

Krankenkassen im Plus – dies wäre Gelegenheit für eine Debatte über Priorisierung

GUDRUN SCHAICH-WALCH, STAATSEKRETÄRIN A.D. | DR. JÜRGEN BAUSCH



Eine breite fachliche Debatte über Priorisierung im Gesundheitsbereich ist ethisch geboten und erforderlich. Eine mutlose Verweigerung dieses Disputs wird zunehmend unredlicher. Denn wenn es auch immer verneint wird, findet „versteckte“ Rationierung in unserer Krankenversorgung doch statt und betroffen davon sind am wahrscheinlichsten die Patienten, denen es an den notwendigen Kenntnissen und Diskussionsfähigkeiten fehlt. In der längst fälligen Diskussion wird es besonders darauf ankommen, die vorhandenen Mittel bestmöglichst und gerecht einzusetzen, um die Akzeptanz für unser Gesundheitswesen nicht zu gefährden. Denn nur solange die Menschen davon überzeugt sind, dass Jede und Jeder Zugang zur notwendigen Versorgung hat, werden sie auch bereit sein, die erforderliche Finanzierung solidarisch zu sichern. Wobei der Zugang zu Innovationen nicht durch bürokratische Hürden im System künstlich behindert werden darf.

Leider verweigert sich die offizielle Politik noch immer jeder Diskussion zum Thema Priorisierung und setzt diese trotz besseren Wissens mit Rationierung gleich. Priorisierung bedeutet, dass die vorhandenen Mittel auch bei wachsendem Bedarf der alternden Gesellschaft und medizinisch-technischem Fortschritt auf das Wesentliche und medizinisch Sinnvolle konzentriert werden

müssen. Das setzt eine öffentliche Debatte über zu erreichende Gesundheitsziele und die daran anschließende Festlegung der Rangfolge bestimmter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden voraus. Dies erfordert aber auch, dort auf Leistungsangebote zu verzichten, wo der patientenbezogene Nutzen nicht belegt ist. Rationierung hingegen steht für das Vorenthalten medizinisch notwendiger Leistungen. Diese neue Ausgabe des „Frankfurter Forums“ berichtet umfassend über die Begrifflichkeiten aus unterschiedlichen Blickwinkeln und über Lösungsansätze in Skandinavien; die Ergebnisse aus unserer Frühjahrstagung.

Darüber hinaus sei auf ein aktuelles Priorisierungsbeispiel in Deutschland verwiesen: Es reicht ein Blick in den wissenschaftlichen Dienst des Deutschen Bundestages: Transparenz und politische Legitimation waren Vorläufer einer getroffenen Entscheidung. Die Impfverordnung gegen die neue Influenza A (H1N1) besagt nämlich, dass anders als bei einer Rationierung nicht bestimmte Bevölkerungsgruppen von der Impfung ausgeschlossen werden, sondern dass jede und jeder ein Anrecht auf die Impfung und die Kostenübernahme durch seine Krankenkasse hat. Die beschlossene Priorisierung bestand seinerzeit darin, den Impfstoff zunächst bestimmten Risikogruppen (medizinischem Personal, Polizei) zur Verfügung zu stellen, weil zu befürchten war, dass nicht

genügend Impfstoff für alle zum gleichen Zeitpunkt verfügbar sein würde. Glücklicherweise ist uns ein Feldversuch unter „Real life“-Bedingungen erspart worden.

Als Vorbild einer geordneten öffentlichen Debatte, die sehr viel Zeit in Anspruch nahm, können Norwegen und Schweden gelten, denen es gelungen ist, konkrete Vorgaben zu machen: Kern dieses beispielgebenden „skandinavischen“ Vorgehens ist die strikte Befolgung von vereinbarten Zielen und Wegen aller Akteure im System zur Lösung von häufig vorkommenden Patientenproblemen auf der Basis fach- und evidenzbasierter Leitlinien und Behandlungspfade. Davon sind wir in Deutschland weit entfernt – insbesondere bei der Anwendung der Kriterien einer rationalen und rationellen Pharmakotherapie mit allen Ausprägungen einer Über-/Unter- und Fehlversorgung.

Voraussetzung einer solchen Debatte, zu deren Anstoß wir beitragen wollen, ist gesichertes Wissen über die Versorgungsrealität, die Möglichkeiten und die Grenzen der Kosten-/Nutzen-Bewertung und eine breite Diskussion über Kriterien für eine Priorisierung, auf die man sich letztendlich festlegen muss. Das wird ohne rechtlich verbindliche Festschreibung nicht funktionieren. Den Kundigen ist beim Aufzeigen möglicher Lösungsansätze (z.B. Schweden) durchaus bewusst, dass ein staatliches

Gesundheitswesen über andere Instrumente verfügt als dies in einer solidarisch finanzierten Zwangsversicherung der Fall ist, der der Wettbewerb auf die Fahnen geschrieben wurde und in der Unternehmens- und Versicherteninteressen zu berücksichtigen sind.

In diesem Jahr werden die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung annähernd 180 Milliarden Euro betragen. Die gesetzlichen Krankenkassen haben im ersten Halbjahr 2011 einen Überschuss von 2,4 Milliarden Euro erwirtschaftet und auch der Gesundheitsfonds hat Rücklagen gebildet. Dies wäre eine komfortable Situation, ohne aktuellen Kostendruck die notwendige Debatte zu beginnen. Nichts wäre schlimmer, als diese Diskussion unter dem Diktat bereits zu knapper Mittel beginnen zu müssen. Und zwar gerade deshalb, weil die in diesem Kontext bereits bekannten Totschlagargumente rücksichtslos jeden noch so rationalen Denkansatz torpedieren werden. Das beginnt beim drohenden Verlust von Arbeitsplätzen, geht über den Vorwurf der Innovationsfeindlichkeit und endet beim Winken mit dem Leichentuch. Genau deswegen macht es Sinn, heute mit der Priorisierungsdebatte zu starten.

Kontakt:

Dietmar Preding | Health Care Relations | Mozartstrasse 5 | 63452 Hanau | E-Mail: dp-healthcarerelations@online.de