

Modus und institutionelle Plattform für eine Priorisierungsdebatte in Deutschland sind noch nicht gefunden

DR. FLORIAN STAECK

Eine Debatte über Priorisierung von Gesundheitsleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung ist ethisch geboten – auf diesen Konsens konnten sich die Teilnehmer der Plenumsdebatte des Frankfurter Forums für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen am 16. April 2011 in Fulda einigen. Darüber hinausgehende Punkte einer Priorisierungsdebatte blieben jedoch strittig. Dazu gehörten Fragen wie, anhand welcher Kriterien, in welchem institutionellen Kontext oder in welcher Besetzung eine solche Diskussion zu erfolgen habe.

Wiederholt gaben Teilnehmer zu bedenken, die Debatte dürfe nicht vorschnell mit Blick auf Leistungsbegrenzungen und -ausgrenzungen in der GKV geführt werden. Vorgeschaltet oder aber parallel brauche es Strukturreformen, da es unbestreitbar noch große Rationalisierungsréserven in der GKV gebe. Als Beispiel wurde das übermäßige Drängen der Ärzte zur Intervention mittels apparativer Medizin genannt. Zu dieser Beobachtung passe die stark überdurchschnittliche Rate an Arzt-Patienten-Kontakten in Deutschland im europäischen Vergleich.

Insgesamt zeigten sich die Teilnehmer zurückhaltend darin, ob es in naher Zukunft gelingen wird, eine Debatte über Priorisierung anzuregen. Es wurde dafür plädiert, „tastend“ in kleinen Schritten vorzugehen. Eine Voraussetzung, eine Debatte zu befördern, liege darin, Bürgern mit intuitiv nachvollziehbaren Beispielen den Sinn von Rangreihen medizinischer Leistungen zu erklären. So sei es beispielsweise leicht vermittelbar, warum im Falle einer Pandemie Ärzte und medizinisches Personal zuerst geimpft werden sollten – eine klassische Form von Priorisierung.

In der Diskussion kristallisierten sich folgende Themenkomplexe heraus, die kontrovers debattiert wurden:

Sind Bürger, aber auch Ärzte, auf eine Debatte über Priorisierung vorbereitet?

Einige Teilnehmer des Forums vertraten die Ansicht, die Bürger seien „weiter“ in ihrer Wahrnehmung als von Fachleuten oder Politikern gemeinhin angenommen wird. Es existiere somit ein Grundverständnis dafür, dass es ein unbegrenztes Leistungsversprechen in der GKV nicht geben kann. Bürger hätten sich in der Vergangenheit sehr wohl an Rationalisierungs- und Rationierungsentscheidungen nahezu protestfrei angepasst. Als Beispiele wurden die Ausgrenzungen im Zahnersatz und bei rezeptfreien Arzneimitteln aus der Erstattung angeführt. Unklar sei dabei, ob solche widerstandslosen Anpassungen Ausdruck von Bürgerakzeptanz darstellen.

Dem wurde entgegengehalten, Bürger seien sehr wohl bereit, über den Nutzen medizinischer Maßnahmen zu diskutieren, nicht aber über eine Kosten-Nutzen-Bewertung. Erschwerend komme hinzu, dass 80 Prozent der Menschen selten oder gar keine Leistungen der GKV in Anspruch nähmen, sie somit weder an Nutzen- noch an Kosten-Nutzen-Bewertungen interessiert sind.

Andere Teilnehmer werteten gerade den Versuch, eine Diskussion über Rangreihen zu tabuisieren und ins politische Abseits zu stellen als Beleg dafür, dass eine breite Debatte kurz vor dem Durchbruch stehe. Der Diskurs werde deshalb tabuisiert, weil den Gegnern von Priorisierung die Argumente ausgehen, lautete die Begründung.

Ähnlich ambivalent sehe die Wahrnehmung bei Ärzten aus, betonten mehrere Teilnehmer. Ein großer Teil der Ärzte akzeptiere mittlerweile, dass das Problem begrenzter Ressourcen nicht rundweg an Politik oder Krankenkassen delegiert werden könne. Dies zeigten auch Umfragen, die

belegten, dass Ärzte Verantwortung bei der Verteilung der vorhandenen Mittel übernehmen wollen.

Einzelne Plenumsteilnehmer sahen es sogar als die ureigene Aufgabe der Ärzteschaft an, über Leitlinien zu definieren, was „state of the art“ sei. Berücksichtige man in den Leitlinien zusätzlich den Kostenaspekt, dann sei bereits ein großer Teil der Aufgabe erledigt, war der Tenor dieser Position. Die Freiheit des Berufsstands und die Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung seien zwei Seiten derselben Medaille.

Es wurden auch Umfragen zitiert, wonach Ärzte mehrheitlich dafür plädierten, auf einer überindividuellen Ebene – also gerade nicht am Krankenbett – über die Zuteilung von Mitteln zu entscheiden. Dadurch soll der „Schwarze Peter“ der Allokation von Ressourcen auf eine höhere Ebene verlagert werden. Kritisch wurde allerdings angemerkt, Ärzte wüssten immer nur mit Blick auf andere Fachgruppen, wo am besten gespart oder Leistungen aus der Erstattung herausgenommen werden könnten. Hinzu komme auf Seiten der Versicherten, dass das Sachleistungssystem der GKV kein Kostenbewusstsein habe entstehen lassen können.

Welche institutionelle Plattform ist geeignet, um eine Debatte über Priorisierung zu führen?

Vorrangig wurden vier Standpunkte zu der Frage vertreten, welche Institution eine Priorisierungsdebatte anstoßen und gegebenenfalls die Umsetzung von Rangreihen medizinischer Leistungen umsetzen könnte. Dabei wurden demokratietheoretisch-legitimatorische Gesichtspunkte ebenso angeführt wie Argumente der Nachhaltigkeit.

Die erste Fraktion bezweifelte, dass die Selbstverwaltung die geeignete Ebene für diese Aufgabe ist. Denn diejenigen, die im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Detailregeln für die Mittelverteilung festlegen, verfolgten stets auch eigene Interessen – könnten somit auch kein Interesse daran haben, über Prioritäten zu entscheiden, wenn die Konsequenzen dieser Entscheidung gegebenenfalls zu eigenen Lasten gehen. Hinzu komme, dass die Strukturen der Selbstverwaltung der Krankenkassen mit der paritätischen Vertretung von Arbeitgeber- und -nehmerfunktionären nicht mehr zeitgemäß sei. Dieses historische Konstrukt stoße in Zeiten der heutigen Bürgerdemokratie an legitimatorische Grenzen.

Die zweite Fraktion sah gerade die Selbstverwaltung – und hier insbesondere den Gemeinsamen Bundesausschuss – als die prädestinierte Instanz an. Begründet wurde dies damit, der GBA sei in einer Zeit wechselnder politischer Kursbestimmungen das einzig beständige und stabile Element in der Gesundheitspolitik. Die dritte Fraktion betonte, nur der Bundestag sei ausreichend legitimiert, um Entscheidungen über die Priorisierung von Gesundheitsleistungen zu treffen. Dabei solle sich das Parlament auf „Grundsatzentscheidungen“ beschränken, die Umsetzung aber anderen Akteuren überlassen. Der Deutsche Bundestag hat sich in vergangenen Jahrzehnten mehrfach Enquete-Kommissionen bedient, um weitreichende Gesetzgebungsvorhaben vorzubereiten.

Als Pluspunkt einer Enquete wurde vermerkt, sie sei ausreichend legitimiert und binde Wissenschaftler und Politiker gleichermaßen ein. Als Minuspunkt hielten Teilnehmer dem entgegen, eine Enquete-Kommission brauche in der Regel Jahre, um zu Ergebnissen zu kommen. Zudem

habe sich wiederholt gezeigt, dass sich die Exekutive anschließend nur selektiv mit den Ergebnissen einer Enquete beschäftigt. Kritisch wurde zudem angemerkt, nichts deute gegenwärtig darauf hin, dass sich der Bundestag mit dem Thema Priorisierung beschäftigen will. Denn die Zusatzbeiträge funktionierten auf absehbare Zeit wie ein Ventil für steigenden Finanzierungsdruck in der GKV. Mehrere Teilnehmer zeigten sich überzeugt, dass Fortschritte an diesem Punkt nur in einem breiten Prozess einer Vier- oder sogar Fünf-Parteien-Koalition im Bundestag erreicht werden können.

Eine vierte im Plenum vertretene Fraktion warb für das in Deutschland relativ junge Instrument der Bürgerkonferenzen. Erste Modellversuche hätten gezeigt, dass es möglich sei, zufällig ausgesuchte Bürger mit schwierigen Themen zu beschäftigen. Bürgerkonferenzen könnten ein Transmissionsriemen sein, um ein Thema wie Priorisierung auf die politische Agenda zu heben. Allerdings seien diese Konferenzen nur als ergänzendes Instrument denkbar – etwa zur Arbeit einer Enquete-Kommission. Teilnehmer zeigten sich überzeugt, dass dieses Instrument vor allem auf der lokalen und kommunalen Ebene funktionieren könne, kaum aber auf der Bundesebene. Denn dort würden anstatt zufällig ausgesuchter Bürger in der Regel Verbandsfunktionäre auftreten.

Ganz überwiegend skeptisch bis ablehnend bewertete eine Mehrheit des Forums einen Gesundheitsrat, wie er von der Bundesärztekammer vorgeschlagen worden ist. Es sei der falsche Weg, die Debatte über Rangreihen medizinischer Leistungen in einen Rat abzuschieben, dem jede Legitimation fehle.

Was lehren uns Erfahrungen mit Priorisierung in anderen Ländern?

In Schweden, das über ein staatlich finanziertes Gesundheitswesen verfügt, wurde nach langjähriger Debatte über Priorisierung anstatt harter Kriterien der Leistungsbegrenzung ein Kurs gewählt, der auf die Professionalität der Ärzte setzt. Dies begrüßten Teilnehmer, weil so ein Mittelweg gewählt werde zwischen einer Budgetierung und einer Standardisierung durch Leitlinien. Ein Ergebnis dieser Politik sei die „Charta of Medical Professionalism“ im Jahre 2002 gewesen, die – obwohl in prominenten Magazinen veröffentlicht – kaum in Deutschland rezipiert worden ist.

Das Steuerungsinstrument der Professionalität von Ärz-

ten erscheine aus deutscher Perspektive geradezu absurd, weil hierzulande auf die Anreizinstrumente Recht und Geld gesetzt werde, erinnerten Teilnehmer des Forums. Gerade das Vertragsinstrument der „Pay for Performance“, das sich in Deutschland steigender Beliebtheit erfreut, berge die Gefahr der Deprofessionalisierung, weil Ärzte dazu angereizt werden, vor allem das zu tun, was Geld bringe.

Als wichtig wurde der bereits Mitte der 80er Jahre in Norwegen verfolgte Ansatz bewertet, dass Priorisierungskriterien unabhängig von der zur Verfügung stehenden Geldmenge angewendet werden sollten. Anders in Deutschland: Hierzulande werde die Priorisierungsdebatte häufig mit einem Drohszenario verknüpft, demzufolge auf Priorisierung unweigerlich die Rationierung folge. Dieses Vorgehen schrecke Bürger ab, anstatt sie für die Thematik zu sensibilisieren, kritisierten Teilnehmer des Plenums. Demgegenüber gelte es festzuhalten, dass die Bildung von Rangreihen zunächst nur Informationscharakter hat, politische Struktur- oder Systementscheidungen aber nicht ersetzt. Diese Unterscheidung zwischen Entscheidungsregeln und den Fragen der Finanzierbarkeit einzelner Leistungen werde in Deutschland meistens nicht gemacht.

Erinnert wurde daran, dass ein Motor der Debatte über Priorisierung in anderen Ländern starke Versorgungsunterschiede zwischen den Regionen gewesen sind – dies habe für Schweden wie für Großbritannien gegolten. Ein Umstand, der auf Deutschland bislang in gleichem Umfang nicht zutrifft. Förderlich für eine solche Debatte sei zumindest in der Vergangenheit zudem eine ausgeprägte Common sense-Kultur in skandinavischen Ländern gewesen, wurde angemerkt. Teilnehmer bezweifelten, ob das in gleichem Maße von Deutschland gesagt werden kann.

Welches Nutzenmaß sollte verwendet werden und sind die dafür nötigen Daten vorhanden?

Konsens erzielten die Teilnehmer darüber, dass es am ehesten sinnvoll sei, Leistungen von geringem Nutzen bei hohen Kosten aus der Erstattung auszugrenzen. Uneins zeigte sich das Plenum aber darüber, ob eine Priorisierung sich auf einzelne, eng umrissene Indikationsbereiche konzentrieren solle, oder ob ein indikationsübergreifendes Nutzenmaß nötig ist. Letzterer Ansatz trägt der Erkenntnis Rechnung, dass Allokationsentscheidungen in einem Indikationsbereich zwangsläufig Implikationen haben für die Verfügbarkeit von Mitteln für andere Indikationen. Allerdings

zeigten sich viele Teilnehmer skeptisch, ob weitreichende Aussagen unter Zuhilfenahme eines übergreifenden Nutzenmaßes wie etwa der QALYs überhaupt aus den in Deutschland vorliegenden Daten ableitbar sind. Es fehle durchgängig an unabhängigen Studien nach der Zulassung eines Arzneimittels, um den patientenrelevanten Nutzen unter Bedingungen des Versorgungsalltags abschätzen zu können. Andere Mitglieder nannten es einen „Skandal“, dass Patienten in Deutschland sterben würden, ohne dass daraus gelernt werden könne, weil die Daten für nötige Evaluationen fehlen würden.

Einzelne Mitglieder des Plenums bezeichneten es grundsätzlich als hoch problematisch, dass der Nutzen für einzelne Patienten im Sinne eines „value for money“ herangezogen werde, um kollektive Nutzenabschätzungen im Gesundheitswesen vorzunehmen und schließlich auch noch einen Preis abzuleiten. Hier sei viel „vorgetäuschte methodische Exaktheit“ im Spiel, da politisch alles darauf hinauslaufe, einen europäischen Referenzpreis für ein neues Arzneimittel zu etablieren.

Auch andere Teilnehmer konstatierten in Deutschland, speziell im Gemeinsamen Bundesausschuss und im Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), einen „höchst eigenwilligen“ Umgang mit dem Konzept der evidenzbasierten Medizin. Wenn es um

konkrete Leistungsausgrenzungen gehe, könne man sich nicht auf wissenschaftliche Studien zurückziehen, wurde argumentiert. Denn es gehe dabei essentiell um politische Entscheidungen, nicht um wissenschaftliche Evidenz.

Die vierte Tagung des Frankfurter Forums hat die Komplexität des Vorhabens gezeigt, eine Debatte in Deutschland über Priorisierung anzuregen. Denn der Konsens reichte nicht über das Bekenntnis hinaus, dass ein solcher Diskurs ethisch jetzt geboten sei. Uneinigkeit herrschte bereits darüber, wie weit die Mehrheit der Bürger auf eine solche Debatte vorbereitet ist. Kontrovers wurde die Frage diskutiert, welche institutionelle Plattform überhaupt eine Debatte strukturieren und Politikern zuarbeiten könnte.

Auch die Erfahrungen aus anderen Ländern mit Priorisierung könnten keine Blaupause für Deutschland bilden. Die Erkenntnis, dass die Mittel im Gesundheitswesen begrenzt sind und es deshalb ethisch geboten ist, Rangreihen von medizinischen Leistungen festzulegen, sei noch nicht in der Mitte der Gesellschaft angekommen. Und der Weg, dieses zu erreichen, werde steinig sein, da waren sich die Teilnehmer alle einig.

Dieser Beitrag gibt die Auffassung des Autors und des Kuratoriums des Frankfurter Forums wieder.

DISKUSSIONSTEILNEHMER BEIM FRANKFURTER FORUM

Dr. med. Jürgen Bausch
Wolfgang van den Bergh
Dr. med. Margita Bert
Hilmar Bohn
Prof. Dr. theol. Peter Dabrock, M. A.
Dr. med. Winfried Demary
Dr. med. Hans-Georg Faust
Prof. Dr. med. Ulrich Finke
Prof. Dr. med. Gisela C. Fischer
Dr. rer. nat. Hans-Christian Frickenschmidt
Magda Geldmacher
Dr. med. Jan Geldmacher
Dr. jur. Rainer Hess
Prof. Dr. jur. Stefan Huster
Prof. Dr. rer. pol. Hartmut Kliemt

Claudia Korf
Prof. Dr. med. Stefan Krause
Pfarrer Bernd Laukel
Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong
Prof. Dr. med. Georg Marckmann MPH
Dietmar Preding
Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiner Raspe
Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher
Staatssekretärin a. D. Gudrun Schaich-Walch
Dr. med. Hubert Schindler
Ministerialdirektor a. D. Gerhard Schulte
Dr. phil. Florian Staeck
Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich
Eva Walzik
Michael Weller

