



Michael H. Freitag



Was ist wirklich medizinisch notwendig?

Die Priorisierungsdebatte im deutschen Gesundheitswesen

Um in einem solidarisch getragenen Gesundheitsversorgungssystem die jeweils notwendigen Leistungen für alle Mitglieder in ausreichendem Maße anbieten zu können, muss sich das System auf die tatsächlich notwendigen Leistungen beschränken und diese entweder allen zugänglich machen oder die Zugangsmöglichkeiten gerecht verteilen. Der folgende Beitrag stellt das Konzept der Priorisierung vor, bei dem unter Zuhilfenahme transparenter Kriterien die Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen festgestellt und entsprechende Rangfolgen gebildet werden sollen.

Der medizinische Fortschritt sowie die Alterung der Gesellschaft führen zu einer als relative Ressourcenknappheit wahrgenommenen ökonomischen Situation im Gesundheitswesen. Dieses Phänomen trifft nicht nur für Deutschland zu, sondern charakterisiert in verschiedenen Ausprägungen die Lage in allen Ländern der Welt. Die Knappheit ist auf der einen Seite durch den steigenden Bedarf an Gesundheitsleistungen bedingt, der zu wachsenden Ausgaben für die Gesundheitsversorgung führt, sowie durch die stagnierenden Einnahmen auf der anderen Seite. Aufgrund des demographischen Wandels mit niedriger Geburtenrate und gleichzeitig steigender Lebenserwartung kommt es zu einer relativen und absoluten Zunahme von älteren Menschen. Im Alter nehmen insbesondere chronische Erkrankungen, Multimorbidität, Pflegebedürftigkeit und somit auch der Bedarf an medizinischer Versorgung zu. Gleichzeitig kommen aber auch durch den medizinischen Fortschritt immer wieder neue Behandlungsmöglichkeiten hinzu bzw. bereits etablierte Behandlungsmöglichkeiten werden in wachsendem Maße auch älteren Menschen

zugänglich, weil diese – erfreulicherweise – in immer höherem Lebensalter noch einen guten Gesundheitszustand aufweisen und so auch noch von diesen Maßnahmen profitieren können. In diesem Zusammenhang wird es immer schwieriger, auch in Zukunft eine angemessene, bedarfsgerechte und bezahlbare Gesundheitsversorgung für alle zu gewährleisten. In Deutschland wie auch in anderen Ländern kommt es daher zu einer Ausweitung der medizinisch, ethisch, interdisziplinär und zuletzt auch öffentlich geführten Diskussion über die Notwendigkeit, innerhalb der Gesundheits- und Krankenversorgung Prioritäten zu setzen, d. h. Rangfolgen von Leistungen anhand ihrer Notwendigkeit zu bilden (vgl. Fuchs et al. 2009).

Ulmer Papier 2008

Auf dem 111. Deutschen Ärztetag im Mai 2008 in Ulm wurde das Thema Rationierung explizit in den Vordergrund gestellt. Die gesundheitspolitischen Leitsätze der deutschen Ärzteschaft wurden im Ulmer Papier zusammengefasst und verabschiedet (vgl. Ulmer

Papier 2008). Darin wird erneut klargestellt, dass bereits heute Rationierung in einer impliziten Form in Deutschland stattfindet, z. B. in Form von Budgets und festgelegten Regelleistungsvolumina. Dies mache sich u. a. durch Wartelisten bemerkbar. Insbesondere für bestimmte zeitintensive Tätigkeiten wie Hausbesuche oder palliative Versorgung verbleibe dadurch keine ausreichende Zeit. Die Zuspitzung der Situation durch eine weitere Steigerung des Bedarfs an medizinischer Versorgung und weiterhin kontinuierlichen medizinischen Fortschritt mache es absehbar, dass die Rationalisierungsréserven in Zukunft nicht ausreichen, um mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen auszukommen.

Von der Politik werden daher folgende Maßnahmen gefordert: Die Gesundheitsversorgung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung solle bedarfsorientiert erfolgen, d. h. unabhängig von finanziellen Erwägungen. Die Abweichung der tatsächlichen Versorgungssituation von den nach wissenschaftlichen Kriterien erwünschten Standards müsse offen gelegt werden, Rationierung transparent zu machen.