

# Weder das „Ob“ noch das „Wie“ von Priorisierung und Rationierung sind konsensfähig

Dr. Florian Staack



Ob Priorisierung und Rationierung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig sind und wie diese gegebenenfalls umgesetzt werden könnten, ist hochgradig umstritten. Selbst unter Fachleuten und Kennern des Gesundheitssystems lassen sich nur schwer Ansatzpunkte für einen Konsens in der grundsätzlichen Frage finden, ob die Bildung von Ranglisten oder die Ausgrenzung von Leistungen unabweisbar sind. Das hat die Plenums-Debatte des Frankfurter Forums für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen am 23. Oktober 2010 in Fulda bestätigt.

Kritiker der Bildung von Prioritäten oder Mechanismen des Ausschlusses von Leistungen argumentierten, allein die Debatte über diese Frage mache es noch schwerer als bisher, Rationalisierungsreserven in der GKV zu erschließen. Im Krankenhaus würden neue Leistungen fraglos bezahlt, ohne dass jemals ihr Nutzen für die Patienten nachgewiesen worden sei. In der ambulanten Versorgung arbeiteten 30 Prozent mehr Ärzte als noch 1993, wurde angeführt. Trotzdem werde ein Ärztemangel beklagt. Wer eine Debatte über Priorisierung und Rationierung forciert, so das Argument, enttabuisiert Begriffe und stabilisiert damit ein ineffizientes System. Entgegengehalten wurde dem, dass eine Diskussion über Priorisierung und Rationierung dazu beitragen könne, dass sie ihre negativ besetzte Sonderstellung verlieren.

Dieser Problemkreis provozierte eine breite Diskussion im Plenum. Einerseits wurde angemerkt, der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) praktiziere bereits Rationierung, nur werde diese eben intransparent praktiziert und erschließe sich nicht der breiten Bevölkerung. Zudem priorisiere der GBA auch allein schon durch die Auswahl an

Beratungsthemen. Andererseits gehe es, so die Befürworter einer Debatte über Priorisierung, darum, die Diskussion über Rangfolgen im Vorfeld einer Entscheidung zu führen und nicht erst dann, wenn akuter Ressourcenmangel herrscht. Mehrere Teilnehmer illustrierten an konkreten Beispielen, dass schon heute durch finanzielle Anreize sowie durch angedrohte Sanktionen Verordnungen in der ambulanten Versorgung nach dem Priorisierungs-Kriterium Preis vorgenommen werden.

## Begrenzter Spielraum durch Rationalisierung

Das Plenum war sich darin einig, dass das Ausschöpfen von Rationalisierungsreserven eine ethische Pflicht sei, die Priorisierung und Rationierung unbedingt vorgelagert sein müsse. Allerdings wandten Teilnehmer ein, selbst das „Heben“ aller theoretisch denkbaren Rationalisierungsreserven werde der GKV allenfalls vorübergehend finanziell mehr Spielraum eröffnen. Auf lange Sicht aber seien Priorisierung und Rationierung unverzichtbare Schritte. Ergänzt wurde diese Position durch den Verweis von Teilnehmern, es gebe Versorgungsbereiche, die durch Unterversorgung gekennzeichnet sind. Beispielhaft wurde dazu auf den Bericht des Sachverständigenrats aus dem Jahr 2000/2001 zur „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ verwiesen. Verfolge man das Ziel, die Versorgungsqualität in diesen Segmenten zu heben, so seien Mehrausgaben sehr wahrscheinlich.

Eine Mehrheit der Teilnehmer votierte dafür, weiterhin nach Einsparreserven in der GKV zu suchen und parallel dazu eine Debatte über Priorisierung und Rationierung zu führen. Der Begriff der Leistungsausgrenzung könne produktiv wirken, weil er die Möglichkeit der Gestaltung

und Veränderung schaffe. Allerdings setzt das Akzeptieren von Einschränkungen – also eines Opfers - bei den Bürgern einen Konsensprozess voraus, dem transparente Entscheidungen vorausgehen müssen. Eine solche Vorgehensweise ist bei Ressourcenmangel auch ethisch legitimiert. Die Teilnehmer waren sich einig, dass es in Deutschland an Beratungs- und Entscheidungsverfahren, die Transparenz und Gerechtigkeit sicherstellen, aber fehlt.

Entsprechend stand der GBA als das Gremium, das schon heute mit diesen Aufgaben befasst ist, im Zentrum der Kritik. Der Bundesausschuss äußerte sich nur sehr fragmentarisch zum Nutzenmaßstab einzelner Leistungen. So würden zwar einzelne teure Verfahren wie PET oder hochpreisige Arzneimittel bewertet, doch es fehle an sektorübergreifenden Bewertungen. Das sorge für Verzerrungen, wurde argumentiert. Schließlich wurde in Frage gestellt, ob der GBA für seine weitreichenden Aufgaben ausreichend legitimiert ist.

Breiten Raum im Plenum nahm die Debatte darüber ein, auf welcher Ebene über Formen von Priorisierung und Rationierung entschieden werden soll. Für alle drei möglichen Ebenen, nämlich die Makro-Ebene (Politik, Parlament), die Meso-Ebene (GBA oder ein ähnlich verfasstes Gremium) und die Mikro-Ebene (Patient) wurden jeweils Einschränkungen und Vorbehalte formuliert. Teilnehmer konstatierten, es fehle an der Bereitschaft, offen darüber zu diskutieren, wie Entscheidungswege aussehen könnten, die zu Ranglisten oder Leistungseinschränkungen führen. Für die Makro-Ebene beklagten Debatteilnehmer eine allgemeine Mutlosigkeit der Politiker, Fragen der Priorisierung und Rationierung überhaupt zu thematisieren. Entgegengehalten wurde dem, dass die Politik

in der Vergangenheit sehr wohl den Mut gehabt habe, ganze Leistungsbereiche aus der GKV herauszunehmen. Die Ausgrenzung nicht-verschreibungspflichtiger Medikamente aus dem Leistungskatalog der GKV im Jahr 2004 sei ein echter Rationierungsschritt gewesen. So viel Wahrheit und Klarheit auf der Makro-Ebene sei jedoch die Ausnahme, weil jede Form von Leistungskürzung politisch mit Stimmenverlusten bei den Wählern bestraft wird. Andere Teilnehmer warnten davor, Rationierungsentscheidungen auf dieser übergeordneten Ebene anzusiedeln. Denn je nach Indikation komme man bei der Rangfolge von Leistungen aus medizinischer Sicht zu ganz unterschiedlichen Schlussfolgerungen.

### **Kostendämpfung durch Priorisierung**

Zu bedenken gegeben wurde, die Politik prüfe bei der Allokation von Ressourcen stets alternative Verwendungsmöglichkeiten. Von daher müsse davor gewarnt werden, zu viele Verteilungsentscheidungen „nach oben“ an die Politik zu delegieren. Dann dürfe man sich am Ende auch nicht wundern, wenn dort für die Gesundheitsversorgung sachfremde Erwägungen – genannt wurden beispielsweise wirtschaftspolitische Kriterien – als Maßstab der Verteilung von Geld verwendet werden.

Teilnehmer führten mit Schweden und Großbritannien Beispiele aus dem Ausland an, wo seit Jahren versucht wird, die Priorisierung von Ressourcen auf politischer Ebene zu steuern oder aber zumindest den Diskurs darüber auf einer Makro-Ebene zu führen. Studien hätten gezeigt, dass in Großbritannien negative Voten des National Institute of Clinical Excellence (NICE) das Ordnungsverhalten

der Ärzte bei Arzneimitteln kaum verändert hätten. Die Priorisierungsdebatte in Schweden, so wurde als zweites Beispiel angeführt, habe die Bürger primär für Knappheitsprobleme sensibilisiert. Das Ausmaß der tatsächlichen Einsparungen oder der Kostendämpfung durch Priorisierung dagegen sei unklar.

### **Debatte über Gesundheitsziele ohne Ergebnisse**

Andere Teilnehmer warnten davor, sich bei der Debatte über Ranglisten oder Leistungseinschränkungen auf der Makro-Ebene allein auf den Punkt Leistungspakete zu beschränken. Wichtig sei eine Diskussion über Gesundheitsziele, die angestrebt werden sollen. Diese Gesundheitsziele-Debatte könnte sozusagen propädeutisch dazu beitragen, Entscheidungen über Priorisierung vorzustrukturieren. Allerdings wurde eingeräumt, dass es herzeigbare Ergebnisse für eine solche Vorgehensweise bislang noch nicht gibt.

Für die Meso-Ebene ergab die Debatte kein klares Bild, welchen Zuschnitt, welche Besetzung und welche Verfahrenskriterien ein Gremium haben muss, das wie der Gemeinsame Bundesausschuss auf einer Zwischenebene angesiedelt sein könnte. Eindeutig war nur die Sicht vieler Teilnehmer, dass es sich um eine Einrichtung handeln sollte, dem glaubwürdige Persönlichkeiten und „Nutzenbeurteiler“ angehören. Kritisch kommentiert wurde desweiteren das Modell der Evidenzbasierten Medizin (Ebm) als leitendes Prinzip der Arbeit eines solchen Gremiums auf der Meso-Ebene. Zum einen werde oft vernachlässigt, dass die Ebm ursprünglich auf den einzelnen klinischen Fall gerichtet ist. Allein von daher seien die Erwartungen vieler Politiker an die Ebm illusionär, wurde argumentiert. Zum anderen rügten Teilnehmer die strategische Verwendung der Ebm beispielsweise im Gemeinsamen Bundesausschuss. Sie werde dort missbräuchlich von den Kostenträgern als Ausschlusskriterium eingesetzt, um Rationierungsentscheidungen pseudorational zu verdecken, hieß es.

Anhand der Mikro-Ebene wurden mehrere Varianten der Umsetzung von Priorisierung vorgestellt, aber auch teilweise wieder verworfen. Im Zentrum der Debatte stand dabei die These von Teilnehmern, nur über eine spürbare Selbstbeteiligung ließe sich die Kostenentwicklung wirksam bremsen. Nötig sei eine prozentuale Selbstbeteiligung, die jeden treffe. Dem wurde mit dem Verweis darauf widersprochen, das Kernproblem der Selbstbeteiligung sei ihre soziale Schlagseite. Wenn sie tatsächlich die Inanspruch-

nahme von Leistungen steuern soll, dann sei sie unsozial und lasse sich auch mit der Anforderung, „kleine Opfer“ zu akzeptieren, nicht mehr vereinbaren. Zudem zeigten Studien, dass bei wirksamer Selbstbeteiligung auch erwünschte Leistungen von Patienten nicht mehr in Anspruch genommen werden. Mehr Selbstbehalte, wurde außerdem eingewendet, erhöhten auch nicht die Qualität der Versorgung. Zudem basiere die Finanzierung der GKV schon heute auf einer 60- (Versicherter) zu 40-Verteilung (Arbeitgeber). Eine weitere Verschiebung der Finanzierungsverantwortung würde das solidarische System beschädigen, lautete das Argument.

### **Bewertung der Festzuschüsse ist strittig**

Eine andere Alternative könnte darin bestehen, die Verantwortung für Priorisierung von der Makro- oder Meso-Ebene durch mehr Wahlfreiheit beim Umfang einer Absicherung auf den einzelnen Versicherten umzuverteilen. Das Beispiel der Homöopathie illustrierte, wie weit die rationale Datenlage nach Maßgabe der Ebm und die subjektiven Bewertungen der Patienten auseinandergehen. Hier ergebe sich ein Ansatzpunkt, um den Versicherten mehr Wahlfreiheit zu geben, sich ihr Leistungspaket in der GKV in bestimmtem Umfang selbst zusammenzustellen. Dieses Vertrauen in die individuelle Entscheidungsfähigkeit des Einzelnen werde zudem durch Studien belegt, die zeigten, dass es nicht von sozialer Schicht oder Bildungsgrad abhängt, ob Gesundheitsinformationen im Internet nachgefragt werden. Andere Teilnehmer zeigten sich dagegen skeptisch, wie groß die Differenzierungsautonomie des Versicherten in der GKV sein kann. Sie widersprachen der Einschätzung, der einzelne Versicherte könne im Erkrankungsfall tatsächlich auf ein vorab gewähltes Leistungspaket verpflichtet werden.

Auch ein weiterer Steuerungsansatz auf der Mikro-Ebene, nämlich ein Festzuschuss-System, wurde kontrovers beurteilt. Schon die bisherige Umsetzung dieses Konzepts, nämlich in der zahnmedizinischen Versorgung, rief Kritik hervor. Manche Teilnehmer attestierten dem System der Festzuschüsse, lediglich zu funktionieren, andere verwiesen auf große Unzufriedenheit bei Versicherten mit dem Modell. Befürworter stellten als Vorteil die erweiterte Wahlfreiheit der Versicherten heraus, die eine Versicherungsleistung als Geldleistung in Anspruch nehmen könnten. Teilnehmer erinnerten daran, dass der Festzuschuss in der Zahnmedizin seinerzeit explizit als ein begrenztes Testfeld

initiiert worden war. Skeptisch wurden dagegen die Möglichkeiten bewertet, dieses Testfeld auf andere Gebiete der medizinischen Versorgung auszuweiten. So sei beispielsweise ein Festzuschuss-System bei der Arzneimitteltherapie allenfalls bei Generika vorstellbar, nicht aber bei hochpreisigen Krebsmedikamenten, wurde eingewendet.

### **GKV für Versicherte nicht transparent**

Die Teilnehmer des Frankfurter Forums waren sich darin einig, dass die Gesetzliche Krankenversicherung derzeit noch weit von ordnungspolitischen Rahmenbedingungen entfernt ist, die den Versicherten Transparenz und Einblicke in die Entscheidungsfindung gewähren. Damit aber sei die Wahrscheinlichkeit, dass Bürger Leistungseinschränkungen als fair wahrnehmen, sehr gering. Für Experten erschwere das weitgehende Fehlen einer systematischen Versorgungsforschung sowie einer Gesundheitsberichterstattung die Diskussion über Ranglisten oder Leistungskürzungen, da der „Output“ des Gesundheitssystems mit Blick auf den unmittelbaren Patientennutzen nicht eindeutig erkennbar ist.

Kennzeichnend für die Debatte des Forums war nicht nur ein schwer herzustellender Konsens darüber, zugunsten welcher Pole das Spannungsfeld von Freiheit, Gleichheit und Sicherheit in der solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung aufgelöst werden sollte. Deutlich wurde vielmehr auch, dass die eigentliche Herkulesarbeit für Entscheidungen über Priorisierung auf der Prozessebene angesiedelt sein dürfte. Dort müsse beschrieben werden, von welchen legitimierten Institutionen mit politischer und parlamentarischer Rückendeckung und in welchen transparenten Verfahren derartige Fragen überhaupt erörtert werden sollen. Schließlich bleibe zu klären, welche glaubwürdigen Persönlichkeiten ein Scharnier zwischen fachpolitischem Diskurs und breiter öffentlicher Debatte bilden könnten. Deutschland, zeigte die Plenumsdebatte des Frankfurter Forums, steht anders als andere Länder bei der gesellschaftlichen und politischen Selbstverständigung über die Leistungsmöglichkeiten und -grenzen des Gesundheitssystems erst am Anfang.

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

## **DISKUSSIONSTEILNEHMER BEIM FRANKFURTER FORUM**

*Martina Barwig*

*Dr. med. Jürgen Bausch*

*Wolfgang van den Bergh*

*Dr. med. Margita Bert*

*Hilmar Bohn*

*Dr. med. Winfried Demary*

*Dr. med. Bernhard Egger*

*Prof. Dr. med. Gisela C. Fischer*

*Dr. phil. Gary L. Geipel*

*Magda Geldmacher*

*Dr. med. Jan Geldmacher*

*Dr. h. c. Jürgen Gohde*

*Prof. Dr. jur. Stefan Huster*

*Claudia Korf*

*Pfarrer Bernd Laukel*

*Prof. Dr. Gudrun Neises*

*Prof. Dr. med. Volker Niebling*

*Dietmar Preding*

*Dr. med. Manfred Richter-Reichhelm*

*Staatssekretärin a.D. Gudrun Schaich-Walch*

*Dr. med. Jan Schildmann, M.A.*

*Prof. Dr. med. Bettina Schöne-Seifert*

*Ministerialdirektor a. D. Gerhard Schulte*

*Dr. Frank Schulze Ehring*

*Dr. med. Hans-Nikolaus Schulze-Solce*

*Dr. phil. Florian Staeck*

*Prof. Dr. Daniel Strech*

*Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich*

