

# „Die Diskussion wird nicht geführt“

**P**riorisierung, das ist eine der Vokabeln, bei der Ärzte genauso zusammenzucken wie der Gesundheitsminister, Krankenhausdirektoren ebenso wie Krankenkassenobleute. Dass bereits jetzt Verteilungsentscheidungen getroffen werden, die nicht immer auf der medizinischen Notwendigkeit basieren, wird gern geleugnet. Wer auch immer das Thema der gerechten Ressourcenverteilung anschneidet, bekommt reflexhaft zu hören, er wolle die Zweiklassenmedizin vorantreiben und befürworte englische Zustände, wo (angeblich) 80-Jährige keine Hüftprothese mehr bekommen. Heiner Raspe, Seniorprofessor für Bevölkerungsmedizin an der Universität zu Lübeck, kennt die Argumente seit 20 Jahren. Im Juli war der Arzt und Soziologe auf Einladung des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment in Wien und sprach über Gerechtigkeit und ethische Kosten-Nutzen-Überlegungen im Gesundheitswesen. So schlägt Raspe Krankenhäusern bzw. deren Trägern unter anderem vor, dem schwedischen Beispiel zu folgen und Priorisierungsleitlinien zu erstellen.

Im Interview spricht Heiner Raspe über die Angst der Politiker vor einer differenzierten Debatte, den Unterschied zwischen klinischen und Priorisierungsleitlinien und darüber, was Bürgerbeteiligung kann.

*Es scheint, als würde jeder Rationierung hören, wenn von Priorisierung gesprochen wird. Woran liegt das?*

**Heiner Raspe:** Da steckt manches dahinter, was ich sehr gut nachvollziehen kann, und manches, was ich schlicht für irrational halte. Fangen wir mit dem Irrationalen an. In Deutschland ist man jedenfalls vonseiten der Kostenträger und der Politik der Auffassung, dass wir eigentlich ausreichend Mittel hätten, und dass wir überwiegend unter Fehlversorgung litten, dass aber immer noch jeder Patient jederzeit überall Zugang zu den notwendigen und vor allem auch den fortschrittlichen und zunehmend teuren Gesundheitsleistungen habe. Die Priorisierungsdiskussion, zumal wenn sie missverstanden wird in Richtung

**Was in den skandinavischen Ländern schon seit Jahrzehnten gelebt wird, ist hier zu Lande ein Tabu, an das sich kaum einer zu rühren traut: Priorisierung scheint dem Prinzip des „besten aller Gesundheitswesen“ zu widersprechen, zumal wenn es gleichzeitig heißt, im Gesundheitssektor müsse endlich gespart werden.**



**Mediziner Heiner Raspe:**  
„Ich habe gelernt, dass es möglich ist, wichtige gesellschaftliche Diskurse nicht zu führen.“  
Foto: Hinterreiter LBI-HTA

Rationalisierungsdiskussion, rührt an diese Lebenslüge. Das ist ein Tabubruch, der massiv abgewehrt wird: darüber nachzudenken, was uns im Rahmen der begrenzten – nicht notwendig auch knappen – Mittel besonders wichtig ist. Das bedeutet ja auch, dass wir im Bereich des Notwendigen anfangen zu unterscheiden zwischen dringend Notwendigem und nicht mehr ganz so Notwendigem. Das ist im Gesundheitssystem völlig ungewöhnlich, weil wir ja auch rechtlich gesehen nur Notwendiges und nicht Notwendiges kennen. Es

gibt aber auch einen politisch verständlichen Hintergrund für die Abwehr: Die Politiker fürchten sich davor, wenn Ärzte nur noch über Priorisierung reden wollen, nicht mehr über das reden zu können, was ihnen wichtig ist, zum Beispiel über Qualität, über Transparenz, über Fehlallokation von Mitteln. Man kann nicht beliebig viele politische Diskurse führen. Auch kommunikationstheoretisch nicht. Das kann ich durchaus nachvollziehen. Trotzdem glaube ich, dass man Rationales und Irrationales in dieser Diskussion mischt, was letzten Endes dazu führt, dass die Diskussion gar nicht geführt wird.

*Wo könnte ein Knackpunkt sein, um endlich zu einer rationalen Diskussion zu kommen?*

**Raspe:** Ich glaube nicht, dass es da einen Mechanismus gibt. Ich habe gelernt, dass es möglich ist, wichtige gesellschaftliche Diskurse bewusst nicht zu führen. Immerhin hatten wir es mit diesem Thema bis in die Zeit oder die *Frankfurter Allgemeine* gebracht. Aber das alles hat nicht genügt, um die Diskussion medial loszutreten. Und das war allen recht. Nicht einmal der Bundesärztekammerpräsident Jörg-Dietrich Hoppe hat es mit seiner Brandrede auf dem Deutschen Ärztetag im Mai 2009 geschafft, er bekam für kurze Zeit überwiegend negative Reaktionen, dann lag der See wieder ruhig da. Dahinter mag noch ein weiterer Verdacht stehen, den ich auch – in Grenzen – nachvollziehen kann: Die Politik denkt: Der Ärzteschaft geht es womöglich gar nicht um Priorisierung, sondern darum, dass mehr Geld ins System kommt, oder dass wir eine andere Versicherungsform bekommen, dass wir über Grundsicherung und Zusatzversicherung und die sogenannten Individuellen Gesundheitsleistungen diskutieren sollen.

*Und das Argument, dass eine Priorisierung die Zweiklassenmedizin vorantreibt?*

**Raspe:** Das hängt ganz davon ab, ob Sie Priorisierung oder Posteriorisierung als Ausschlussverfahren sehen und sagen: Diese oder jene Leistung gibt es dann definitiv und für alle nicht mehr und wenn du sie haben willst, dann musst du sie dir anders beschaffen. Dann könnte die Privatversicherung ins Spiel kommen und entsprechende Verträge anbieten. Wenn Sie Priorisierung als Informations- und Empfehlungswerkzeug ansehen, so wie es beispielsweise in Schweden tatsächlich der Fall ist, dann finde ich dieses Argument nicht mehr so stark. Eine schwache Empfehlung schließt dann nicht aus, etwas doch zu tun, wenn es im seltenen Einzelfall klinisch sinnvoll ist. Und das ist eben das Kluge an den schwedischen Priorisierungsleitlinien. Sie geben Empfehlungen, sie sind keine sanktionsbewehrten Richtlinien, von denen man nicht abweichen darf. So lassen sie den Klinikern den meines Erachtens unverzichtbaren Freiheitsraum: Wenn es gute klinische Gründe gibt, muss man von Empfehlungen abweichen können.

*Besteht nicht die Gefahr, dass der Administrationsaufwand noch größer wird, wenn es einerseits klinische Leitlinien gibt, andererseits auch Priorisierungsleitlinien?*

**Raspe:** Das berührt die wichtige Frage, wie sich die Priorisierungsleitlinie zur klinischen verhält. Mein Argument ist, dass die Priorisierungsleitlinie zur Leitung von Krankenhäusern, von regionalen Gesundheitsversorgungseinrichtungen da ist. Nicht, um am Krankenbett zu diagnostizieren und zu behandeln. Die klinische Leitlinie sagt ja: Da kommt ein Patient mit chronischen Rückenschmerzen, wie klären wir sie ab, welche Überlegungen, welche Tests sind angebracht und so weiter. Mit Priorisierungsleitlinien kön-

nen Sie nicht klinisch tätig werden, dazu sind die klinischen Situationen nicht genau genug beschrieben. Sie können mit ihnen aber eine Klinik von innen heraus oder von außen beobachten: Wie häufig verwirklichen wir z.B. bei einem ST-Hebungsinfarkt die von der Priorisierungsleitlinie ausgezeichneten hohen Prioritäten, welchen Raum geben wir diesen oder jenen niedrigen? Und Sie können sich auf der Basis solcher aggregierender Daten mit anderen Einrichtungen im Sinne eines Benchmark-Verfahrens vergleichen. Dies ist in Schweden besser möglich als bei uns oder bei Ihnen in Österreich. In Schweden gibt es zahlreiche nationale Register hoher Qualität. Auf der Basis einer klinischen Leitlinie können Sie jede Einzelbehandlung evaluieren, auf der Basis einer Priorisierungsleitlinie ganze Einrichtungen. Überlegen wir doch einmal, welche Form wem größere Freiheiten gibt und als weniger kontrollierend-regulierend empfunden werden könnte?

*Wer trifft dann schlussendlich die Entscheidung, was im Einzelfall getan wird?*

**Raspe:** Der jeweils verantwortliche Kliniker, das kann ein Arzt sein oder auch ein psychologischer Psychotherapeut, eine Krankenschwester, ein Physiotherapeut, eine Ergotherapeutin etc. Zu empfehlen ist zudem, heikle Entscheidungen im Team zu besprechen.

*Sie haben in Lübeck eine Bürgerkonferenz zum Thema Priorisierung veranstaltet, um die Diskussion sozusagen von unten in Gang zu bringen, wenn sich schon oben alle verweigern. Was kann man sich da runter vorstellen?*

**Raspe:** Bei einer Bürgerkonferenz arbeiten sich alle Teilnehmer – in diesem Fall ehrenamtlich tätige Bürger – intensiv in eine Thematik ein und kommen nach dem Austausch von rationalen Argumenten zu einer

## Definitionen

**Rationierung:** die Zuteilung von „Rationen“, d.h. berechneter Anteile von beschränkt vorhandenen Gütern oder Dienstleistungen, oft unter Anerkennung unterschiedlicher Bedarfsgruppen (Kinder, Schwangere, Alte, Schwerarbeiter). In der öffentlichen Wahrnehmung steht Rationierung einseitig für das Vorenthalten notwendiger, jedenfalls noch überwiegend nützlicher (medizinischer) Leistungen aus Knappheitsgründen.

**Rationalisierung:** Maßnahmen zur Effizienz- und Produktivitätssteigerung im Rahmen einer Leistungserstellung, etwa durch die Identifikation und Veränderung bzw. Abschaffung von Prozessen und Abläufen, die unwirksam, weniger wirksam oder nicht wirksamer als kostengünstigere Mittel sind. Somit werden Einsparungen möglich, ohne dass Notwendiges oder Nützliches vorenthalten werden muss.<sup>2</sup>

**Priorisierung:** die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen. Durch die werte- und kriteriengestützten Vergleiche entstehen mehrstufige Rangreihen. An der Spitze steht, was nach Datenlage und fachlichem wie öffentlichem Konsens als unverzichtbar gilt, am Ende das, was nichts nützt oder mehr nützt als schadet.

**Posteriorisierung:** das Gegenteil von Priorisierung.

begründeten Bewertung. Wir haben unsere Konferenz mit zwei Priorisierungsspielen angefangen, die wir aus Dänemark entliehen hatten. In dem einen ging es darum, Personen, die auf der Warteliste für eine Hüftendoprothese standen, nach vorne rücken zu lassen, weil gerade ein Platz freigeworden war. Es musste also nichts weggenommen werden, sondern man konnte jemandem etwas Gutes tun. Dazu waren verschiedene Patientenvignetten beschrieben worden, und die Frage war: Wen würden Sie vorrücken lassen? An welchen

## Was sprudelndes Erdöl mit Priorisierung zu tun hat

Dass Priorisierung nicht nur dann sinnvoll ist, wenn das Geld knapp wird, zeigt das Beispiel Norwegen. Ende der 1970er-Jahre kam das Land zu ungeahntem Reichtum: Riesige Erdölreserven waren in der Tiefe vor der Küste der skandinavischen Halbinsel entdeckt worden. 1985 richtete die norwegische Sozialministerin ein Komitee ein, um Prioritäten im Gesundheitswesen zu setzen, und zwar so, dass die Leistungen erbracht werden können, „unabhängig davon, ob die Ressourcen zunehmen, abnehmen oder gleich bleiben“.<sup>1</sup>

Merkmale, Kriterien und Werten haben Sie sich dabei bewusst oder unbewusst orientiert? Und das zweite Spiel war, dass in einer Region durch Steuermehreinnahmen ein paar Millionen Euro mehr zur Verfügung ständen, sodass eines von vier verschiedenen Programmen realisiert werden könnte: eine Früherkennungsmethode, ein rehabilitatives Verfahren, Palliativmedizin, ein neues Medikament oder ein aufwendiges diagnostisches Verfahren. Was wählen Sie? Wir hatten das klare Ziel, in beiden Fällen über Grundwerte und Kriterien zu diskutieren. Es macht aus unserer Sicht keinen Sinn, mit Bürgern darüber zu diskutieren, ob Clopidogrel oder ASS bzw. Simvastatin oder Rosuvastatin vorzuziehen sei.

Was kam heraus?

**Raspe:** Nach vier Wochenenden intensiver Beratungen, sie dauerten zusammen etwa 60 Stunden, haben die Bürger ein gemeinsames Votum formuliert. Darin empfehlen sie unter anderem eine breite, transparente und öffentliche Debatte über Prioritäten in der medizinischen Versorgung.

Was ist aus den Resultaten geworden?

**Raspe:** Wir haben das Bürgervotum von unserer Bundeskanzlerin Angela Merkel abwärts überall hingeschickt: den Gesundheitsministern aller Länder, den Krankenkassenvorständen etc. ... Wir haben eine Reihe von Antworten bekommen, auch aus dem Bundeskanzleramt, die die Bürgerbeteiligung lobten, sich sonst aber bedeckt hielten – wie bekannt. Wir haben es zwar zu einigen Medienreaktionen gebracht, etwa in der *Zeit*, aber insgesamt war die Reaktion der (medialen) Öffentlichkeit gering und kurz befristet.

*In Österreich wurden kürzlich die Bürger aufgerufen, sich an der Formulierung von Gesundheitszielen zu beteiligen. Sehen Sie Gesundheitsziele als Bestandteil einer Priorisierung?*

**Raspe:** Der Prozess einer Zielfindung ist in Deutschland seit vielen Jahren im Gange, und wenn Sie mich fragen, hatte das bisher so gut wie keinen Effekt. Sie können sich zahllose Gesundheitsthemen

vornehmen und dann am Schluss wenige als sogenannte Ziele auswählen, z.B. Weniger Rauchen, Diabetes mellitus Typ 2, das Mammakarzinom usw. Oft spielen politische Erwägungen eine Rolle: Junge und Alte, Frauen und Männer, verschiedene gesellschaftliche Gruppen. Viele sollen sich in den Zielen wiederfinden und sich mit ihnen identifizieren können. Dies mag symbolisch wichtig sein – in Deutschland hat es meines Wissens nicht zu wesentlichen Aktivitäten und schon gar nicht zu wesentlichen gesundheitlichen Effekten auf der angezielten Bevölkerungsebene geführt. ::

<sup>1</sup> Zitiert nach Raspe H: Zur Priorisierung medizinischer Leistungen. Diskussion in Deutschland, Praxis in Skandinavien. Vortrag im Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, Wien, am 7. Juli 2011.

<sup>2</sup> Raspe H und Meyer T: Priorisierung: Vom schwedischen Vorbild lernen. Dtsch Arztebl 2009; 106(21): A 1036–9. Meyer T, Raspe H: Wie können medizinische Leistungen priorisiert werden? Ein Modell aus Schweden. Gesundheitswesen 2009, 71: 617–622

Das Gespräch führte  
Elisabeth Tschachler

## ■ Integrierte IT-Lösungen von Agfa HealthCare

# 360°

# ORBIS NICE

### Die 360° Sichtweise wird bei Agfa HealthCare GROSS geschrieben!

ORBIS von Agfa HealthCare ist das ganzheitliche System zur Steuerung Ihrer Klinikprozesse. Diese einzigartige Applikationslandschaft für das Gesundheitswesen wird heute bereits in 950 Krankenhäusern von über 500.000 Anwendern täglich genutzt. Mit ORBIS sind Sie schon heute auf die Zukunft bestens vorbereitet – hin zu übergreifenden Prozessabläufen mit Blick auf klinische Behandlungspfade, Integrierte Versorgung und die Bildung von Medizinischen Versorgungszentren.

Die 360° Sicht bezieht auch unsere Speziallösungen für Intensivmedizin und Diagnostik (Radiologie, Kardiologie u.a.) mit ein, womit Agfa HealthCare einmal mehr Maßstäbe setzt. Nehmen auch Sie uns beim Wort und lassen Sie ORBIS zum Fundament Ihrer krankenhausweiten Informationslogistik werden. Selbstverständlich mit Integration Ihrer bereits bestehenden IT-Systeme, falls Sie sich von diesen nicht trennen wollen.

ORBIS. Ein System. Eine Philosophie. Ein Gesicht.