

Gesundheitsversorgung im Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomie: Gerechtigkeitsethische Überlegungen

Georg Marckmann

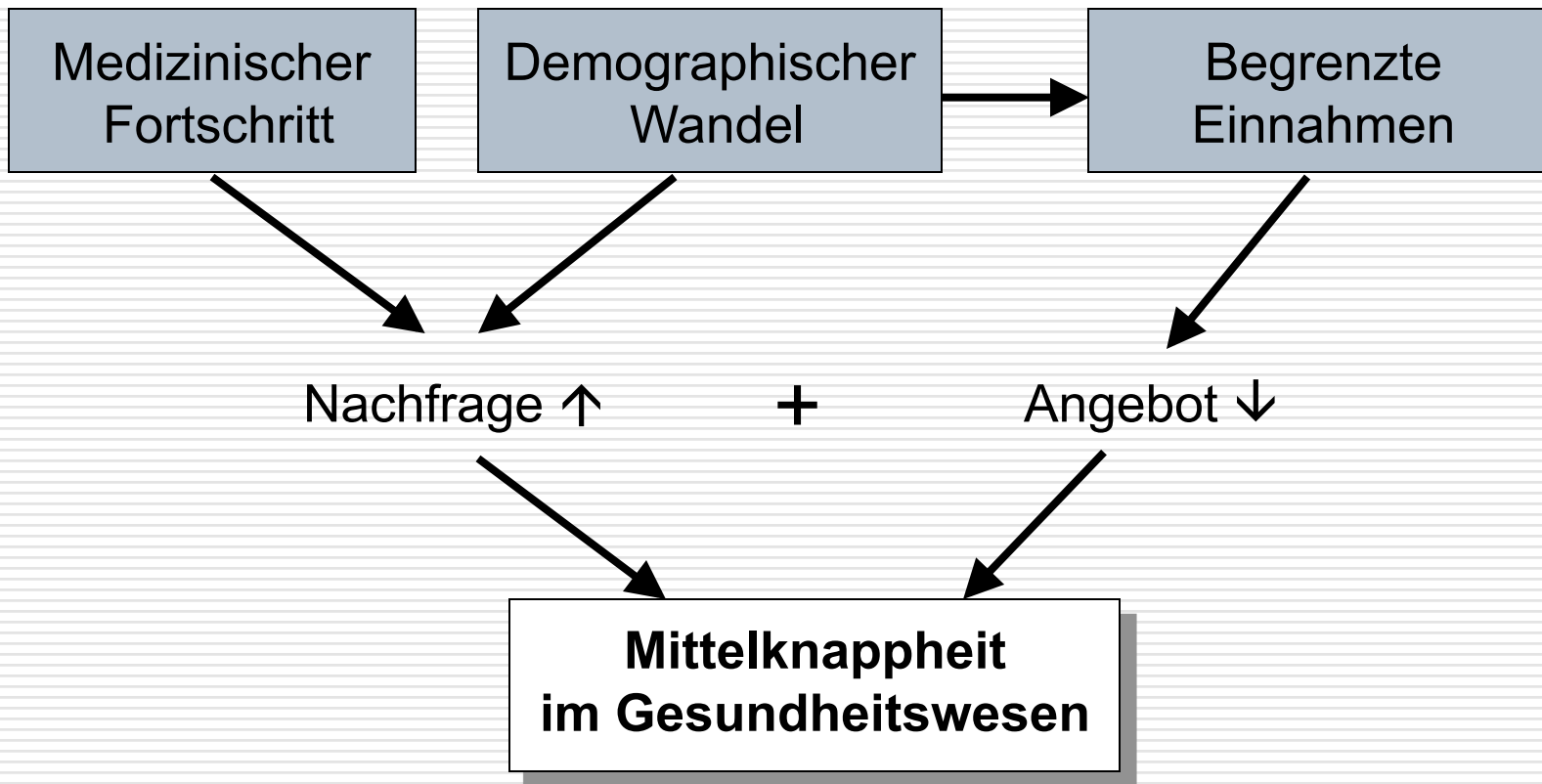
Ludwig-Maximilians-Universität München
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

Münchner Kompetenzzentrum Ethik
„Workshop zu ethischen Problemen“

München, 12. September 2011

Übersicht

- Vorgehen: *problemorientierte ethische Analyse*
- Problemhintergrund: Mittelknappheit im Gesundheitswesen
- Fragen der Gerechtigkeit: 2 Ebenen
- Handlungsoptionen
 - Effizienzsteigerungen („Rationalisierungen“)
 - Mittelerhöhung
 - Leistungsbegrenzungen („Rationierungen“)
- Formale & materiale Kriterien gerechter Leistungsbegrenzungen
- Fragen & Diskussion



Fazit - 1

- Demographischer Wandel und medizinischer Fortschritt führen zu einem *steigenden Versorgungsbedarf*, vor allem für multimorbide, chronisch kranke ältere Patienten.
- Dem stehen *sinkende Einnahmen* vor allem durch den steigenden Altenquotient gegenüber.

Fragen der Gerechtigkeit

1. Nach welchen Grundprinzipien ist die Gesundheitsversorgung zu organisieren?
→ Markt vs. Regulierung
2. Wie können die (begrenzt) verfügbaren Mittel innerhalb eines regulierten Systems gerecht verteilt werden?
→ Gerechte Verteilungsverfahren/-kriterien

Markt oder Regulierung?

- Attraktivität des Marktes bei **vollkommenem** Wettbewerb:
 - Effiziente Produktion der Güter
 - Verteilung nach Präferenzen der Konsumenten

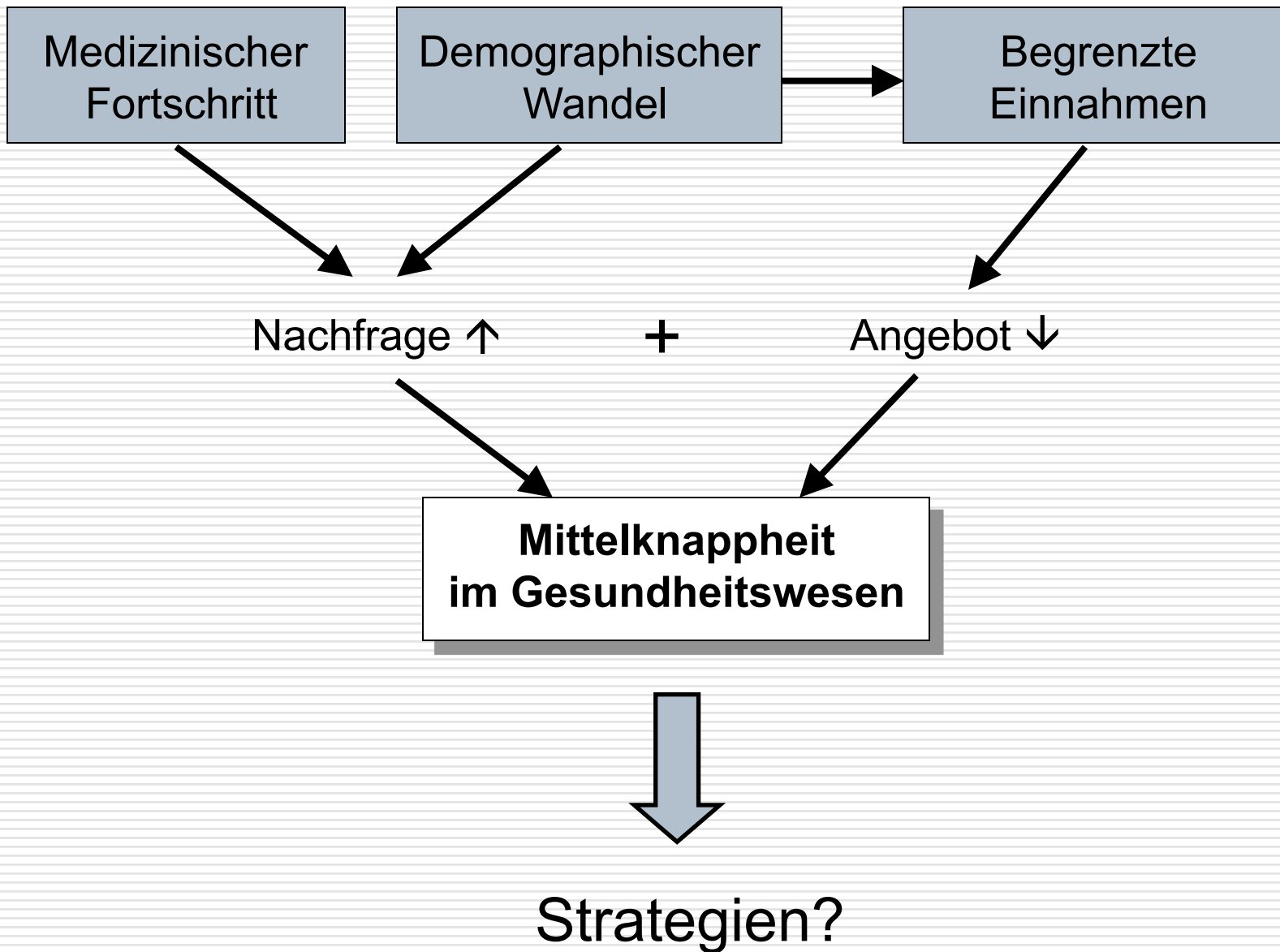
- Argumente *gegen* eine rein marktorientierte Verteilung von Gesundheitsleistungen
 - (1) Ökonomische Argumente: Marktversagen
 - (2) Gerechtigkeitsethische Argumente

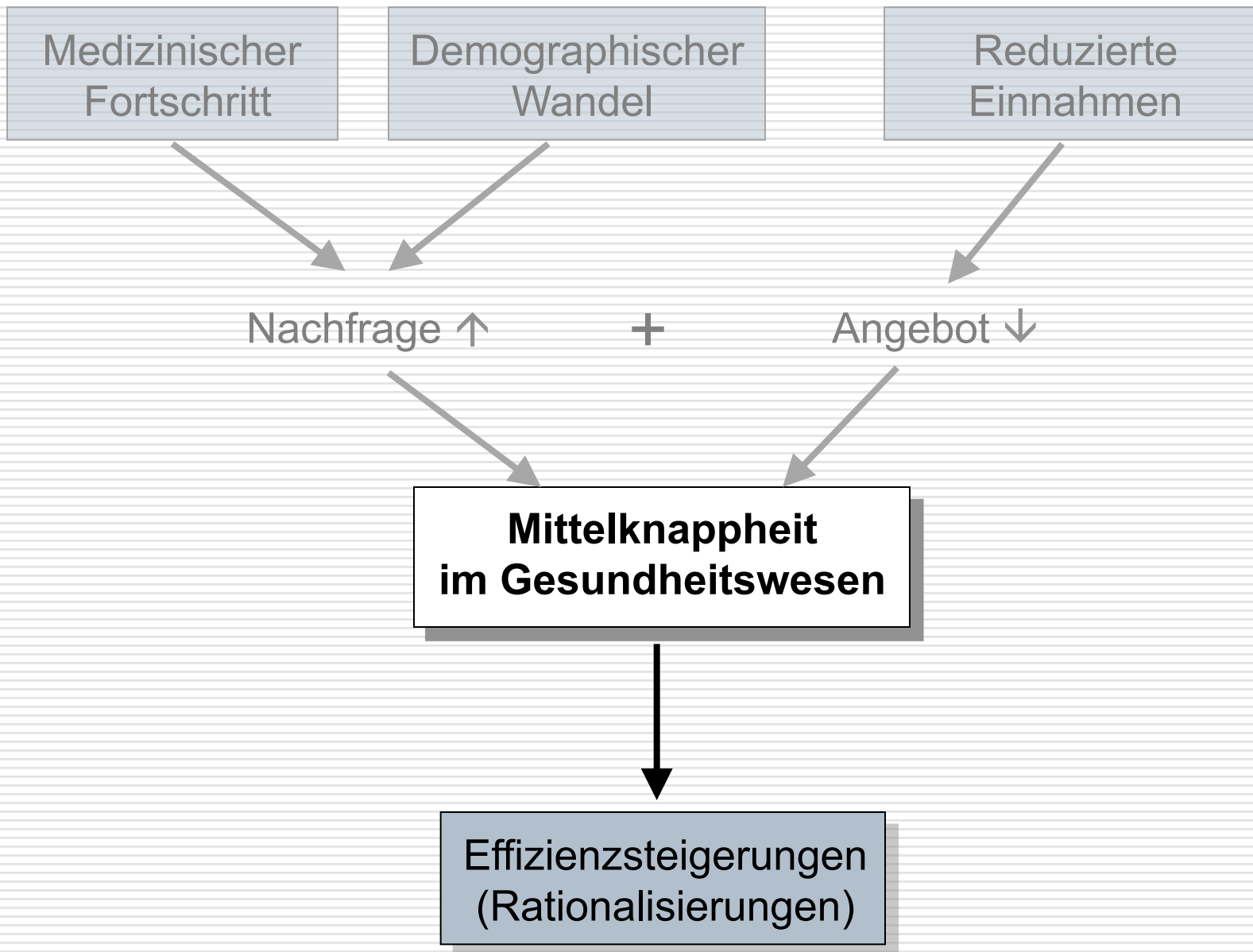
Argument 2: Gerechtigkeit

- Was unterscheidet Gesundheit von anderen Gütern?
- Gesundheit = **transzendentes Gut**
„Gesundheit ist nicht alles, aber
ohne Gesundheit ist alles nichts.“
- Zugang zur Gesundheitsversorgung →
Voraussetzung für die Chancengleichheit (Norman Daniels)
 - Jeder/jede sollte – unabhängig vom Einkommen – einen
Zugang zur Gesundheitsversorgung haben
 - Argument für eine **solidarisch finanzierte, gesetzlich
abgesicherte medizinische Grundversorgung**
(einschließlich Gesundheitsförderung und Prävention)
- Sozial bedingte Ungleichheiten von Gesundheitschancen
 - Förderung der sozioökonomischen Voraussetzungen von
Gesundheit ethisch geboten

Fazit - 2

- Es gibt überzeugende ethische *und* ökonomische Gründe für eine - zumindest teilweise - staatlich organisierte und solidarisch finanzierte Gesundheitsversorgung.





Medizinischer Fortschritt

Demographischer Wandel

Reduzierte Einnahmen

Nachfrage ↑

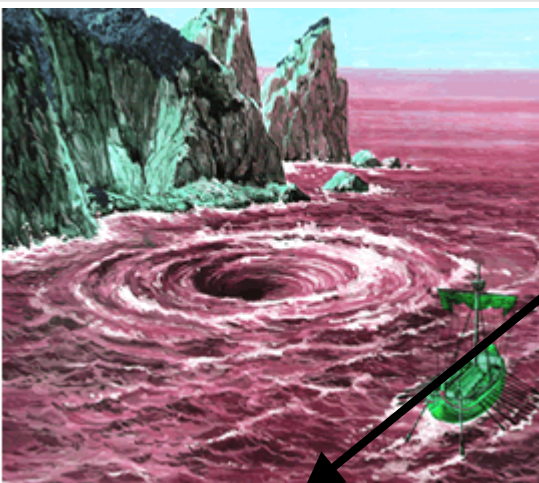
+

Angebot ↓

Skylla

Charybdis

Mittelknappheit im Gesundheitswesen



Effizienzsteigerungen (Rationalisierungen)

Erhöhung der Mittel im Gesundheitswesen

Leistungsbegrenzungen (Rationierungen)

Fazit - 3

- 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.

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%

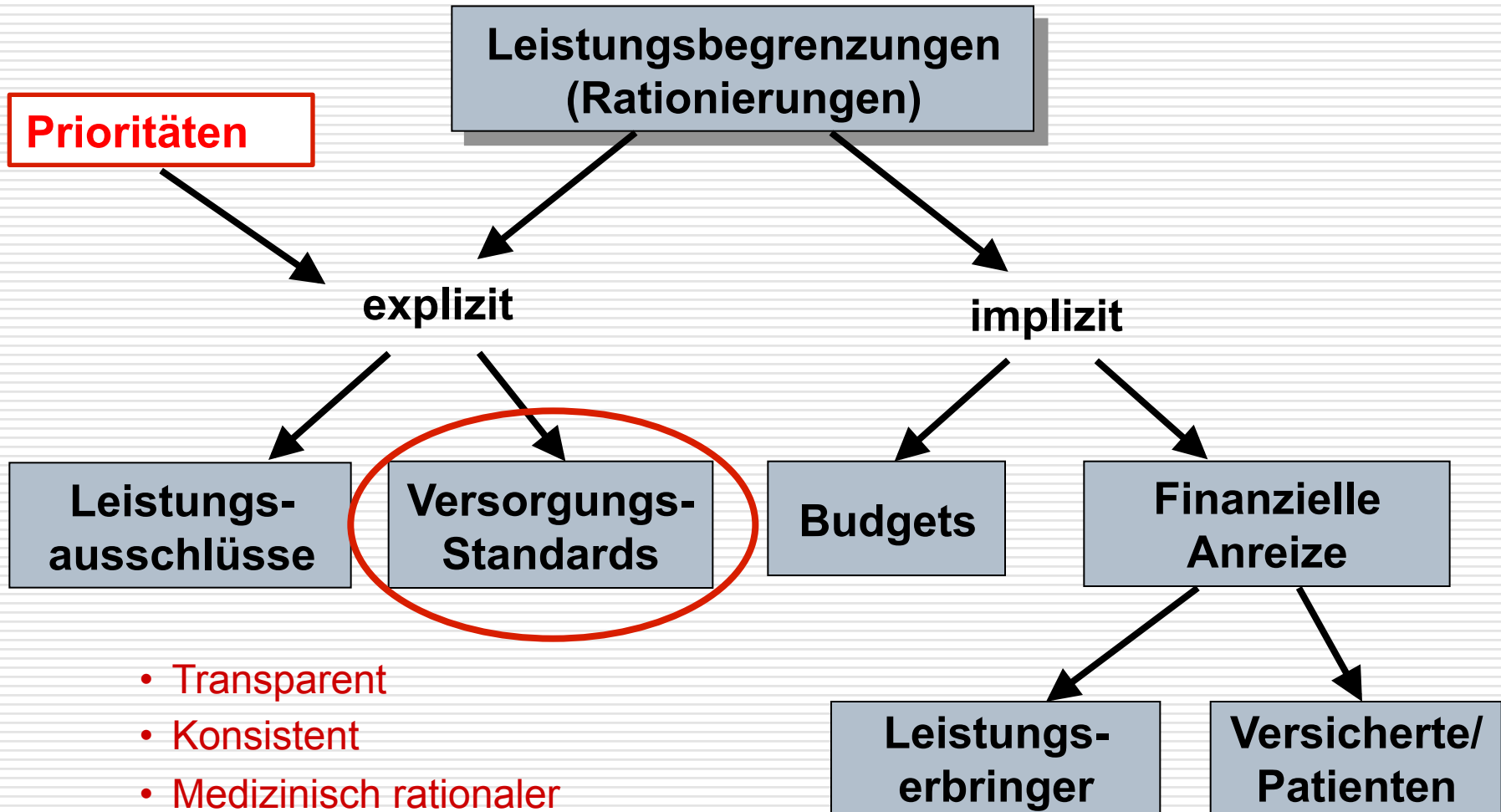
78%

13%

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

Leistungsbegrenzungen

- 2. Gerechtigkeitsfrage:
Wie können die begrenzten Gesundheitsressourcen gerecht verteilt werden?
- Wer soll über die Leistungsbegrenzungen entscheiden?
- Nach welchen Kriterien?



Prioritäten

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

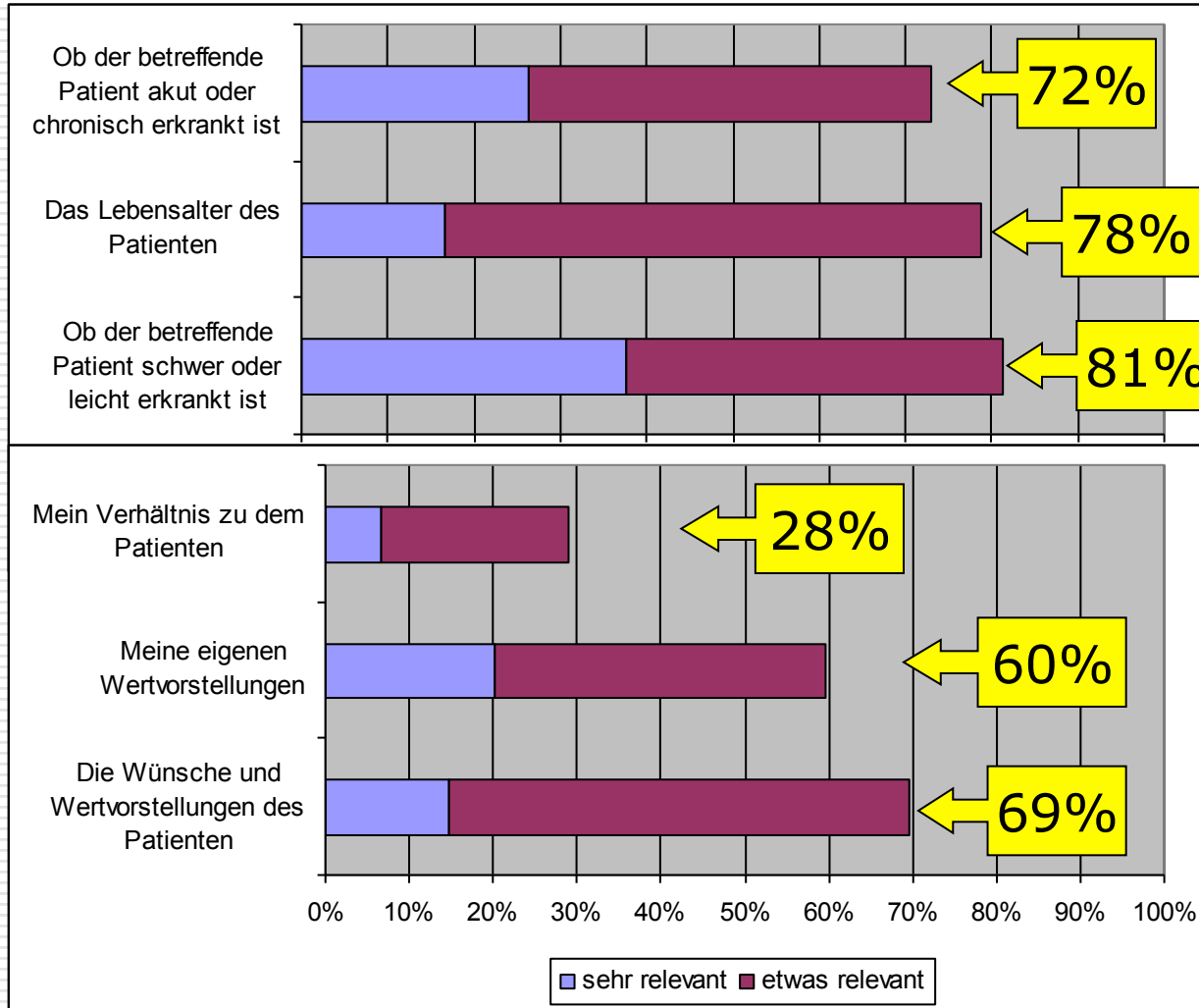
Vergütungsformen

- 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

Fazit - 4

- *Explizite* Leistungsbegrenzungen sind gegenüber impliziten ethisch zu bevorzugen.
- Damit wird ein offener gesellschaftspolitischer Diskurs über Verfahren & Kriterien der Leistungsbegrenzungen unausweichlich.
- Implizite Leistungsbegrenzungen werden sich aber aus pragmatischen Gründen nicht vermeiden lassen.

Medizinischer Fortschritt

Demographischer Wandel

Reduzierte Einnahmen

Nachfrage ↑

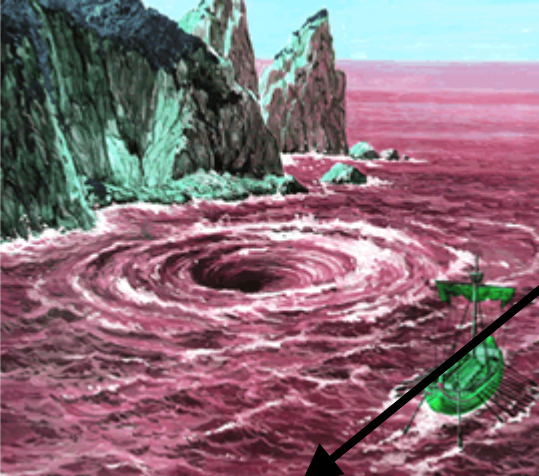
+

Angebot ↓

Charybdis

Skylla

Mittelknappheit im Gesundheitswesen



Erhöhung der Mittel im Gesundheitswesen

Effizienzsteigerungen (Rationalisierungen)

Leistungsbegrenzungen (Rationierungen)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

□ **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. DMW 2009;134:1261-1266
- Strech D, Marckmann G. Wird in deutschen Kliniken rationiert oder nicht? Wie genau wir es wissen und warum es nicht die wichtigste Frage sein sollte. DMW 2010;135(30):1498-502.
- Kontakt (Sonderdrucke etc.): marckmann@lmu.de
- Folien: www.egt.med.uni-muenchen/marckmann

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 (KSL) **(KSL)**
 - Vgl. 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

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.

Weitere Info zu den KSSL: www.iegm.uni-tuebingen.de/allokation