

Symposium

**„Priorisierung ärztlicher Leistungen –
notwendig oder überflüssig?“**



**Fragen und Kernaussagen
aus der vorbereitenden Arbeitsgruppe**

Dr. Peter Scholze

**Vorsitzender der Arbeitsgruppe Priorisierung
der Bayerischen Landesärztekammer**

München, 19. November 2011

AMADI

Alles klar

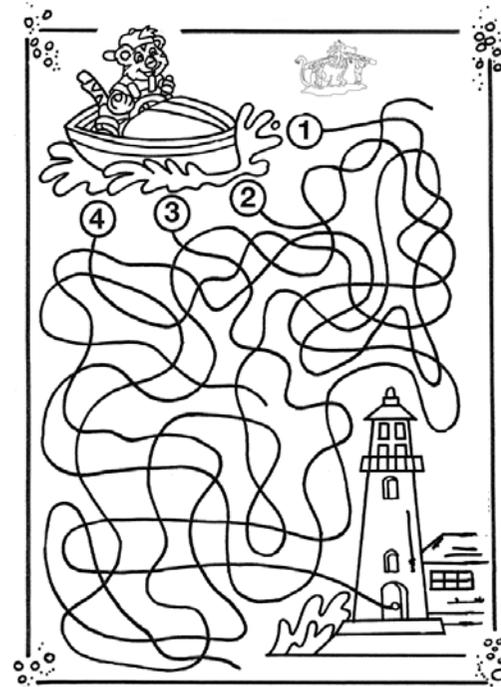
Manches unklar

Alles unklar

Differenziertere Sicht

Innovative Orientierung

- viele Fragen offengeblieben
- aber auch partieller Konsens zu Kernaussagen



Problem:

**Begrifflichkeiten von
„Priorisierung“ – „Rationierung“ – „Rationalisierung“**

- unterschiedlich verwandt
 - unterschiedlich verknüpft
- Gefahr, aneinander vorbeizureden



Priorisierung in der Medizin



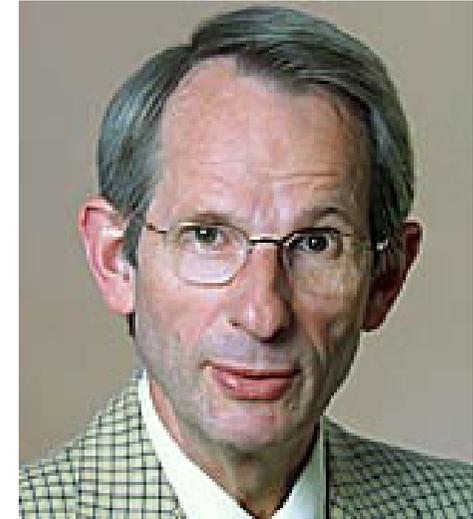
**Internationale Bemühungen
seit Mitte der 1980iger Jahre
(Oregon, Scandinavien, ...)**



**Deutschland:
Stark angestoßen durch Jörg-Dieter Hoppe
auf dem 112. Deutschen Ärztetag in Mainz,
Mai 2009**

Mainz, 19. Mai 2009

**Rede des Präsidenten der Bundesärztekammer,
Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe,
zur Eröffnung des 112. Deutschen Ärztetages**



„Ich weiß, dass ich mit meinen Ausführungen zur Priorisierung **ein Tabu gebrochen** habe –

und zwar das Tabu, das **unbegrenzte Leistungsversprechen der Politik** nicht in Frage zu stellen....

Ich will eine Diskussion provozieren, in der die Politik Farbe bekennen muss.

Und **ich will eine Diskussion in der Gesellschaft anstoßen, wie viel diese bereit ist, für Gesundheit auszugeben.**“...

Die Priorisierungsgegner wissen nicht, wovon sie reden.“

Christoph Fuchs, ehemaliger HGF der BÄK:

„Bereits heute zeichnet sich ab, dass nicht mehr alle Leistungen für alle gesetzlich Krankenversicherten finanziert werden können...

Priorisierung kann, muss aber nicht zu Rationierung führen: Dies ist stets abhängig davon, welche Ressourcen zur Verfügung stehen.“



Vorausgegangen:

ZEKO der BÄK im Jahr 2000:

Erste Stellungnahme zur Priorisierung medizinischer Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).
(Verhaltene Resonanz, wenig beachtet).

ZEKO der BÄK im Jahr 2007:

Zweite Stellungnahme

ZEKO 2007

Zweite Stellungnahme zur „Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung“:

- „Der **wachsende medizinische Fortschritt** sowie der **demografische und epidemiologische Wandel** werden dazu beitragen, dass die gesetzliche Krankenversicherung auch in Zukunft vor **erheblichen Finanzierungsproblemen** steht.“
- „... trägt die Interaktion von medizinischem Fortschritt und demografischem und epidemiologischem Wandel wesentlich zur **Ausgabenexplosion** im Gesundheitswesen bei.“

ZEKO empfiehlt Priorisierung



Nationaler Gesundheitsrat mit Ärzten, Ethikern, Juristen, Gesundheitsökonomern, Theologen, Sozialwissenschaftlern und Patientenvertretern >

Empfehlungen für die Politik, **wie bei Mittelknappheit gerecht verteilt werden kann**

Angestrebt:

Eine offene auf der gesellschaftlichen Makroebene stattfindende Priorisierung.

Die Bewertung soll nicht auf der individuellen Arzt-Patienten-Ebene erfolgen.

Deutscher Ethikrat



Stellungnahme

„Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung“

Berlin, 27. Januar 2011

www.ethikrat.org

Begriffsbestimmungen von
Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung
(in Ihrer Tagungsmappe).

Fragen aus der Arbeitsgruppe



I. Hinterfragen der Prämisse: „Knappheitsparadigma in der solidarisch finanzierten GKV“

- „Wenn es nicht mehr möglich sein sollte,
- ein umfassendes medizinisches Versorgungssystem zu finanzieren,
- in dem jeder Bürger jedwede medizinisch sinnvolle Leistung in Anspruch nehmen kann, ...“

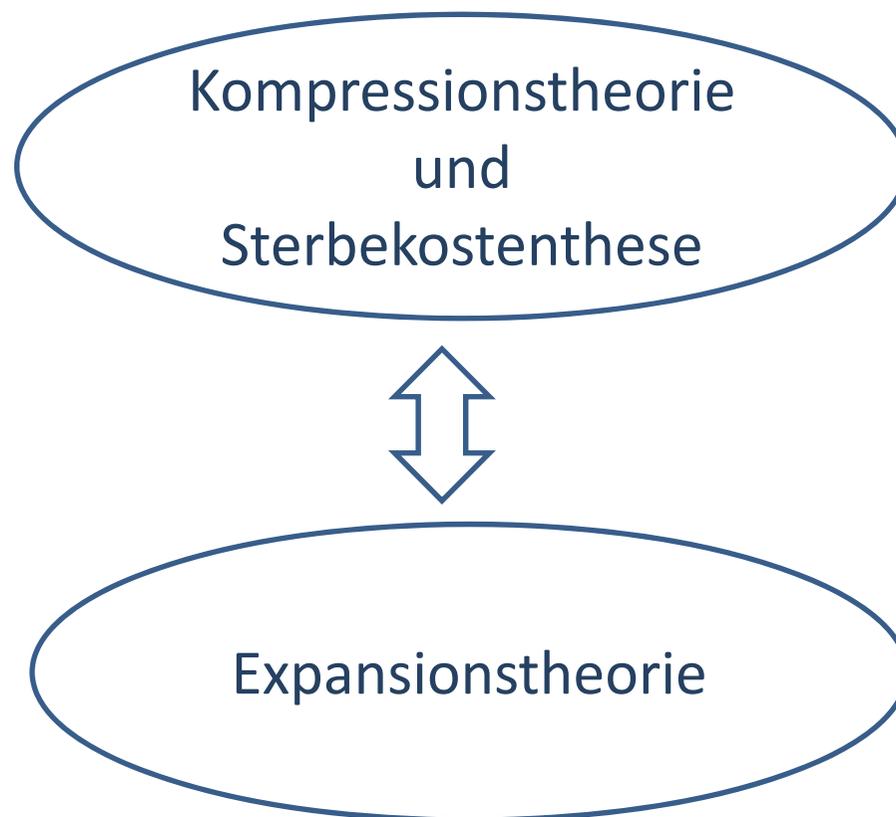
1. Wie ist die Kostendynamik des medizinisch-technischem Fortschritts?

Einsparpotential versus Verteuerung

Ressourcenknappheit verhindert Innovation

Mangel an Innovation mindert Ressourcen

2. Wie ist die Kostendynamik des demografisch-epidemiologischen Wandels ?



3. Wie hoch sind die Rationalisierungspotentiale?

„Die Zitrone ist ausgepresst !“



Nutzloses, Überflüssiges, bisweilen sogar Schädigendes streichen !

Strukturen optimieren !

(z.B.: Nahtstellen/Schnittstellen)



II. Rolle der Ärzte im Spannungsfeld?

„Rationierer“ und „allein gelassene Leistungsbegrenzer am Krankenbett“



„Anwälte“ ihrer individuellen Patienten

Wege aus dem Dilemma?

III. Priorisierung zur Verbesserung der Versorgungsqualität?



EBM-basierte Leitlinien ?

Priorisierungsleitlinien (z.B.: Schweden) ?

Kostensensible Leitlinien ?

Patientenorientierte Leitlinien ?

Was ist der Unterschied zwischen all diesen Leitlinien?

(Gibt es in Skandinavien überhaupt zentral vorgegebene Regeln zur Priorisierung, oder handelt es sich nur um sehr sorgfältig erstellte Leitlinien?)

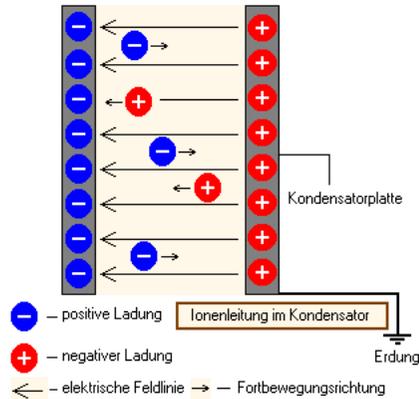
IV. Priorisierung unter den Bedingungen der Gesundheitsökonomie ?



Ökonomisches Denken der Gesundheitsökonomien in seiner Ausrichtung auf maximale Wertproduktion (kollektiver gesellschaftlicher Nutzen)



individualrechtliche Grundlagen unseres Rechtssystems und der öffentlichen Gesundheitsversorgung (Frage des Deutschen Ethikrates)



V.Spannungsfeld zwischen Gesundheitsökonomie und Sozialstaat

Der Sozialstaat ist ressourcenabhängig
(Rechtssprechung des BSG)



Pflicht des Staates, sich schützend und fördernd vor die Rechtsgüter des Lebens und der Gesundheit zu stellen, (Abgeleitet aus Art. 2 Abs. 2 GG)

„Nikolausurteil“ 2005

VI. Priorisierung und Rationierung?



Zwei Seiten einer Medaille?

„Wenn die primäre Motivation ist, bei knapper Ressourcenlage Leistungsbegrenzungen zu begründen, werden Priorisierung und Rationierung fast zu Synonymen, als die sie in der englischsprachigen Literatur tatsächlich oft erscheinen.“
(Deutscher Ethikrat)

Welchen Sinn macht Priorisierung ohne konsekutive Rationierung?

Wie werden rationierte Leistungen honoriert?

- Als Selbstzahler-Leistung?
- Über private Zusatzversicherungen?

(Rationierung: Innerhalb der zur Verfügung stehenden Leistungsmöglichkeiten wird eine Auswahl getroffen, auf welche - sinnvollen und notwendigen - medizinischen Maßnahmen für welche Patienten in Zukunft innerhalb des Solidarsystems verzichtet werden muss)

VII. Warum wird die Diskussion um Priorisierung und Rationierung nur für den Bereich der GKV und nicht den Bereich der PKV geführt?



(Priorisierung: Bildung von Ranglisten für medizinische Interventionen und Krankenversorgung).

VIII. Dürfen Kosten bei der Nutzenabwägung eine Rolle spielen?

Nutzenbewertung ↔ Kosten-Nutzen-Bewertung

Kosten-Nutzen-Bewertung:

- „Nur als Instrument der Preisregulierung“
- oder als Priorisierungsinstrument?

Zusatznutzen für die Patienten:

Verbesserung des Gesundheitszustandes, Verkürzung der Krankheitsdauer, Verlängerung der Lebensdauer, Verringerung der Nebenwirkungen, Verbesserung der Lebensqualität.
(=patientenrelevante Endpunkte Mortalität, Morbidität und Lebensqualität)

Wirtschaftliche Bewertung:

Berücksichtigt werden soll auch die Angemessenheit und Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Versichertengemeinschaft

Problematisch: Überführen qualitativer Aussagen in quantitative Aussagen.

Orientierung von Kosten-Nutzen-Bewertungen

anhand von Rechten (rights) und Ansprüchen (claims) - (rechtebezogenem Denken)
oder

anhand von Werten (values, utilities, benefits) - wertmaximierendem Denken

IX. Priorisierung und Medizinethik

Spannungsverhältnis zwischen

- den Interessen des Einzelnen und den
- gesamtgesellschaftlichen Interessen.

Für welche ethischen Grundsätze entscheiden wir uns im Rahmen der medizinischen Versorgung?

Utilitarismus und konsequenzialistisches Prinzip



Deontologie

Utilitarismus: Die Erzielung des größten Glücks für die größte Zahl an Betroffenen gilt als das Leitprinzip der im 18. und 19. Jahrhundert von Jeremy Bentham und James Mill begründeten Ethik des Utilitarismus.

Konsequentialismus: Sammelbegriff für Theorien aus dem Bereich Ethik, die den moralischen Wert einer Handlung aufgrund ihrer Konsequenzen beurteilt. Häufig wird.

Deontologische Ethik: Bezeichnet eine Klasse von ethischen Theorien, die Handlungen unabhängig von ihren Konsequenzen zuschreiben, intrinsisch gut oder schlecht zu sein. Entscheidend ist dabei, ob die Handlung einer verpflichtenden Regel gemäß ist und ob sie aufgrund dieser Verpflichtung begangen werden.

„Bei strenger Anwendung der Maßstäbe für eine effiziente Allokation müssen arbeitende Personen umso mehr bevorzugt werden, je höher ihr Einkommen ist.“

(Wolfgang Greiner, in: Oliver Schöffski/ J.-Matthias Graf v. d. Schulenburg, Gesundheitsökonomische Evaluationen, Berlin u. a.: Springer, 2007, S. 56.)

„Wir möchten, dass Patienten versorgt werden, weil es gut für ihre Gesundheit ist, nicht, weil ihre Gesundheit gut für die Gesellschaft ist.“

Fritz Beske, IGFS, Kiel

Studie „Bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung bei begrenzten Mitteln“, 2009:



**Zur Deckung des steigenden Finanzbedarfs in der GKV:
Priorisierung und Rationierung sind hierfür die Methoden der Wahl.“**

Beske zum SVR-Gutachten 2000/2001: „**Im Ergebnis überwiegt die Unterversorgung**, so dass Einsparungen durch eine Behebung von Über-, Unter- und Fehlversorgung nicht zu erwarten sind.“

Beske fordert:

Regelmäßige Anpassung des Leistungskatalogs der GKV an das zur Verfügung stehende Finanzvolumen.

„Noch bestimmt grundsätzlich der Leistungsbedarf der Versicherten, was die gesetzliche Krankenversicherung zahle.“ In zehn Jahren: „Dann bestimmt das zur Verfügung stehende Finanzvolumen den Umfang der GKV.“

Interdisziplinäres Projekt der Forschergruppe (FOR 655):

- „Priorisierung in der Medizin: Eine theoretische und empirische Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Gesetzlichen Krankenversicherung“.
- Seit 2007 mit 1,58 Mio Euro für 3 Jahre von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert. Anschlussfinanzierung läuft.
- 17 Wissenschaftler aus 13 Universitäten und wissenschaftlichen Einrichtungen aus Bereichen Medizin, Ethik, Philosophie, Ökonomie, Recht und Psychologie.

Teilprojekte:

A Empirische Untersuchungen zur Priorisierung

B Fragen zur Knappheit und Priorisierung zu spezifischen Krankheitsbildern

C Theoretische Grundlagen der Priorisierung aus philosoph., jurist. und ökonom. Sicht

www.for655.de



[FOKUS: Deterministisches/konkretes vs. statistisches Leben]

IQ_3-5: In einer mittleren Kleinstadt lebt Anna G., 38 Jahre, Gärtnerin und Mutter von 2 kleinen Kindern. Sie leidet unter Krebs. Ihre Prognose ist äußerst schlecht. Aber durch sehr teure Medikamente besteht eine sehr gute Möglichkeit, dass ihre Lebenszeit um 6 Monate verlängert werden kann. – Anstelle von Anna G. könnten für den gleichen Betrag 100 an einer anderen Krebsart erkrankte Patienten behandelt werden, deren Lebenszeit dann mit einer von 50% auf 75% erhöhten Wahrscheinlichkeit voraussichtlich auch um 6 Monate verlängert würde. Stellen Sie sich vor, Sie müssten die Entscheidung treffen ob Anna G. oder die anderen 100 Patienten therapiert werden sollen. Wofür würden Sie sich entscheiden?

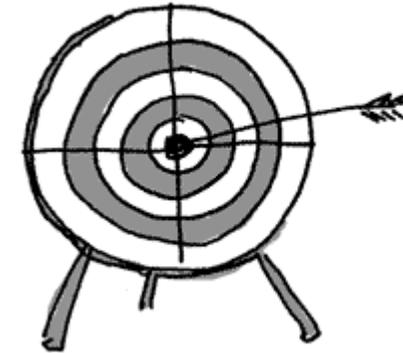
[Bei Nachfragen zu Textstelle „mit einer von 50% auf 75% erhöhten Wahrscheinlichkeit“ antworten mit „bei durchschnittlich 1 von 2 bis zu 3 von 4 Personen“ oder „bei durchschnittlich 50 bis 75 von 100 Personen“.]

Anna G., 38 J., Gärtnerin und Mutter von 2 kleinen Kindern; leidet unter Krebs	durch sehr teure Medikamente besteht eine sehr gute Möglichkeit, dass ihre Lebenszeit um 6 Monate verlängert werden kann
100 an einer anderen Krebsart erkrankte Patienten	alle zusammen könnten für den gleichen Betrag behandelt werden; die Lebenszeit aller 100 Personen würde mit einer von 50% auf 75% erhöhten Wahrscheinlichkeit voraussichtlich auch um 6 Monate verlängert

Überlegungen der Art, dass die Gesundheit einer Mutter von vier Kindern „mehr wert“ sei als die Gesundheit einer kinderlosen Frau, sieht man ihre rechtsstaatliche Unvertretbarkeit leicht an. (Sondervotum Lübke)

Eine kinderlose Patientin sollte gegenüber einer Mutter von vier Kindern ebenso wenig nachrangig versorgt werden wie ein Geringverdiener gegenüber einem Gutverdiener...(Postulat vom „gleichen Zugang“ zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung).

Kernaussagen



- **Gleicher und gesicherter Zugang jedes Bürgers** zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung,
- basierend auf dem Prinzip der Menschenwürde und der Grundrechte.
- Diese Rechte dürfen nicht hinter etwaige Erwägungen zur Steigerung des kollektiven Nutzens zurückgestellt werden.

Devise:

„Rationalisierung geht vor Rationierung“.

Wir haben in unserem Gesundheitssystem **noch erhebliche Rationalisierungsreserven!**

Beispiele:

Einsparpotential durch Ausgleich bei Über-, Fehl- und Unterversorgung

Einsparpotential bei Medikamenten

Einsparpotential durch Positivliste

Einsparpotential durch populationsbezogene Integrierte Versorgung

Einsparpotential durch Nutzung von Nahtstellen



- Jede Form einer „verdeckten Rationierung“ medizinischer Leistungen ist abzulehnen.
- Sofern Leistungsbeschränkungen erfolgen, müssen diese klar benannt werden.

„Kosten-Nutzen-Bewertungen“

- indikationsübergreifend ?
- indikationsintern ?

Wir lehnen indikationsübergreifende
Kosten-Nutzen-Bewertungen ab -
dies aus Gründen der
Gerechtigkeitsethik



Die Gretchenfrage:

Wie halten Sie´s

mit der Priorisierung ?

Teilnehmer der Arbeitsgruppe



Emmi Auch
Wulf Dietrich
Jörg Franke
Ulrich Grupp
Jan Hesse

Hans-Joachim Lutz
Gabriel Schmidt
Peter Scholze
Veit Wambach

Ganz herzlicher Dank der Presseabteilung der BLÄK



mit

**Dagmar Nedbal
Sophia Pelzer
Jodo Müller**

**für die riesige
Unterstützung!**