

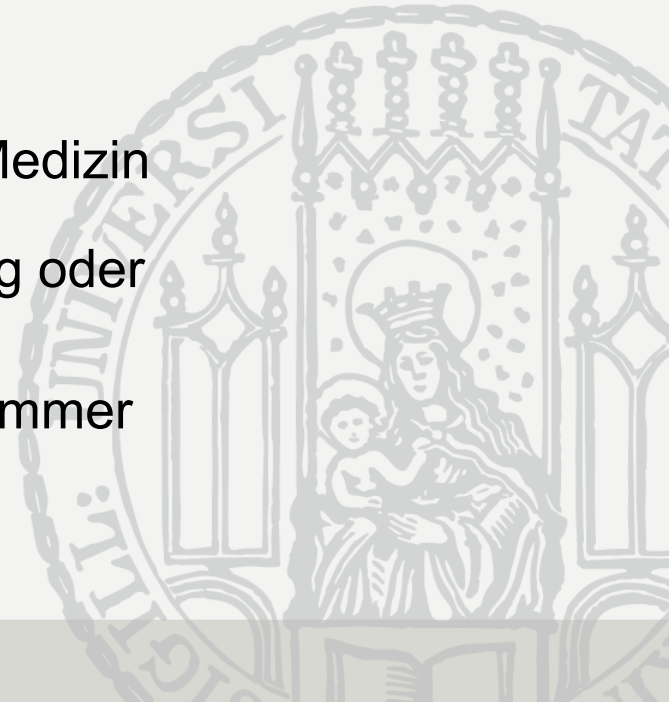
Priorisierung und Medizinethik: Wie können wir Verteilungsgerechtigkeit erreichen?

Georg Marckmann

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

„Priorisierung ärztlicher Leistungen – notwendig oder
überflüssig?“

Symposium in der Bayerischen Landesärztekammer
München, 19.11.11





Definition: Bestimmung der relativen Vorrangigkeit von med. Maßnahmen, Indikationen, Patientengruppen, Versorgungsbereichen

Anwendungsmöglichkeiten von Prioritäten:

- Gezielte Förderung & Ausbau der Versorgung
 - ⇒ **Versorgungsqualität** ↑
 - Bspl.: ambulante Versorgung älterer Menschen, Versorgung psychisch Kranker
- Einschränkung der Versorgung
 - ⇒ Rationalisierung & Rationierung
 - ⇒ **Ausgaben** ↓
 - Bspl.: Einsparungen bei geringem / unwahrscheinlichem Nutzensgewinn für die Patienten (invasive Herzkatheder-Diagnostik)

⇒ **Priorisierung ist keine Einbahnstraße zur Rationierung!**



Priorisierung

explizit



explizite Entscheidungen,
was mehr oder weniger
wichtig in der
Gesundheitsversorgung ist



explizit definierte

- Verfahren
- Kriterien

implizit



Prioritäten “implementiert” in
Struktur und Funktion des
Gesundheitssystems

- Finanzierung der
Infrastruktur
- Vergütung der Leistungen
- Regulierung der Anbieter
- ...



Finanzielle Anreize

- Höhere Vergütung für technische Leistungen: z.B. interventionelle Kardiologie, bildgebende Diagnostik (MRT)
- Ambulante Versorgung: Höhere Einkommen für Fachärzte ⇒ implizite Priorität für fachärztliche Versorgung
- Stationäre Versorgung: Implizite Priorität für lukrative DRGs

Ausschlüsse aus dem Leistungskatalog durch G-BA

- Medikamente ohne nachgewiesenen (Zusatz-)Nutzen durch IQWiG/G-BA ⇒ Priorität für Leistungen mit hohem/verlässlichem Nutzengewinn
- Nicht verschreibungspflichtige Medikamente ⇒ implizite Priorität für schwerwiegende Erkrankungen
- Anzahl der Zyklen bei der künstlichen Befruchtung
-



Die Frage ist *nicht ob*, sondern *wie* Prioritäten in der Versorgung gesetzt werden!

Ethische Grundfragen:

(1) Ist eine *explizite* Priorisierung im Gesundheitswesen ethisch zulässig oder gar geboten?

Wenn ja:

(2) Wie können die – gebotenen – expliziten Priorisierungen in einer ethisch vertretbaren Art und Weise durchgeführt werden?

⇒ *Verfahren und Kriterien* der Priorisierung



Medizinische Innovationen: Kostensteigerung oder Kostensenkung?

- ⇒ sowohl als auch!
- ⇒ Aber: kostensteigernde Innovationen überwiegen effizienzsteigernde
- ⇒ Nicht darüber streiten, sondern: Fortschritt gestalten!
- ⇒ Priorisierung im Bereich von Forschung & Entwicklung

Demographischer Wandel: Kostensteigerung oder Kostensenkung?

- ⇒ Kostensteigerung durch steigende Lebenserwartung evtl. geringer als befürchtet
- ⇒ Aber: erhebliche Finanzierungsprobleme durch steigenden Altenquotient
- ⇒ Nicht darüber streiten, sondern: Nachdenken, wie wir eine qualitativ hochwertige Versorgung unter schlechteren finanziellen Rahmenbedingungen erhalten können!
- ⇒ Priorisierung: Sicherung vordringlicher Bedarfe

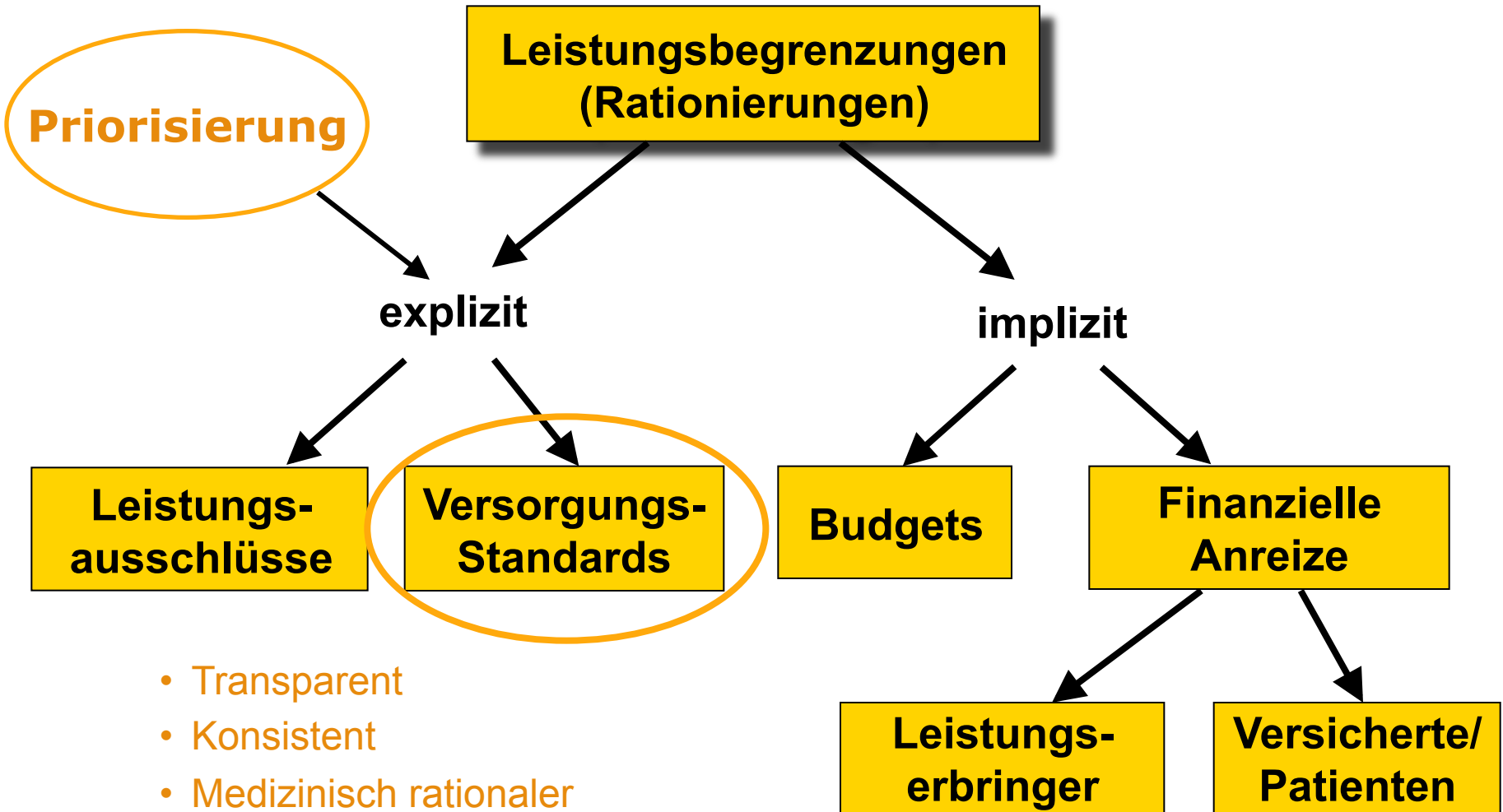


Rationalisierungsreserven: Noch vorhanden oder schon erschöpft?

- ⇒ Bereiche *mit* Rationalisierungsreserven bestehen neben Bereichen *ohne* Rationalisierungsreserven
- ⇒ Nicht darüber streiten, sondern: (Weiter) Möglichkeiten der Rationalisierung entwickeln und umsetzen!
- ⇒ Priorisierung kann dies unterstützen (vgl. Schweden!):

Rationierung im System: vermeidbar oder unvermeidbar?

- ⇒ Bei Ausnützung aller Wirtschaftlichkeitsreserven vielleicht vermeidbar ⇒ kurzfristig aber unrealistisch
- ⇒ Derzeit: Rationierung (= Verzicht auf nützliche Leistungen aus Kostengründen) in vielen Bereich prävalent
- ⇒ Nicht darüber streiten, sondern: Möglichkeiten medizinisch rationaler, ökonomisch sinnvoller & ethisch vertretbarer Rationierung entwickeln
- ⇒ Priorisierungen können hierfür eine wertvolle Grundlage sein



Priorisierung

**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



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.



Unfruchtbare Kontroversen über die Rahmenbedingungen beenden!
Stattdessen: Konstruktive Gestaltung des Versorgungssystems

These: **Priorisierungen können Voraussetzung für den medizinisch rationalen, ethisch vertretbaren und ökonomisch sinnvollen Einsatz begrenzter Ressourcen**

- Sicherung prioritärer Versorgungsbedürfnisse (einer alternden Bevölkerung)
- Identifizierung von Rationalisierungsreserven
- Identifizierung von akzeptablen Einsparmöglichkeiten

Zwischenergebnis:

- **Priorisierungen** sind als Grundlage für den Einsatz begrenzter Gesundheitsressourcen **ethisch geboten!**
- Nach welchen **Verfahren** und **Kriterien** sollen Prioritäten in der Gesundheitsversorgung bestimmt werden?



(1) Ethische Analyse

- Ergebnis hängt von ethischer Ausgangstheorie ab
- Alternative: Ethischer Kohärentismus \Rightarrow mittlere Prinzipien
- Problem: Relatives Gewicht der Kriterien lässt sich nicht aus ethischer Theorie ableiten!

(2) Empirische Untersuchungen

- Ergebnis hängt erheblich von Fragestellung ab
- Wichtig: Einschätzungen müssen wohlinformiert sein!

(3) Deliberatives Verfahren

- Faires, demokratisch legitimierte Entscheidungsverfahren
- Vgl. Prioritätensetzung in N, S, DK, NL, NZ etc.
- Input: Ethische Analyse & empirische Forschung



Formale Kriterien \Rightarrow *faire Entscheidungsverfahren*

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

Materiale Kriterien \Rightarrow *inhaltliche Begründung*

- Medizinische **Bedürftigkeit**
 - Dringlichkeit der Behandlung, Schweregrad der Erkrankung
- Erwarteter individueller (!) medizinischer **Nutzen**
- **Kosten-Nutzen-Verhältnis**
- Metakriterium: Evidenzstärke (Nutzen & Kosten)



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)**

- 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 (*kein Nutzen* ⇒ *Rationalisierung!*)
- Ggf. Festsetzung von Höchstpreisen
- ⇒ **Explizite Priorisierung auf Ebene einzelner Indikationen**
- (vgl. BMBF-Forschungsverbund „Allokation“ (2006-2010))

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 Guidance 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)



Implizite Priorisierungen sind auch im deutschen Gesundheitswesen ubiquitär!

⇒ Explizite, demokratisch legitimierte Prioritätensetzung
Verbindung: professionelle Expertise + gesellschaftliche Werte

Anwendungsmöglichkeiten expliziter Priorisierungen

→ Förderung der Versorgung in Bereichen hoher Priorität

→ Medizinisch rationale, ökonomisch sinnvolle & ethisch vertretbare Einsparungen in Bereichen niedriger Priorität

Chancen expliziter Priorisierungen

⇒ Gezielter Einsatz begrenzter Gesundheitsressourcen

⇒ Bedarfsorientierte, gleichmäßige Versorgung

⇒ Verbesserte Versorgungsqualität bei gleichzeitiger Ausgabenkontrolle

⇒ **explizite Priorisierung ethisch geboten!**



2 Phasen/Ebenen der Priorisierung:

(1) Nationaler Prioritätendiskurs

- Öffentlicher Diskurs → Problembewusstsein↑
- Gesellschaftspolitische Voraussetzung für Umsetzung auf der Mikroebene!!
- Explizite Formulierung von Verfahren & Kriterien der Priorisierung
- Dauerhafte Strukturen für Priorisierungsprozess
- Möglichkeiten der (angemessenen) Partizipation schaffen!

(2) Klinische / kostensensible Leitlinien

- Mittel der Wahl zur Implementierung der Prioritäten
- Rationaler als Prioritätenliste (vgl. Schweden vs. Oregon)
- Erfordert Kooperation der Ärzteschaft!
- *Bietet Potenzial der Qualitätsverbesserung!!*

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt:

marckmann@lmu.de

Folien:

www.egt.med.uni-muenchen.de/marckmann



Medizinischer Fortschritt

Demographischer Wandel

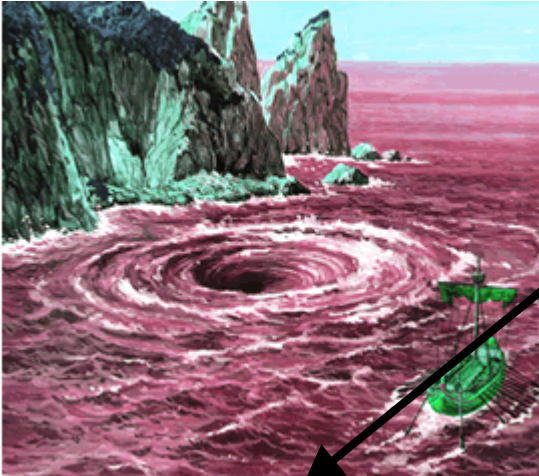
Reduzierte Einnahmen

Nachfrage ↑

+

Angebot ↓

Mittelknappheit im Gesundheitswesen



Erhöhung der Mittel im Gesundheitswesen

Effizienzsteigerungen (Rationalisierungen)

Leistungsbegrenzungen (Rationierungen)

Charybdis

Skylla