



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

119. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)
6. bis 9. April 2013, Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden

Medizinische Versorgungsqualität in Deutschland sichern Internisten diskutieren Priorisierung

Wiesbaden, April 2013 – Im Jahr 2011 wurden in deutschen Krankenhäusern 18,8 Millionen Patienten behandelt. Eine Behandlung kostete durchschnittlich fast 4000 Euro und damit 2,5 Prozent mehr als im Jahr zuvor. Um das deutsche Gesundheitssystem nicht zu überfordern, dürfen diese Kosten nicht weiter steigen. Gleichzeitig gelte es, eine bedarfsgerechte und gleichmäßige Patientenversorgung zu sichern, betont die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM). Angesichts dessen dürfe die Politik nicht vor einer Diskussion über die Priorisierung medizinischer Leistungen zurückschrecken. Denn Prioritäten schützen nicht zuletzt auch vor Verschwendung von Mitteln. Chancen und Risiken der Priorisierung und die Rolle der Versorgungsforschung diskutieren Experten auf dem 119. Internistenkongress der DGIM in Wiesbaden.

Seit Jahrzehnten richten andere europäische Nationen ihr Handeln im Gesundheitswesen am abstufbaren medizinischen Bedarf, am Nutzen medizinischer Leistungen und an deren Kosten aus. „Eine offene, konstruktive Auseinandersetzung über Wege der Priorisierung in der Medizin ist deshalb auch hierzulande überfällig“, sagt Professor Dr. med. Heiner Raspe im Vorfeld des Internistenkongresses. Andernfalls werde unser Gesundheitssystem zunehmend ungerecht und durch ein Nebeneinander von Über- und Unterversorgung geprägt, befürchtet der Bevölkerungsmediziner von der Universität Lübeck. In Dänemark, Norwegen, Holland und Schweden hat diese Diskussion schon in den 1980er Jahren begonnen. „In Deutschland hingegen setzen viele den Begriff ‚Priorisierung‘ mit dem der allein negativ verstandenen ‚Rationierung‘ gleich. Das erschwert die Diskussion zusätzlich“, stellt Raspe fest.

Prioritäten in der medizinischen Versorgung können sich beispielsweise am Bedarf für eine Therapie orientieren. Hierfür sind einerseits die Schwere und Gefahr zu beurteilen, die von einem bestimmten Krankheitszustand ausgehen. Zudem ist nicht nur bei Operationen die Dringlichkeit eines Eingriffs zu beachten. Andererseits seien auch der zu erwartende medizinische Nutzen und das Schadenpotenzial



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

der Behandlung zu berücksichtigen, erläutert Professor Raspe: „Der Schweregrad und die Prognose der Erkrankung sind ebenso abstufbar wie die Nutzenchancen und Risiken ihrer Behandlung.“ Beides lässt sich in einem systematisch-methodischen Verfahren kombinieren. Den so gebildeten Indikationen lassen sich Ränge zuordnen – von 1, absolut notwendig, bis 10, eher unnötig. „Diese Ränge haben in erster Linie empfehlenden Charakter“, erklärt Raspe. „Sie unterstützen medizinische Einrichtungen im Versorgungsmanagement.“ Der Spielraum des jeweiligen Entscheidungsträgers bleibe erhalten, betont der Sozialmediziner, Internist und Rheumatologe.

Im schwedischen Modell beruht Priorisierung in der Medizin auf drei ethischen Prinzipien: Menschenwürde und Diskriminierungsverbot, Bedarf und Solidarität und Kosteneffizienz. Um auch in unserem System eine sichere ethische Basis zu schaffen, bedarf es eines organisierten, gesamtgesellschaftlichen Diskussionsforums, das auch Patienten und Bürger beteiligt. In diesem Rahmen sei die Priorisierung einzelner medizinischer Leistungen Sache klinischer Fachleute, begleitet von Medizinethikern und Gesundheitsökonomen: „Bei knapper werdenden finanziellen, materiellen und personellen Ressourcen ist Priorisierung vor allem auch ein Zeichen für ethisch reflektiertes Handeln“, sagt Raspe. Darin läge auch eine Chance, Mittel sinnvoll einzusetzen, anstatt zulasten von Patienten unnötige Ausgaben zu generieren. Priorisierung böte auch die Chance, neue Verfahren in vorhandene Listen einzuordnen und ihnen so den gebührenden Rang zuzuweisen.

Priorisierung in der medizinischen Versorgung und was Versorgungsforschung für die Innere Medizin heute leisten kann, sind Gegenstand zweier Plenarvorträge und verschiedener Symposien auf dem 119. Internistenkongress in Wiesbaden.

Terminhinweise:

Plenarsitzung: „Versorgungsforschung in der Inneren Medizin“

Termin: Montag, 8. April 2013, 14.00 bis 15.30 Uhr

Ort: Rhein-Main-Hallen Wiesbaden, Halle 1

Referenten: *Professor Heiner Raspe*, Lübeck; *Professor Holger Pfaff*, Köln

Pressekonferenz der DGIM

Termin: Montag, 8. April 2013, 13.00 bis 14.00 Uhr

Ort: Rhein-Main-Hallen Wiesbaden, Saal 12 D

Eines der Themen: Priorisierung in der medizinischen Versorgung: Wie passen Menschenwürde, Solidarität und Kosteneffizienz hier zusammen?

Referent: *Professor Heiner Raspe*, Lübeck