

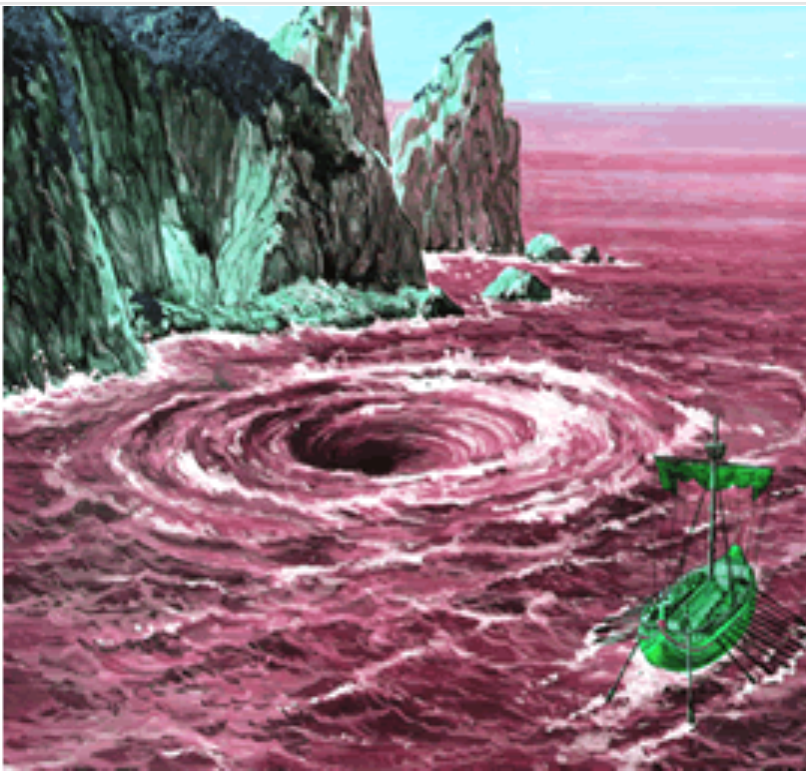
Ressourcenallokation/Mittelverteilung in der Gesundheitsversorgung: Herausforderungen und Lösungsansätze aus ethischer Perspektive

Georg Marckmann

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

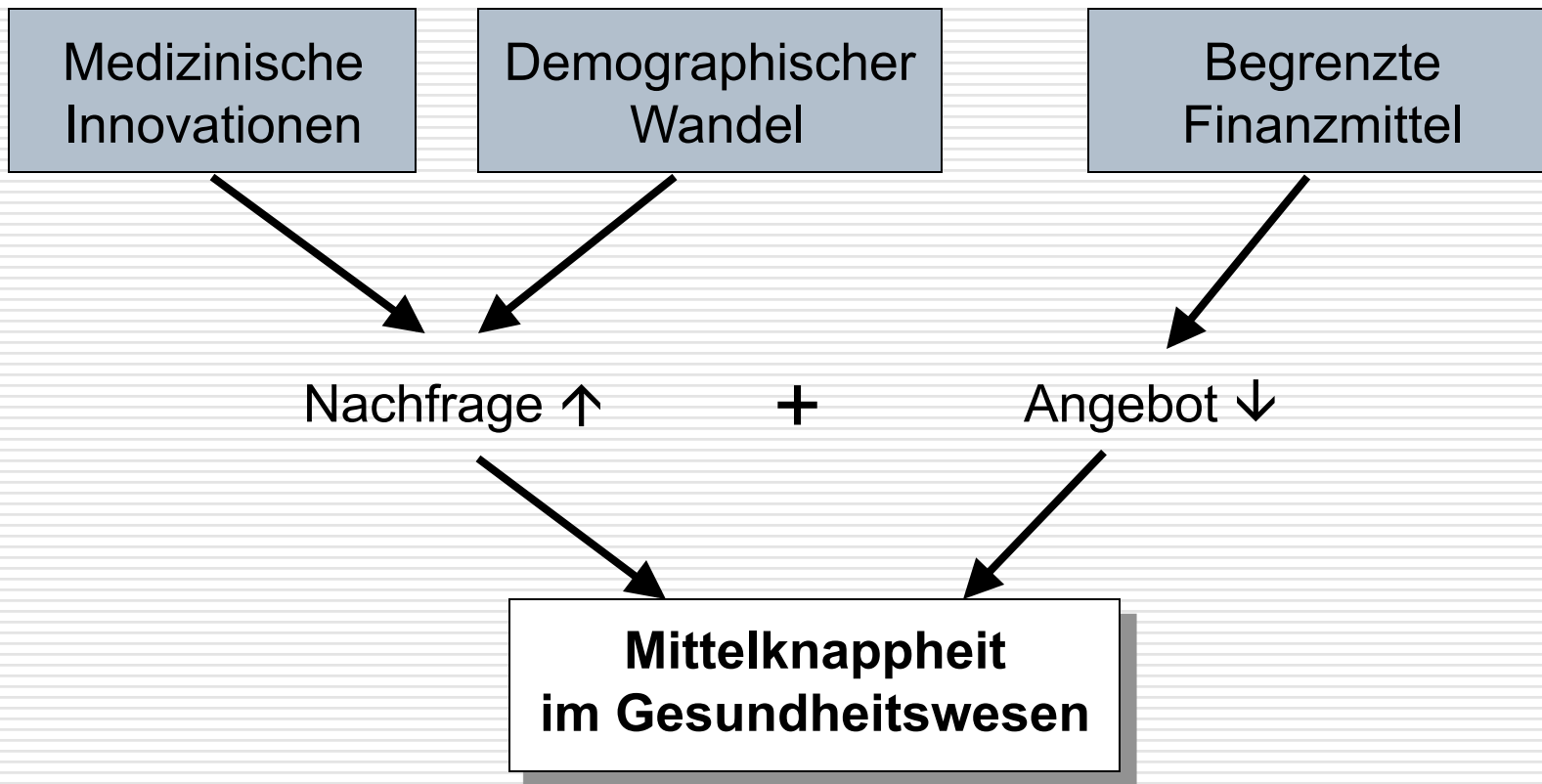
Tagung des Landesethikkomitees Südtirol
„Was soll im Gesundheitswesen Vorrang haben? Eine Frage der Ethik!“

Bozen, 02. Februar 2012



Übersicht

- Problemhintergrund: Mittelknappheit im Gesundheitswesen
- Mittelverteilung - eine Frage der Gerechtigkeit
- Ebenen der Mittelverteilung
- Handlungsoptionen
 - Effizienzsteigerungen („Rationalisierungen“)
 - Mittelerhöhung
 - Leistungsbegrenzungen („Rationierungen“)
- Formale & materiale Kriterien gerechter Leistungsbegrenzungen
- Fragen & Diskussion



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

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!)

Ebenen der Verteilung/Allokation

Ebene	Verteilung	Beispiele
Makro- ebene	Zuteilung von Mitteln - in die Gesundheitsversorgung - in die einzelnen Bereiche der Gesundheitsversorgung	<ul style="list-style-type: none">- Gesundheitssektor vs. Bildung, Infrastruktur etc.- z.B. stationäre vs. ambulante, fachärztliche vs. hausärztliche Versorgung
Meso- ebene	Verteilung von Mitteln - in Versorgungsbereichen - in Gesundheitseinrichtungen	<ul style="list-style-type: none">- Anzahl, Größe & Fachbereiche von Krankenhäusern- Mittelverteilung im Krankenhaus / im Pflegeheim
Mikro- ebene	Zuteilung von Mitteln im Einzelfall	<ul style="list-style-type: none">- Betreuungszeit (!)- teure Medikamente- Pflegemaßnahmen

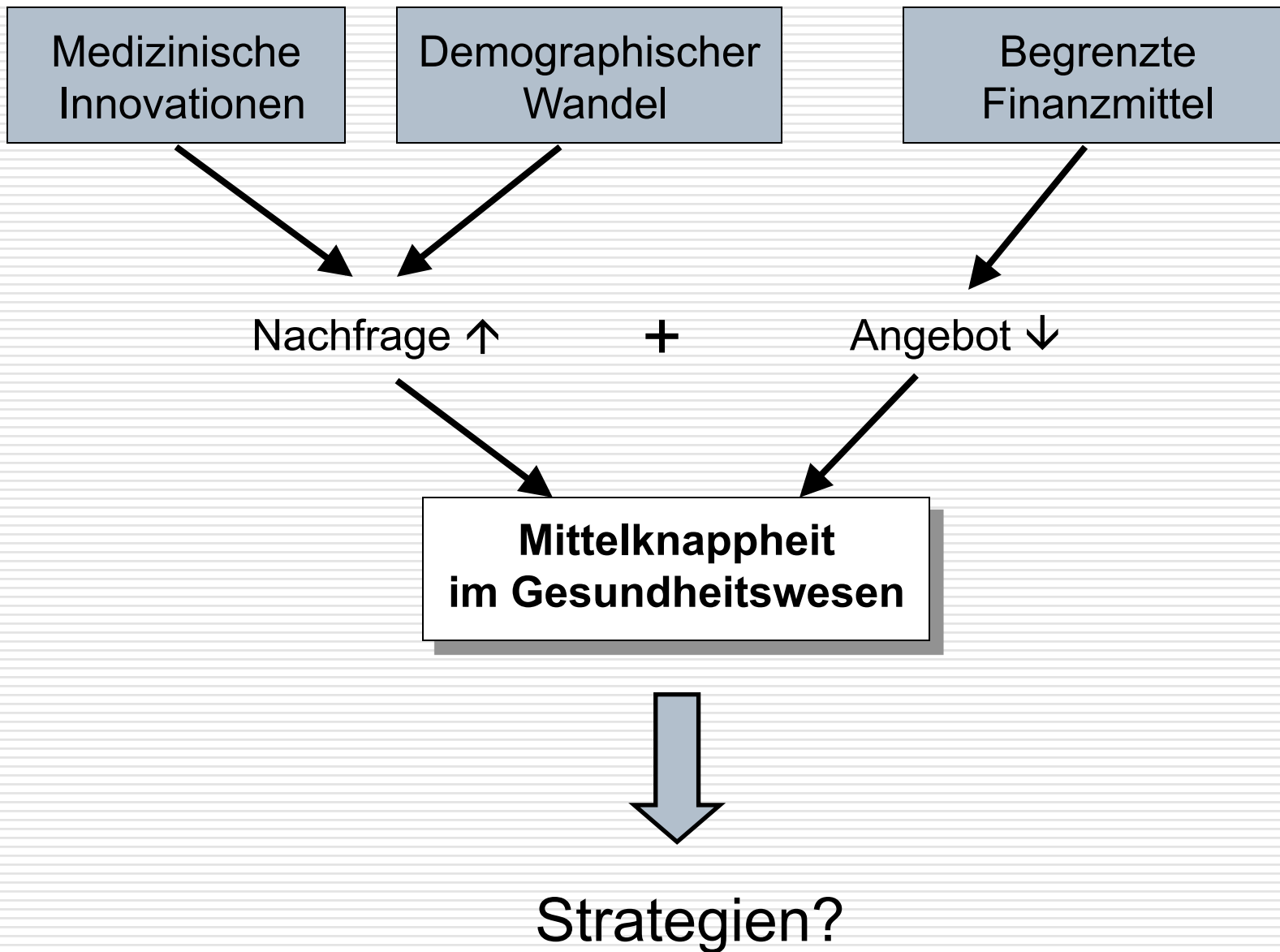
Verteilungsfragen in Südtirol (11:00)

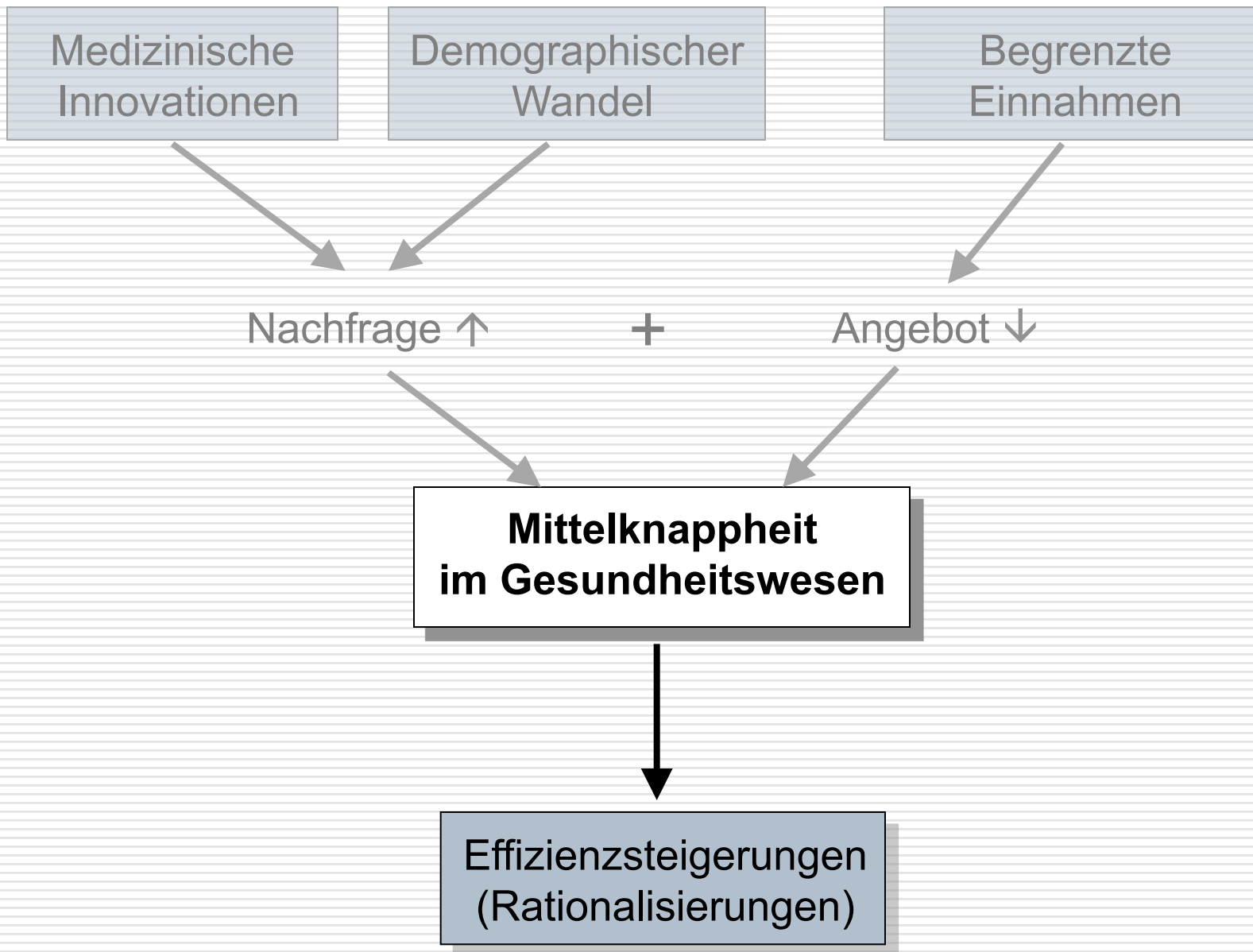
Makroebene: Dr. Martin M. Lintner

Mesoebene: Dr. Deborah Mascalonzi

Mikroebene: Dr. Clara Astner

Sie können selbst mitdiskutieren
in den 4 Workshops ab 14:00!





Rationalisierungen

- Ethische Priorität: Konvergenz von Ökonomischer und medizinisch-ethischer Rationalität
 - ⇒ Elimination von Über-, Unter- und Fehlversorgung
 - ⇒ Verbesserte Organisation und Integration der Versorgung
 - ⇒ Stärkung der Gesundheitsmündigkeit & Prävention
- Wichtig: Nicht nur Unterlassung ineffektiver Maßnahmen, sondern (vor allem) **richtige Indikationsstellung effektiver Maßnahmen!**
- ⇒ Evidenzbasierte Medizin (Studien, Leitlinien) & Health Technology Assessment (HTA)
- ⇒ *Vortrag Dr. Horand Meier (10:15)*
- Herausforderungen:
 - Umsetzung methodisch schwierig, politische Widerstände
 - Erfordert strukturelle Veränderungen
 - Wirkungslatenz (vgl. Leitlinien), kann Kosten steigern

Medizinische Innovationen

Demographischer Wandel

Begrenzte Einnahmen

Nachfrage ↑

+

Angebot ↓

Skylla

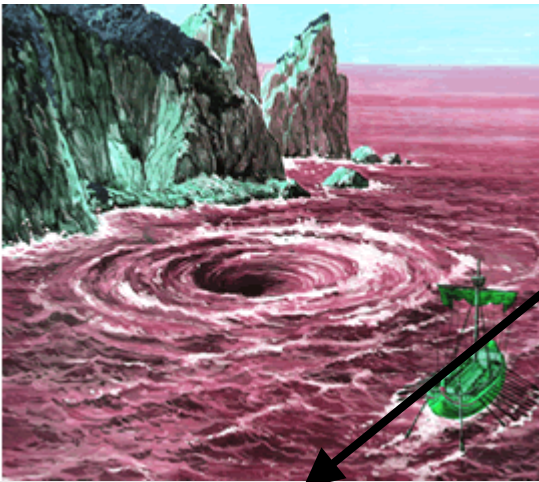
Charybdis

**Mittelknappheit
im Gesundheitswesen**

Effizienzsteigerungen
(Rationalisierungen)

Erhöhung der Mittel im
Gesundheitswesen

Leistungsbegrenzungen
(Rationierungen)



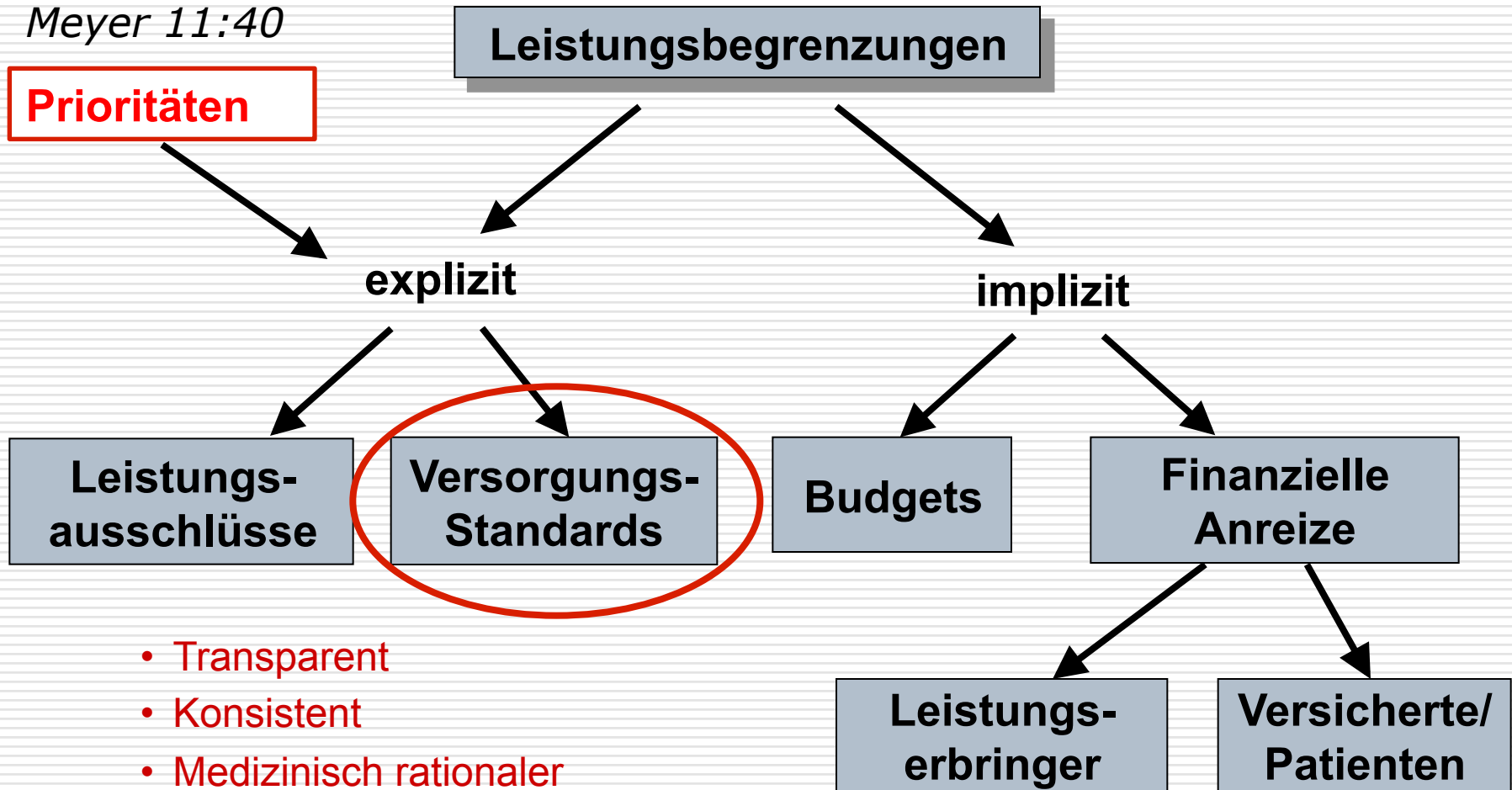
Fazit - 3

- Rationalisierungen haben höchste Priorität bei der Allokation von Gesundheitsressourcen.
- Rationalisierungen allein werden aber nicht ausreichen, um den Kostendruck durch Innovationen und Demographie dauerhaft zu kompensieren.
- Es gibt gute Gründe die (öffentlichen) Gesundheitsausgaben zu begrenzen.
- Damit werden Leistungsbegrenzungen („Rationierungen“) unausweichlich.

Leistungsbegrenzungen

- **Gerechtigkeitsfrage:**
Wie können die begrenzten Gesundheitsressourcen **gerecht** verteilen werden?
- **Wer** soll über die Leistungsbegrenzungen entscheiden?
- Nach welchen **Kriterien**?

Prioritäten



- 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

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
- ⇒ Anwendung auf Makro-, Meso- & Mikroebene
- ⇒ Abwägung der Kriterien erfordern faire (politische) Entscheidungsprozesse!

Fazit - 4

- Die Verteilung begrenzt verfügbarer Gesundheitsressourcen wirft auf verschiedenen Ebenen Fragen der Gerechtigkeit auf.
- Allokationsentscheidungen sollten sich deshalb an *formalen* und *materiellen* ethischen Kriterien orientieren.
- Dies ermöglicht faire Entscheidungsprozesse und ethisch gut begründete Entscheidungen.
- Wie dies in Südtirol realisiert werden kann, werden wir im Verlauf der Tagung weiter diskutieren! 😊

Medizinische Innovationen

Demographischer Wandel

Begrenzte Finanzmittel

Nachfrage ↑

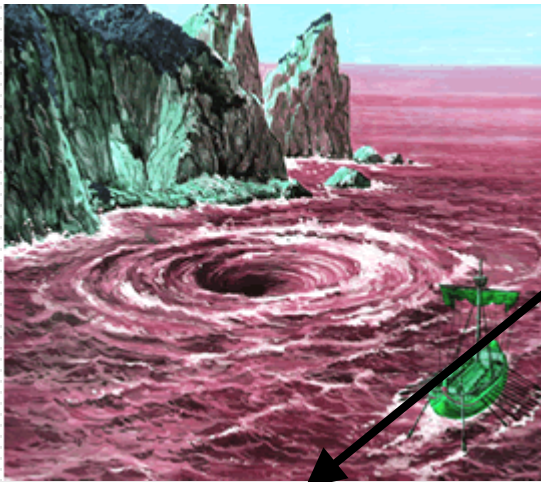
+

Angebot ↓

Charybdis

Skylia

**Mittelknappheit
im Gesundheitswesen**



Erhöhung der Mittel im
Gesundheitswesen

Effizienzsteigerungen
(Rationalisierungen)

Leistungsbegrenzungen
(Rationierungen)

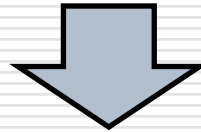
Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

□ **Literatur:**

- Marckmann G, Gesundheit und Gerechtigkeit. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2008;51(8):887-894
- Kontakt (Sonderdrucke etc.): marckmann@lmu.de
- Folien: www.egt.med.uni-muenchen/marckmann

Rahmenbedingungen

- Demographischer Wandel & Innovationen ⇒ Ausgaben↑
- Steigender Altenquotient ⇒ Einnahmen↓
- Bereits heute: verdeckte Rationierung
- (erhebliche) Wirtschaftlichkeitsreserven im System
- Sozioökonomisch bedingte Ungleichheiten der Gesundheitschancen



Priorisierung & „Rationierung“ offen diskutieren?

Ja

Nein

Vorteile:

- Öffentliches Problembewusstsein↑
- Priorisierung ⇒ gezielter Einsatz begrenzter Ressourcen
- Orientierung & Vorgaben für bereits bestehende „Rationierung“ ⇒ gerechtere Zuteilung
- Vorbereitung auf steigenden Kostendruck
- Reallokation von Ressourcen für prioritäre Gesundheitsbedürfnisse

Nachteile:

- Vernachlässigte Rationalisierung (?)
- Zweiklassenmedizin (?)
- Verlust von Wählerstimmen (?)

Vorteile:

- Umfassendere, qualitativ hochwertigere Versorgung (?)
- Politisch leichter Weg (?)

Nachteile:

- Intransparenz des Systems
- Fortgesetzte (& vermutlich zunehmende) verdeckte Rationierung ⇒ Ungleichheiten in der Versorgung
- Keine Identifizierung prioritärer Versorgungsbedarfe
- Keine Vorbereitung auf zunehmenden Kostendruck