



Aktueller Begriff

Leistungsbegrenzung im Gesundheitswesen

Die Situation der Gesundheitsversorgung in Deutschland ist geprägt durch zunehmende Ressourcenknappheit. Der aus der Alterung der Gesellschaft resultierende demographische Wandel sowie der medizinische Fortschritt mit neuen Behandlungsmethoden verursachen einen vermehrten Bedarf an Gesundheitsleistungen und wachsende Ausgaben für die Gesundheitsversorgung. Bei gleichzeitig stagnierenden Einnahmen hat dies zu einem chronischen Finanzierungsdefizit im deutschen Gesundheitswesen geführt. Es ist daher absehbar, dass in Zukunft nicht jede medizinisch nutzbringende Leistung allen Patienten zur Verfügung gestellt werden kann. Schon heute besteht der Eindruck, dass unter dem Kostendruck Verteilungsentscheidungen im Gesundheitssystem getroffen werden, die nicht ausschließlich dem Primat der medizinischen Notwendigkeit folgen. Eine Belastung der Patient-Arzt-Beziehung durch verdeckte Rationierung sowie zivil- und strafrechtliche Haftungsrisiken werden beklagt. Vor diesem Hintergrund wird von Wissenschaft und Ärzteschaft auf die Notwendigkeit expliziter und transparenter Leistungsbegrenzungen hingewiesen und unter Verwendung der Begriffe **Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen** eine offene und differenzierte Debatte auf wissenschaftlicher Ebene und in der Öffentlichkeit über die Entwicklung gesellschaftlich konsentierter Rangfolgen von Patientengruppen und Therapiemöglichkeiten gefordert.

Rationalisierung ist vorrangig geboten, wenn es um den Umgang mit begrenzten Ressourcen geht. Das Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven und die Erhöhung der Effizienz der medizinischen Versorgung durch Qualitätskontrollen und Wettbewerbssteigerungen können zu Einsparungen führen, ohne dass den Patienten Notwendiges oder Nützlichendes vorenthalten werden muss. Sind diese Möglichkeiten erschöpft, gelangt man zur eigentlichen Frage, der gerechten Verteilung der knappen Güter, mithin zur Rationierung.

Rationierung ist nach der Definition der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer gegeben, wenn aus medizinischer Sicht notwendige oder zweckmäßige medizinische Maßnahmen aus finanziellen Gründen offen oder verborgen vorenthalten werden. Notwendig, aus ärztlicher Sicht also „absolut indiziert“ und damit ohne Alternative, sind relativ wenige Leistungen der Medizin. Zweckmäßig ist eine Leistung, die geeignet ist, ein relevantes Behandlungsziel zu erreichen. Sie hat per definitionem Alternativen. Zweckmäßigkeit variiert in einem weiten Bereich, je nach Relevanz der Gesundheitsstörung, des Therapieziels und des zu erwartenden therapeutischen Erfolgs. Nur in diesem Bereich kann eine rechtlich und ethisch vertretbare Rationierung ansetzen, nicht aber im Bereich der absolut notwendigen medizinischen Leistungen. In der Gesetzlichen Krankenversicherung beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA, § 92 SGB V) die „zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über

Nr. 88/09 (29. Oktober 2009)

Ausarbeitungen und andere Informationsangebote der Wissenschaftlichen Dienste geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Der Deutsche Bundestag behält sich die Rechte der Veröffentlichung und Verbreitung vor. Beides bedarf der Zustimmung der Leitung der Abteilung W, Platz der Republik 1, 11011 Berlin.

die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten“. Dabei kann er die Erbringung und Verordnung von Leistungen einschränken und ausschließen, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind (§ 92 Abs. 1 S. 1 SGB V).

Die von Wissenschaft und Ärzteschaft gewünschte **Priorisierung** bezeichnet die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen. Sie folgt der Logik, dass die vorhandenen Mittel bei wachsendem Bedarf auf das Wesentliche, eben auf das als prioritär Festgestellte, konzentriert werden müssen. Als entscheidend wird dabei gesehen, dass bei der Priorisierung als dem Ergebnis eines langfristigen politischen und gesellschaftlichen Prozesses alle Betroffenen partizipatorisch berücksichtigt werden und Transparenz und politische Legitimation gewährleistet sind. Beispiel einer praktizierten Priorisierung ist die Impfverordnung gegen die neue Influenza A (H1N1). Anders als bei einer Rationierungsmaßnahme sind nicht bestimmte Bevölkerungsgruppen von der Impfung ausgeschlossen; vielmehr hat jeder ein Anrecht auf diese Maßnahme bei Kostenübernahme durch die Krankenkassen. Die Priorisierung besteht darin, den Impfstoff zunächst bestimmten Risikogruppen zur Verfügung zu stellen.

Als Vorbild für die Priorisierung medizinischer Leistungen wird auf die skandinavischen Länder, insbesondere Schweden, verwiesen; dort hat die mehr als 15 Jahre währende öffentliche Diskussion zu konkreten Vorgaben der jeweiligen Parlamente geführt.

Mögliche **Kriterien** für eine Priorisierung sind (1.) medizinische Bedürftigkeit: Schweregrad und Gefährlichkeit der Erkrankung sowie Dringlichkeit des Eingreifens, (2) erwarteter medizinischer Nutzen, (3.) Kosteneffektivität. Das Alter als Kriterium heranzuziehen verbietet das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz. Erforderlich ist jeweils eine Abwägung dieser Kriterien. Zur Ermittlung der Kosteneffektivität wurden in der Gesundheitsökonomik verschiedene Verfahren entwickelt; das am häufigsten verwendete ist das Konzept der qualitätsadjustierten Lebensjahre (quality adjusted life years, QALY). Hierbei werden unterschiedliche medizinische Maßnahmen vergleichbar gemacht, indem ihr Effekt für die Verlängerung der Lebenszeit mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gewichtet wird. Die Festlegung eines bestimmten Grenzwertes (z.B. 50.000€ pro qualitätsbereinigtem Lebensjahr) würde das Kriterium der Kosteneffektivität nach Überschreiten des Grenzwertes zum alleinigen Zuteilungskriterium machen und ist daher ethisch nicht vertretbar. Die Grundrechtsrelevanz der Prioritätensetzung erfordert in jedem Fall eine demokratische Legitimation der Entscheidungsorgane und ein transparentes Verfahren.

Quellen:

Fuchs, Christoph; Nagel, Eckhard; Raspe, Heiner. Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – was ist gemeint? Deutsches Ärzteblatt 2009, 106 (12) A-554 ff.

Schöne-Seifert, Bettina; Buyx, Alena M.; Ach, Johann S. (Hrsg.). Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen. 2006.

Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer, Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden?, in: Deutsches Ärzteblatt 2000, 97 (15) A-1017 ff. Dieselbe, Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Stellungnahme, Langfassung (PDF), abrufbar unter <http://www.zentrale-ethikkommission.de/page.asp?his=0>. (abgerufen am 14. Oktober 2009). Zusammenfassung, Deutsches Ärzteblatt 2007, 104 (40) A-2750 ff.