

Ist Priorisierung im Gesundheitswesen ohne Wertediskussion denkbar?

Die Debatten um den demografischen und den epidemiologischen Wandel und die erheblichen Auswirkungen auf das Gesundheitswesen der Zukunft haben in den letzten 20 Jahren praktisch in allen betroffenen Bereichen zu Diskussionen geführt. Patienten und Bürger werden regelmäßig in den Medien mit den verschiedensten Theorien zu Über- und Fehlversorgung, aber auch zu Unterversorgung und Rationierung bombardiert. Dabei wird getreu der alten Devise: „Gute Nachrichten sind schlechte Nachrichten!“ in der Regel sehr einseitig und meist zu Lasten der Ärzteschaft und weiterer Leistungserbringer, wie zum Beispiel Apotheker, Pflegedienste und Krankengymnasten, berichtet.

Hinzu kommt, dass die Politik das Thema scheut wie der Teufel das Weihwasser. Auch wenn man mit Fug und Recht behaupten kann, dass das deutsche Gesundheitswesen für Patienten das beste der Welt ist, sind auch in Deutschland, wenn auch auf sehr hohem Niveau, die Ressourcen begrenzt. Diese Begrenzungen und schon bestehenden Einschränkungen aber transparent zu machen und an einem für die Gesellschaft akzeptablen und einheitlichen Wertesystem zu arbeiten, ist gefährliches Terrain für Politiker, die wiedergewählt werden wollen. Denn selbst wenn man davon ausgeht, dass das System bisher ausreichend finanziert ist, nährt schon die Diskussion einer geänderten Verteilung Befürchtungen über die Reaktion der sogenannten Verlierer.

Die Frage ist, wie die lange überfällige Diskussion in der Öffentlichkeit in Deutschland versachlicht werden kann. Denn die Ärzteschaft fühlt sich zu Recht allein gelassen mit den unendlichen Leistungsversprechungen der Politik und der Kostenträger. Ethisch vertretbare und gesellschaftlich akzeptierte Kriterien bei der Ver-



Dr. med. Thomas Brockow, Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiner Raspe, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Dr. med. Patricia Klein (v.l.)

© SLÄK

teilung der Ressourcen sind bisher nicht konsentiert. Immer wieder stehen die Ärzte (aber auch alle anderen Leistungserbringer im Gesundheitswesen) vor Widersprüchen zwischen institutionellen Vorgaben, Behandlungsauftrag und politischen Rahmenbedingungen.

Diesen Spagat muss derzeit jede Ärztin und jeder Arzt individuell anhand seines eigenen Wertesystems lösen, viele im Austausch mit Kollegen, mancher für sich allein. Und welche Werte sind es, um die es hier eigentlich geht? Stehen in Deutschland spezielle Werte auf der Agenda? Haben hier der Osten und der Westen schon die gleichen oder unterschiedliche Werte?

Andere Staaten haben die gleichen Probleme wie Deutschland, sind aber bezüglich der Diskussion und auch der Festlegung der für sie relevanten Werte und der daraus resultierenden Priorisierungsentscheidungen wesentlich weiter. Dabei gibt es Länder, die zu sehr stark wertorientierten, eher abstrakten Priorisierungsprinzipien greifen (zum Beispiel Dänemark und Schweden) und Länder, in denen konkrete und teilweise auch sehr harte Allokationsentscheidungen getroffen werden (zum Beispiel England und Neuseeland).

Dänemark zum Beispiel definiert vier Grundwerte: die Gleichheit aller Menschen, die Solidarität untereinander, Sicherheit und Schutz und zuletzt Freiheit und Selbstbestimmung. Von diesen Werten werden

weitere Ziele abgeleitet, an denen sich die Priorisierungsentscheidungen orientieren sollen.

In Schweden hat eine parlamentarische Priorisierungskommission ethische Prinzipien festgelegt und in eine Rangfolge gebracht. Am wichtigsten ist hier die menschliche Würde, gefolgt von Bedürftigkeit und Solidarität. Erst an dritter Stelle folgen dann Kosten und Effizienz. Orientiert an diesen Prinzipien werden weitere Kategorien vorgeschlagen, die eine Setzung von Prioritäten erleichtern.

England wählt den Weg der konkreten Allokationsentscheidungen, die eine staatliche Organisation (NICE) fällt. Hier werden klinische Richtlinien entwickelt, die eine konkrete Kosten-/Nutzen-Bewertung einbeziehen. Die Entscheidungen wirken für deutsche Beobachter oft krass und führen in England vermehrt zu Protesten der Ärzteschaft.

Neuseeland fällt zwar ebenfalls konkrete Allokationsentscheidungen, die hier festgelegten Prinzipien erscheinen jedoch insgesamt als Basis für die Entscheidungen transparenter als in England. Führend ist der Nutzen einer Maßnahme für den Patienten, gefolgt vom Preis-Leistungs-Verhältnis. Beurteilt wird aber auch die Frage, ob die Person, die von der Leistung profitiert, diese auch tatsächlich bekommt (gerade im Zusammenhang mit dem Thema Primärprävention sicher ein sehr interessanter Aspekt). Und nicht zuletzt wird auch

überprüft, ob die Maßnahmen mit den Werten und Prioritäten der Gemeinschaft vereinbar sind.

In Deutschland ist aber noch gar nicht konsentiert, ob man überhaupt in diesen Prozess der Wertediskussion einsteigen will. Die Diskussion, in welchem Gesundheitssystem wir versorgt werden möchten und als Ärzteschaft versorgen möchten, hat noch nicht einmal begonnen. Die Diskussion eskaliert regelmäßig beim Thema, in welchem Gesundheitssystem wir NICHT versorgt sein wollen. Denn die Priorisierungsdebatte ist nichts anderes als eine Wertedebatte. Aber immer wieder wird direkt auf der untersten Ebene diskutiert, werden einzelne Maßnahmen priorisiert, ohne dass vorher festgelegt wurde, welche Werte dahinter stehen sollen. Immer wieder definieren einzelne Interessensgruppen, was angeblich überflüssig ist und daher gestrichen werden sollte. Dabei handelt es sich nicht nur um Kostenträger und Politiker, sondern auch aus der Ärzteschaft wird hier beraten (gerne allerdings, wenn es um Leistungen der jeweils anderen Fachgruppen geht).

Diese Priorisierungsdebatte will die Bundesärztekammer anstoßen und hat dafür 2012 unter Vorsitz von Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze eine Arbeitsgruppe eingerichtet. Da aus unterschiedlichen Untersuchungen bekannt ist, dass auch die Ärzteschaft bisher dem Thema Priorisie-

rung eher skeptisch gegenüber steht, hat die Sächsische Landesärztekammer eine Vorreiterrolle eingenommen und am 31.01.2014 einen ersten Pilotworkshop zur Diskussion des Themas mit einer kleinen Gruppe von 30 Ärzten durchgeführt.

Prof. Dr. Schulze führte dabei zunächst theoretisch in das Thema ein, unter Fokussierung auf die initial notwendige Wertediskussion. Anschließend stellte Dr. med. Thomas Brockow ein konkretes Priorisierungsbeispiel vor. Anhand eines konkreten klinischen Falls wurden 31 diagnostische Maßnahmen bewertet nach den Aussagen „Muss durchgeführt werden“, „Soll durchgeführt werden“, „Kann durchgeführt werden“ und „Nicht durchführen!“ Überraschend war dabei das breite Spektrum der Bewertungen, das nicht zuletzt dem sehr breiten Fachspektrum der Teilnehmer geschuldet war. Anschließend konkretisierte Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiner Raspe von der Universität Lübeck die Anforderungen an einen Priorisierungsprozess und stellte detailliert das schwedische Modell vor. Die ausführliche und kontroverse Diskussion unter reger Beteiligung der Teilnehmer zeigte, wie groß der Bedarf nach Klärung der Begrifflichkeiten, aber auch nach konkreter und offener Diskussion des Wertethemas ist. Insgesamt wurde angeregt, Vertiefungswshops mit konkreten Beispielen zu entwickeln und anzubieten. Dies

plant die Sächsische Landesärztekammer für die zweite Jahreshälfte 2014. Sie werden die Ankündigungen im „Ärzteblatt Sachsen“ finden. Der Pilotworkshop hat eindrücklich gezeigt, dass die innerärztliche Diskussion des Themas „Wie wollen wir unsere Patienten versorgen“ dringend überfällig ist. Das Thema Priorisierung ist ein Folgethema dieser Wertedebatte, die zwingend und transparent auch mit Patienten, Politikern und der gesamten Bevölkerung geführt werden muss. Innerärztlich wird ein Konzept aus Einführungs- und Vertiefungswshops entwickelt, begleitet von Informationsveranstaltungen und Veröffentlichungen im „Ärzteblatt Sachsen“. Auch auf dem kommenden Deutschen Ärztetag wird das Thema erneut auf der Tagesordnung stehen. Die Wertedebatte auch in Gesellschaft und Politik einzubringen, wird eine bundesweit zu organisierende Aufgabe sein, die weit über den bisher von der Zentralen Ethikkommission ZEKO empfohlenen Beirat hinausgeht. Ohne diese Wertedebatte wird es für die Ärzteschaft, aber auch für alle anderen im Gesundheitswesen Tätigen, ungleich schwieriger, den Herausforderungen der Gesundheitsversorgung im kommenden Jahrzehnt fair, gerecht und achtsam bezüglich der Kosten gegenüberzutreten.

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin