

§ 1. Einleitung

In den vergangenen Jahrzehnten hat es kaum einen Bereich der öffentlichen Angelegenheiten in Deutschland gegeben, der nicht von der Diskussion um eine Ausgabenbegrenzung und die Möglichkeiten einer unter begrenzten Mitteln bestmöglichen Gewährleistung der öffentlichen Aufgaben geprägt war. Dies gilt in besonderem Maße für die Sozialversicherung und ihren Zweig der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Grund für die Verstärkung des Primats der Wirtschaftlichkeit und der Kostendeckung im öffentlich-sozialversicherungsrechtlichen Bereich rührt allgemein von einer finanziellen Knappheit, die vornehmlich zwei Ursachen hat, welche zumindest teilweise in allen betroffenen Bereichen vorzufinden sind: Zum einen eine potenzierte technologische Entwicklung, zum anderen ein demographischer Wandel in Form der Alterung der Gesellschaft insgesamt. Den Bereich der öffentlichen Gesundheitsversorgung treffen diese Ursachen in besonderem Maße: Gemeinhin bekannt ist die Tatsache, dass die medizinische Forschung in den letzten Jahrzehnten eine rasante, sich selbst stets beschleunigende wissenschaftliche Entwicklung genommen hat, die die Grenze des Machbaren gerade im Bereich der Apparatemedizin, der Medizintechnik und der Pharmakologie weit ausgedehnt hat und erwartungsgemäß weiter ausdehnen wird. Mit der Erweiterung der Möglichkeiten des für den Patienten einsetzbaren Aufwandes zur Wiederherstellung seiner Gesundheit steigen freilich auch die Kosten der medizinischen Versorgung, wenn solcher Aufwand betrieben wird.¹ Die Entwicklung neuer Therapien für Erkrankungen, für die bisher keine Behandlungsmöglichkeit existierte, lässt auch in dieser Hinsicht den Behandlungsbedarf steigen, so dass bereits von einer „Fortschrittsfalle“ oder „Fortschritts-Ausgaben-Spirale“ der Medizin die Rede ist.² Der demographische Wandel andererseits tut zur Finanzierungssituation sein Übriges:³ Ältere Menschen bedürfen naturgemäß häufiger einer medizinischen Versorgung als jüngere.

¹ Im Jahr 2011 lagen die durchschnittlichen Kosten für Gesundheitsdienstleistungen bei insg. 293,8 Milliarden EUR, was 11,3 % des Bruttoinlandsproduktes entspricht. 1992 wurden 158,7 Milliarden EUR ausgegeben; das entspricht einer Steigerung der absoluten Ausgaben um ca. 85 % in 19 Jahren; künftig bedeutet das bei gleichbleibender Kostenentwicklung eine Verdoppelung der Ausgaben in wenig mehr als 20 Jahren. Quelle: *Statistisches Bundesamt*, Tabelle Gesundheitsausgaben; Datenabruf unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Gesundheitsausgaben.html> (Abruf: 15.7.2014).

² S. schon *Krämer*, Die Krankheit des Gesundheitswesens, 1989, S. 40; *ders.* MedR 1996, 1 f.; *Laufs*, NJW 1996, 1571, 1575; *Fuchs*, MedR 1993, 323; *Arnold*, in: *Häfner* (Hrsg.), Gesundheit – unser höchstes Gut?, 1999, S. 247 ff.; Überblick bei *Katzenmeier*, Arzthaftung, 2002, S. 286.

³ Dabei leisten bei der gesetzlichen Krankenversicherung auch die Versicherten, die das Rentenalter bereits überschritten haben, zumindest zu einem großen Teil weiterhin Beiträge zur GKV, so dass das Ungleichgewicht zu den jüngeren Versicherten, die die Beiträge aus ihrem Arbeitseinkommen aufbringen, im Vergleich etwa zur Rentenversicherung gewissermaßen abgemildert ist.

Darüber hinaus ist ein grundsätzlicher Wandel im gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsverständnis festzustellen. Die heutige Gesellschaft ist wie vielleicht nie zuvor an gesundheitlicher Vorsorge und Sicherheit interessiert, wendet mehr Zeit und Ressourcen für gesundheitliche Belange auf als bisher. Auch diese sozio-kulturelle Entwicklung trägt zur zumindest kurzzeitigen Erhöhung der aufzubringenden Ressourcen für präventiv-medizinische Leistungen bei.

Unbestritten ist, dass für die Zukunft die Kostenentwicklung der Ausgaben für die öffentliche Gesundheitsversorgung zu begrenzen sein wird, um die Leistungsfähigkeit des Sozialstaates zu erhalten.⁴

Dass darüber hinaus im Gesundheitswesen das Thema einer Kostenbegrenzung mit besonderer Intensität und vielseitigen Impulsen erörtert wird, mag seinerseits darin begründet sein, dass keine Kürzung öffentlicher Ausgaben den Betroffenen in ähnlich intensiver Weise betrifft wie eine Beschränkung des Zugangs gesetzlich Pflichtversicherter zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, sind doch das Leben und die Gesundheit des Einzelnen Voraussetzung für den Genuss aller anderen Individualgüter.

Gleichwohl scheint schnell Einigkeit darüber zu erzielen zu sein, dass die „bloße“ Beschränkung derjenigen Gesundheitsfürsorge, die keine Überlebens- oder ernsten pathologischen Interessen berührt, also etwa kosmetische Eingriffe wie die reine Schönheitschirurgie, im Gegensatz zu kurativen medizinischen Behandlungen nicht der gesamtgesellschaftlichen solidarischen Versicherungsumlage zu Lasten fallen soll. Möglicherweise gilt dies aber auch für solche Behandlungen, die ohne oder mit nur geringem Risiko für die Gesundheit des Patienten einen Aufschub zugunsten dringenderer medizinischer Behandlungsbedürfnisse dulden oder wegen nur geringer positiver Effekte bzw. gar aus anderen Gründen ebenfalls von der solidarischen Bedarfsfinanzierung ausgenommen werden sollen.

So hat in die Diskussion um die Begrenzung der öffentlichen Gesundheitsausgaben mit ihren mannigfaltigen Steuerungsansätzen nunmehr auch der Gedanke einer Priorisierung der medizinischen Leistung Einzug gefunden. Sie sucht – zunächst nicht notwendigerweise auf eine ressourcenmäßige Verknappung bezogen – anhand von zu diskutierenden Allokationskriterien Rangfolgen für die Verteilung vorhandener Mittel auf einzelne, priorisierte medizinische Interessen festzulegen und damit zu einer möglichst effizienten Allokation für dringende Belange zu gelangen.

⁴ Diese Kostensituation zeigt sich freilich nicht nur bei der gesetzlichen Krankenversicherung. Vielmehr wirken die dargestellten kostentreibenden Faktoren gleichsam auf die privaten Versicherungen ein. Zu beachten ist hierbei jedoch der grundlegende Systemunterschied, dass die private Versicherung ungleich flexibler in der Zusammenstellung verschiedener Leistungspakete und damit ihres Angebotskataloges insgesamt ist – und bei Zuschnitt der Versicherungsleistungen wie Höhe der Versicherungsbeiträge in stärkerer Form den Mechanismen des freien Marktes unterworfen ist. Zwar haben Reformen des Gesundheitswesens immer wieder auch zu einer gewissen Angleichung der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen geführt. Doch ist z.B. trotz der Regulierung des Marktes durch die zuletzt 2007 eingerichtete, vor allem auf die Schließung von Versorgungslücken abzielende rechtliche Verpflichtung der privaten Krankenversicherer, zu einem Basistarif eine der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechende Grundversorgung anzubieten, keine grundlegende Änderung derjenigen privaten Versicherungsverträge zu erwarten, die über diese Basisversorgung hinausgehen.

Die Idee der Priorisierung im Gesundheitswesen ist nicht neu. Bereits viele Länder haben, hauptsächlich in den 1990er-Jahren, priorisierende Elemente in ihre Gesundheitssysteme integriert. Die Diskussion in Dänemark reicht gar bis in die 1970er-Jahre zurück.

Umfassende Darstellungen zu priorisierenden Elementen in verschiedenen Gesundheitssystemen existieren jedoch bislang kaum – sie verschaffen entweder nur einen Überblick über die priorisierungsspezifischen Aspekte oder konzentrieren sich auf einzelne oder wenige, zumeist systemisch verwandte Länder. Oft werden auch die weiteren Rahmenbedingungen der jeweiligen Gesundheitssysteme nicht konkret in die Betrachtung einbezogen. Ziel der vorliegenden Arbeit ist daher zunächst, einen solchen Einblick in diese verschiedenen Systeme zu bieten. Dabei wird vor allem auch auf weitere allgemeine Eigenarten der verschiedenen Systeme eingegangen, soweit diese die Betrachtung und Bewertung der priorisierenden Aspekte betreffen.

Weiteres Ziel ist es, diese Erkenntnisse einer Systematisierung zuzuführen, um eine klarere Vorstellung und Einordnung der vielfältigen bisherigen Ansätze und ihrer jeweiligen Einbettung in das gesundheitswirtschaftliche und -politische Gefüge der Systeme zu gewinnen. Wechselwirkungen mit den wichtigsten der mannigfaltigen weiteren Steuerungsmechanismen werden herausgestellt und in den systematischen Kontext des Gesundheitswesens eingeordnet.

Überlegungen zur Einführung eines priorisierenden Systems in Deutschland haben darüber hinaus landesspezifische Besonderheiten zu beachten. Viele Ansätze, die im Ausland erprobt wurden, sind aus verschiedenen Gründen nicht ohne Weiteres auf das hiesige System übertragbar. Die Systematisierung der bisherigen Erfahrungen im Ausland kann dabei helfen, Erkenntnisse auch für mögliche Ausgestaltungen von Priorisierung in Deutschland zu gewinnen. Eine Hauptaufgabe ist es, die verschiedenen systematischen Strömungen auch auf ihre Kompatibilität mit dem deutschen Gesundheitssystem zu überprüfen und Schwierigkeiten wie Vorteile herauszuarbeiten. Maßstab sind hierbei die hierzulande vorherrschenden spezifischen Rahmenbedingungen und Problemstellungen.

Dabei sind zum einen die besondere Bedeutung des deutschen Verfassungsrechts und daraus folgende spezifische Voraussetzungen zu beachten. Zum anderen aber birgt die Situation *de lege lata* Herausforderungen nicht nur im Hinblick auf die bloße Sicherstellung der Finanzierbarkeit der GKV. Vielmehr besteht ein Spannungsverhältnis zwischen sozialrechtlicher Leistungserbringung und ärztlichem Haftungsstandard, das bislang nicht zufriedenstellend gelöst werden konnte. So sind neben den Herausforderungen für die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens auch weitere Probleme zu lösen, die für eine funktionierende Erbringung von Gesundheitsleistungen essentiell sind.

Die Untersuchung kann keine Antwort auf die Frage bieten, welche konkreten Modelle zu einer Verbesserung der Kostensituation im Gesundheitswesen herangezogen werden können und ob sie im Einzelnen Erfolg versprechen. Wenn das mit bloßen wissenschaftlichen Methoden gelänge, wäre ein solches System bereits vielfach umgesetzt. Entscheidungen über gesellschaftliche Gestaltungsprozesse sind auch von Grundsatzentscheidungen abhängig, die unterschiedlich ausfallen können und – hiervon ausgehend – ganz verschiedene Lösungen hervorbringen. Ihren Beitrag zur weiteren Diskussion eines Priorisierungssystems in Deutschland

soll die vorliegende Arbeit vielmehr leisten, indem sie die Grundlagen der bereits gewonnenen Erfahrungen, ihre Hauptströmungen und deren Vor- und Nachteile, die beobachteten Fernwirkungen der Einbettung in komplexe gesundheitswirtschaftliche Steuerungsstrukturen sowie die Übertragbarkeiten auf das deutsche System sowie die hiesigen Rahmenbedingungen offenlegt.

Priorisierung in der Medizin

Erfahrungen und Perspektiven

Schmitz-Luhn, B.

2015, X, 225 S. 11 Abb., 2 Abb. in Farbe., Hardcover

ISBN: 978-3-662-45076-5