen Priorisierungsdebatte. Das Gesundheitswesen, 73(10): 680-687

Meyer T, Raspe H (2009) Wie können medizinische Leistungen priorisiert werden? Ein Modell aus Schweden. Gesundheitswesen 71: 617-622.

Meyer T (2009) Zusammenhang zwischen Priorisierung und Rationierung – zwei Modelle. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ) 103: 80-84 (Nachdruck in: Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 2009, Heft 3/09: 231-235)

Raspe H, Meyer T (2009) Priorisierung: vom schwedischen Vorbild lernen. Deutsches Ärzteblatt 106: A1036- A1039

Meyer T, Raspe H (2009) Priorisierung im Gesundheitswesen – eine Diskussion nimmt Fahrt auf (Editorial). Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ) 103:73-74.

Meyer T, Raspe H (2009) Das schwedische Modell der Priorisierung medizinischer Leistungen: theoretische Rekonstruktion, europäischer Vergleich und Prüfung seiner Übertragbarkeit. Hintergrund und erste Ergebnisse. In: WA Wohlgenuth & MH Freitag (Hrsg.): Priorisierung in der Medizin – Interdisziplinäre Forschungsansätze. Berlin: MWV: S. 89-118