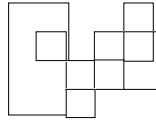


Gesundheit und Ökonomie in der Medizin:

Die (medizin)ethische Perspektive

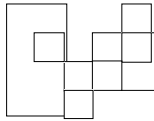
Univ.-Prof. Dr. med., med. dent. et phil. D. Groß
Institut für Geschichte, Theorie & Ethik der Medizin
Klinisches Ethik-Komitee
Universitätsklinikum Aachen

Haus der Ärzteschaft, 16.03.2013

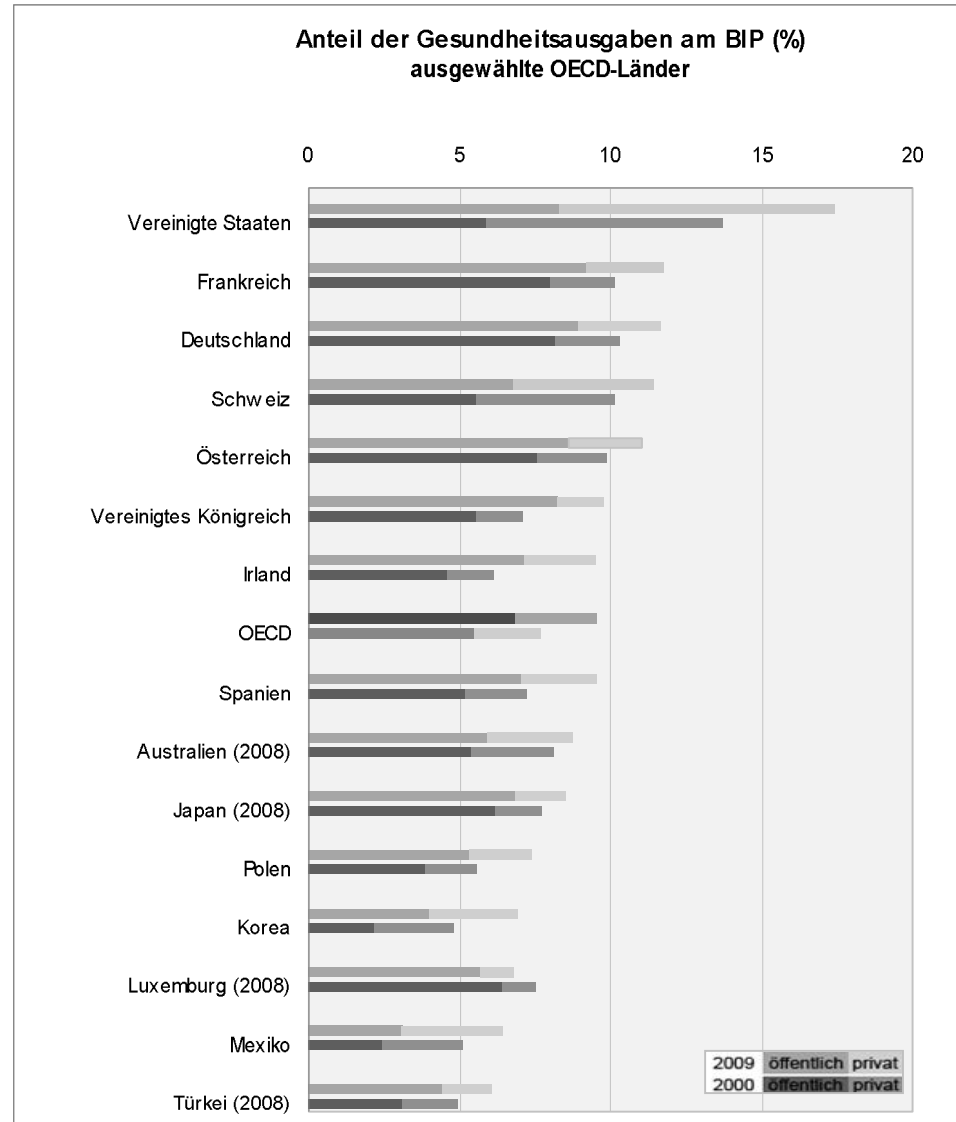


Inhalt

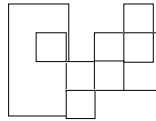
1. Die finanzielle Situation im Gesundheitswesen
2. Deutschland als *aging society* – im internationalen Vergleich
3. Gesundheitspolitische und sozialetische Herausforderungen
4. Gesundheit um jeden Preis? Die ethische Perspektive
5. Strategien der Begrenzung von Gesundheitsausgaben
6. Was ist gerecht? Überlegungen zwischen Ökonomie und Ethik
7. Ethisch relevante Eckpunkte von Reformen



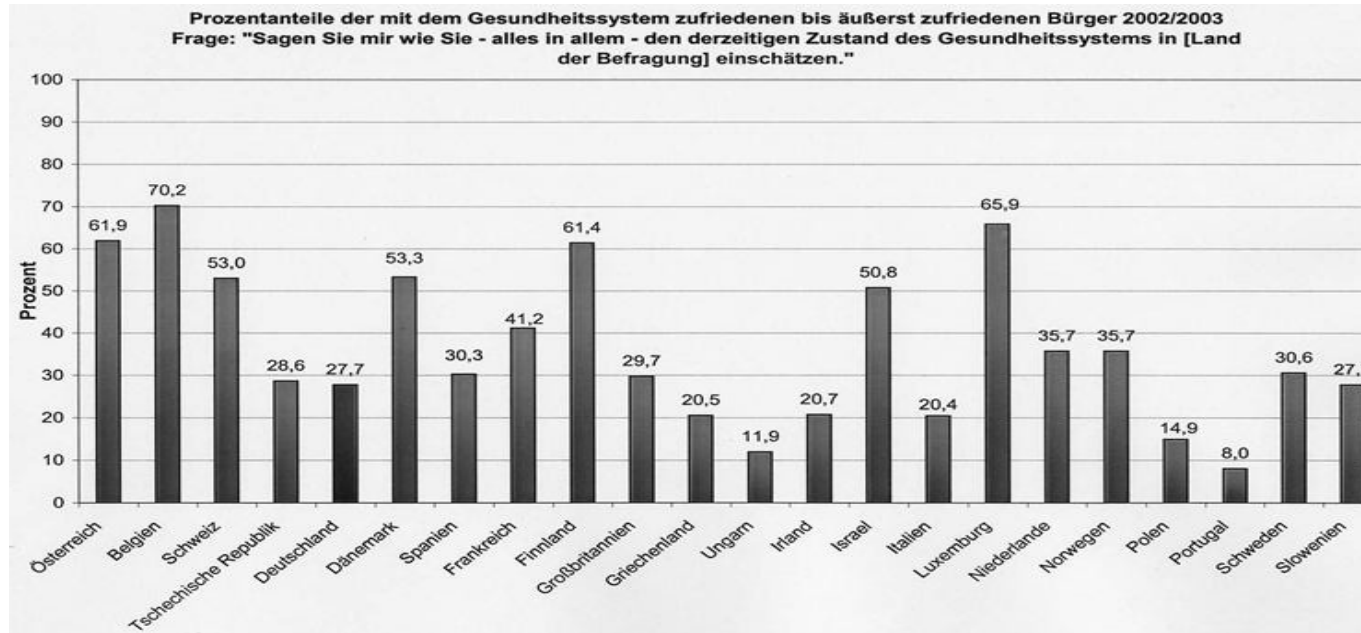
1. Die finanzielle Situation im Gesundheitswesen



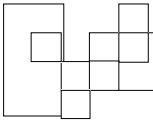
Quelle:
OECD 2011



1. Die finanzielle Situation im Gesundheitswesen

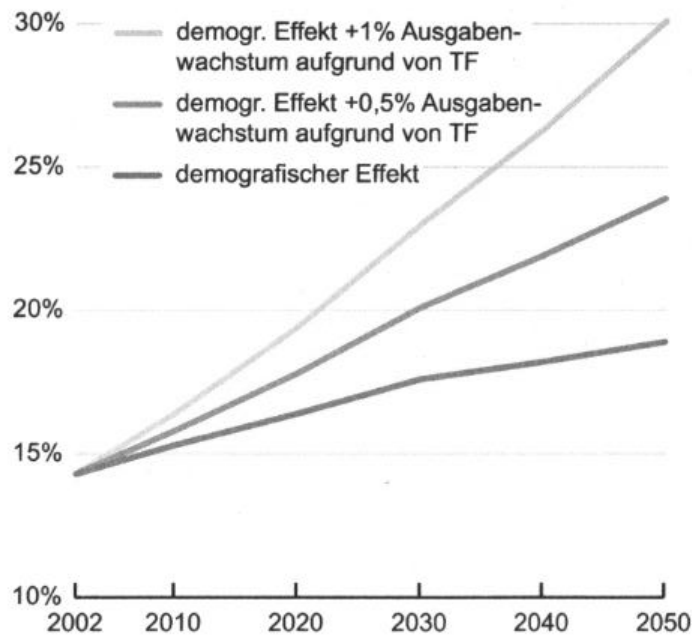


Der Bertelsmann Gesundheitsmonitor verzeichnet seit 2001 einen ansteigenden Anteil von Befragten, die „befürchten, ihre Krankenkasse (übernimmt) zukünftig nicht mehr die Leistungen, die für sie wichtig sind“ (2001: knapp über 60%, 2009 knapp über 70%).



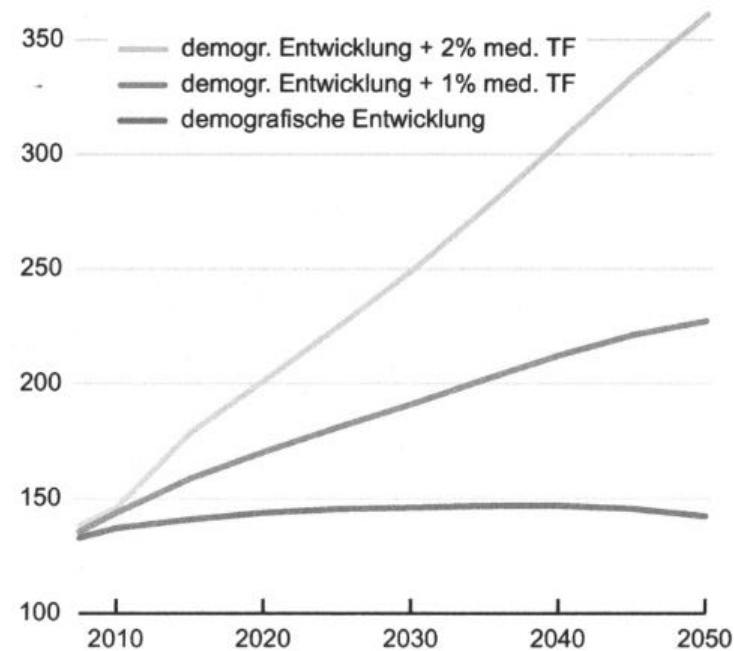
1. Die finanzielle Situation im Gesundheitswesen

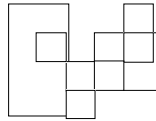
Prognose der Beitragssätze zur GKV nach Karte/Henke, 2002-2050



RZ-Grafik / Datenquelle: Henke/Reimers (2006), IGSF (2005).

Prognose der jährlichen Leistungsausgaben der GKV nach Beske, 2005-2050 (in Mrd. Euro)

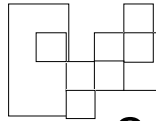




1. Die finanzielle Situation im Gesundheitswesen

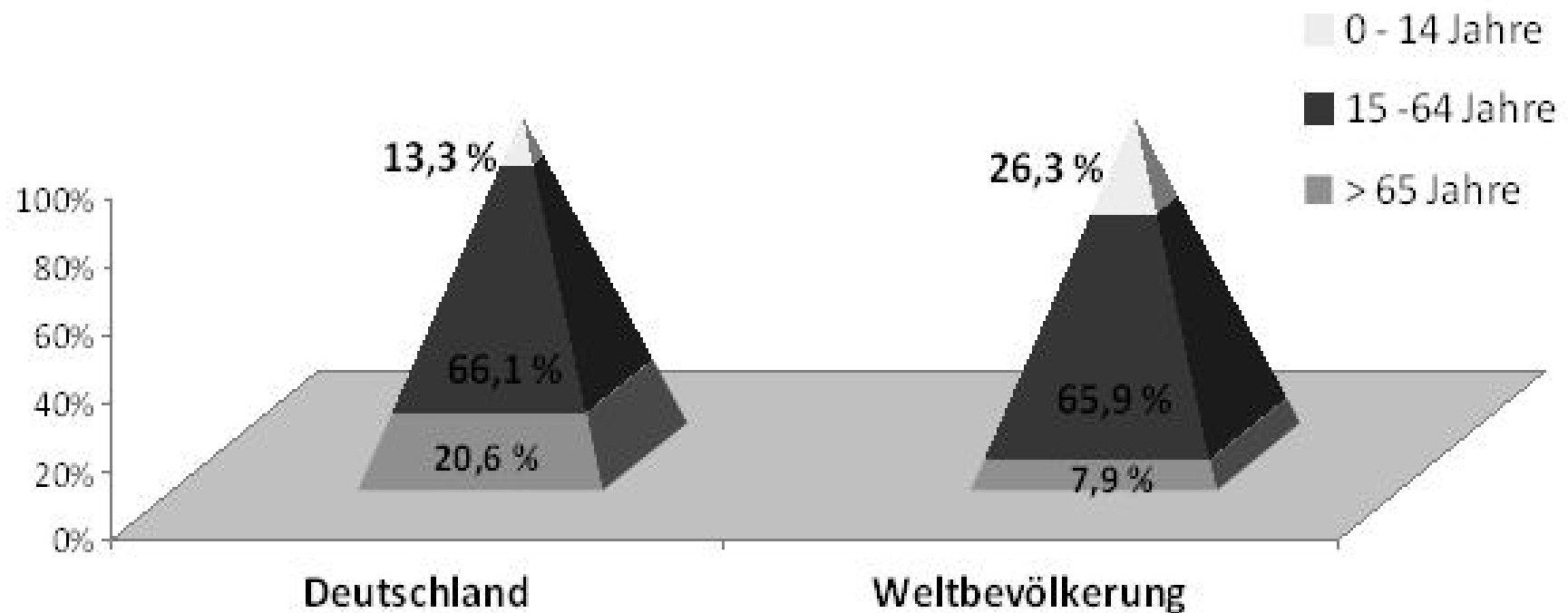
Gründe für die steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen:

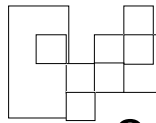
- Medizinisch-technischer Fortschritt
- Wachsende Ansprüche an das Gesundheitswesen
- Leistungsausweitungen durch angebotsinduzierte Nachfrage
- Änderung der Familienstruktur (Single-Haushalte↑)
- Veränderung des Krankheitsspektrums (wachsender Anteil behandlungsintensiver chronischer Erkrankungen)
- Demographische Entwicklung: Deutschland als aging society



2. Deutschland als *aging society* – im internationalen Vergleich

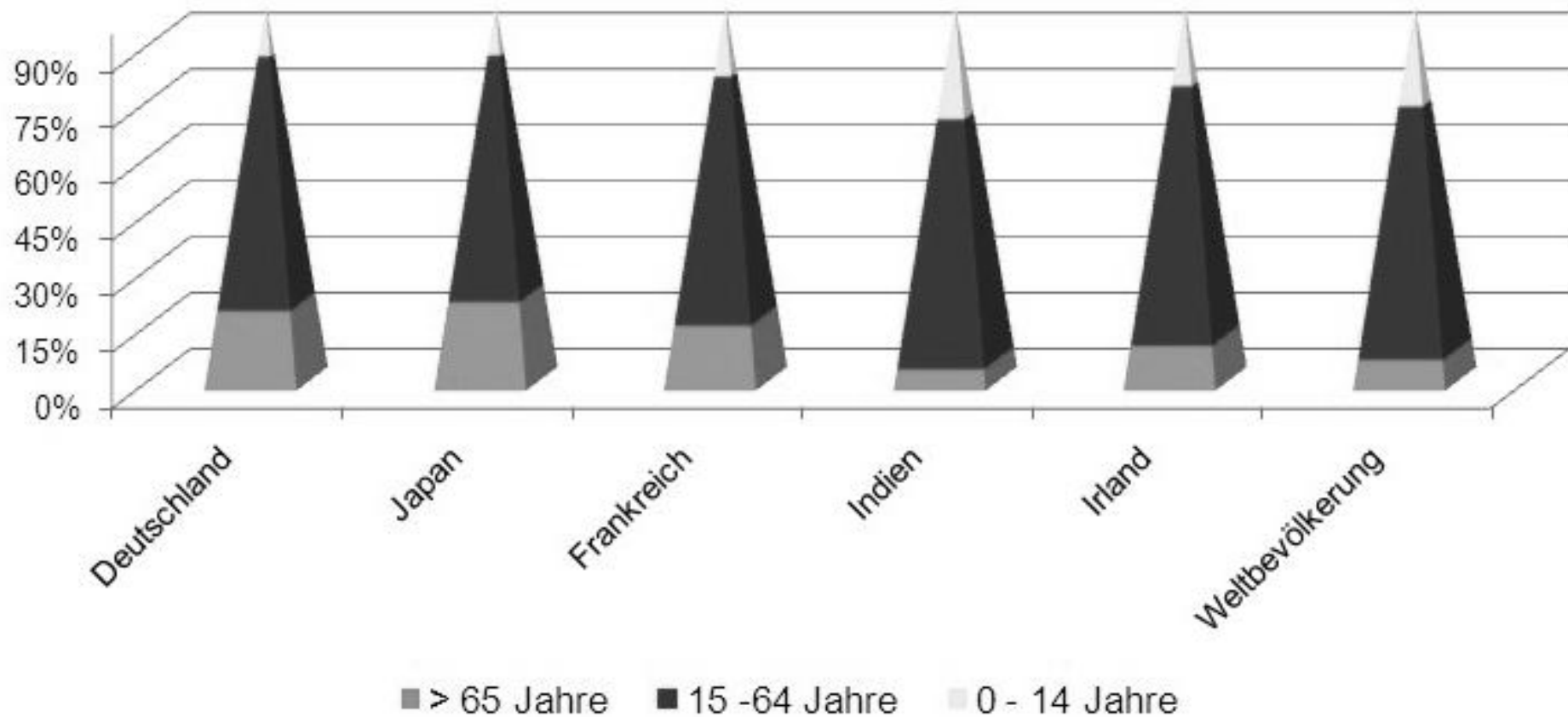
Altersstruktur der Bevölkerung - Deutschland und die Welt

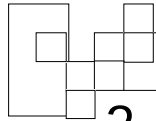




2. Deutschland als *aging society* – im internationalen Vergleich

Altersstruktur der Bevölkerung





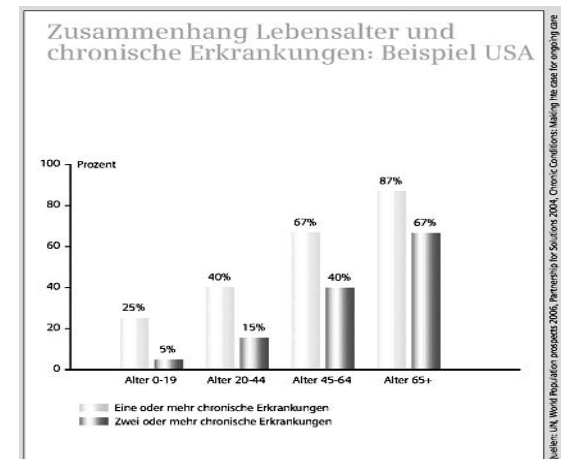
3. Gesundheitspolitische und sozialetische Herausforderungen

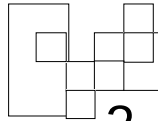


■ Demographischer Wandel

□ Mehrfacheffekte:

- Quantitative Zunahme älterer, chronisch kranker bzw. multimorbider Patienten
→ höhere Ausgaben der GKV
- Quantitative Abnahme jüngerer Menschen (auch in der Versorgung älterer Menschen)
→ geringere Einnahmen der Sozialkassen
→ Arbeitskräftemangel in Pflege/ Altenversorgung





3. Gesundheitspolitische und sozialethische Herausforderungen

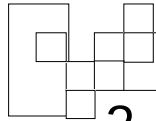


■ Begrenztheit der finanziellen Ressourcen:

Das Gesundheitswesen konkurriert mit Sektoren wie

- Bildung
- Bekämpfung von Armut/Arbeitslosigkeit
- Innere Sicherheit
- Infrastruktur etc.

→ Eine Erhöhung der Gesundheitsausgaben würde mit Einschränkungen in anderen sozialstaatlichen Bereichen erkauft.



3. Gesundheitspolitische und sozialetische Herausforderungen



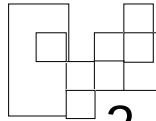
■ Begrenzte Einnahmen

□ Einnahmen der GKV: Versicherungsbeitrag aktuell an Lohnnebenkosten gekoppelt, aber...

- Steigender Anteil von Personen im Rentenalter
- Frühverrentungen
- Arbeitslosigkeit



Einnahmeproblem für
Krankenkassen

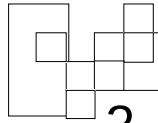


3. Gesundheitspolitische und sozialetische Herausforderungen



- Medizinisch-technischer Fortschritt
 - Wachsende Anspruchshaltung
 - Angebotsinduzierte Nachfrage (vgl. wunscherfüllende Medizin)
 - Medizinische Maßnahmen werden mit zunehmendem Fortschritt kostenintensiver
 - Bsp. Kosten für die Behandlung eines Herzinfarktes
- | | |
|------------------|----------|
| 1985: | 2.000 DM |
| Bypass-OP heute: | 22.000 € |



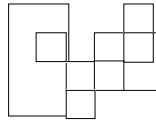


3. Gesundheitspolitische und sozialethische Herausforderungen



→ Wie viele bzw. welche Gesundheitsleistungen
brauchen wir(?)

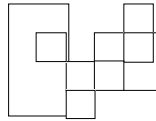




4. Gesundheit um jeden Preis? Die ethische Perspektive

Gesundheit als *konditionales Gut*,
d.h. als zentrale Voraussetzung für die
Realisierung von Lebensplänen
→ Grundbedingung für die Chancengleichheit in der
Gesellschaft (*Norman Daniels*)

Ausrottung von Krankheit als *verfehltes Ziel*,
d.h. die primäre Aufgabe der Medizin ist die
Erleichterung des Lebens unter den Bedingungen
von Krankheit und Tod
→ Arrangement mit dem „Übel“ (*Daniel Callahan*)



4. Gesundheit um jeden Preis? Die ethische Perspektive

De facto vollzieht sich ein **Paradigmenwechsel:**

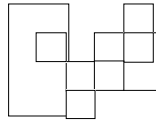
Bisher:

Was können wir tun, um uns weiterhin alles leisten zu können? (→ Rationalisierung)

Künftig:

Welches Gesundheitssystem können und wollen wir uns zu welchem Preis leisten?

(→ Rationierung & Priorisierung)



5. Strategien der Begrenzung von Gesundheitsausgaben

Rationalisierung: Effizienzsteigerung durch bessere Nutzung vorhandener Möglichkeiten

- Verbesserungen an den Schnittstellen zwischen ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung, Verbesserung der Versorgungsqualität
- Nutzung von Einsparpotentialen – Beispiel AMNOG [Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes]: Preisvereinbarung für neue Arzneimittel

→ *ethisch kaum umstritten, als Problemlösungsstrategie jedoch nicht hinreichend*

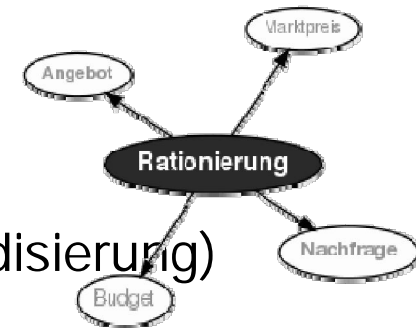




5. Strategien der Begrenzung von Gesundheitsausgaben

Rationierung: Zuteilung/Vorenthaltung nur beschränkt vorhandener Güter und Dienstleistungen

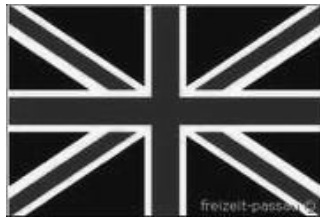
- implizit (verborgen) vs. explizit (öffentlich)
(Bsp.: Budgetierung in Facharztpraxen vs. Standardisierung)
- hart vs. weich
(Bsp.: Ein Mehr an Leistungen ist ausgeschlossen vs. möglich)
- direkt vs. indirekt
(Bsp.: Entscheidung im Einzelfall vs. Entscheidung auf der Planungsebene)



→ *Maßnahmen sind ethisch unterschiedlich zu bewerten*



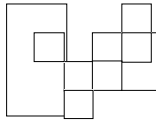
5. Strategien der Begrenzung von Gesundheitsausgaben



Zur Rationierung:

Der „Problemfall“ Großbritannien

- Denial (Verweigerung)
- Deflection (Umlenkung)
- Delay (Hinhalten)
- Dilution (Ausdünnung)
- Deterrence (Abschreckung)



5. Strategien der Begrenzung von Gesundheitsausgaben

Zur Rationierung:

Der „Problemfall“ Großbritannien am Beispiel Dialyse



„I would say that (...) there is very little that anybody can do about it because of her age und her general physical state, and that it would be my advice that we spare her any further investigation, any other painful procedure and we would just make her as comfortable as we can for what remains of her life.“

(Aaron/Schwartz, The painful Prescription)

→ keine direkte Rationierung, keine verborgene Rationierung;
keine Rationierung ohne Prioritätensetzung



5. Strategien der Begrenzung von Gesundheitsausgaben

Priorisierung: Verfahren, mit dem die Vorrangigkeit

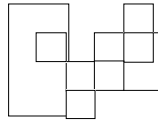
- bestimmter Indikationen,
- Patientengruppen oder
- medizinischer Verfahren

vor anderen festgestellt werden soll



Posterriorisierung: gegenteiliges Vorgehen

Grundsätzlich führt Priorisierung zu einer mehrstufigen Rangreihe. An deren oberen Ende steht, was [im Rahmen gesellschaftlich geklärter Ziele, Werte, Normen und Kriterien] nach Datenlage und fachlichem wie öffentlichem Konsens als unverzichtbar bzw. dringlich erscheint, am Ende das, was wirkungslos ist bzw. mehr schadet als nützt.



5. Strategien der Begrenzung von Gesundheitsausgaben

Priorisierung am Beispiel Oregon

1987 Ausschluss von Transplantationen im Medicaid-Programm aus Kostengründen

→ Fall Coby Howard

→ öffentlicher Protest

→ 1989/90 Erstellung einer Prioritätenliste

→ 1991ff Fortwährenden Umarbeitung der Liste, zunehmende Entfernung vom ursprünglichen Ziel der Kostendämpfung



5. Strategien der Begrenzung von Gesundheitsausgaben

Priorisierung am Beispiel des niederländischen Gesundheitssystems

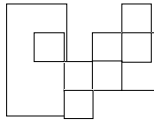


Explizite Kriterien („Dunning-Kriterien“)

- Bedürftigkeit/Notwendigkeit
- Wirksamkeit
- Kosteneffektivität
- (Eigenverantwortung)

Nur wenn eine Therapie durch alle vier Kriterien hindurchgelangt („Dunning-Filter“), sollte sie für eine Kostenübernahme in Frage kommen.

→ Jede Gesellschaft muss für sich definieren, was sie für gerechte Kriterien hält.



5. Strategien der Begrenzung von Gesundheitsausgaben

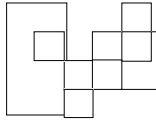


Abbildung 2: »Wenn es keine andere Möglichkeit der Kosteneingrenzung im Gesundheitswesen als die einer Rationierung gäbe, welche Gruppen sollten im Bedarfsfall weniger Leistungen erhalten?«



Priorisierung

Quelle:
Müller/Groß 2009



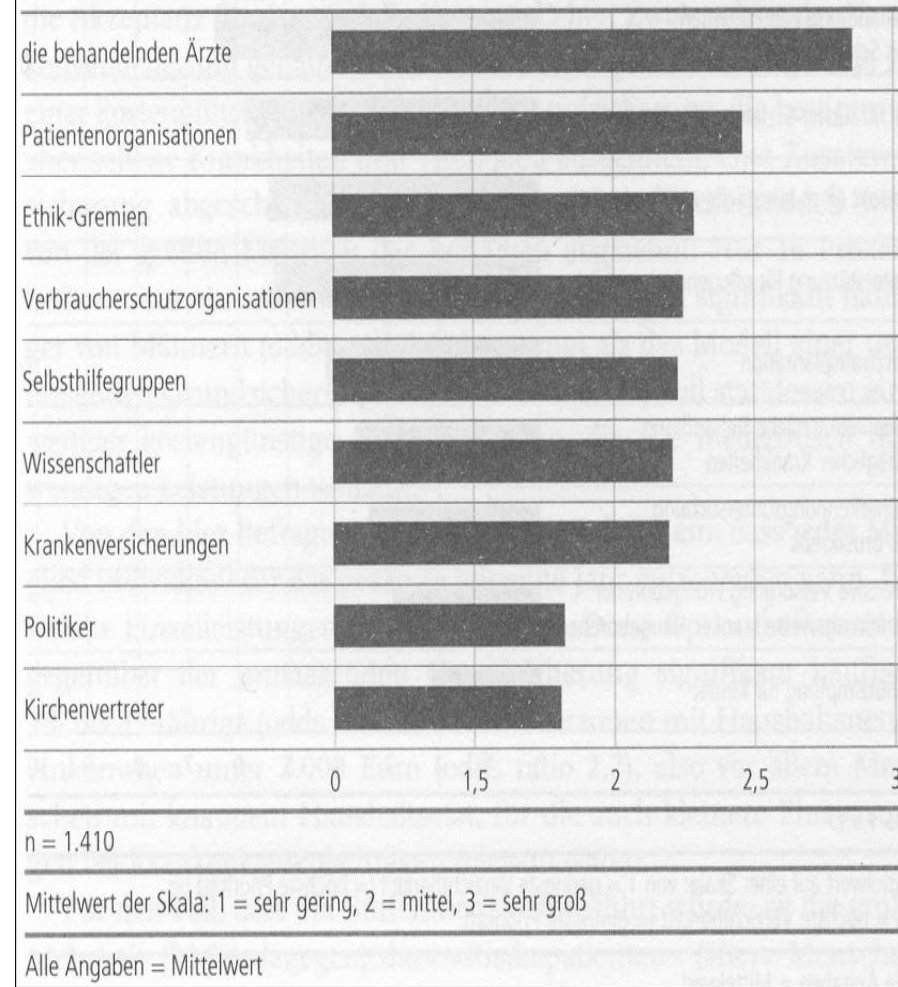
5. Strategien der Begrenzung von Gesundheitsausgaben

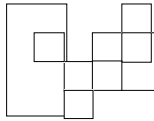
Priorisierung



Quelle:
Müller/Groß 2009

Abbildung 3: »Wie groß sollte der Einfluss folgender Gruppen sein, wenn darüber entschieden würde, bei welchen Patienten und welchen Therapien eine Rationierung durchgeführt wird?«



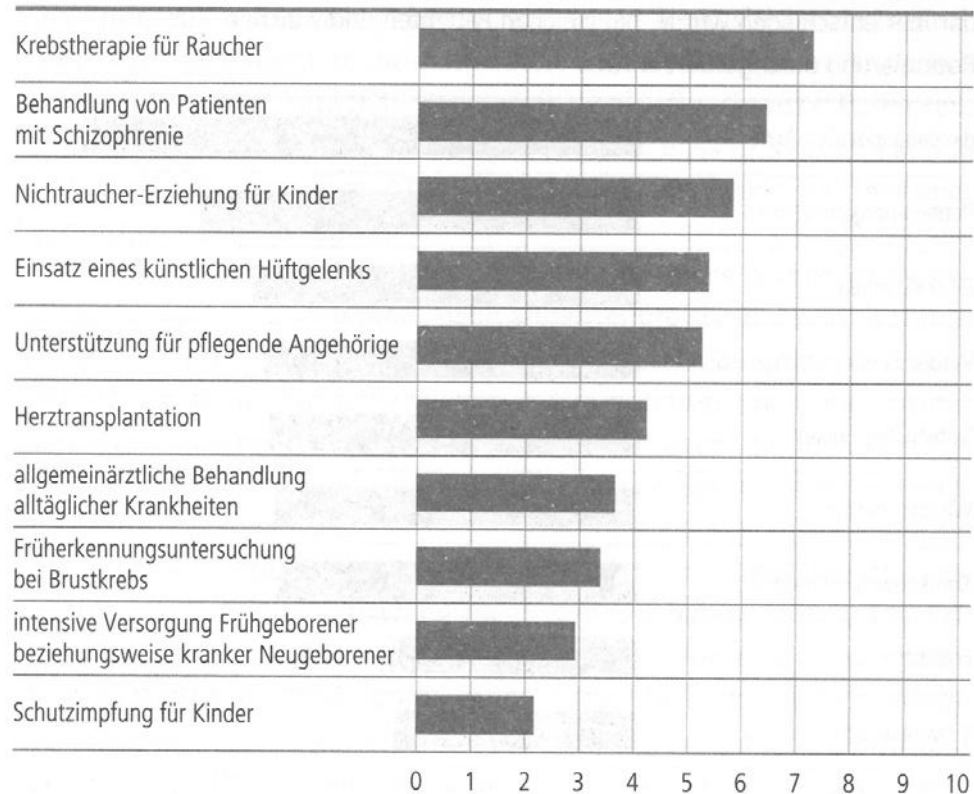


5. Strategien der Begrenzung von Gesundheitsausgaben

Priorisierung



Abbildung 4: Verzichtbarkeit (geringe Priorität) von medizinischen Leistungen



n = 1.437

Mittelwert auf einer Skala: von 1 = geringste Verzichtbarkeit (= höchste Priorität) bis 10 = höchste Verzichtbarkeit (= geringste Priorität)

Alle Angaben = Mittelwert

Quelle:
Müller/Groß 2009

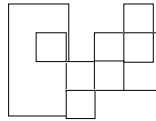


6. Was ist gerecht? Überlegungen zwischen Ökonomie und Ethik

Kriterien für eine gerechte Mittelverteilung am Beispiel der Organtransplantation



- Chancengleichheit/Egalität
 - *Bsp. Losentscheid*
- Nutzenmaximierung/Utilitarismus
 - *Bsp. QALYs*
- Schadensvermeidung
 - *Bsp. Überlebensfähigkeit*
- Soziale Wertigkeit oder Würdigkeit
 - *Bsp. Junge Mutter vs. älterer Straffälliger*

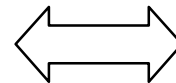


6. Was ist gerecht? Überlegungen zwischen Ökonomie und Ethik

Kriterien für eine gerechte Mittelverteilung

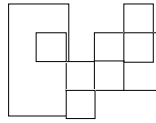
Ethisches Dilemma

*Bewertung
menschlichen Lebens
unter finanziellen
Gesichtspunkten*



*Ethische Grundannahme:
Menschliches Leben ist
„unbezahlbar“ bzw. nicht in
Geldwerten zu bemessen*

- Kombination verschiedener Gerechtigkeitskriterien
- Gerechte Verteilung ist keine mathematische Aufgabe.



7. Ethisch relevante Eckpunkte von Reformen

■ Diskursform

- Offene Diskussion
- Partizipative Diskussion



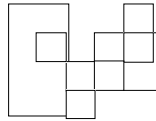
■ Transparenz

- Kostentransparenz
- Interessentransparenz

■ Qualitätsstandards

- Arbeitsqualität
- Angebotsqualität
- Wirtschaftlichkeit



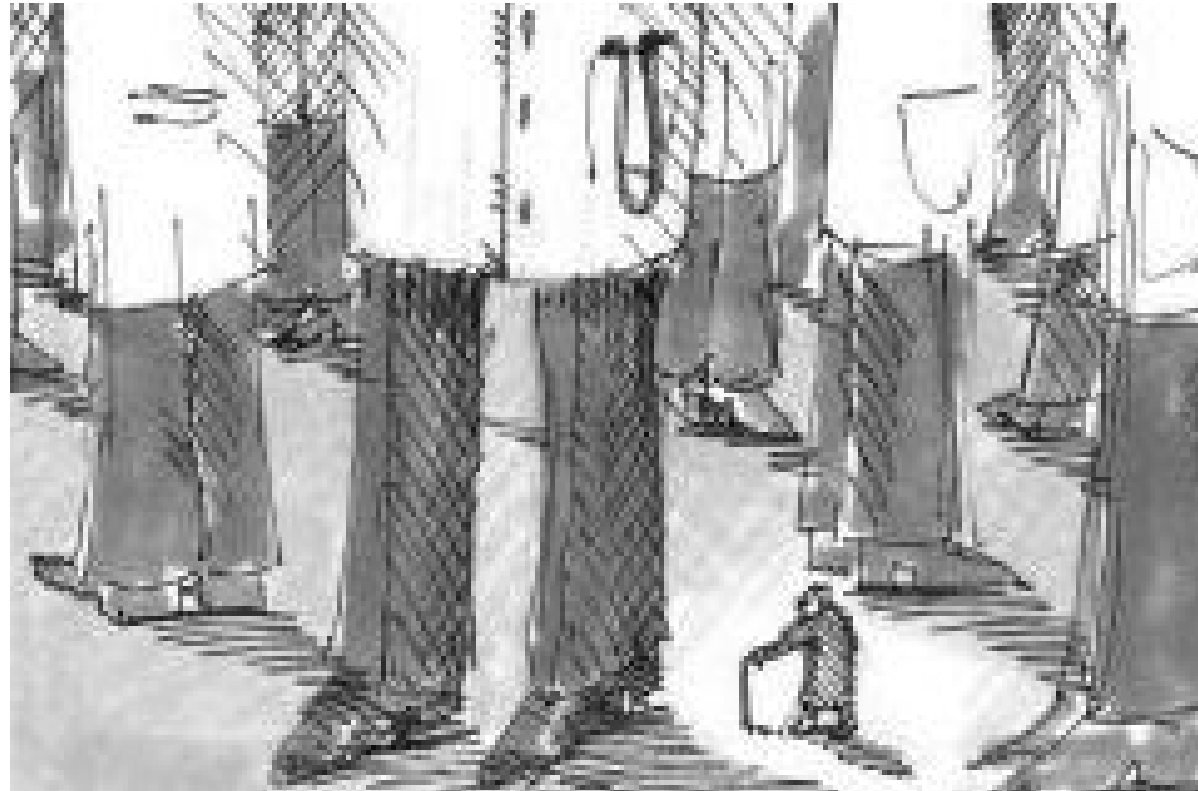
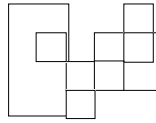


7. Ethisch relevante Eckpunkte von Reformen

■ Leistungskriterien

- Priorisierung *anstelle von* (bzw. *vor*) Rationierung
- Festhalten am Prinzip der Solidarität – zumindest Grundversorgung nach dem Egalitätsprinzip
- Keine streng utilitaristische Orientierung
- Zurückhaltende Einführung von Neuerungen
- Widerspruchsrechte/Widerspruchsverfahren





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!