

# Mittelverteilung in der Gesundheitsversorgung: Welche Handlungsspielräume haben die Mitarbeiter in einem Krankenhaus?

---

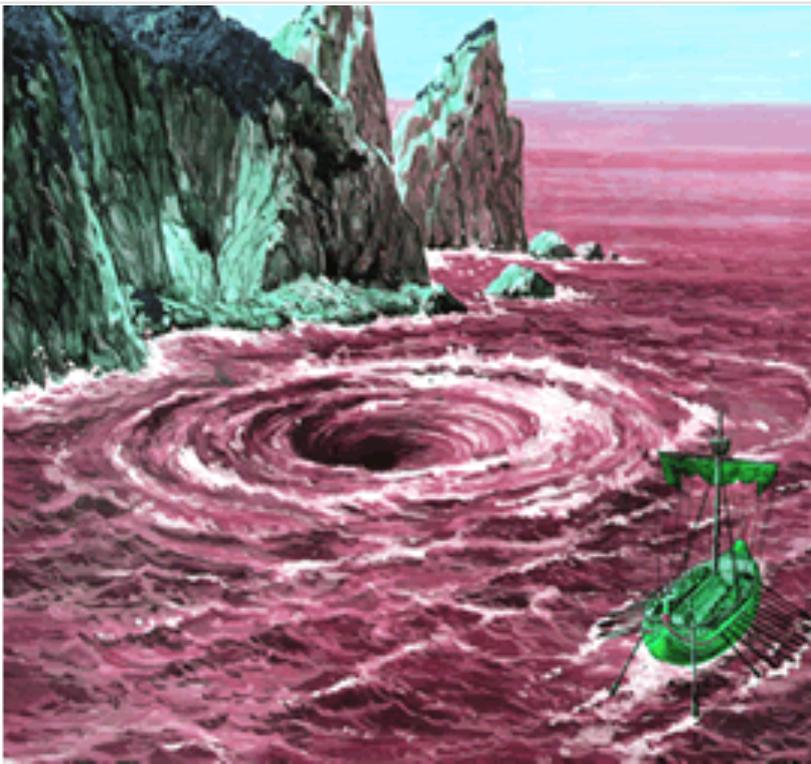
Georg Marckmann

Ludwig-Maximilians-Universität München

Institut für Ethik, Geschichte & Theorie der Medizin

Fortbildungsreihe / Pflichtwahlseminar „Klinische  
Ethik“

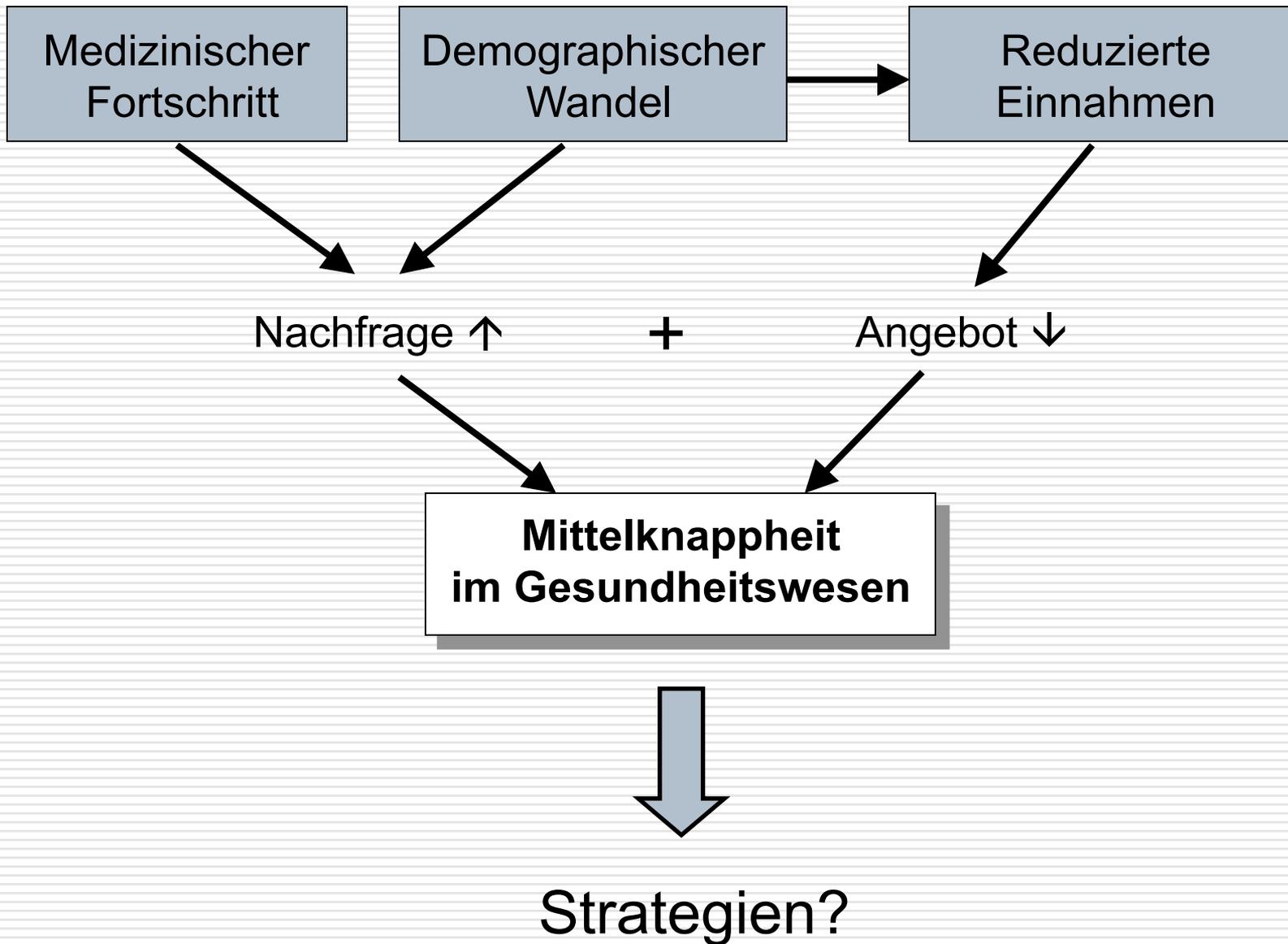
Klinikum Großhadern, 12.07.11

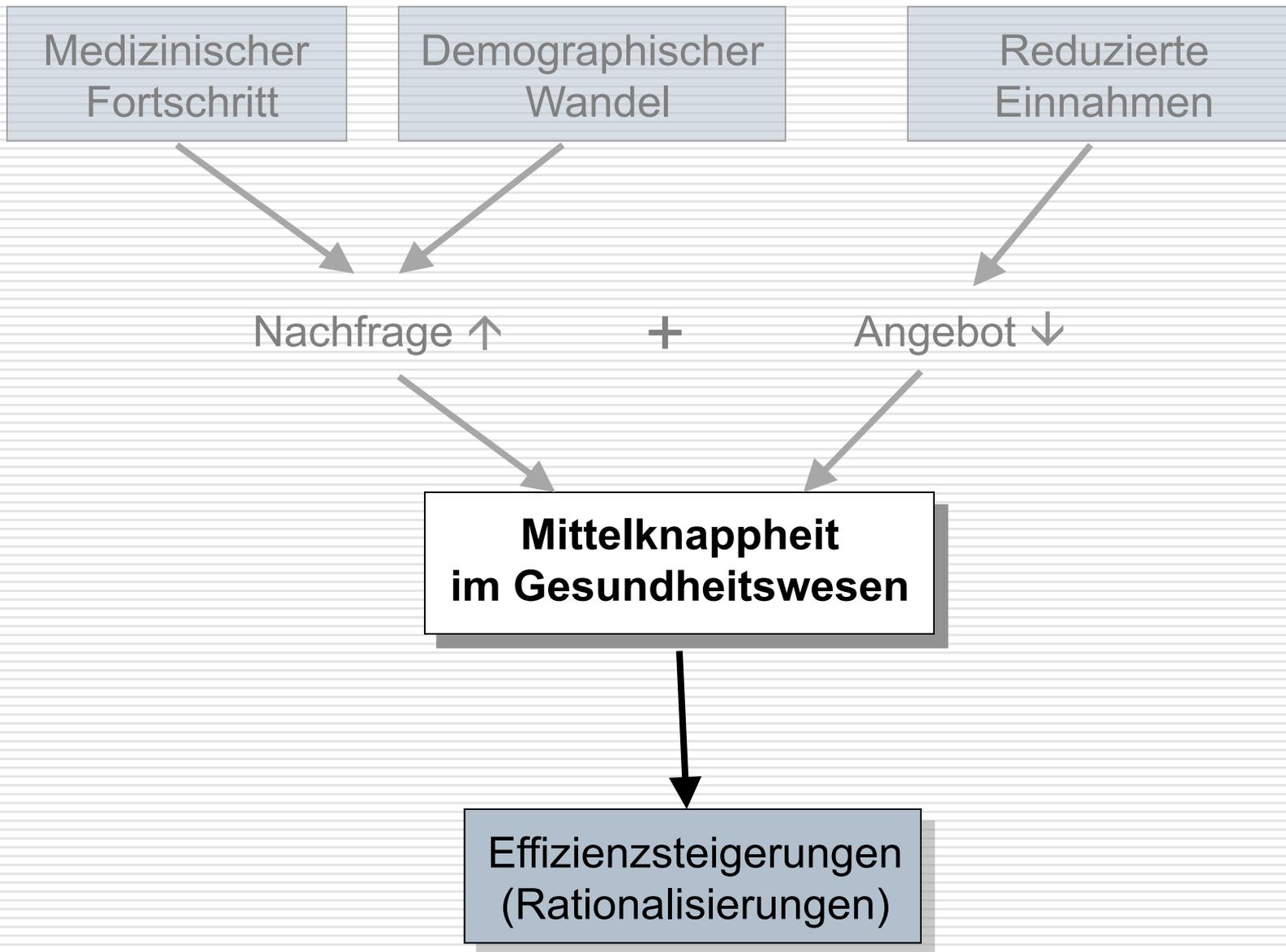


# Gliederung

---

- Problemhintergrund: Mittelknappkeit im Gesundheitswesen
- Strategien zum Umgang mit der Mittelknappheit
  - Implizite vs. Explizite Rationierung
  - Formale & Materiale Kriterien gerechter Rationierung
- Problemsituation im Krankenhaus
- Ethisch vertretbarer Umgang mit Mittelknappheit auf der Mikroebene: Modell „Ethisches Kostenbewusstsein“
- Fragen & Diskussion





Medizinischer Fortschritt

Demographischer Wandel

Reduzierte Einnahmen

Nachfrage ↑

+

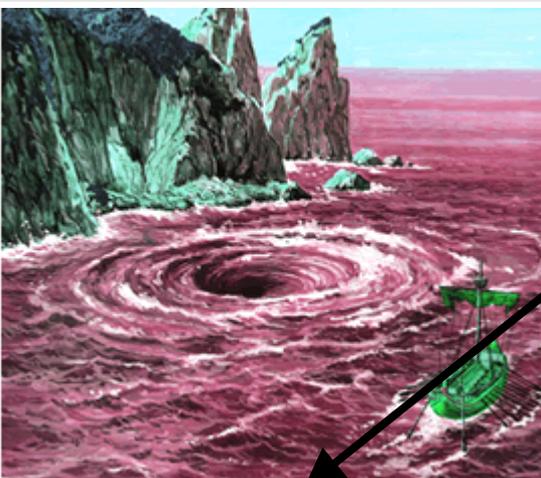
Angebot ↓

**Mittelknappheit im Gesundheitswesen**

Skylla



Charybdis



Erhöhung der Mittel im Gesundheitswesen

Effizienzsteigerungen (Rationalisierungen)

Leistungsbegrenzungen (Rationierungen)

# Fazit - 1

---

- Rationalisierungen allein reichen nicht aus, um den Kostendruck durch medizinischen Fortschritt und demographischen Wandel zu kompensieren.
- Es gibt gute Gründe die (öffentlichen) Gesundheitsausgaben zu begrenzen.
- Damit werden Leistungsbegrenzungen („Rationierungen“) unausweichlich.
- ⇒ Kernfrage: Wie können die unvermeidlichen Leistungsbegrenzungen in einer medizinisch rationalen, ökonomisch sinnvollen und ethisch vertretbaren Art und Weise durchgeführt werden?

# Rationierung: Begriffsdefinition(en)

---

„Rationierung“:

- Behördl. Verteilung von Gütern und Vorräten, die nicht ausreichend vorhanden sind oder erzeugt werden können. Dadurch sollen eine **gleichmäßige** Versorgung der Verbraucher unter Sicherung des **vordringlichen Bedarfs** erreicht und Preissteigerungen vermieden werden.
  - Das (vorübergehende oder dauerhafte) **Vorenthalten** nützlicher (oder notwendiger) medizinischer Leistungen aus Kostengründen.
- ethisch prima facie problematisch!

# Leistungsbegrenzung: Empirische Daten

- BMBF-Forschungsverbund Allokation: Repräsentative Umfrage 2008 unter 1137 Klinikern in D aus Intensivmedizin & Kardiologie, Rücklauf: 507 Bögen (45%)
- Frage: *Wie häufig haben Sie in den letzten 6 Monaten eine für den Patienten nützliche Maßnahme aus Kostengründen nicht durchgeführt bzw. durch eine preiswertere und zugleich weniger effektive Leistung ersetzt?*

□ Nie:	22%
□ Seltener als monatlich:	32%
□ Monatlich:	33%
□ Wöchentlich:	11%
□ Täglich:	2%

**78%**

**13%**

Strech, D. et al. (2009) Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern. **DMW** 2009;134:1-6.

# Wer soll entscheiden?

---

- Wenn in einem Gesundheitssystem nicht alle medizinisch nützlichen Leistungen finanziert werden können, sollten Ärzte jeweils **im Einzelfall** entscheiden, welcher Patient welche Leistungen erhält.
  - 53% (stimme voll zu + stimme eher zu)
  
- Wenn in einem Gesundheitssystem nicht alle medizinisch nützlichen Leistungen finanziert werden können, sollte „oberhalb“ der individuellen Arzt-Patient-Beziehung **in allgemeinen Regeln** (z.B. in Positivlisten, Leitlinien oder ähnlichem) festgelegt werden, welche Leistungen bei welcher Indikation durch die GKV erstattet werden.
  - 74% (stimme voll zu + stimme eher zu)
  
- Vergleichbare Ambivalenz in den Tiefeninterviews!

Strech, D. et al. (2009) Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern. **DMW** 2009;134:1-6.



# Leistungsbegrenzungen (Rationierungen)

explizit

implizit

Leistungs-  
ausschlüsse

Versorgungs-  
Standards

Budgets

Finanzielle  
Anreize

Leistungs-  
erbringer

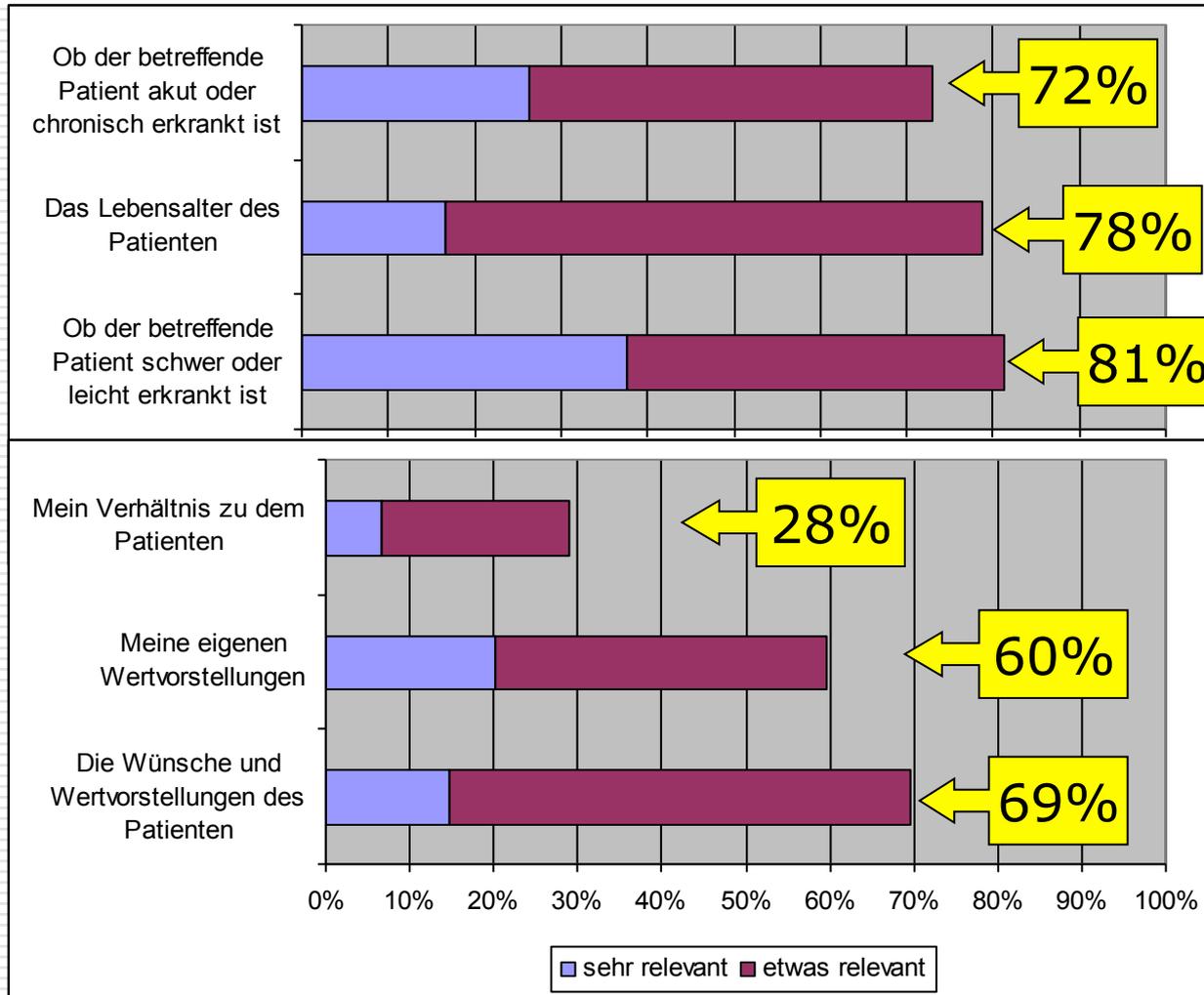
Versicherte/  
Patienten

- Transparent
- Konsistent
- Medizinisch rationaler
- Gerechter (Gleichbehandlung)
- Entlastet A-P-Beziehung
- Simultane Steuerung von Kosten und Qualität

- Vergütungsformen**
- DRGs
  - Kopfpauschalen
  - Bonus-/Malus-System

- Zuzahlungen**
- Fixbetrag
  - Prozentual
  - Selbstbehalt

# Kriterien ärztlicher Entscheidung bei Mittelknappheit



# Gerechte Leistungsbegrenzungen

---

## □ Formale Kriterien

- Transparenz
- Legitimität (demokratisch legitimierte Institutionen)
- Konsistenz (Gleichbehandlung der Patienten)
- Nachvollziehbare, relevante Begründung
- Evidenzbasierung (hinsichtlich Nutzen & Kosten)
- Partizipation (relevanter gesellschaftlicher Gruppen)
- Widerspruchsmöglichkeiten

## □ Materiale Kriterien

- Medizinische Bedürftigkeit
  - Dringlichkeit, Schweregrad
- Erwarteter medizinischer Nutzen
- Kosten-Nutzen-Verhältnis

# Umsetzung: Kostensensible Leitlinien

---

- Ziel: Patienten möglichst geringen (Zusatz-)Nutzen vorenthalten
  - ⇒ Maßnahmen begrenzen mit
    - geringem Zusatznutzen für den Patienten
    - bei hohen Zusatzkosten
- Effekte
  - ⇒ Optimiert den gesundheitlichen Gesamtnutzen
  - ⇒ Minimiert den „Schaden“ für den Einzelnen
- Umsetzung in der Praxis: Kostensensible Leitlinien (KSLL)
  - BMBF-Forschungsverbund „Allokation“
  - Grundlage: Evidenz zum Nutzen und Kosten-Nutzen-Verhältnis medizinischer Maßnahmen
  - Nutzensgewinn variiert ⇒ Patienten-Subgruppen identifizieren
  - Einschränkung: Ausschluss von Patienten, die (im Vergleich zur Alternative) nur wenig profitieren
  - Ggf. Festsetzung von Höchstpreisen

# Beispiel: DES vs. BMS bei KHK (NICE)

---

Kosteneffektivitäts-Verhältnisse	Preisdifferenz DES – BMS	
	400 €	800 €
Alle Patienten	98.000 €/QALY	227.000 €/QALY
Lange Läsionen (>15mm)	62.000 €/QALY	167.000 €/QALY
Kleine Gefäße (< 3mm)	33.000 €/QALY	126.000 €/QALY

NICE: Kostenübernahme nur wenn

- das zu behandelnde Zielgefäß einen Durchmesser von weniger als 3 mm hat oder die Läsion länger als 15 mm ist **und**
- der Preisunterschied zwischen DES und BMS nicht mehr als 400 Euro beträgt.

# Fazit - 2

---

- *Explizite* Leistungsbegrenzungen sind gegenüber impliziten ethisch zu bevorzugen.
- Damit wird ein offener gesellschaftspolitischer Diskurs über Verfahren & Kriterien der Leistungsbegrenzungen unausweichlich.
- *Implizite* Leistungsbegrenzungen (=ärztliche Rationierung) werden sich aber (leider!) nicht vermeiden lassen.

# Problemhintergrund im KHS

---

- Umstellung auf prospektive Vergütung (DRGs) ⇒ erhöht Kostendruck auf die Kliniken
- Konsequenzen
  - kürzere Liegezeiten, Leistungsverdichtung
  - Enge Budgetvorgaben für die Abteilungen ⇒ implizite Rationierung von medizinischen & Pflege-Leistungen
  - Reduzierung im Personalbereich (v.a. Pflege)
  - Rationalisierungsversuche (Umstrukturierung von Abteilungen, Optimierung organisatorischer Abläufe, „Outsourcing“)
- Vermehrte Entscheidungskonflikte für Pflegende und Ärzte auf der Mikroebene
- Bedarf an Entscheidungsunterstützung: Modelle, Leitlinien, (Ethik-)Beratung im Einzelfall

# Modell „Ethisches Kostenbewusstsein“

---

- Ethisch gebotener Umgang mit knappen Mitteln erfordert Rationalisierung und Rationierung
  - Widerspricht nicht notwendig dem traditionellen ärztlichen Ethos!
    - Partielle Konvergenz zwischen Ethik und Ökonomie!
- Wichtig: Unsichere Evidenz über (Netto-)Nutzen ⇒ Unscharfe Grenze zwischen Rationalisierung und Rationierung!
  - Nutzen für den Patienten im Einzelfall ungewiss
  - Vorenthalten = Rationierung oder Rationalisierung??
- Genau dort muss man ansetzen!
  - „Schaden“ für den einzelnen Patienten am geringsten
  - Gesundheitssystem: Nutzenmaximierung

# Ethisches Kostenbewusstsein

---

## Individual- ethischer Therapie- verzicht

- (1) Berücksichtigung der Evidenz zu Wirksamkeit/Nutzen & Risiken der Maßnahmen ⇒ Nutzen/Nichtschaden
- (2) Konsequente Berücksichtigung individueller Patientenpräferenzen ⇒ Respekt der Autonomie
- (3) Minimierung des Ressourcenverbrauchs für das Erreichen eines Therapieziels ⇒ Nichtschaden

---

## Sozial- ethischer Therapie- verzicht

- (4) Unterlassung von teuren Maßnahmen mit geringem/fraglichem Nutzengewinn bei Verfügbarkeit kosteneffektiverer Alternativen ⇒ Gerechtigkeit
  - a) Lokale Versorgungsstandards
  - b) Im Einzelfall
    - Berücksichtigung prozeduraler Mindeststandards
    - Durchführung von Kosten-Fallbesprechungen
    - Beratung durch klinisches Ethik-Komitee

# Ethisches Kostenbewusstsein

---

## Individual- ethischer Therapie- verzicht

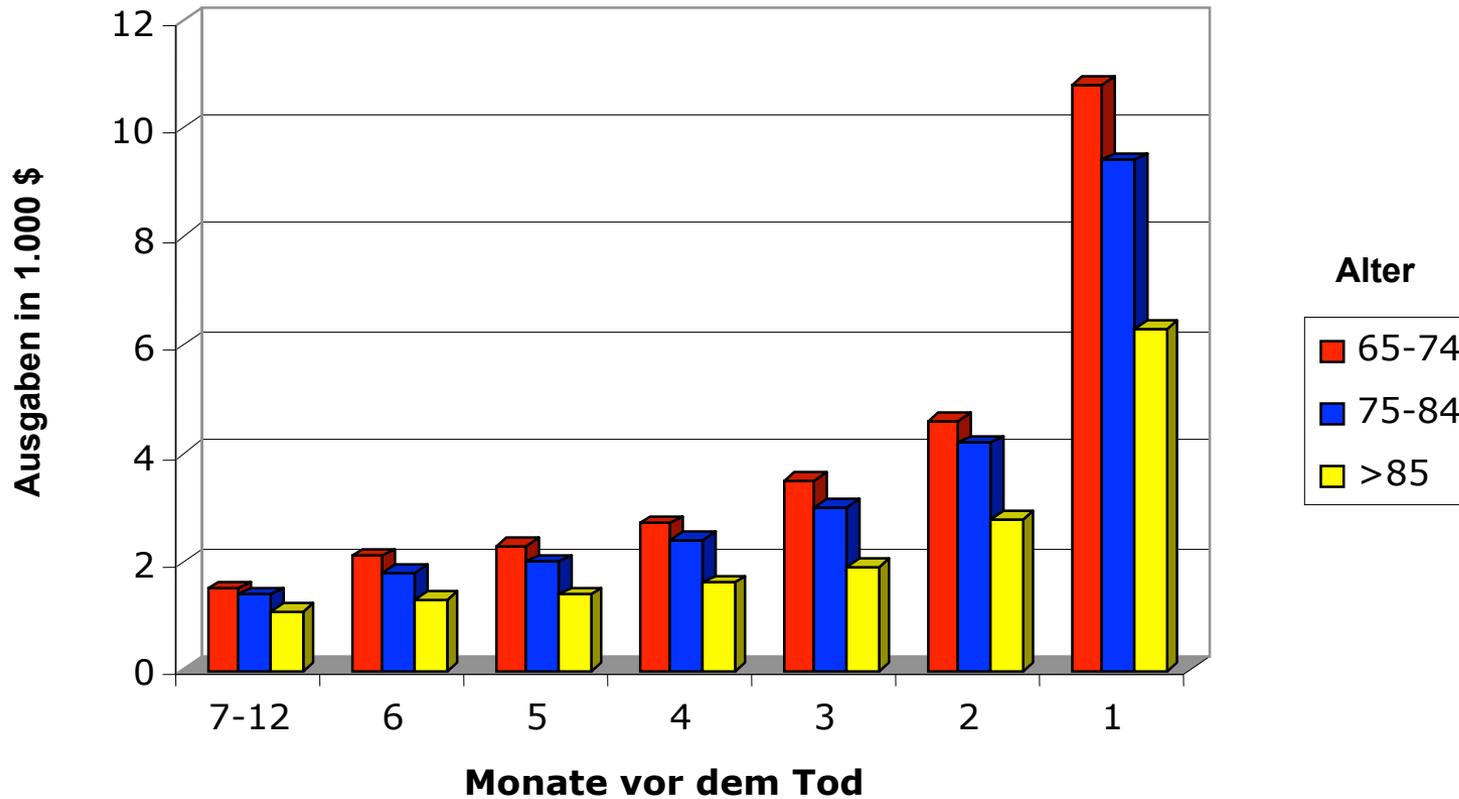
- (1) Berücksichtigung der Evidenz zu Wirksamkeit/Nutzen & Risiken der Maßnahmen ⇒ Nutzen/Nichtschaden
- (2) Konsequente Berücksichtigung individueller Patientenpräferenzen ⇒ Respekt der Autonomie
- (3) Minimierung des Ressourcenverbrauchs für das Erreichen eines Therapieziels ⇒ Nichtschaden

---

## Sozial- ethischer Therapie- verzicht

- (4) Unterlassung von teuren Maßnahmen mit geringem/fraglichem Nutzengewinn bei Verfügbarkeit kosteneffektiverer Alternativen ⇒ Gerechtigkeit
  - a) Lokale Versorgungsstandards
  - b) Im Einzelfall
    - Berücksichtigung prozeduraler Mindeststandards
    - Durchführung von Kosten-Fallbesprechungen
    - Beratung durch klinisches Ethik-Komitee

# Gesundheitsausgaben in der letzten Lebensphase



Gesundheitsausgaben für Medicare-Begünstigte im US-Staat Massachusetts im letzten Lebensjahr  
(nach Levinski et al. 2001)

# Berücksichtigung v. Patientenpräferenzen

---

- Klinisch-ethische Beratung ⇒ konsequente Berücksichtigung von Wohl & Wille (Präferenzen) des Patienten
- Randomisierte kontrollierte Multicenter-Studie von Schneiderman et al. [JAMA 2003;290(9):1166-72]:
  - 551 ICU-Patienten
  - 2 Arme: klinische Ethikberatung ja/nein
- Mortalität: kein Unterschied
- Im KHS versterbende Patienten mit Ethikberatung:
  - Krankenhaustage ↓ (-2.95 d, p=.01)
  - ICU - Tage ↓ (-1.44 d, p=.03)
  - Beatmungstage ↓ (-1.7 d, p=.03)
- klinisch-ethische Beratung fördert individuelle ethischen Therapieverzicht (+ kann Kosten in Todesnähe reduzieren!)

# Ethisches Kostenbewusstsein

---

## Individual- ethischer Therapie- verzicht

- (1) Berücksichtigung der Evidenz zu Wirksamkeit/Nutzen & Risiken der Maßnahmen ⇒ Nutzen/Nichtschaden
- (2) Konsequente Berücksichtigung individueller Patientenpräferenzen ⇒ Respekt der Autonomie
- (3) Minimierung des Ressourcenverbrauchs für das Erreichen eines Therapieziels ⇒ Nichtschaden

---

## Sozial- ethischer Therapie- verzicht

- (4) Unterlassung von teuren Maßnahmen mit geringem/fraglichem Nutzengewinn bei Verfügbarkeit kosteneffektiverer Alternativen
  - a) Lokale Versorgungsstandards ⇒ Gerechtigkeit
  - b) Im Einzelfall
    - Berücksichtigung prozeduraler Mindeststandards
    - Durchführung von Kosten-Fallbesprechungen
    - Beratung durch klinisches Ethik-Komitee

# Sozialethischer Therapieverzicht

---

- Kriterium: Kosteneffektivität  $\Rightarrow$  hohe Kosten bei geringem (Grenz-) Nutzen (**Nutzenmaximierung mit gerechtigkeitsethischen Constraints**)
- $\rightarrow$  Epistemisches Problem: evidenzbasierte Abschätzung von Kosten und Nutzen
- $\rightarrow$  Ethisches Problem: kein allgemeiner Grenzwert vorgegeben  $\Rightarrow$  Gefahr der Ungleichbehandlung der Patienten
- **Lokaler Versorgungsstandard (z.B. kostensensible Leitlinie)** für teure Maßnahmen
  - $\rightarrow$  Indikationen auf die Patienten beschränken, die am meisten profitieren!
  - Basis: Evidenzlage zur Wirksamkeit (Leitlinien, Studien)
  - V.a. bei teuren Maßnahmen mit geringem/fraglichem Nutzen (z.B. Xigris)!
- Vorteile gegenüber Einzelfallentscheidung
  - Evidenzbasiert  $\Rightarrow$  medizinisch & ökonomisch rationaler
  - (lokale) Gleichbehandlung der Patienten  $\Rightarrow$  gerechter
  - Reduziert ärztliche Entscheidungskonflikte, entlastet Arzt-Patient-Beziehung
  - Eröffnet häufig auch Rationalisierungspotentiale!!

# Ethisches Kostenbewusstsein

---

## Individual- ethischer Therapie- verzicht

- (1) Berücksichtigung der Evidenz zu Wirksamkeit/Nutzen & Risiken der Maßnahmen ⇒ Nutzen/Nichtschaden
- (2) Konsequente Berücksichtigung individueller Patientenpräferenzen ⇒ Respekt der Autonomie
- (3) Minimierung des Ressourcenverbrauchs für das Erreichen eines Therapieziels ⇒ Nichtschaden

---

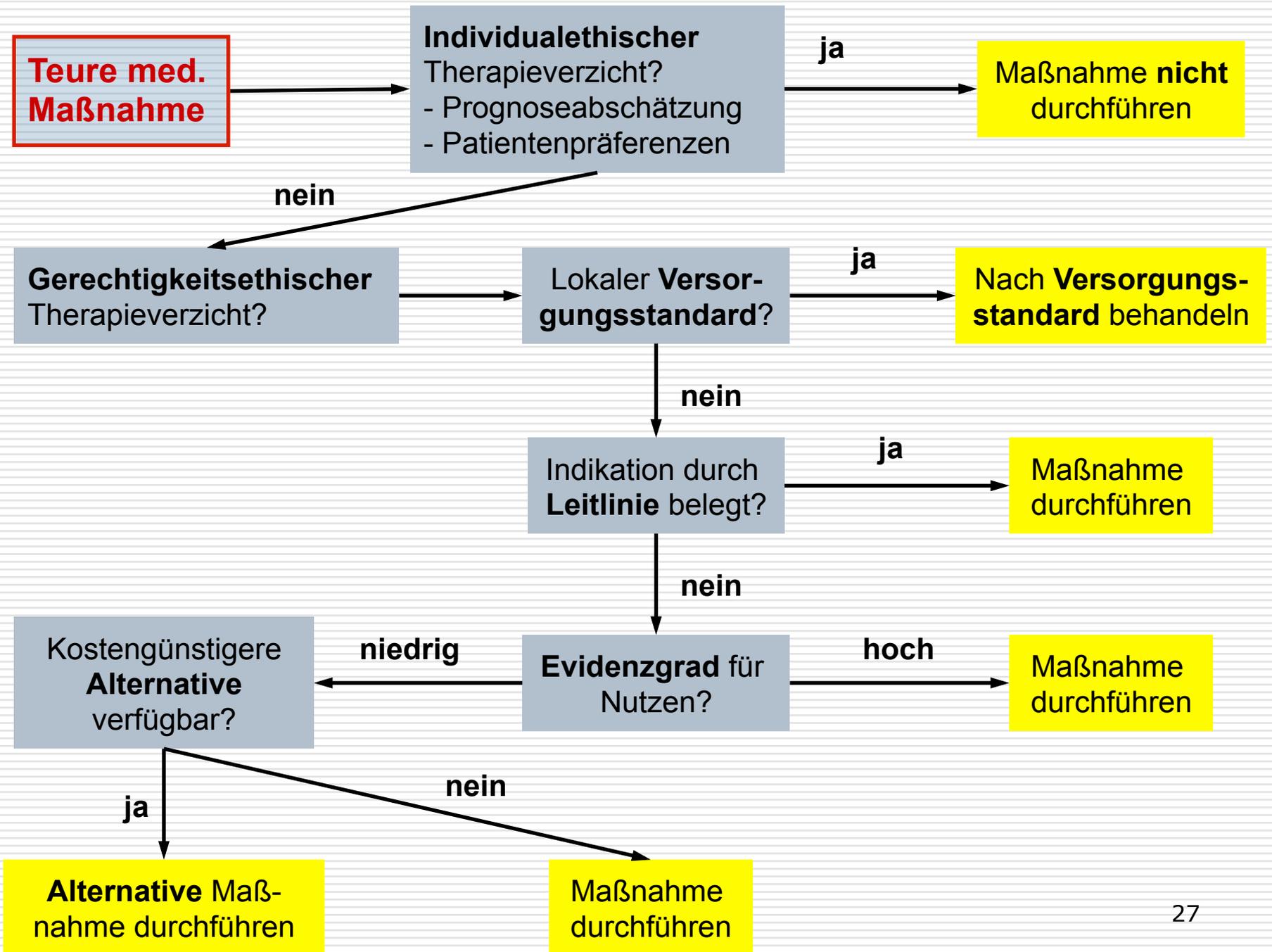
## Sozial- ethischer Therapie- verzicht

- (4) Unterlassung von teuren Maßnahmen mit geringem/fraglichem Nutzengewinn bei Verfügbarkeit kosteneffektiverer Alternativen ⇒ Gerechtigkeit
  - a) Lokale Versorgungsstandards
  - b) Im Einzelfall
    - Berücksichtigung prozeduraler Mindeststandards
    - Durchführung von Kosten-Fallbesprechungen
    - Beratung durch klinisches Ethik-Komitee

# Prozedurale Gerechtigkeits-Standards

---

- **Transparenz** ⇒ Aufklärung der Patienten
- **Konsistenz** ⇒ gleiche Zuteilungskriterien und Bewertungsstandards bei allen Patienten
- **Begründung** ⇒ nachvollziehbare Argumente
- **Evidenzbasierung** ⇒ Berücksichtigung der verfügbaren Evidenz zu Nutzen & Risiken
- **Widerspruchsmöglichkeiten** für Patient bei Verweigerung einer gewünschten Leistung
  
- **Kosten-Fallbesprechung/Beratung durch klinisches Ethikkomitee**
  - Entlastet den einzelnen Arzt
  - Erhöht medizinische Rationalität der Zuteilungsentscheidungen
  - Sichert die (lokale) Konsistenz der Zuteilungsentscheidungen



Medizinischer Fortschritt

Demographischer Wandel

Reduzierte Einnahmen

Nachfrage ↑

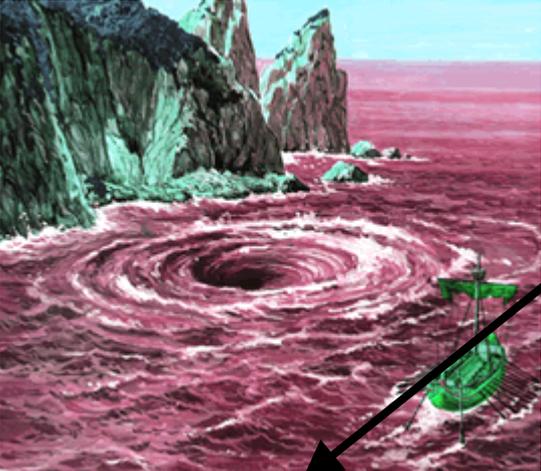
+

Angebot ↓

Charybdis

Skylla

**Mittelknappheit im Gesundheitswesen**



Erhöhung der Mittel im Gesundheitswesen

Effizienzsteigerungen (Rationalisierungen)

Leistungsbegrenzungen (Rationierungen)

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

---

□ **Folien:** [www.egt.med.uni-muenchen.de/marckmann](http://www.egt.med.uni-muenchen.de/marckmann)

□ **Literatur:**

- Marckmann G, Gesundheit und Gerechtigkeit. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2008;51(8):887-894
- Strech D, Danis M, Löb M, Marckmann G, Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern. Ärztliche Einschätzungen aus einer repräsentativen Umfrage. Deutsche Medizinische Wochenschrift (DMW) 2009;134:1261-1266
- Marckmann G, Begrenzte Ressourcen in der Intensivmedizin als ethische Herausforderung. In: Salomon F, Praxisbuch in der Intensivmedizin. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2009, S. 107-114

□ **KSLL:** [www.iegm.uni-tuebingen.de/allokation](http://www.iegm.uni-tuebingen.de/allokation)

□ **Kontakt** (Sonderdrucke etc.): [marckmann@lmu.de](mailto:marckmann@lmu.de)