

# Patientenversorgung im Krankenhaus im Spannungsverhältnis zwischen Ethik und Ökonomie

---

Georg Marckmann

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

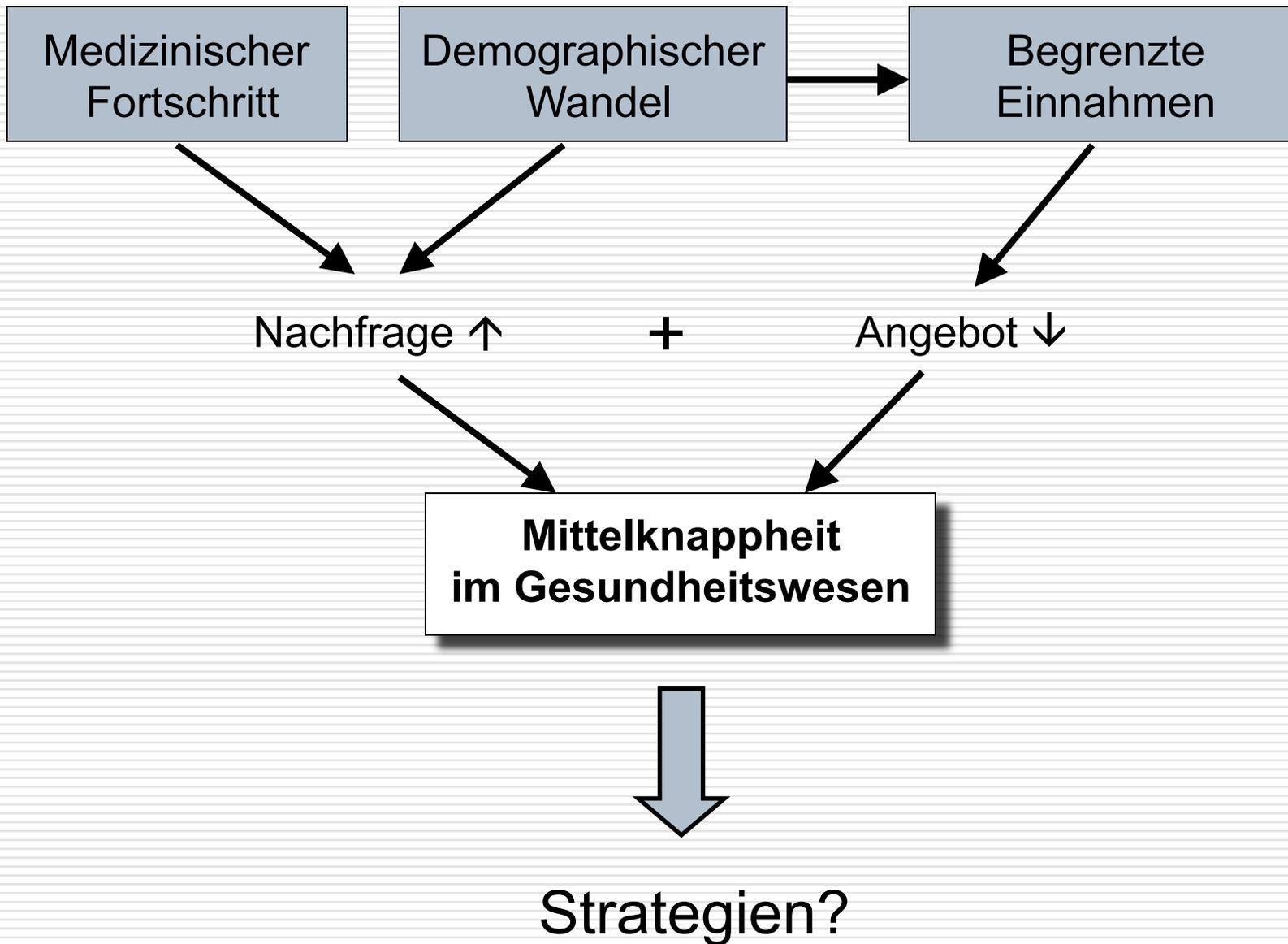
Ethikbeirat ATEGRIS Krankenhäuser

Mülheim/Ruhr, 12. März 2012

# Gliederung

---

- Problemhintergrund
- Strategien zum Umgang mit der Mittelknappheit
- Situation im Krankenhaus
  - Personal (v.a. Pflegebereich)
  - Leistungen
- Handlungsoptionen im Krankenhaus
  - Makroebene: Finanzierung der Krankenhäuser
  - Mesoebene: Wertemanagement, Ethikkomitee/ Ethikberatung, kostensensible Leitlinien
  - Mikroebene: „Ethisches Kostenbewusstsein“



Medizinischer Fortschritt

Demographischer Wandel

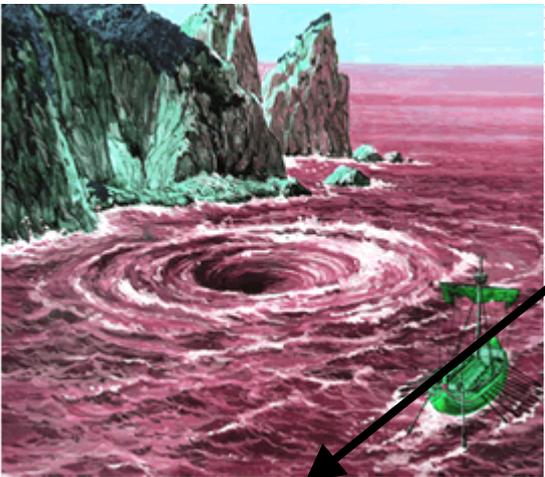
Reduzierte Einnahmen

Nachfrage ↑

+

Angebot ↓

**Mittelknappheit im Gesundheitswesen**



Charybdis

Erhöhung der Mittel im Gesundheitswesen

Effizienzsteigerungen (Rationalisierungen)



Skylla

Leistungsbegrenzungen (Rationierungen)

# 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.

# Ethische Entscheidungskonflikte

---

- „Weil die finanziellen Mittel im Gesundheitswesen begrenzt sind, können bereits **heute** nicht mehr alle medizinisch nützlichen Leistungen bei GKV-Versicherten erbracht werden“.
  - 72% Stimme voll zu/Stimme eher zu
  
- „Jeder Arzt ist dazu **verpflichtet**, allen Patienten **unabhängig von den entstehenden Kosten** stets die bestmögliche Diagnostik und Therapie anzubieten“.
  - 83% Stimme voll zu/Stimme eher zu

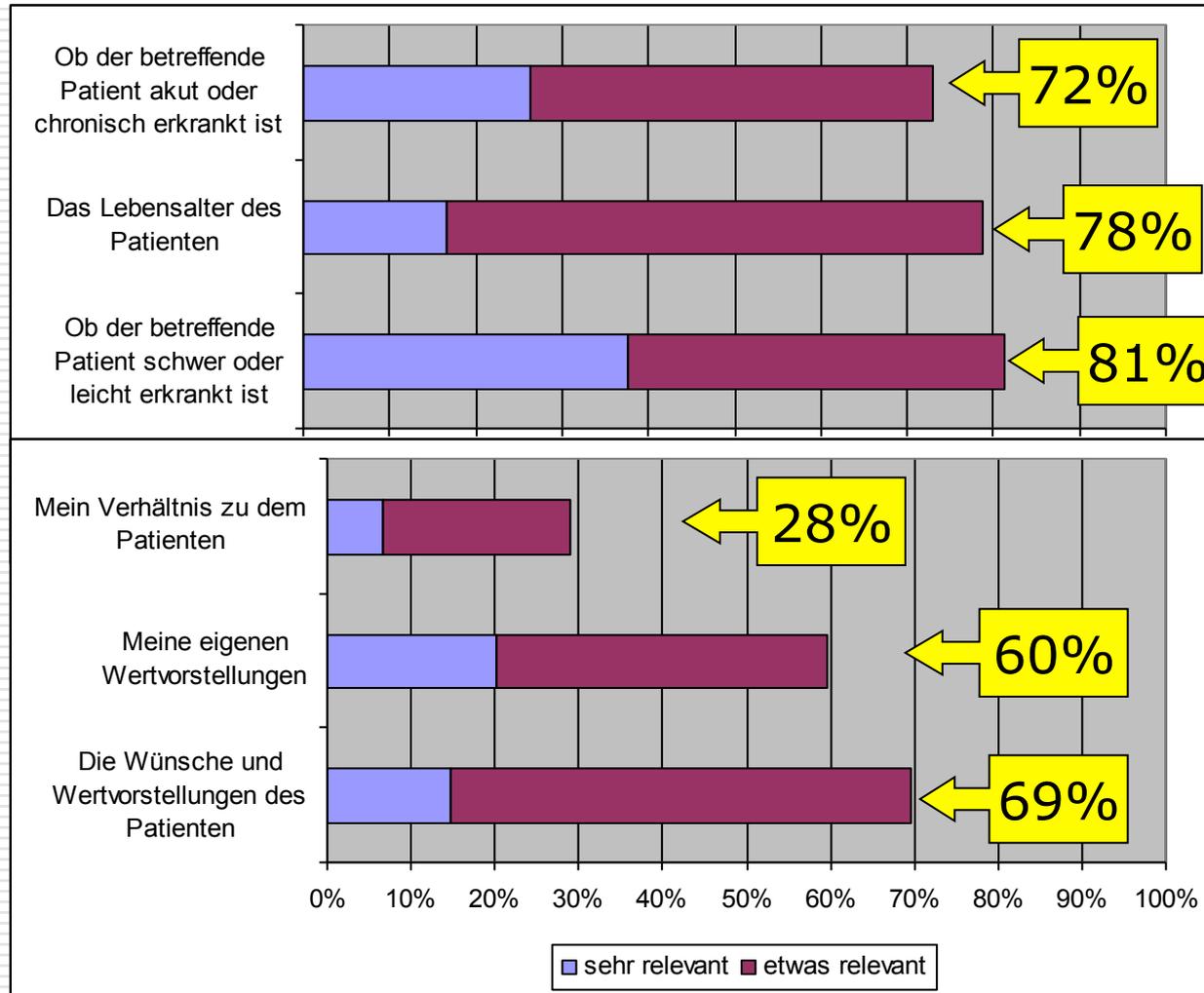
# Wer soll entscheiden?

---

- 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.

# Kriterien ärztlicher Entscheidung bei Mittelknappheit





# 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

# Rahmenbedingungen im Krankenhaus

---

- Prospektive Vergütung mit Fallpauschalen (DRGs) ⇒ steigender Kostendruck für Krankenhäuser
- Reaktion der Krankenhäuser (u.a.)
  - ⇒ Enge Budgetvorgaben für die Abteilungen
  - ⇒ Produktivität ↑ ⇒ Leistungsverdichtung
    - Fallzahl ↑
    - Verweildauer der Patienten ↓
  - ⇒ Rationalisierungsbemühungen
    - Umstrukturierung von Abteilungen
    - Optimierung organisatorischer Abläufe
    - Outsourcing
  - ⇒ Einsparungen durch Personalabbau
    - v.a. im Pflegebereich!
  - ⇒ Implizite Rationierung von medizinischen & Pflegeleistungen

# Konsequenzen für Pflegepersonal

---

- Anstieg der Mehrarbeitsstunden: 745.000h (2003) ⇒ 850.000h (2006) (2006 = ~5.000 Vollzeitstellen)
- Erhöhte Arbeitsbelastung (Pflege-Thermometer 2007)
  - 92%: Arbeitsbelastung von 2005 nach 2006 gestiegen
  - 84,4%: Aufwand für Koordination, Administration und Dokumentation ↑
    - Patientenzahlen ↑ ⇒ Therapie, Diagnostik, Patiententransporte, Anforderungsscheine ↑ ⇒ Verwaltungs- & Transportaufgaben für Pflegenden ↑
  - 69,6%: Betreuungsleistung für Angehörige ↑
  - 91,3%: Aufwand für direkte Patientenversorgung ↑ durch höhere Pflegebedürftigkeit der Patienten
- Belastung der Pflegenden: Burnout ↑, Arbeitszufriedenheit ↓ (z.B. NEXT-Studie, Aiken et al. 2002)
- Schlechtere Bedingungen für Ausbildung & Einarbeitung neuer MitarbeiterInnen

# Wo liegt das Problem?

---

- Vordergründiger Konflikt:  
Ökonomische Interessen des KH ↔  
Wohlergehen der Mitarbeiter
- Ethische Relevanz des Personalabbaus:  
Auswirkungen auf Wohlergehen der Patienten??
  - Effizienzgewinn oder Qualitätsverlust??
- Empirische Fragestellung
  - IQWiG-Bericht 2006, Nr.: Für D keine hinreichenden empirischen Daten (noch aktuell?)
  - Aber: verschiedene Internationale Studien belegen Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Versorgungsqualität!

# Auswirkungen auf Versorgungsqualität

---

- Aiken et al. 2002
  - ⇒ Jeder zusätzliche Patient pro Pflegekraft erhöht die Sterbewahrscheinlichkeit (30d) der Patienten um 7%!
- Needleman et al. 2002: Höherer Anteil an höher qualifizierten Pflegekräften („registered nurses“)
  - ⇒ Harnwegsinfektionen ↓
  - ⇒ Obere GI-Blutungen ↓
  - ⇒ Pneumonien ↓
  - ⇒ Verweildauer ↓ (!!)
- Übersicht der Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF 2005)
  - ⇒ 5/7 Studien: höhere Mortalität bei niedrigerer Pflegekapazität
  - ⇒ 3 Übersichtsarbeiten belegen Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Patientensicherheit

# Wie viele Pflegende benötigt das KH?

---

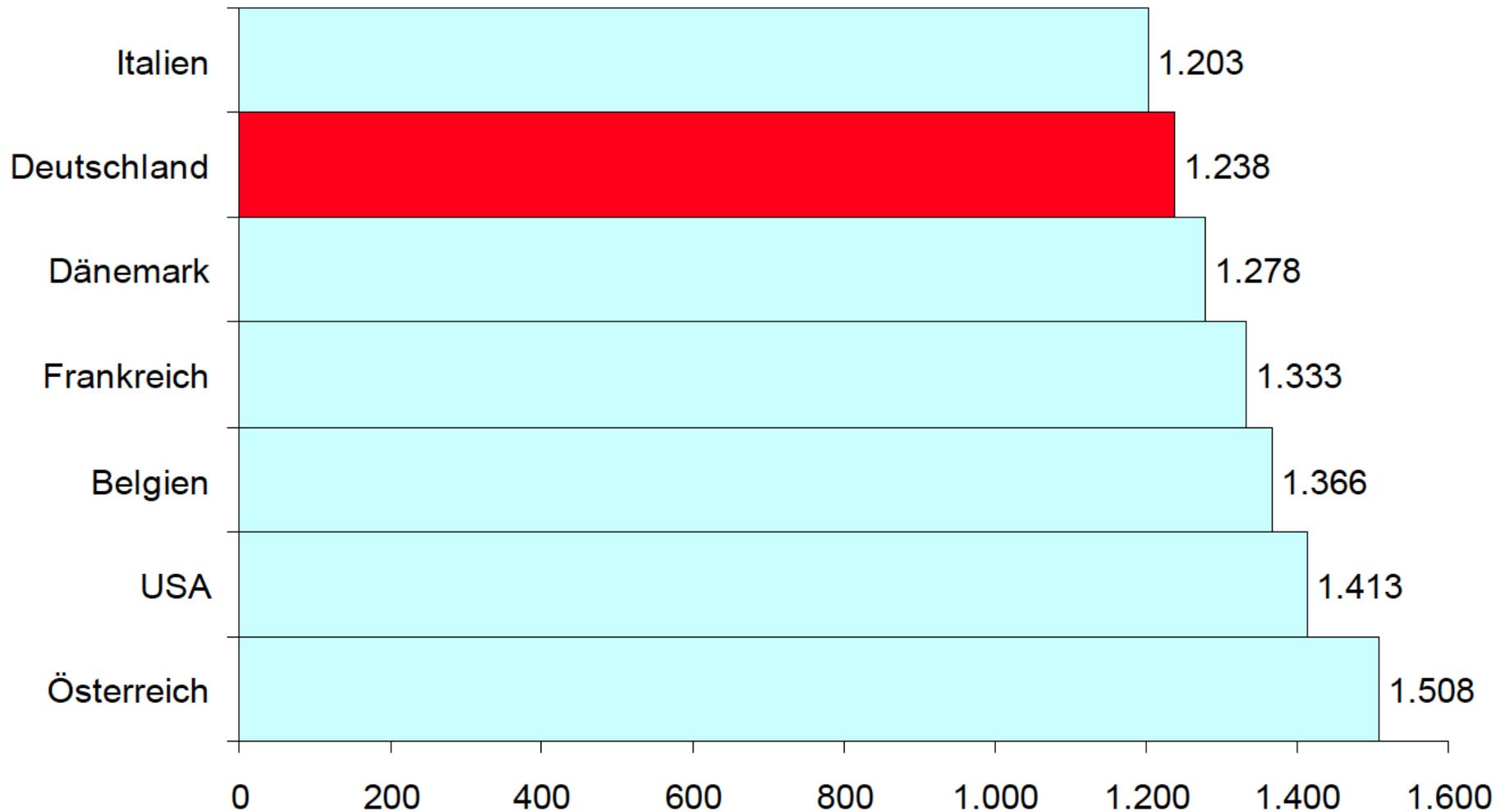
- Erforderlich: Objektivierung des Pflegebedarfs
- Strukturdaten über Personalzahlen sind vorhanden, inhaltliche Erfassung bislang nur ansatzweise
  - Daten über pflegerische Interventionen
  - Daten über Fähigkeitseinschränkungen der Patienten (Pflegebedürftigkeit)
- Leistungserfassung in der Pflege (LEP)?
  - Möglich: Erfassung des *Ist*-Zustandes
  - (Fern-)Ziel: Definition eines *Soll*-Wertes für den Pflege-Personalschlüssel!
  - Bessere Abbildung des Pflegebedarfs in den DRGs
- Aktuelle Herausforderung: Handeln ohne die gewünschte sichere Datengrundlage

# Handlungsoptionen

---

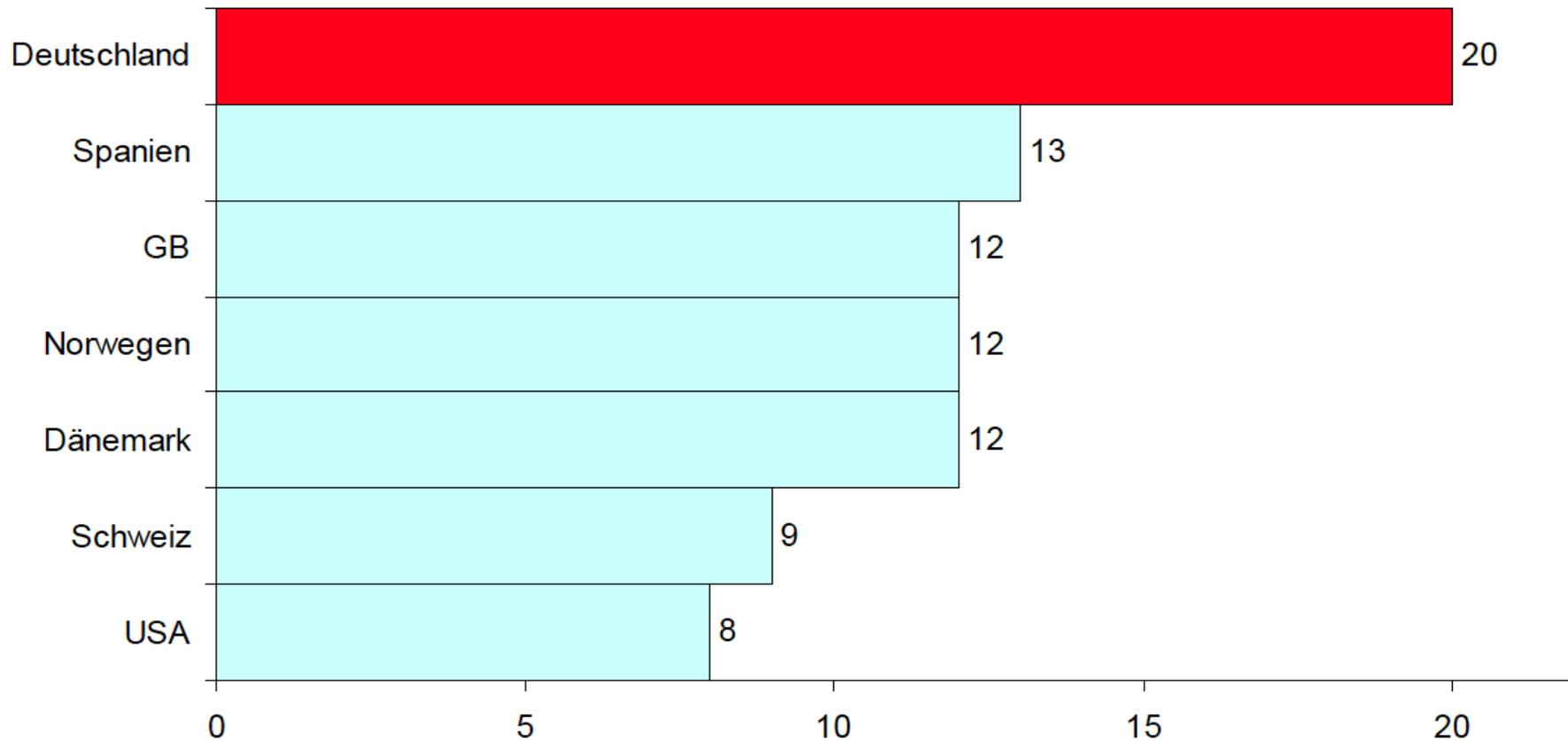
- Makroebene: Finanzierung der KHs verbessern

# Krankenhausausgaben je Einwohner, 2007 in EUR, Kaufkraft adjustiert



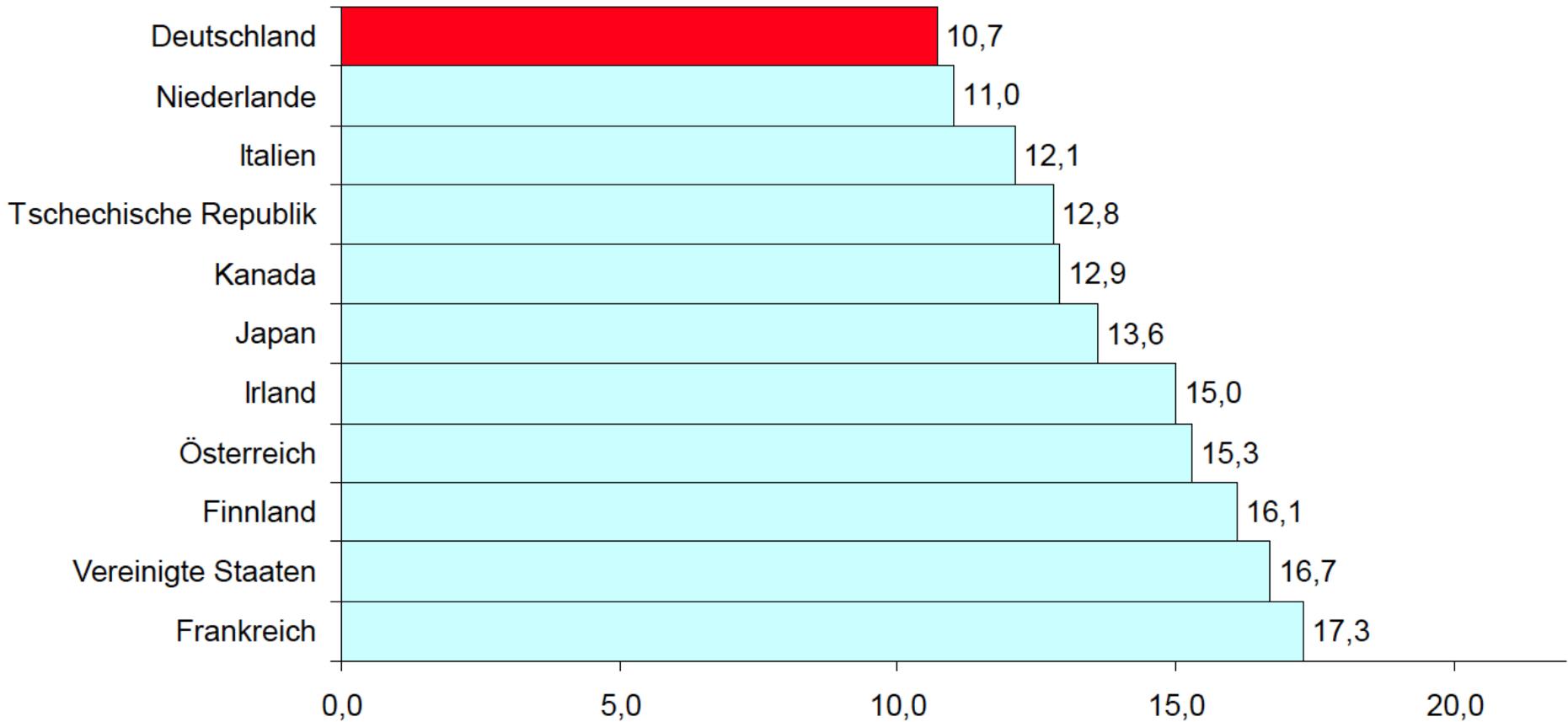
Quelle: OECD Health Data 2009, Abbildung: Rudolf Kösters (Vortrag 25.-26.03.12)

# Entlassungen pro Krankenhausmitarbeiter



Quelle: OECD Health Data 2005, McKinsey-Kalkulation, Abbildung: Rudolf Kösters (Vortrag 25.-26.03.12)

# Krankenhauspersonal je 1.000 Einwohner 2007



Quelle: OECD Health Data 2009, Abbildung: Rudolf Kösters (Vortrag 25.-26.03.12)

# Handlungsoptionen

---

- Makroebene: Finanzierung der KHs verbessern
  - Wie viel ist erforderlich? Realistisch?
- Mesoebene: Krankenhausorganisation
  - Optimierung des Wertemanagements im KH
  - Ethikkomitee / Ethikberatung bei Allokationsfragen
  - Kostensensible Leitlinien
- Mikroebene: Entscheidungen im Einzelfall
  - Kostenbewusstes Handeln der Akteure im Einzelfall fördern
  - ⇒ Modell „Ethisches Kostenbewusstsein“

# Handlungsoptionen

---

- Makroebene: Finanzierung der KHS verbessern
  - Wie viel ist erforderlich? Realistisch?
- Mesoebene: Krankenhausorganisation
  - Optimierung des Wertemanagements im KH
  - Ethikkomitee / Ethikberatung bei Allokationsfragen
  - Kostensensible Leitlinien
- Mikroebene: Entscheidungen im Einzelfall
  - Kostenbewusstes Handeln der Akteure im Einzelfall fördern
  - ⇒ Modell „Ethisches Kostenbewusstsein“

# Wertemanagement im KH (1)

---

## □ Hintergrund

- Zunehmende Unzufriedenheit der MA durch steigenden ökonomischen Druck („Diktat der Ökonomie“)
- ⇒ Motivation der MA ↓, Krankenstand ↑
- ⇒ Effizienz & Wettbewerbsfähigkeit ↓
- Leitbilder („Werteorientierung“): im Unternehmen wenig wirksam, da von konventionellem *operativem* Controlling nicht erfasst
- Prozesse im Krankenhaus nur begrenzt regelbar ⇒ Bedeutung des Faktor „Mensch“

## □ Handlungsoption: „Normatives Controlling“

- Umsetzung der normativen Vorgaben („Leitbild“) systematisch messen, analysieren und steuern
- Zentrales Instrument: (wiederholte) Mitarbeiterbefragungen
- Vgl. **CGIFOS | MikroControlling** (Stuttgart)

# Wertemanagement im KH (2)

---

- Normative Vorgaben klären ⇒ Qualitätsregeln („Leitbild“)
  - Patienten-/Kundenorientierung
  - Mitarbeiterorientierung
  - Führung
  - Strukturen, Prozesse
  - Umgang mit Ressourcen
- Messung durch Mitarbeiterbefragung
  - führungsrelevante Informationen gewinnen
  - „Klimaindices“ für „interne Qualität“ des KH
- Analyse der Ergebnisse
  - Profile, Schwachstellen
- Steuerung
  - Zielvorgaben
  - Maßnahmen (Transparenz, Klimazirkel, Fortbild., Anreizsysteme...)
  - Wirkungskontrolle durch erneute Mitarbeiterbefragung

Quelle: **CGIFOS | MikroControlling**

# Handlungsoptionen

---

- Makroebene: Finanzierung der KHS verbessern
  - Wie viel ist erforderlich? Realistisch?
- Mesoebene: Krankenhausorganisation
  - Optimierung des Wertemanagements im KH
  - Ethikkomitee / Ethikberatung bei Allokationsfragen
  - Kostensensible Leitlinien
- Mikroebene: Entscheidungen im Einzelfall
  - Kostenbewusstes Handeln der Akteure im Einzelfall fördern
  - ⇒ Modell „Ethisches Kostenbewusstsein“

# Mögliche Aufgaben eines KEK

---

1. Fortbildung
2. Identifizierung der hausinternen Kernprobleme
3. Entscheidungsunterstützung im Einzelfall (Verwaltung, Patientenversorgung)
4. Unterstützung bei der Entwicklung von Leitlinien
5. Evaluation

Co-Author dieses Abschnittes: Daniel Strech, MHH

# 1. Fortbildung

---

- Hintergründe der Mittelknappheit
- Handlungsoptionen
  - Mittelerhöhungen, Rationalisierungen, Rationierungen
- Ethische Grundlagen einer gerechten Mittelallokation
  - Prozedurale vs. materiale ethische Kriterien
- Methoden der Nutzen- & Kosten-Nutzen-Bewertung
  - Übertragbarkeit auf den klinischen Kontext
- Handlungsspielräume im Einzelfall

## 2. Bewusstsein schaffen für hausinterne Kernprobleme

---

- Was ist der institutionelle Status quo hinsichtlich der Ressourcenknappheit?
  - Sammeln konkreter Beispiele
- Welche spezifischen, institutionellen Kontextvariablen spielen eine Rolle?
  - Eingespielte Abläufe, Trägerschaft, Abteilungsstruktur etc.
- Welche Einstellungen und Erwartungen bestehen im Haus bzgl. Ressourcenallokation?
  - Evtl. Hausinterne sozialempirische Untersuchung
- Weitere Ziele
  - Systematisierung des (hausinternen) Diskurses zum Umgang mit Mittelknappheit
  - Kritische Reflexion der hausinternen Ressourcenallokation

# 3. Entscheidungsunterstützung im Einzelfall - Möglichkeiten

---

- Beratung der Geschäftsführung bei wichtigen strategischen Entscheidungen zur Mittelallokation
  - Hinweis auf Knappheitsprobleme & Rationalisierungsreserven
  - Herausforderung: Begründete Allokation knapper Mittel im Klinikum aufgrund fehlender Outcome-Daten & Benchmarks
    - „Wann ist eine Abteilung unterfinanziert?“
    - „Welcher Personalschlüssel ist gerecht?“
- Beratung bei kostenrelevanten klinischen Einzelfallentscheidungen: “Kosten-Fallbesprechungen“
  - Vor allem bei teuren Maßnahmen mit geringem/fraglichem Grenznutzen für den Patienten
  - Anwendung ethisch vertretbarer Zuteilungskriterien sicherstellen
  - Konsistenz der Entscheidungen sichern
  - Fallbezogene Fortbildung der Mitarbeiter

# 4. Leitlinien-Entwicklung

---

- Unterstützung der Entwicklung von Leitlinien zum Umgang mit knappen Mitteln
  - (1) Allgemeine Grundsätze
    - Entwicklung eines „Leitbildes“ zum Umgang mit knappen Ressourcen
    - Vgl. Modell „Ethisches Kostenbewusstsein“
  - (2) Mitarbeit bei der Entwicklung von *indikationsbezogenen* kostensensiblen Leitlinien
    - Konkrete Vorgaben für einzelne Leistungsbereiche
    - Z.B. Einsatz von teuren Reserveantibiotika in der Intensivmedizin
    - Ziel: kostenbewusster Einsatz kostspieliger Interventionen, Entlastung des einzelnen Entscheidungsträger

# 5. Evaluation

---

- Evaluation der Zufriedenheit mit dem Beratungsangebot
- Dokumentation & Evaluation von Entscheidungen (Ergebnisse & Prozesse)
  - Effekte (vorher-nachher)
  - Basis für Reflexion und Weiterentwicklung
  - Interne und externe Transparenz?
- Kritische Selbstreflexion der Arbeit des KEK
  - Begrenzte Reichweite der Handlungsoptionen
  - „Ethik als Schmiermittel“? (vgl. Hagen Kühn)

# Handlungsoptionen

---

- Makroebene: Finanzierung der KHS verbessern
  - Wie viel ist erforderlich? Realistisch?
- Mesoebene: Krankenhausorganisation
  - Optimierung des Wertemanagements im KH
  - Ethikkomitee / Ethikberatung bei Allokationsfragen
  - Kostensensible Leitlinien
- Mikroebene: Entscheidungen im Einzelfall
  - Kostenbewusstes Handeln der Akteure im Einzelfall fördern
  - ⇒ Modell „Ethisches Kostenbewusstsein“

# Kostensensible Leitlinien

---

- Ziel: Patienten möglichst geringen (Zusatz-)Nutzen vorenthalten
  - ⇒ Maßnahmen begrenzen mit
    - geringem Grenznutzen für den Patienten
    - bei hohen Grenzkosten
- Effekte
  - ⇒ Optimiert den gesundheitlichen Gesamtnutzen
  - ⇒ Minimiert den „Schaden“ für den Einzelnen
- Umsetzung in der Praxis: Kostensensible Leitlinien (KSL) **(KSL)**
  - BMBF-Forschungsverbund „Allokation“ (2006-2010)
  - 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

---

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 (vgl. NICE TA 152):

- 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.

(Ausführlichere Version: [www.ieg.m.uni-tuebingen.de/allokation](http://www.ieg.m.uni-tuebingen.de/allokation))

# Handlungsoptionen

---

- Makroebene: Finanzierung der KHS verbessern
  - Wie viel ist erforderlich? Realistisch?
- Mesoebene: Krankenhausorganisation
  - Optimierung des Wertemanagements im KH
  - Ethikkomitee / Ethikberatung bei Allokationsfragen
  - Kostensensible Leitlinien
- Mikroebene: Entscheidungen im Einzelfall
  - Kostenbewusstes Handeln der Akteure im Einzelfall fördern
  - ⇒ Modell „Ethisches Kostenbewusstsein“

# Modell „Ethisches Kostenbewusstsein“

---

- Ethisch gebotener Umgang mit knappen Mitteln erfordert Rationalisierung und Rationierung
- Widerspricht nicht notwendig den traditionellen ethischen Verpflichtungen gegenüber dem Patienten!
  - Partielle Konvergenz zwischen Ethik und Ökonomie
- Wichtig: Grenzen zwischen Rationalisierung und Rationierung sind durch die häufig unsichere Evidenz nicht scharf!
  - Nutzen für den Patienten ungewiss
- ⇒ Genau dort muss man ansetzen!
  - „Schaden“ für den Einzelnen am geringsten
  - Insgesamt: Nutzenmaximierung

Marckmann G, in der Schmitt J, Wie können Ärzte ethisch vertretbar Kostenerwägungen in ihren Behandlungsentscheidungen berücksichtigen? Ein Stufenmodell. Ethik in der Medizin 2011;23(4):303-314

# 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

# 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 Nutzensgewinn bei Verfügbarkeit kosteneffektiverer Alternativen
  - a) Lokale Versorgungsstandards ⇒ Gerechtigkeit
  - 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

---

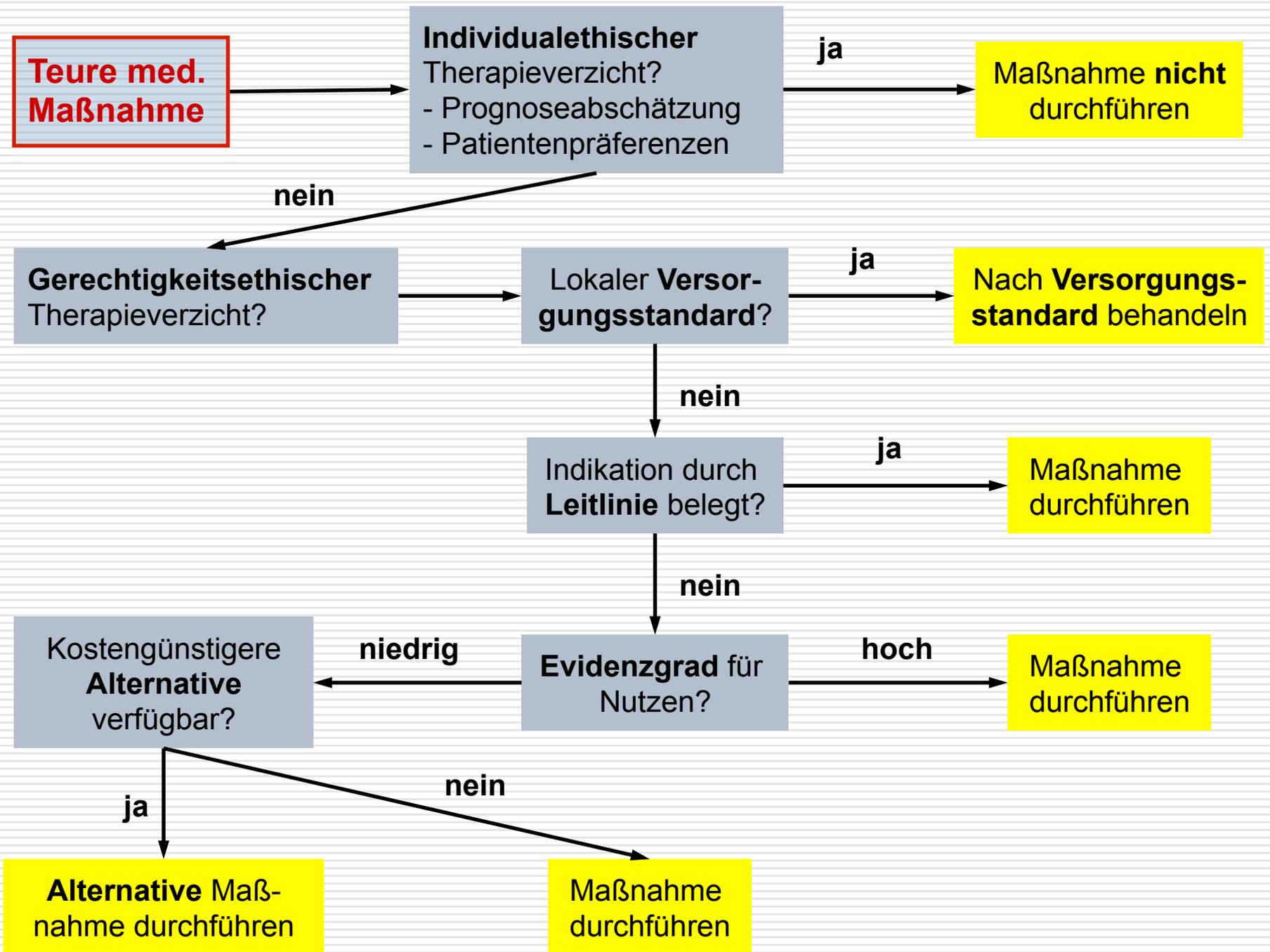
## Sozial- ethischer Therapie- verzicht

- (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

# Prozedurale Gerechtigkeits-Standards

---

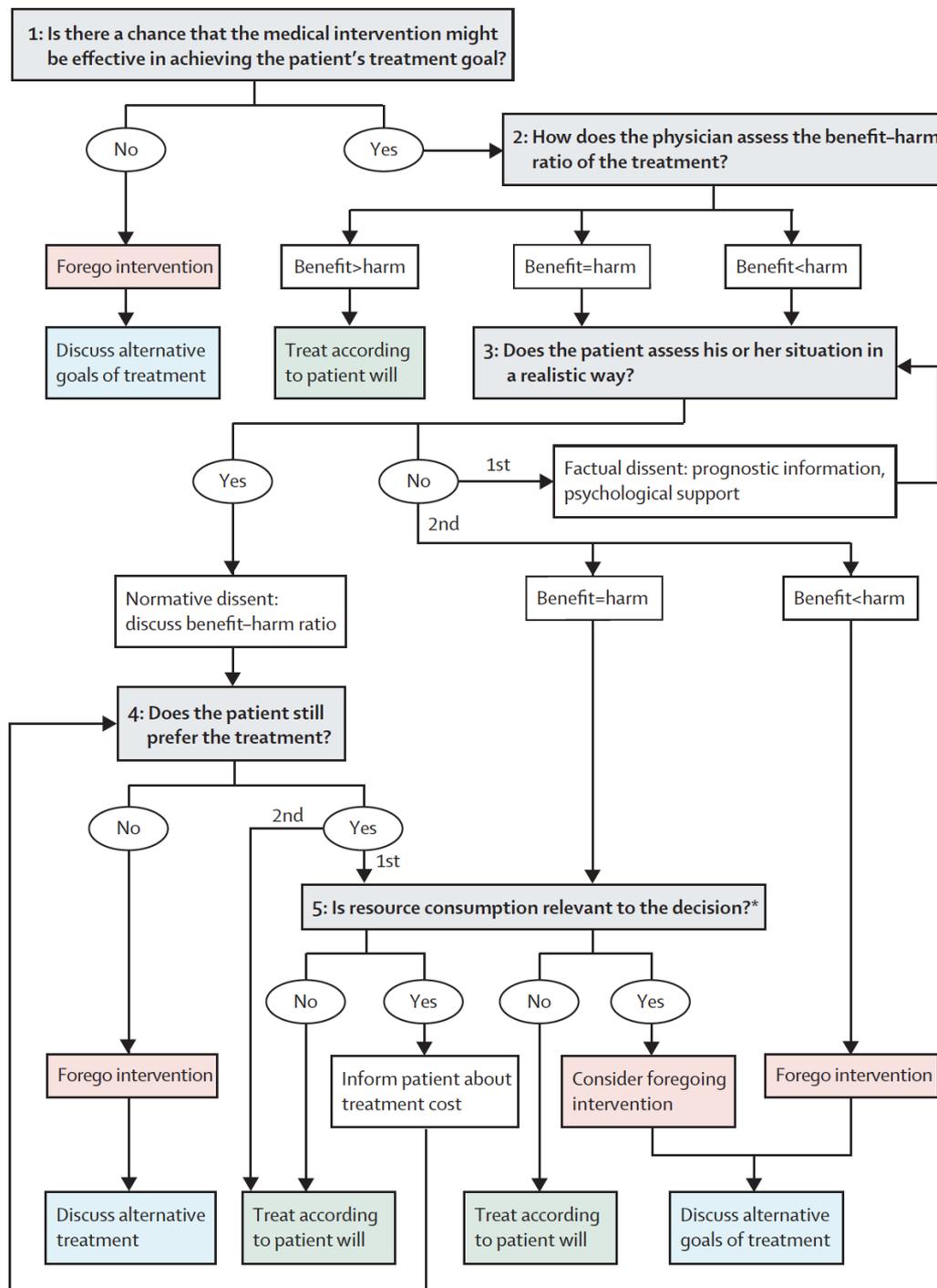
- **Transparenz** ⇒ Aufklärung der Patienten
- **Konsistenz** ⇒ gleiche Zuteilungskriterien und Bewertungsstandards bei allen Patienten
- **Begründung** ⇒ nachvollziehbare Argumente
- **Evidenzbasierung** ⇒ Berücksichtigung der verfügbaren Evidenz zu Nutzen & Risiken
- **Widerspruchsmöglichkeiten** für 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



# 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. Deutsche Medizinische Wochenschrift (DMW) 2009;134:1261-1266
- Marckmann G, in der Schmitten J, Wie können Ärzte ethisch vertretbar Kostenerwägungen in ihren Behandlungsentscheidungen berücksichtigen? Ein Stufenmodell. Ethik in der Medizin 2011;23(4):303-314
- Kontakt: [marckmann@lmu.de](mailto:marckmann@lmu.de)



Winkler et al. Lancet Oncology 2011