

# Ethische Fragestellungen im Zusammenhang mit der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen

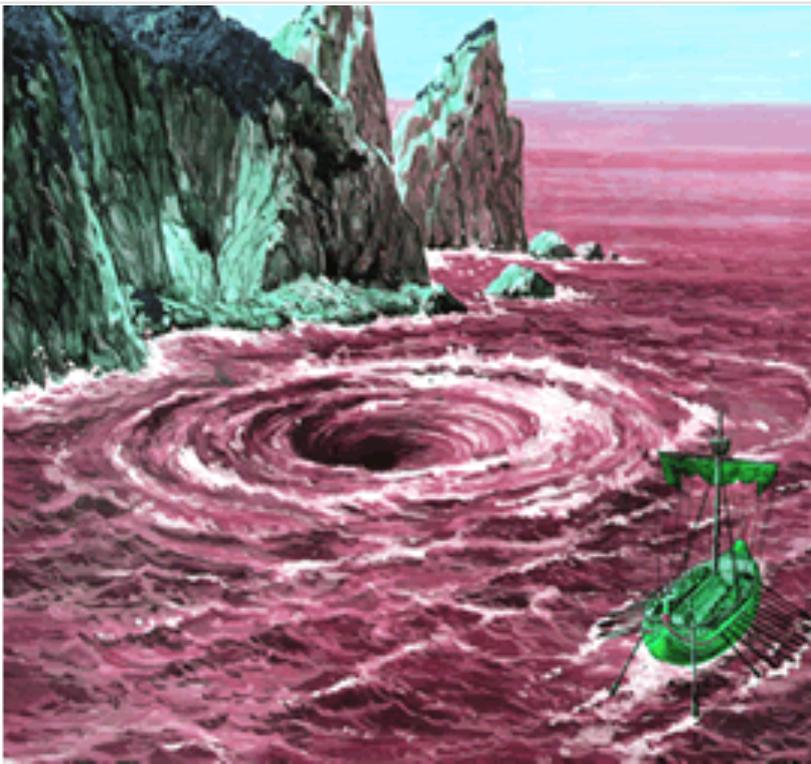
---

Georg Marckmann

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

AWO-Ethikrat

Berlin, 23. März 2011



# Gliederung

---

- Gerechtigkeitsethische Grundlagen
- Verteilungsprobleme
  - Neue Prioritäten
  - Sozial bedingte Ungleichheiten der Gesundheitschancen
  - Mittelknappheit
- Strategien zum Umgang mit der Mittelknappheit
  - Rationalisierung
  - Mittelerhöhung
  - Implizite vs. explizite Leistungsbegrenzungen („Rationierungen“)
- Formale & materiale Kriterien gerechter Leistungsbegrenzungen
- Praktische Umsetzung: Kostensensible Leitlinien
- Fragen & Diskussion

# Gerechtigkeitsethische Grundlagen

---

- 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

# Verteilungsprobleme (1)

---

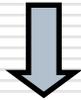
- Medizinisch-technische Innovationen
  - (Innovation = Fortschritt??)
- Demographischer Wandel
  - Niedrige Geburtenraten + steigende Lebenserwartung
  - Steigender Altenquotient
- Veränderter Versorgungsbedarf: **qualitativ**
  - chronisch-degenerative Erkrankungen, Multimorbidität↑
  - Bedarf an Geriatrie & Palliativmedizin↑, kurative Behandlung↓
  - Bedarf an Prävention und Gesundheitsförderung ↑
  - Bedarf an Langzeitpflege↑
- Veränderter Versorgungsbedarf: **quantitativ**
  - Nachfrage an Pflege & Medizin ↑ ⇔ Gesundheitsausgaben ↑
- Begrenzte Einnahmen durch steigenden Altenquotient ⇔ wachsender Kostendruck!

# Verteilungsprobleme (2)

---

Niedriger sozioökonomischer Status (SES)

- Niedrige Bildung
- Niedriger beruflicher Status
- Niedriges Einkommen



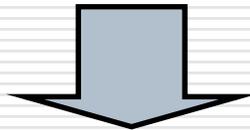
Erhöhte Mortalität

- Männer: 10 (!) Jahre Unterschied in Lebenserwartung zwischen unterem und oberem Viertel der Einkommensskala! (SVRiG)



Erhöhte Morbidität

- Allg. Gesundheitszustand
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Diabetes Mellitus
- Magen-/Darm-Krebs, Lungenkrebs, Nieren-/Blasen-Krebs
- Psychische Morbidität
- Multimorbidität (SVRiG)

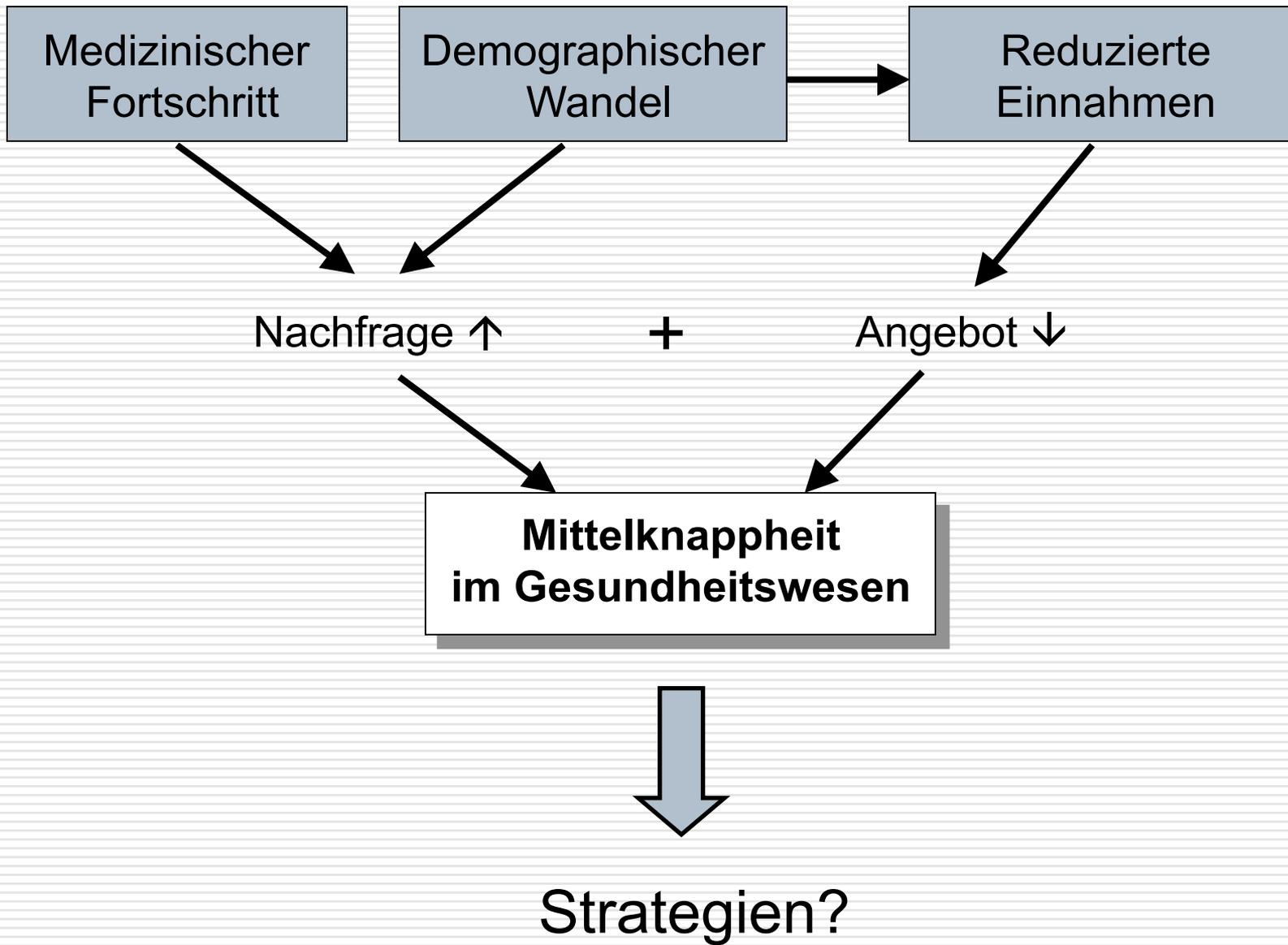


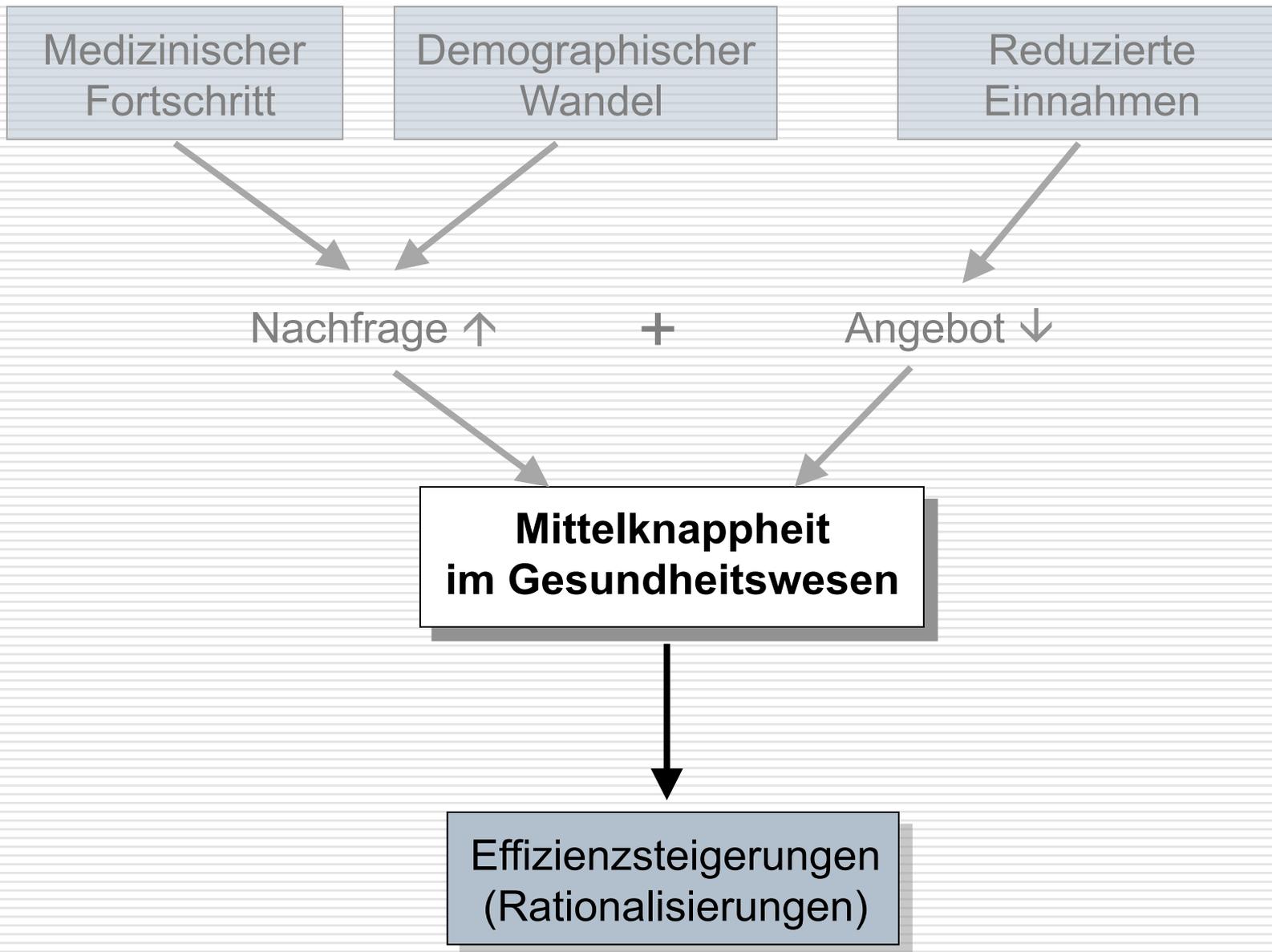
Sozialbedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen

# Fazit 1: Gerechtigkeitsethische Herausforderungen

---

- (1) Veränderter Versorgungsbedarf durch demographischen Wandel ⇒ neue Prioritäten
  - (Ambulante) medizinische Versorgung älterer, multimorbider, chronisch kranker Patienten
  - Pflegerische Langzeitversorgung
  - Gesundheitsförderung & Prävention
- (2) Ausgleich sozial bedingter Ungleichheiten im Gesundheitszustand
  - Intersektorale Gesundheitspolitik („health in all policies“)
  - Erklärungsanteil des Gesundheitswesens an Veränderung der Lebenserwartung 10-40% (SVRiG 2001)
  - „Soziale Gerechtigkeit ist gut für die Gesundheit!!“
- (3) Gerechte Verteilung knapper Gesundheitsressourcen





Medizinischer Fortschritt

Demographischer Wandel

Reduzierte Einnahmen

Nachfrage ↑

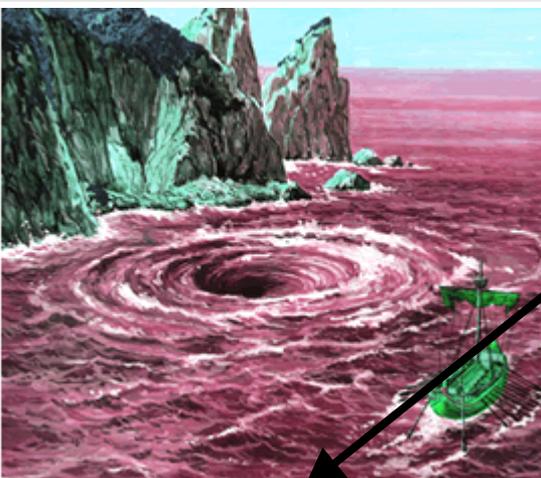
+

Angebot ↓

Skylla

Charybdis

**Mittelknappheit im Gesundheitswesen**



Effizienzsteigerungen (Rationalisierungen)

Erhöhung der Mittel im Gesundheitswesen

Leistungsbegrenzungen (Rationierungen)

# Fazit - 2

---

- 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?

# 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%**

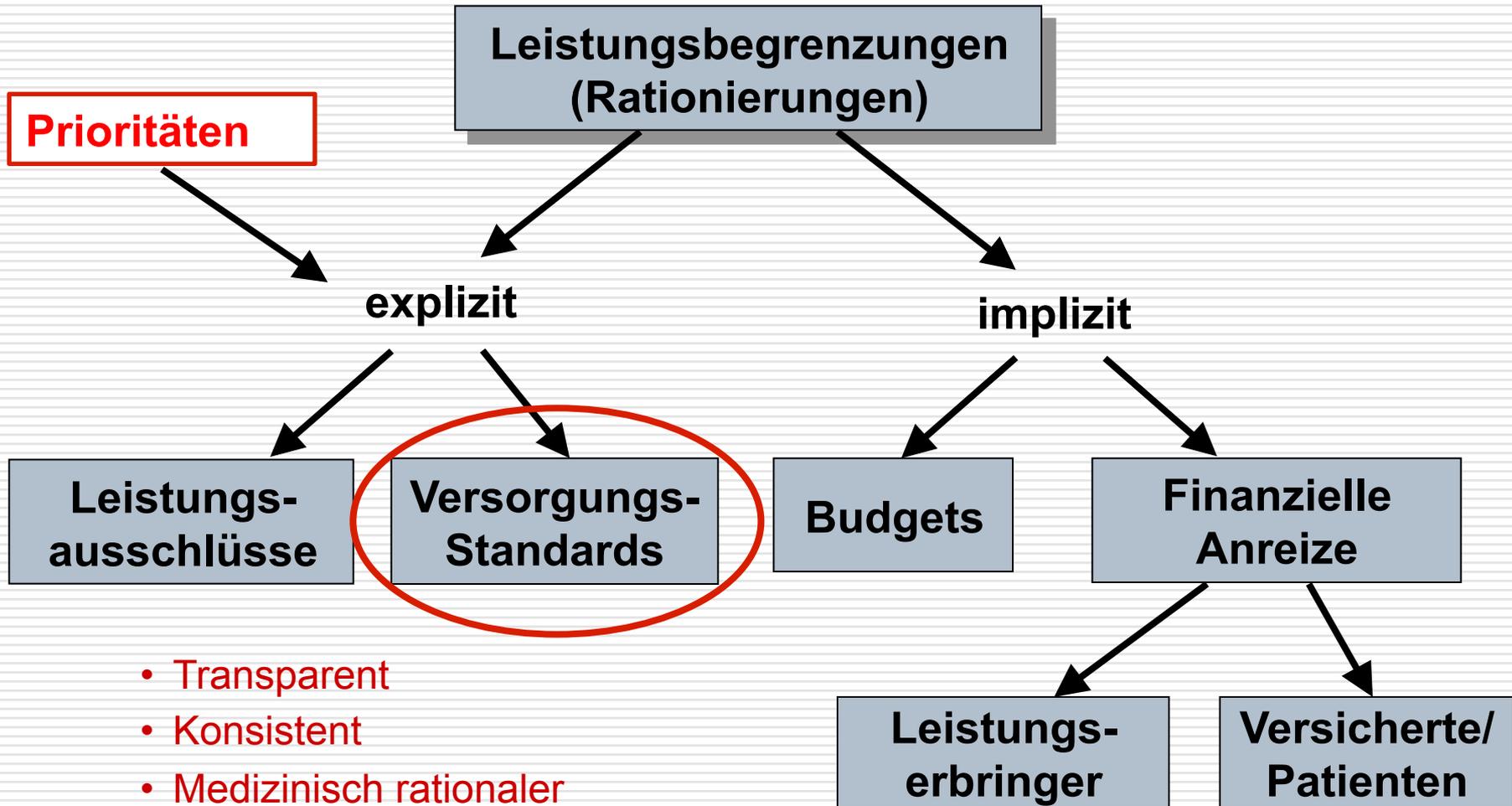
Strech, D. et al. (2009) Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern. **DMW** 2009;134:1-6.

# 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.



**Prioritäten**

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

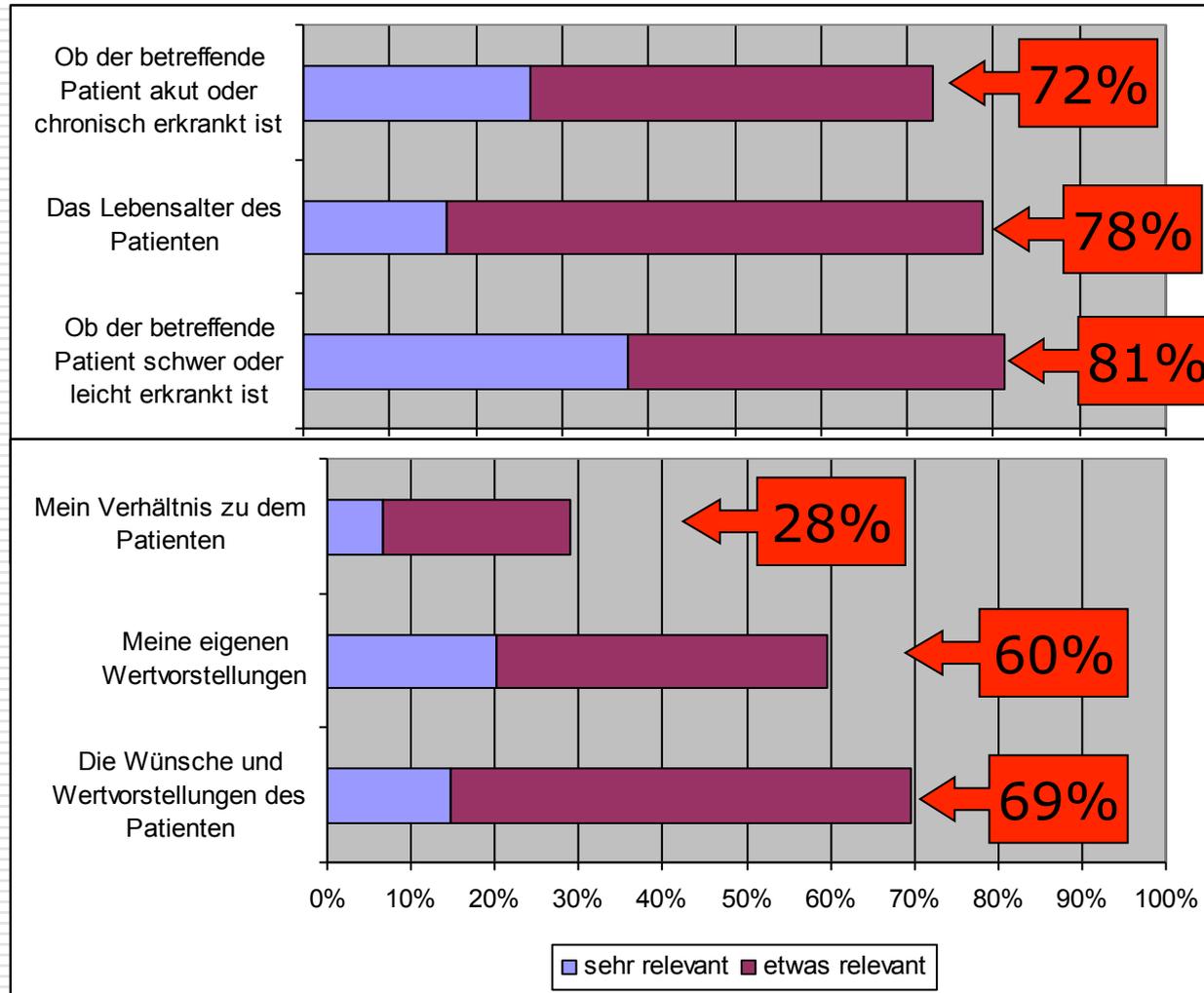
**Vergütungsformen**

- 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

# 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](http://www.iegm.uni-tuebingen.de/allokation)

# KSSL: Ärztliche Einschätzungen

---

- Durch KSSL sollten **zunächst** diejenigen Maßnahmen begrenzt werden, die dem Patienten einen **geringen Nutzensgewinn** bieten **bei vergleichsweise hohen Kosten**
  - 92% (stimme voll zu + stimme eher zu)
- Ärzte sollten gesetzlich verankerte KSSL **befolgen**, welche von der Anwendung von Maßnahmen abraten, die bei **hohen Kosten** nur einen **geringen Nutzenzugewinn** für den Patienten bieten
  - 78% (stimme voll zu + stimme eher zu)
- Um eine **konsistente und gerechte** Zuteilung knapper Ressourcen zu gewährleisten, sollten Ärzte von den Empfehlungen in gesetzlich verankerten KSSL **nicht abweichen**.
  - 30% (stimme voll zu + stimme eher zu)

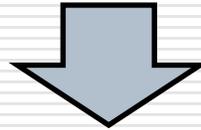
# Fazit - 3

---

- *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.
- Voraussetzung für Rationalisierung & Rationierung: *valide Nutzenbewertung* ⇒ absolute Priorität!

## Rahmenbedingungen

- Demographischer Wandel & Innovationen ⇒ GKV-Ausgaben↑
- Steigender Altenquotient ⇒ GKV-Einnahmen↓
- Bereits heute: verdeckte Rationierung
- (erhebliche) Wirtschaftlichkeitsreserven im System
- Gesundheitliche Ungleichheiten ⇒ Sozialpolitische Maßnahmen



Priorisierung & „Rationierung“ offen diskutieren?

Ja

Nein

### Vorteile:

- Öffentliches Problembewusstsein↑
- Priorisierung ⇒ gezielter Einsatz begrenzter Ressourcen
- Orientierung für bereits bestehende „Rationierung“
- Vorbereitung auf zunehmenden Kostendruck
- Reallokation von Ressourcen für prioritäre Gesundheitsbedürfnisse

### Nachteile:

- Vernachlässigte Rationalisierung (?)
- Zweiklassenmedizin (?)
- Verlust von Wählerstimmen (?)

### Vorteile:

- Umfassendere, qualitativ hochwertigere Versorgung (?)
- Politisch leichter Weg (?)

### Nachteile:

- Intransparenz des Systems
- Fortgesetzte (& vermutlich zunehmende) verdeckte Rationierung ⇒ Ungleichheiten in der Versorgung
- Keine Identifizierung prioritärer Versorgungsbedarfe
- Keine Vorbereitung auf zunehmenden Kostendruck

Medizinischer Fortschritt

Demographischer Wandel

Reduzierte Einnahmen

Nachfrage ↑

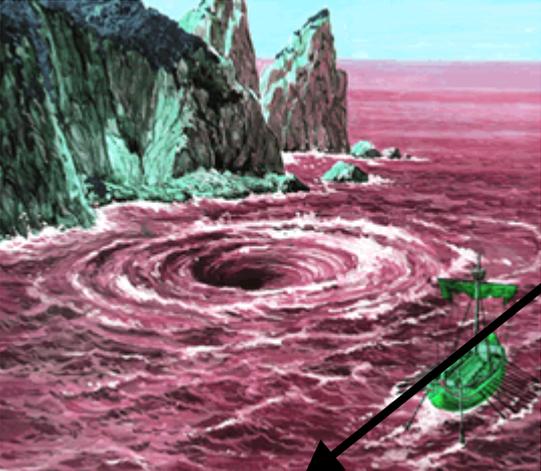
+

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.
- KSSL: [www.ieg.m.uni-tuebingen.de/allokation](http://www.ieg.m.uni-tuebingen.de/allokation)
- Kontakt (Sonderdrucke etc.): marckmann@lmu.de