

# Gesundheitsleistungen bei begrenzten Ressourcen

---

Georg Marckmann

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

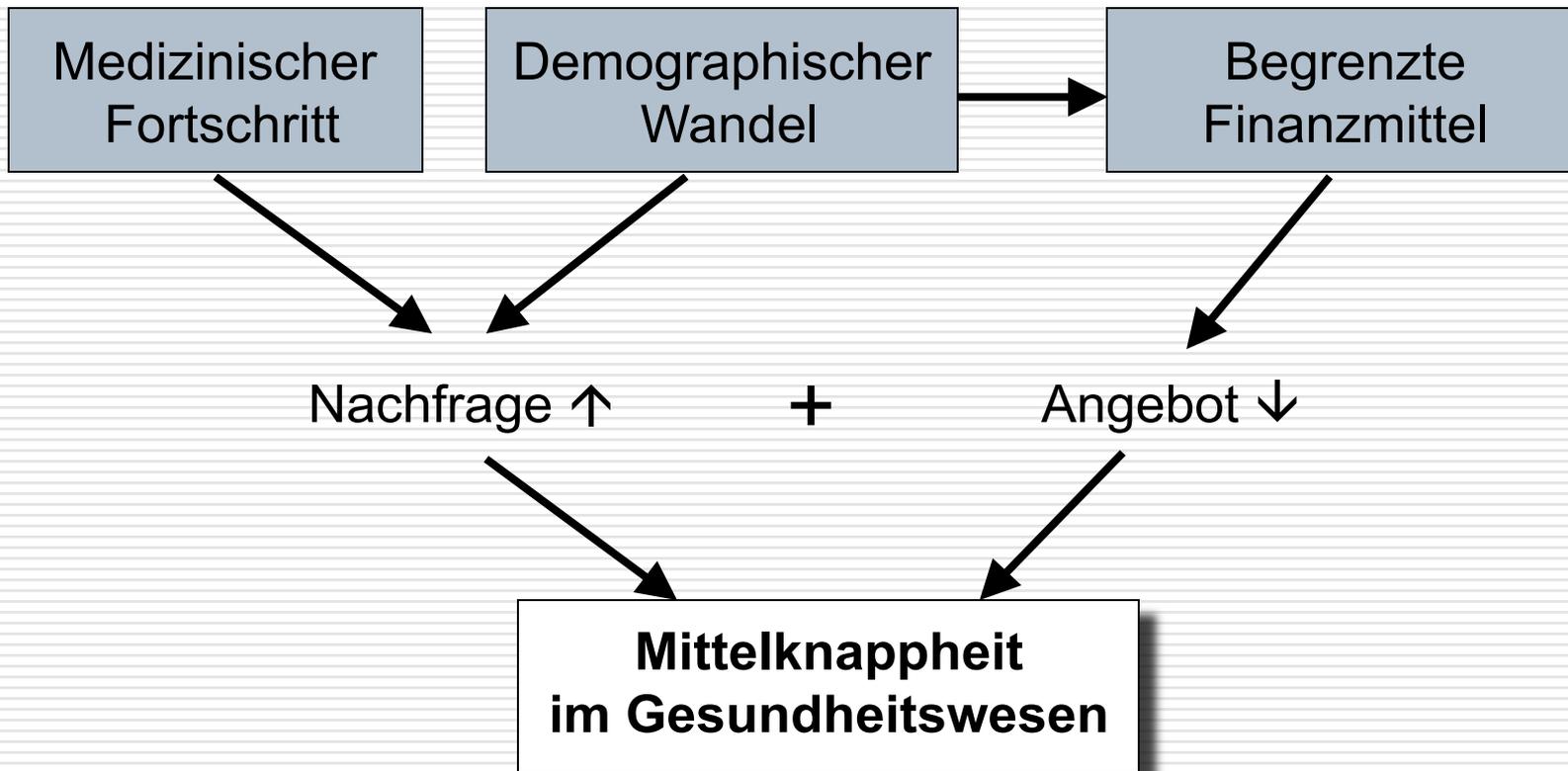
Nephro Update 2013

Mainz, 03. Mai 2013

# Gliederung

---

- Problemhintergrund
- Gerechtigkeitsethische Grundlagen
- Strategien zum Umgang mit der Mittelknappheit
- Kriterien einer gerechten Allokation begrenzter Ressourcen
- Situation im Krankenhaus
- Diskussion



Marckmann G. Zwischen Skylla und Charybdis: Reformoptionen im Gesundheitswesen aus ethischer Perspektive. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2007;12(1):96-100.

# Fazit - 1

---

- Demographischer Wandel und medizinische Innovationen führen zu einem *steigenden Versorgungsbedarf*, vor allem für multimorbide, chronisch kranke ältere Patienten.
- Dem stehen im öffentlichen Bereich *begrenzte Finanzmittel* gegenüber.
- Damit stellt sich die Frage, *wie* die begrenzten Gesundheitsressourcen verteilt werden sollen.

# Eine Frage der Gerechtigkeit...

---

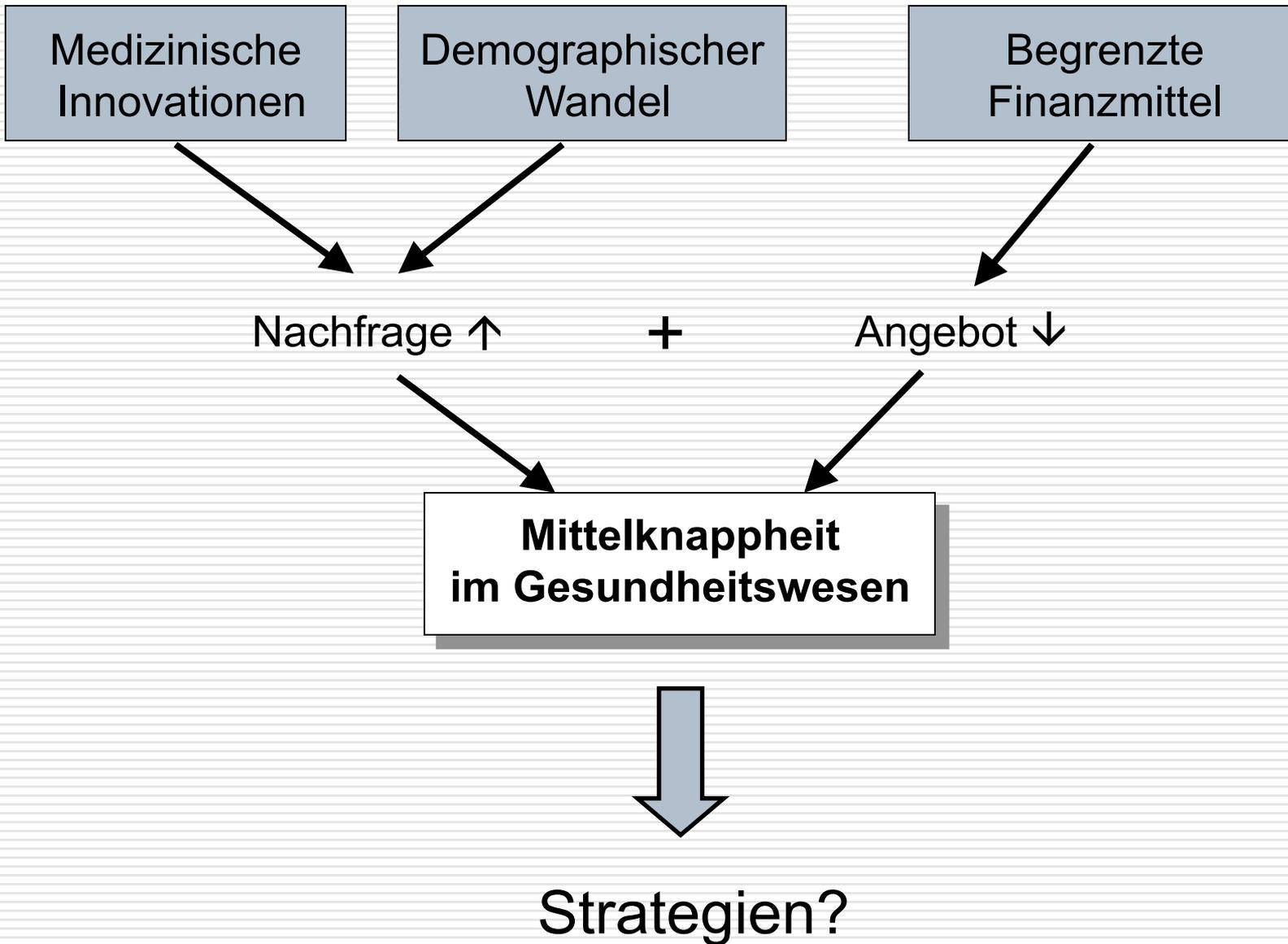
- Was unterscheidet Gesundheit von anderen Gütern?
- Gesundheit = **transzendentes Gut**  
„Gesundheit ist nicht alles, aber  
ohne Gesundheit ist alles nichts.“
- Zugang zur Gesundheitsversorgung →  
Voraussetzung für die Chancengleichheit (Norman Daniels)
  - Jeder/jede sollte – unabhängig vom Einkommen – 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

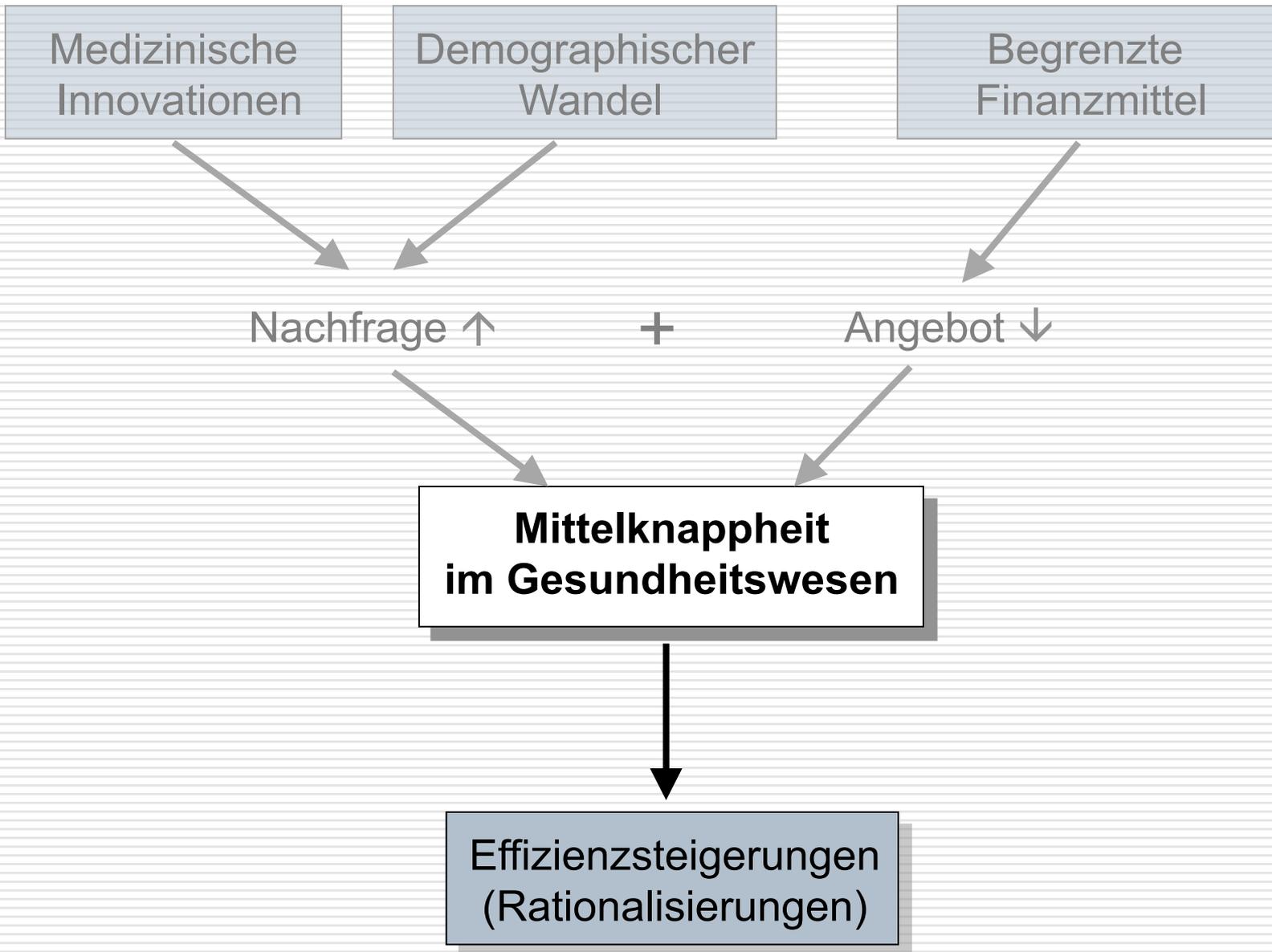
Marckmann G, Gesundheit und Gerechtigkeit. Bundesgesundheitsblatt –  
Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2008;51(8):887-894

# Fazit - 2

---

- Die Verteilung begrenzter Gesundheitsressourcen ist nicht nur eine politische oder ökonomische Frage, sondern eine *Frage der Gerechtigkeit* (... und damit eine Frage der Ethik!)





Medizinische Innovationen

Demographischer Wandel

Begrenzte Finanzmittel

Nachfrage ↑

+

Angebot ↓

Skylla

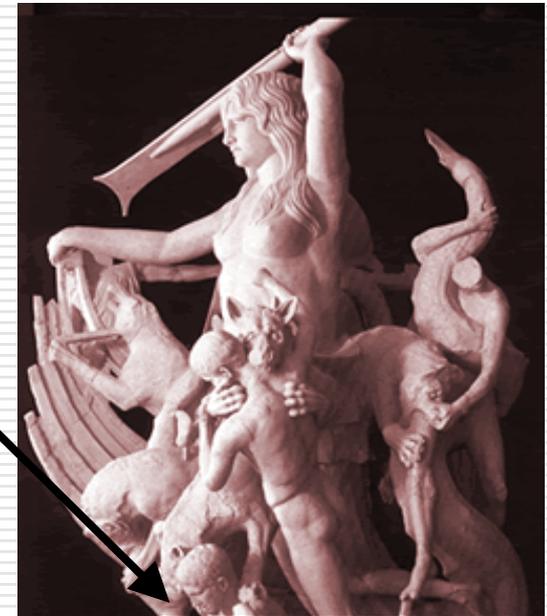
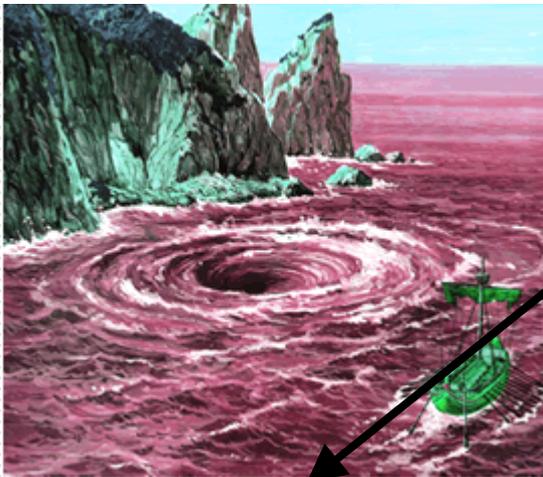
Charybdis

**Mittelknappheit  
im Gesundheitswesen**

Effizienzsteigerungen  
(Rationalisierungen)

Erhöhung der Mittel im  
Gesundheitswesen

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.

# Fazit - 3

---

- Rationalisierungen allein reichen nicht aus, um den Kostendruck durch Innovationen und Demographie dauerhaft 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?

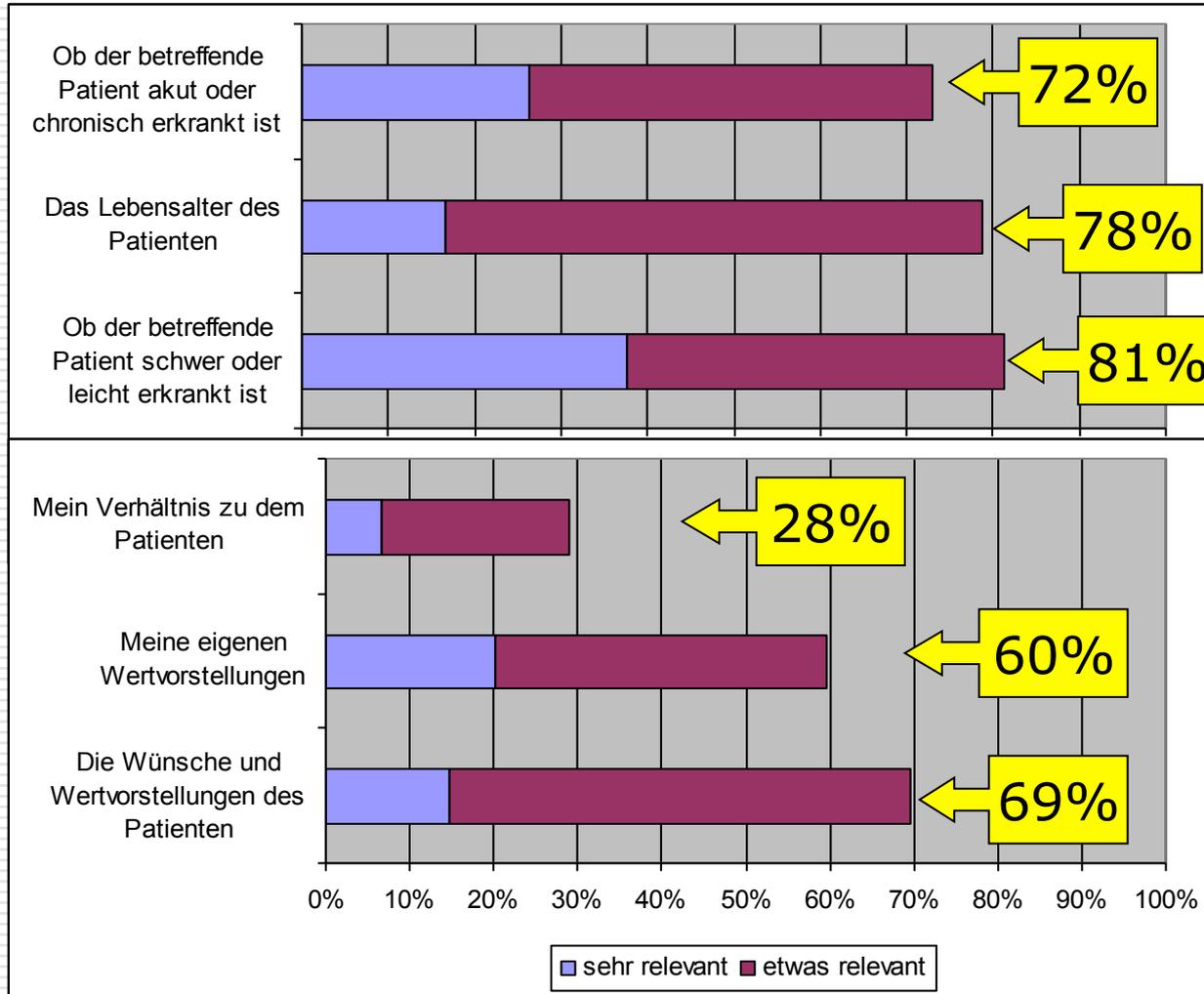
# Wer soll entscheiden?

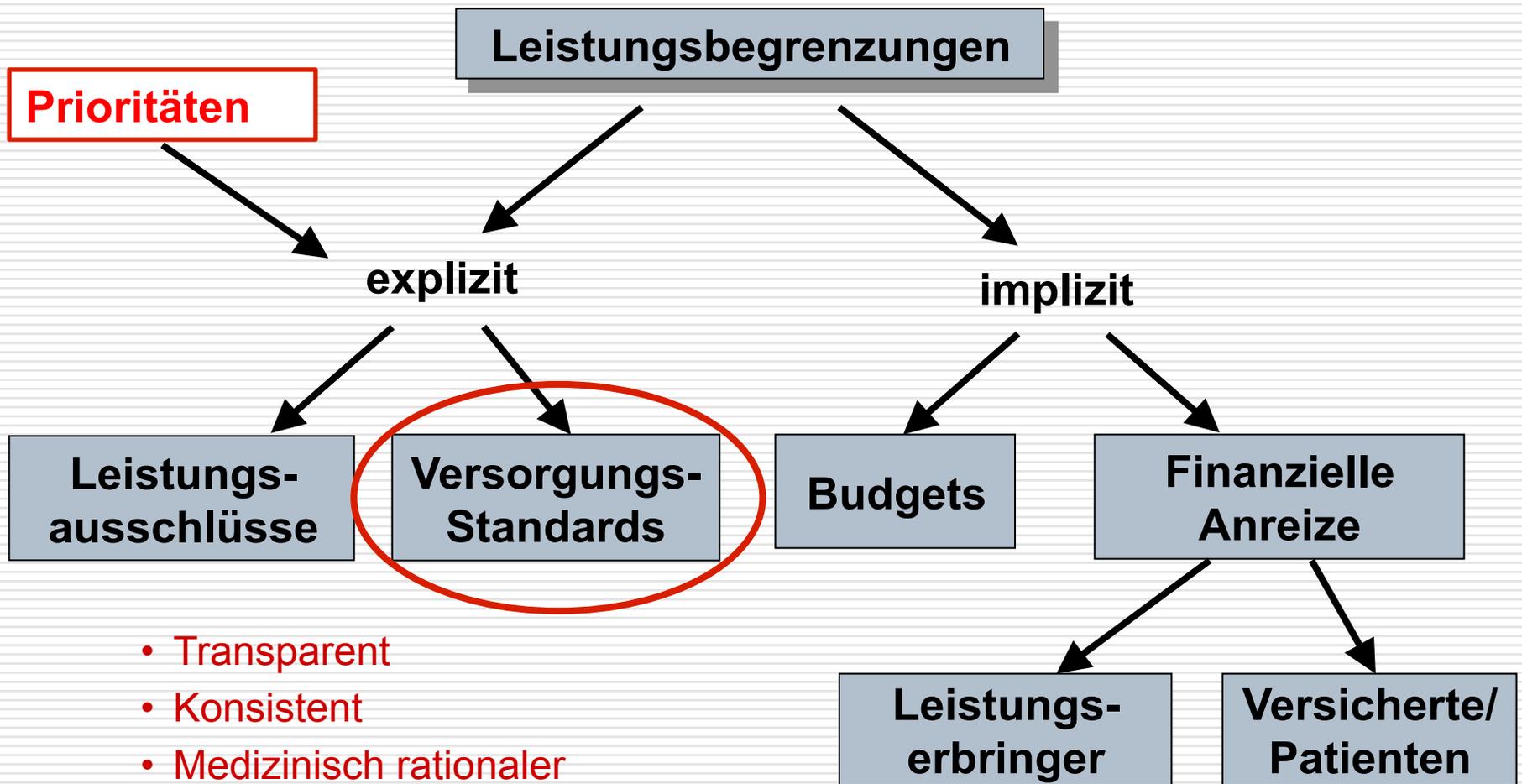
---

- 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





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

#### Vergütungsformen

- DRGs
- Kopfpauschalen
- Bonus-/Malus-Systeme

#### Zuzahlungen

- Fixbetrag
- Prozentual
- Selbstbehalt

# Gerechtigkeit (1): Formale Kriterien

---

- Formale Kriterien ⇒ *fares Entscheidungsverfahren*
  - Transparenz
  - Legitimität (demokratisch legitimierte Institutionen)
  - Konsistenz (Gleichbehandlung der Patienten)
  - Nachvollziehbare, relevante Begründung
  - Evidenzbasierung (hinsichtlich Nutzen & Kosten )
  - Partizipation (relevanter gesellschaftlicher Gruppen)
  - Widerspruchsmöglichkeiten
- ⇒ Faire Entscheidungsprozesse
  - Makroebene ⇒ politische Entscheidungen
  - Mesoebene ⇒ Entscheidungen in den Einrichtungen (Krankenhaus, Alters- & Pflegeheim, etc.)
  - Mikroebene ⇒ im Einzelfall

# Gerechtigkeit (2): Materiale Kriterien

---

- Ziel: *inhaltliche Begründung* von Allokationsentscheidungen
- Materiale Kriterien (vgl. z.B. ZEKO 2007)
  - (1) Medizinische **Bedürftigkeit**
    - Dringlichkeit der Behandlung, Schweregrad der Erkrankung
  - (2) Erwarteter individueller medizinischer **Nutzen**
  - (3) **Kosten-Nutzen-Verhältnis**
    - ⇒ Metakriterium: Evidenzstärke (Nutzen & Kosten)
- Ethisch nicht akzeptable Kriterien
  - Alter, Geschlecht, Herkunft, etc.
  - Sozialer Status, Zahlungsfähigkeit
  - Psychischer oder physischer Gesundheitszustand
- ⇒ Abwägung der Kriterien erfordert faire (politische) Entscheidungsprozesse!

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer. Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Dtsch Ärztbl 2007;104(40):A-2750-2754.

# Fazit - 4

---

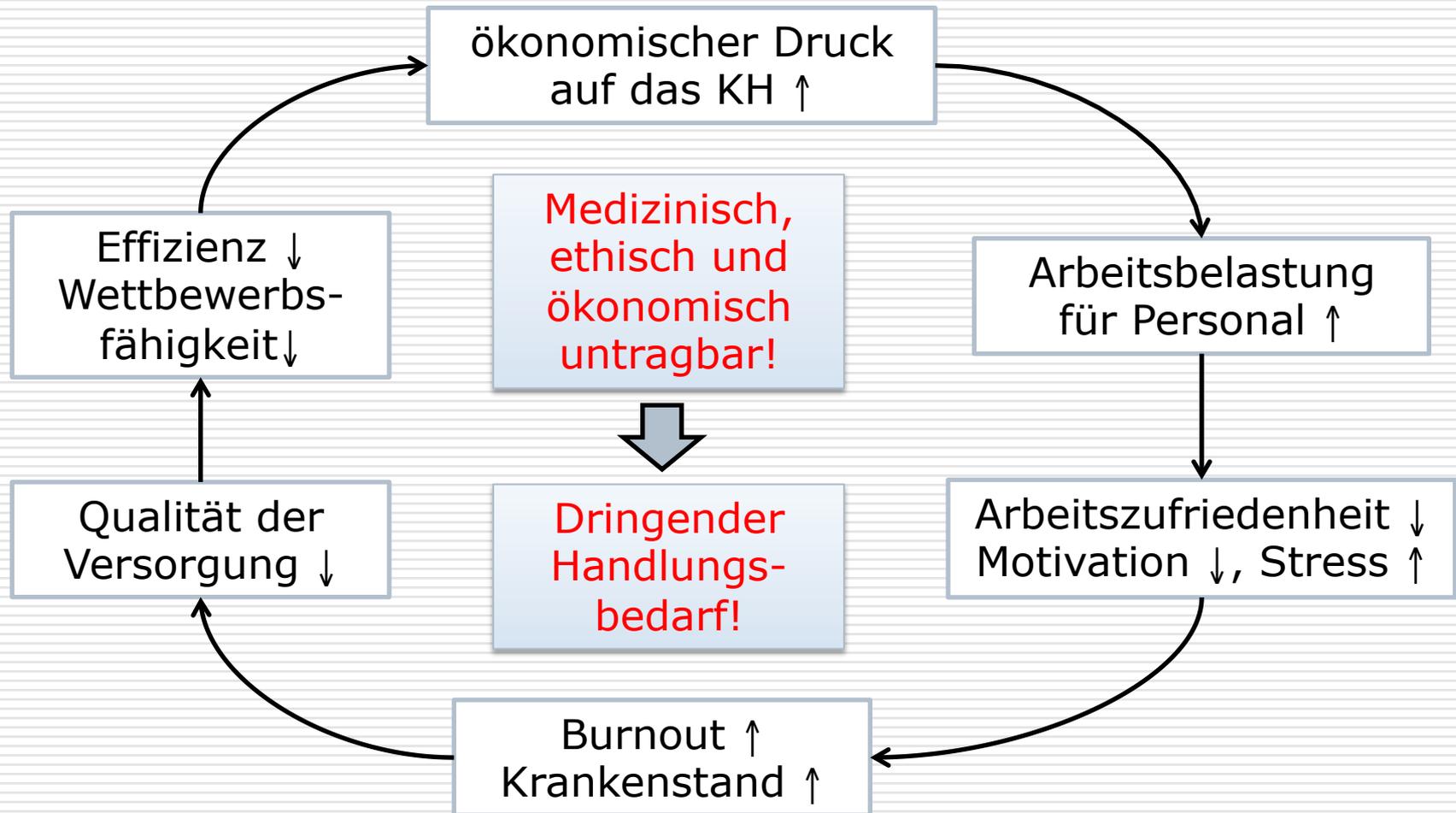
- *Explizite* Leistungsbegrenzungen sind gegenüber impliziten ethisch zu bevorzugen.
- Aus pragmatischen Gründen werden sich aber *implizite* Leistungsbegrenzungen nicht vermeiden lassen.
- Alle Allokationsentscheidungen sollten sich an *formalen* und *materialen* ethischen Kriterien orientieren.

# 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 (Strech et al. 2009)
  - ⇒ Betriebswirtschaftlich motivierte Leistungsausweitungen (z.B. interventionelle Kardiologie, WS-Chirurgie)

# Teufelskreis der Ökonomisierung



# Wertemanagement im KH (1)

---

- Ausgangspunkt
  - Ethik & Ökonomie schließen sich nicht aus
  - Eine klare Dominanz betriebswirtschaftlicher Überlegungen kann die Ethik im KH aber unterminieren!
- Ziel: *Berücksichtigung* ethischer Vorgaben fest im Klinikum verankern
  - ⇒ integraler Bestandteil des Managements
  - ⇒ Sicherung der „inneren Qualität“ des KH
- Leitbilder („Werteorientierung“): i.d.R. wenig wirksam, da von konventionellem *operativem* Controlling nicht erfasst
- 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
- Systematische Erfassung der Umsetzung der normativen Vorgaben durch („schlanke“) Mitarbeiterbefragungen
  - keine „Wohlfühl-Befragung“ aus der Ich-Perspektive, sondern führungsrelevante Informationen zur Umsetzung der normativen Vorgaben ermitteln, Wir-Gefühl stärken
  - „Klimaindices“ für die „interne Qualität“ des KH
- Analyse der Ergebnisse
  - Profile, Schwachstellen
- Steuerung
  - Zielvorgaben, Verantwortung der Mitarbeiter stärken
  - Maßnahmen (Transparenz, Klimazirkel, Fortbild., Anreizsysteme...)
  - Wirkungskontrolle durch erneute Mitarbeiterbefragung

Rechkemmer K. Exzellenzinitiative Innere Qualität. Das Krankenhaus 2012(9):879-884.

Medizinische Innovationen

Demographischer Wandel

Begrenzte Finanzmittel

Nachfrage ↑

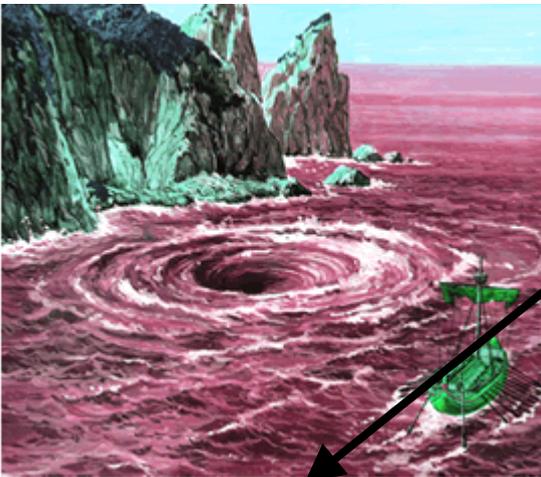
+

Angebot ↓

Charybdis

Skylia

**Mittelknappheit  
im Gesundheitswesen**



Erhöhung der Mittel im  
Gesundheitswesen

Effizienzsteigerungen  
(Rationalisierungen)

Leistungsbegrenzungen  
(Rationierungen)

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

---

- Kontakt: [marckmann@lmu.de](mailto:marckmann@lmu.de)
  
- Folien: [www.dermedizinethiker.de](http://www.dermedizinethiker.de)
  
- Interessenkonflikt:
  - Mitglied des wissenschaftlichen Beirats des CGIFOS-Instituts in Stuttgart
  - Vortragshonorar vom CGIFOS-Institut erhalten