

Georg Marckmann  
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

# Ethische Fragen der Ressourcenallokation in der Prävention

Arbeitstagung Philosophie der Prävention

Tübingen, 21.12.12





Rahmenbedingungen

Besonderheiten der Allokation in der Prävention

Allokations- bzw. Priorisierungskriterien

Bedeutung der Vorstellungen des guten Lebens

Ebenen der Allokation im Bezug auf Prävention



Demografischer Wandel  $\Rightarrow$  mehr chronisch kranke, multimorbide ältere Menschen

- Europa: chronisch-degenerative Erkrankungen  $\Rightarrow$  77% der DALY-Last (WHO 2009)

$\Rightarrow$  steigender Bedarf an Behandlung & Pflege

$\Rightarrow$  erhöhte Bedeutung der Prävention

Begrenzt verfügbare, öffentlich aufgebrauchte Finanzmittel

$\Rightarrow$  Allokationsentscheidungen unvermeidlich

$\Rightarrow$  *Explizite* Prioritätensetzung ethisch geboten

$\Rightarrow$  Wohlfahrts-Maximierung

$\Rightarrow$  Förderung von Gesundheitsgerechtigkeit

$\Rightarrow$  Nach welchen *Verfahren* und *Kriterien* sollen die Prioritäten gesetzt werden?



Prävention setzt (oft) beim *Gesunden* an

⇒ besondere *Legitimation* erforderlich

Populationsbezug: Nutzen für wenige, Belastungen & ggf. Risiken für alle ⇒ ethisch „delikatere“ *Nutzen-Schadens-Abwägung*

Effektive Prävention erfordert oft verändertes Verhalten des Einzelnen ⇒ *Welche Einschränkungen der Autonomie* des Einzelnen sind vertretbar?

Orientierung an Durchschnittswerten von Populationen ⇒ *Verteilung* von Nutzen- & Schadenspotenzialen nicht vernachlässigen

Langfristiger Zeithorizont der Wirkungen von Präventionsmaßnahmen ⇒ valide Abschätzung von Nutzen- & Schadenspotenzial erschwert ⇒ Entscheidung unter empirischer *Unsicherheit*

Marckmann G, Strech D, Konzeptionelle Grundlagen einer Public Health Ethik. In: Strech D, Marckmann G (Hg.), Public Health Ethik. Lit Verlag Berlin 2010, S. 43-65



	Kriterien	Operationalisierung
1	<b>Krankheitslast</b> in den Zielpopulationen	z.B. verlorene behinderungskorrigierte Lebensjahre (DALYs)
2 a	<b>Nutzenpotenzial</b> für die Zielpopulationen	Verhinderte Krankheitslast: Reduzierte Inzidenz von Krankheit, Behinderung & vorzeitigem Tod, verbesserte Lebensqualität
2 b	<b>Schadenspotenzial</b>	Belastungen & gesundheitliche Risiken auf Ebene des Individuums & der Population
3 a	Förderung der <b>Selbstbestimmung</b>	Förderung der Gesundheitskompetenz bzw. Gesundheitsmündigkeit („Empowerment“)
3 b	Einschränkung der <b>Selbstbestimmung</b>	Möglichkeit zur informierten Einwilligung; Einschränkung der Entscheidungsfreiheit
4	Förderung von <b>Gesundheitsgerechtigkeit</b>	Vorrang für benachteiligte Populationen; Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten
5	<b>Kosten-Nutzen-Verhältnis</b>	Direkte & indirekte Kosten vs. Nutzen; verhinderte Behandlungs- oder Folgekosten
Metakriterium:		
X	<b>Evidenzstärke</b>	Verlässlichkeit v. Nutzen-, Schaden & Kosten-Abschätzung

Vgl. Marckmann & Strech 2010



Allokationsentscheidungen & Priorisierung in der Prävention erfordern verschiedene Abwägungen

- Populationsbezogener Nutzen vs. Belastungen & Risiken für Präventionsteilnehmer
- Populationsbezogener Nutzen vs. Einschränkung der Entscheidungsautonomie
- Populationsbezogener Nutzen vs. Förderung der Gesundheitsgerechtigkeit
- Effizienz vs. Gerechtigkeit & Einschränkung der Autonomie

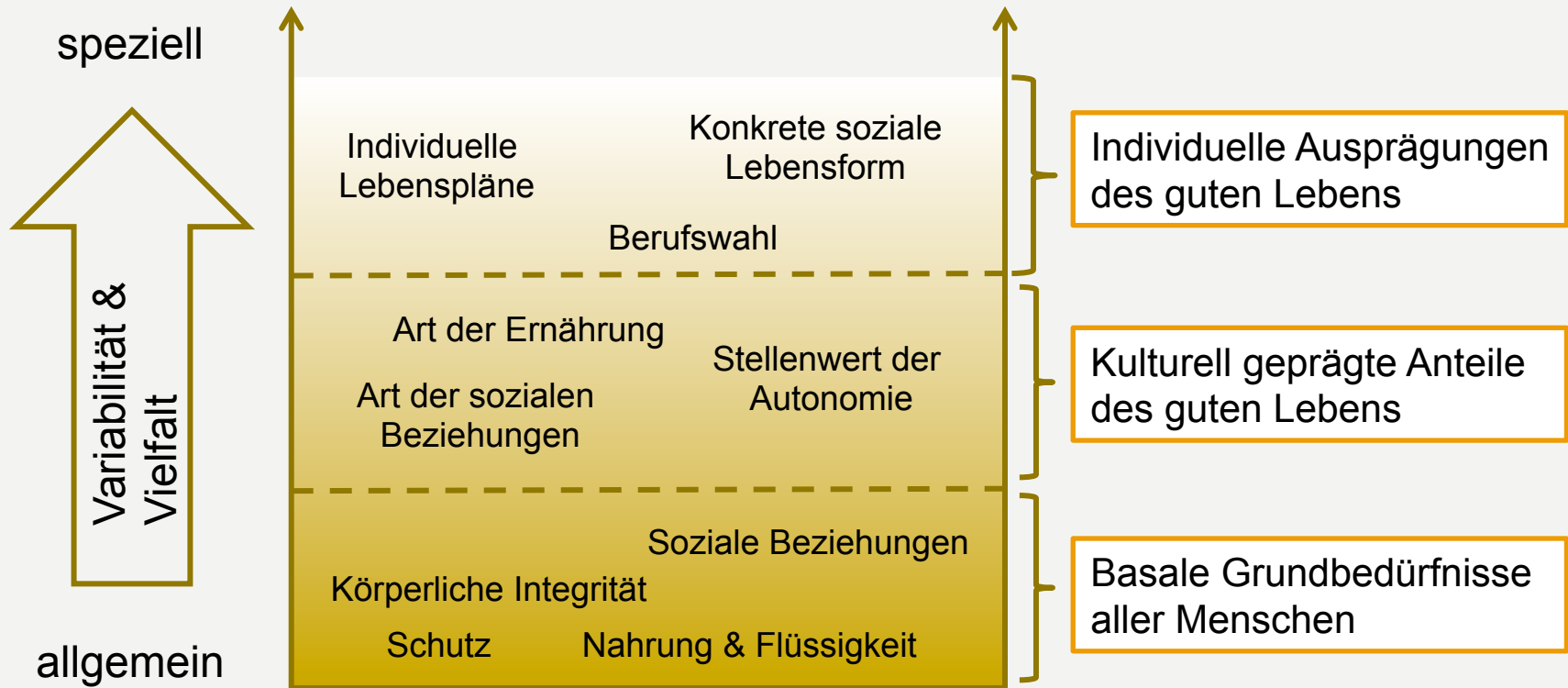
Abwägung lässt sich nicht aus ethischer Theorie ableiten

- ⇒ substantielle Vorstellungen des guten Lebens
- ⇒ Herausforderung in einer liberalen Gesellschaft
- ⇒ *demokratisch legitimierter, deliberativer Entscheidungsprozess*
- ⇒ formale Kriterien eines *fairen Entscheidungsprozesses*
- ⇒ Legitimationsbedarf steigt mit Belastungen & Risiken sowie Einschränkungen der Autonomie



## „Schichten“ des guten Lebens

Wichtig: Ausgestaltung der einzelnen Schichten & Grenzen sind dynamisch  
 ⇒ Chance *deliberativer* Prozesse



Ausgestaltung der Prävention hängt davon ab, wie wir uns einigen können bzgl. Risikoeinstellung, Abwägung zwischen Lebensqualität & Lebenszeit, Stellenwert der Autonomie vs. Gewinn von Lebenszeit, etc.



Kriterium	Erläuterung
Legitimität	Allokationsentscheidungen über Präventionsmaßnahmen demokratisch legitimierten Institutionen
Transparenz	Entscheidungsprozess mit zugrundeliegenden normativen Argumenten & empirischen Daten ist transparent & öffentlich zugänglich
Konsistenz	Anwendung gleicher Regeln & Kriterien $\Rightarrow$ unterschiedliche (Sub-)Populationen in vergleichbaren Situationen gleich behandelt werden.
Begründung	Die Entscheidungen sollten auf einer nachvollziehbaren, relevanten Begründung beruhen. Relevante Gründe $\Rightarrow$ Priorisierungskriterien
Evidenz-basierung	Allokationsentscheidung sollten auf einer kritischen Bewertung der verfügbaren Evidenz beruhen
Partizipation	Von Nutzen, Belastung/Schaden & Kosten betroffene (Sub-)Populationen sind an den Entscheidungen angemessen zu beteiligen
Offenheit für Revision	Anpassung der Allokationsentscheidungen, wenn sich die empirische Datengrundlage oder die normativen Bewertungen & Abwägungen ändern
Regulierung	Staatliche Regulierung muss Einhaltung dieser formalen Voraussetzungen eines fairen Entscheidungsprozesses sicherstellen.

vgl. Marckmann 2008, Marckmann & Strech 2010





	Ebene	Allokationsentscheidung
1	Makroebene 1	Gesamtmenge Ressourcen für Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und Bekämpfung von Krankheit
2	Makroebene 2	Prävention vs. andere gesundheitsbezogene Maßnahmen
3	Mesoebene	Allokation in verschiedene Bereiche der Prävention
4	Mikroebene	Zugang von Individuen und Bevölkerungsgruppen zu Präventionsmaßnahmen



	<b>Ebene</b>	<b>Allokationsentscheidung</b>
1	Makroebene 1	Gesamtmenge Ressourcen für Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und Bekämpfung von Krankheit
2	Makroebene 2	Prävention vs. andere gesundheitsbezogene Maßnahmen
3	Mesoebene	Allokation in verschiedene Bereiche der Prävention
4	Mikroebene	Zugang von Individuen und Bevölkerungsgruppen zu Präventionsmaßnahmen



## Kriterien für Allokationsentscheidung

- **Kosten-Nutzen-Verhältnis**
  - Kann durch Prävention mit den gleichen Ressourcen mehr Gesundheit gewonnen werden?
  - Begründung: Ethisches Prinzip der Nutzenmaximierung
  - Methodische Herausforderung: Indikations- und interventionsübergreifende Kosten-Nutzen-Bewertung
- ⇒ Tendenz: Prävention bietet (oft) besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis

Maßnahme	Kosten eines zusätzl. QALY in £
Cholesteroltest und ausschließliche Diät	220
Neurochirurgischer Eingriff bei einer Kopfverletzung	240
Rat des Hausarztes, das Rauchen einzustellen	270
Antihypertensive Therapie zur Vermeidung eines Schlaganfalls	940
Herzklappenersatz bei einer Aortenstenose	1.140
Cholesteroltest und anschließende Behandlung	1.480
Koronare Bypass-Operation wegen schwerer Angina pectoris	2.090
Nierentransplantation	4.710
Brustkrebsreihenuntersuchung	5.780
Herztransplantation	7.840
Kontrolle des Gesamt-Serumcholesterins und Behandlung	14.150
Koronare Bypass-Operation wegen leichter Angina pectoris	18.830
Ambulante Pritonealdialyse	19.870
Krankenhaus-Hämodialyse	21.970
Erythropoietin Behandlung bei Anämie von Dialyse-Patienten (bei angenommener 10%iger Reduktion der Mortalität)	54.380
Neurochirurgischer Eingriff bei bösartigen intrakraniellen Tumoren	107.780
Erythropoietin Behandlung bei Anämie von Dialyse-Patienten (bei angenommener Konstanz der Mortalität)	126.290



## Kriterien für Allokationsentscheidung

- **Kosten-Nutzen-Verhältnis**
  - Kann durch Prävention mit den gleichen Ressourcen mehr Gesundheit gewonnen werden?
  - Begründung: Ethisches Prinzip der Nutzenmaximierung
  - Methodische Herausforderung: Indikations- und interventionsübergreifende Kosten-Nutzen-Bewertung
  - ⇒ Tendenz: Prävention bietet (oft) besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis
- **Beitrag zur Gesundheitsgerechtigkeit**
  - Wie können die Gesundheitschancen der am meisten Benachteiligten am besten gefördert werden?
  - Begründung: Ethisches Prinzip der Verteilungsgerechtigkeit
  - Bedeutung sozioökonomischer Determinanten für die Gesundheitschancen
  - ⇒ Prävention kann gezielter die Gesundheitschancen der benachteiligten Bevölkerungsgruppen fördern



	<b>Ebene</b>	<b>Allokationsentscheidung</b>
1	Makroebene 1	Gesamtmenge Ressourcen für Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und Bekämpfung von Krankheit
2	Makroebene 2	Prävention vs. andere gesundheitsbezogene Maßnahmen
3	Mesoebene	Allokation in verschiedene Bereiche der Prävention
4	Mikroebene	Zugang von Individuen und Bevölkerungsgruppen zu Präventionsmaßnahmen



Auswahl von

Erkrankung bzw. Risikofaktor

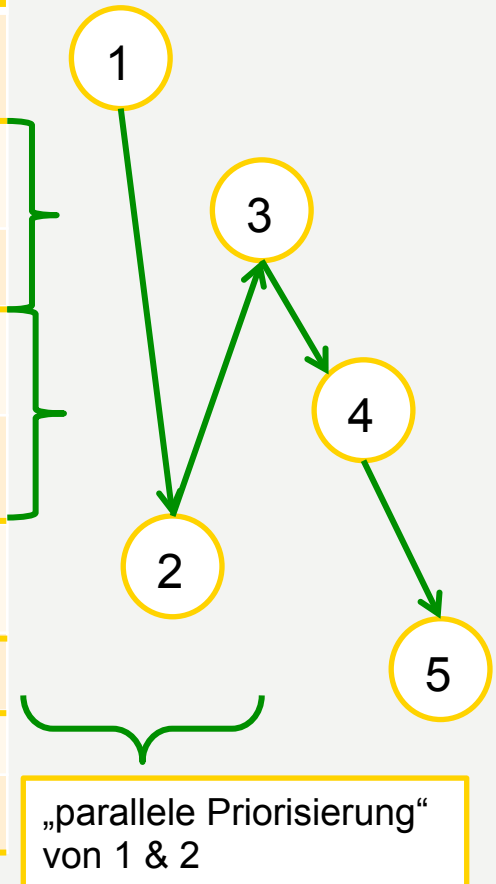
Interventions-Ansatz

Zielpopulation



	Kriterien
1	<b>Krankheitslast</b> in den Zielpopulationen
2 a	<b>Nutzenpotenzial</b> für die Zielpopulationen
2 b	<b>Schadenspotenzial</b>
3 a	Förderung der <b>Selbstbestimmung</b>
3 b	Einschränkung der <b>Selbstbestimmung</b>
4	Förderung von <b>Gesundheitsgerechtigkeit</b>
5	<b>Kosten-Nutzen-Verhältnis</b>
Metakriterium:	
X	<b>Evidenzstärke</b>

Möglicher Ablauf





Erkrankungen (2004)	%DALY-Last	Risikofaktoren (2002)	% DALY-Last
ischämische Herzkrankheit	11,1	Bluthochdruck	12,8
zerebrovaskuläre Erkrankungen	6,3	Tabak	12,3
unipolare depressive Störungen	5,6	Alkohol	10,1
alkoholbedingte Erkrankungen	3,3	hoher Cholesterinspiegel	8,7
chronisch obstruktive Lungenerkrankungen	2,0	Übergewicht	7,8
Verletzung im Straßenverkehr	2,4	geringer Obst-/Gemüse-Verzehr	4,4
Luftröhren-/Bronchien-/Lungenkrebs	2,2	Bewegungsmangel	3,5
insgesamt	32,9	insgesamt	59,6

Quelle: Horst Noack 2012 (in: Schwartz et al. Public Health)





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt: [marckmann@lmu.de](mailto:marckmann@lmu.de)

Folien: [www.dermedizinethiker.de](http://www.dermedizinethiker.de)



Perspektive	Präventionsansatz
Ansatz vor / im Krankheitsverlauf	Primärprävention
	Sekundärprävention
	Tertiärprävention
Zielgruppe / Strategie	Kollektive / universelle Prävention
	Selektive Prävention
	Indizierte Prävention
Interventionsansatz	Verhaltensprävention
	Verhältnisprävention
	Medizinische Prävention

Walter et al. 2012