

FRANKFURTER FORUM ■ DISKURSE

Priorisierung, Rationierung – Lösungsansätze



Heft 4
Oktober 2011
ISSN 2190-7366

FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen



Ziele

Das Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen will zentrale Fragen in der Gesellschafts- und Gesundheitspolitik mit führenden Persönlichkeiten aus Politik, Wissenschaft und Gesellschaft diskutieren und versuchen, darauf Antworten zu geben. Die unterschiedlichen ethischen, medizinischen, ökonomischen, politischen und rechtlichen Standpunkte sollen transparent und publik gemacht werden. Anregungen und Handlungsempfehlungen sollen an die Entscheider in Politik und Gesundheitssystem weitergegeben werden, um so an dessen Weiterentwicklung mitwirken zu können.



Heft 4
September 2011
ISSN 2190-7366

FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen

Inhalt

Krankenkassen im Plus – dies wäre Gelegenheit für eine Debatte über Priorisierung 4

Priorisierung, Rationierung – Lösungsansätze

RAINER HESS

Strukturierte zielorientierte Versorgung aus Sicht des G-BA – das Beispiel Depression 6

GEORG MARCKMANN

Die Kosten-Nutzen-Bewertung als Allokationsinstrument – eine ethische Analyse 14

HERBERT REBSCHER

Erwartungen der Krankenkassen an die Kosten-Nutzen-Bewertung 26

HEINER RASPE

Priorisierung medizinischer Leistungen in Schweden: Was können wir lernen? 34

Modus und institutionelle Plattform für eine Priorisierungsdebatte in Deutschland sind noch nicht gefunden 42

Krankenkassen im Plus – dies wäre Gelegenheit für eine Debatte über Priorisierung

GUDRUN SCHAICH-WALCH, STAATSSSEKRETÄRIN A.D. | DR. JÜRGEN BAUSCH



Eine breite fachliche Debatte über Priorisierung im Gesundheitsbereich ist ethisch geboten und erforderlich. Eine mutlose Verweigerung dieses Disputs wird zunehmend unredlicher. Denn wenn es auch immer verneint wird, findet „versteckte“ Rationierung in unserer Krankenversorgung doch statt und betroffen davon sind am wahrscheinlichsten die Patienten, denen es an den notwendigen Kenntnissen und Diskussionsfähigkeiten fehlt. In der längst fälligen Diskussion wird es besonders darauf ankommen, die vorhandenen Mittel bestmöglichst und gerecht einzusetzen, um die Akzeptanz für unser Gesundheitswesen nicht zu gefährden. Denn nur solange die Menschen davon überzeugt sind, dass Jede und Jeder Zugang zur notwendigen Versorgung hat, werden sie auch bereit sein, die erforderliche Finanzierung solidarisch zu sichern. Wobei der Zugang zu Innovationen nicht durch bürokratische Hürden im System künstlich behindert werden darf.

Leider verweigert sich die offizielle Politik noch immer jeder Diskussion zum Thema Priorisierung und setzt diese trotz besseren Wissens mit Rationierung gleich. Priorisierung bedeutet, dass die vorhandenen Mittel auch bei wachsendem Bedarf der alternden Gesellschaft und medizinisch-technischem Fortschritt auf das Wesentliche und medizinisch Sinnvolle konzentriert werden

müssen. Das setzt eine öffentliche Debatte über zu erreichende Gesundheitsziele und die daran anschließende Festlegung der Rangfolge bestimmter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden voraus. Dies erfordert aber auch, dort auf Leistungsangebote zu verzichten, wo der patientenbezogene Nutzen nicht belegt ist. Rationierung hingegen steht für das Vorenthalten medizinisch notwendiger Leistungen. Diese neue Ausgabe des „Frankfurter Forums“ berichtet umfassend über die Begrifflichkeiten aus unterschiedlichen Blickwinkeln und über Lösungsansätze in Skandinavien; die Ergebnisse aus unserer Frühjahrstagung.

Darüber hinaus sei auf ein aktuelles Priorisierungsbeispiel in Deutschland verwiesen: Es reicht ein Blick in den wissenschaftlichen Dienst des Deutschen Bundestages: Transparenz und politische Legitimation waren Vorläufer einer getroffenen Entscheidung. Die Impfverordnung gegen die neue Influenza A (H1N1) besagt nämlich, dass anders als bei einer Rationierung nicht bestimmte Bevölkerungsgruppen von der Impfung ausgeschlossen werden, sondern dass jede und jeder ein Anrecht auf die Impfung und die Kostenübernahme durch seine Krankenkasse hat. Die beschlossene Priorisierung bestand seinerzeit darin, den Impfstoff zunächst bestimmten Risikogruppen (medizinischem Personal, Polizei) zur Verfügung zu stellen, weil zu befürchten war, dass nicht

genügend Impfstoff für alle zum gleichen Zeitpunkt verfügbar sein würde. Glücklicherweise ist uns ein Feldversuch unter „Real life“-Bedingungen erspart worden.

Als Vorbild einer geordneten öffentlichen Debatte, die sehr viel Zeit in Anspruch nahm, können Norwegen und Schweden gelten, denen es gelungen ist, konkrete Vorgaben zu machen: Kern dieses beispielgebenden „skandinavischen“ Vorgehens ist die strikte Befolgung von vereinbarten Zielen und Wegen aller Akteure im System zur Lösung von häufig vorkommenden Patientenproblemen auf der Basis fach- und evidenzbasierter Leitlinien und Behandlungspfade. Davon sind wir in Deutschland weit entfernt – insbesondere bei der Anwendung der Kriterien einer rationalen und rationellen Pharmakotherapie mit allen Ausprägungen einer Über-/Unter- und Fehlversorgung.

Voraussetzung einer solchen Debatte, zu deren Anstoß wir beitragen wollen, ist gesichertes Wissen über die Versorgungsrealität, die Möglichkeiten und die Grenzen der Kosten-/Nutzen-Bewertung und eine breite Diskussion über Kriterien für eine Priorisierung, auf die man sich letztendlich festlegen muss. Das wird ohne rechtlich verbindliche Festschreibung nicht funktionieren. Den Kundigen ist beim Aufzeigen möglicher Lösungsansätze (z.B. Schweden) durchaus bewusst, dass ein staatliches

Gesundheitswesen über andere Instrumente verfügt als dies in einer solidarisch finanzierten Zwangsversicherung der Fall ist, der der Wettbewerb auf die Fahnen geschrieben wurde und in der Unternehmens- und Versicherteninteressen zu berücksichtigen sind.

In diesem Jahr werden die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung annähernd 180 Milliarden Euro betragen. Die gesetzlichen Krankenkassen haben im ersten Halbjahr 2011 einen Überschuss von 2,4 Milliarden Euro erwirtschaftet und auch der Gesundheitsfonds hat Rücklagen gebildet. Dies wäre eine komfortable Situation, ohne aktuellen Kostendruck die notwendige Debatte zu beginnen. Nichts wäre schlimmer, als diese Diskussion unter dem Diktat bereits zu knapper Mittel beginnen zu müssen. Und zwar gerade deshalb, weil die in diesem Kontext bereits bekannten Totschlagargumente rücksichtslos jeden noch so rationalen Denkansatz torpedieren werden. Das beginnt beim drohenden Verlust von Arbeitsplätzen, geht über den Vorwurf der Innovationsfeindlichkeit und endet beim Winken mit dem Leichtentuch. Genau deswegen macht es Sinn, heute mit der Priorisierungsdebatte zu starten.

Kontakt:

Dietmar Preding | Health Care Relations | Mozartstrasse 5 | 63452 Hanau | E-Mail: dp-healthcarerelations@online.de

Priorisierung, Rationierung – Lösungsansätze: Strukturierte zielorientierte Versorgung aus Sicht des G-BA – das Beispiel Depression

DR. RAINER HESS, UNPARTEIISCHER VORSITZENDER DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES



Es gibt zum Thema einer strukturierten zielorientierten Versorgung keine Beschlussfassung des G-BA. Zum Thema Depression wurde allerdings vom Plenum eine Versorgungsanalyse durch die Fachberatung Medizin in Zusammenarbeit mit einer dafür gebildeten Arbeitsgruppe in Auftrag gegeben, deren Ergebnis in der Plenumsitzung am 17. Februar 2011 vorgestellt wurde. Diese Versorgungsanalyse soll für den G-BA die Frage beantworten, ob neben der bisherigen Abarbeitung von Einzelaufträgen eine parallele Ausrichtung der Arbeit des G-BA an priorisierten Versorgungsproblemen und entsprechend hierfür unter Beteiligung von IQWiG (Leitlinienbewertung) und AQUA (Qualitätsindikatoren) erstellter Versorgungsanalysen für eine daran ausgerichtete gebündelte Auftragserteilung sinnvoll ist. Es hat dazu kein abschließendes Votum gegeben. Vielmehr soll die Auswertung der Analyse unter Einbeziehung der Unterausschüsse bis September 2011 fortgesetzt werden, um geeignete Handlungsfelder zu definieren.

Sektorenübergreifende Struktur des G-BA

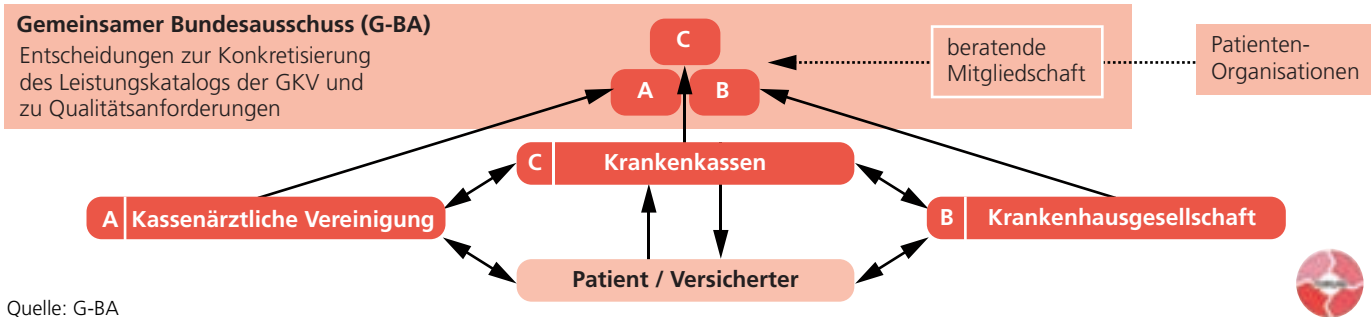
Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungs-Gesetz ist der G-BA in seiner Organisationsstruktur mit Wirkung vom 1. Juli 2008 sektorenübergreifend ausgerichtet worden. Es gibt nur noch ein Beschlussgremium, das in allen Angelegenheiten entscheidet. Dies entspricht der politisch gewollten sektorenübergreifenden Ausrichtung der medizinischen Versorgung. Die in den Eckpunkten der Regierungskoalition neu entwickelten Vorstellungen zu einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung („jeder darf, der kann“) machen diese Zielrichtung erneut deutlich.

Auch in den gesetzlichen Vorgaben zur Verfahrensordnung des G-BA ist als methodische Anforderung die wissenschaftliche sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens, einschließlich der Frühbewertung von Arzneimitteln vorgegeben. Diese sektorenübergreifende Ausrichtung trägt dem Umstand Rechnung, dass insbesondere als Folge der Einführung von DRG als Vergütungssystem für die Krankenhäuser die Verweildauer eines stationären Krankenhausaufenthaltes immer kürzer wird. Deren Ergebnisse können häufig erst in der ambulanten Nachbehandlung beurteilt werden. Außerdem wird nicht erst im Wettbewerbsstärkungs-Gesetz die Förderung integrierter Versorgungsstrukturen durch ein intensiviertes Angebot von Wahlтарifen im Vertragswettbewerb der Krankenkassen befürwortet.

Schon frühere Reformgesetze haben es sich auf die Fahnen geschrieben, den durch die Trennung von Krankenhausbehandlung und vertragsärztlicher Versorgung bestehenden Graben zwischen ambulanter und stationärer Versorgung insbesondere durch stärkere Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung zu überbrücken.

Akteure im Gemeinsamen Bundesausschuss und ihr Zusammenspiel

Rechtlicher Rahmen wird durch das SGB festgelegt; Rechtsaufsicht erfolgt durch das BMG



Quelle: G-BA

Erst im Jahr 2008 hat der G-BA eine sektorübergreifende Organisationsstruktur erhalten.

Entstanden ist diese für das deutsche Gesundheitswesen typische sektorale Aufteilung der medizinischen Versorgung dadurch, dass es den Krankenkassen im Sachleistungssystem grundsätzlich untersagt ist, die von ihnen als Naturalleistung ihren Versicherten geschuldete ärztliche/zahnärztliche Behandlung in eigenen Einrichtungen zu erbringen (§ 140 SGB V). Sie mussten und müssen die ärztliche Behandlung durch Vertragsabschlüsse mit Krankenhäusern und deren Verbänden einerseits sowie mit Kassen-/Vertragsärzten und deren Körperschaften andererseits erbringen lassen. Die jeweils zweiseitige gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen, von Zahnärzten und Krankenkassen und von Krankenhäusern und Krankenkassen hat hier ihren Ursprung. Dabei war diese gemeinsame Selbstverwaltung im vertragsärztlichen Bereich schon immer körperschaftlich durch Kollektivverträge und Richtlinien ausgestaltet (Bundesausschuss Ärzte/Zahnärzte-Krankenkassen).

Die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern/Krankenhausgesellschaften waren demgegenüber lange Zeit ausschließlich vertraglich ausgerichtet. Erst mit dem zur Methodenbewertung eingerichteten Krankenhausausschuss und mit dem 2002 sektorübergreifend eingerichteten Koordinierungsausschuss zur Beschlussfassung von DMP und zur sektorübergreifenden Steuerung von Über-, Unter- und Fehlversorgung wurden die Krankenhäuser zaghaft in eine vergleichbare gemeinsame Selbstverwaltungsstruktur eingebunden. Auch der 2004 errichtete Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner ersten Wahlperiode in der Besetzung von vier sektorbezogenen und zwei sektorübergreifend besetzten Ausschüssen entschieden. Erst 2008 wurden die Weichen

zu einer sektorenübergreifenden Organisationsstruktur des Gemeinsamen Bundesausschusses gestellt. Der jetzige Aufbau der Struktur der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Landes- und Bundesebene ergibt sich aus der Übersicht (vgl. Abb. Seite 7).

Überwiegend sektorenbezogene Ausrichtung der Aufgabenstellung des G-BA

Der sektorenübergreifenden Organisationsstruktur des G-BA ist die entsprechende sektorenübergreifende Ausrichtung der Aufgabenstellung des G-BA nur in der Qualitätssicherung gefolgt. Die in § 137 SGB V neu strukturierte Qualitätssicherung ist in den Richtlinien des G-BA sektorübergreifend auszugestalten, es sei denn, die Qualität der Leistungserbringung kann nur durch sektorbezogene Regelungen angemessen gesichert werden. Die zunehmende Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung (ambulantes Operieren/stationersetzende Eingriffe (§ 115b); ambulante Behandlung bestimmter Erkrankungen, ambulante Erbringung hoch spezialisierter Leistungen; Beteiligung an DMP (§ 116b)) haben auch insoweit eine sektorenübergreifende Ausrichtung der Aufgabenstellung des G-BA erforderlich gemacht.

Nach wie vor dominieren aber – trotz sektorenübergreifender Bewertungsmethoden der evidenzbasierten Medizin – sektorbezogene Bewertungsentscheidungen als Grundlage für die Aufnahme von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln in den Leistungskatalog der GKV. Es bestehen allerdings gute Gründe dafür, Nutzenbewertungen zwar auf derselben international anerkannten wissenschaftlichen Methodik

der evidenzbasierten Medizin (ebm) vorzubereiten und durchzuführen, die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aber nicht in jedem Fall von einer vorherigen sektorenübergreifenden Bewertungsentscheidung durch den G-BA abhängig zu machen (kein generelles Verbot mit Erlaubnisvorbehalt). Dies würde zu einem „Innovationsstau“ führen, da der G-BA in vertretbarer Zeit nicht in der Lage wäre, alle neuen Medizinprodukte, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einer Nutzenbewertung auf evidenzbasierter Grundlage zu unterziehen.

Es macht daher Sinn, die Einführung neuer Medizinprodukte und neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die stationäre Behandlung zunächst nicht von einer vorherigen Bewertung durch den G-BA beziehungsweise in seinem Auftrag das IQWiG abhängig zu machen (Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt). Dies gilt auch deswegen, weil sie häufig kostenmäßig im jeweiligen DRG abgegolten sind und als eigenständig zu bewertende Leistung nicht in Erscheinung treten. Ausgabenrelevant werden sie erst, wenn das INEK die DRG an eingetretene Kostenentwicklungen anpasst oder die Vereinbarung von Zusatzentgelten bewilligt.

Eine solche „Innovationsschiene“ darf aber nicht dazu führen, dass auch nach Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden eine Überprüfung ihres medizinischen Nutzens nach evidenzbasierten Kriterien unterbleibt. Insbesondere für kostenaufwendige, unter Einsatz einer hochwertigen Medizintechnik erbringbare Methoden muss frühzeitig eine Nutzenbewertung durchgeführt werden, die auch unerwünschte Nebenwirkungen einschließt, die bei kurzer Verweildauer in der stationären Behandlung häufig nicht erkannt werden können. Dies gilt um so mehr, wenn die Methode auch ambulant durchführbar ist und insoweit zunächst der Bewertung durch den G-BA bedarf, bevor sie für die vertragsärztliche Versorgung und damit für die „Versorgung in der Fläche“ freigegeben wird.

Es ist deswegen aus meiner Sicht sehr zu begrüßen, dass in den Eckpunkten der Regierungskoalition zu einem Versorgungsgesetz dem G-BA ausdrücklich die Möglichkeit eingeräumt werden soll, auf Antrag zu einem möglichst frühen Zeitpunkt unter Aussetzung der Bewertungsentscheidung eine Nutzenbewertung unter Studienbedingungen zu veranlassen, und auch die hierfür erforderliche Finanzierung gesichert werden soll. Für neue Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen hat der Gesetzgeber mit Wirkung

vom 1. Januar 2011 eine solche Frühbewertung innerhalb von sechs Monaten nach Inverkehrbringen eingeführt. Sie dient allerdings zunächst nur der Festlegung der Bewertungsebene auf der durch den GKV-Spitzenverband für das GKV-System – mit entsprechender Auswirkung auf die PKV – Erstattungspreisverhandlungen geführt werden, es sei denn, das neue Arzneimittel lässt sich einer Festbetragsgruppe zuordnen. Auch insoweit ist aber erneut strittig geworden, ob dies auch für Arzneimittel gilt, die ausschließlich oder ganz überwiegend in der stationären Behandlung eingesetzt werden.

Auch für neue Heilmittel hat der G-BA eine Bewertungszuständigkeit vor ihrer Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV. Für Leistungen der medizinischen Primärprävention (Ausnahme Zahnprophylaxe, Impfung) und der medizinischen Rehabilitation fehlt eine solche Bewertungszuständigkeit. Medizinprodukte werden über die notwendige Gerätezertifizierung hinaus nur dann durch den G-BA bewertet, wenn sie der Durchführung einer ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethode dienen.

Zwischenergebnis – keine systematische Aufarbeitung von Versorgungsproblemen

Die bestehende Aufgabenstruktur des G-BA ist, wie die bisherigen Ausführungen zeigen, keineswegs vom Gesetzgeber systematisch entwickelt worden. Sie hat sich vielmehr aus der Beibehaltung der den früheren Bundesausschüssen sektorenbezogen zugeordneten Aufgaben ergeben. Je nach gesetzgeberischem Bedarf sind einzelgesetzlich weitere Aufgaben hinzugekommen (z.B. Schutzimpfungen, spezifische ambulante palliative Versorgung, Chronikerregelung). Nur die Qualitätssicherung ist sektorenübergreifend durch das GKV-Wettbewerbsstärkungs-Gesetz in §§ 137, 137a SGB V neu strukturiert worden, allerdings auch nicht vollständig, wie die nach wie vor nicht einbezogene medizinische Rehabilitation zeigt. Insbesondere in der Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ergeben sich aus dem fortbestehenden Sektorenbezug (§§ 92, 108, 135, 137c SGB V) Ungereimtheiten, die mit den Anforderungen an die politisch gewollte stärker integrierte sektorenübergreifende Versorgung nicht in Einklang zu bringen sind. Die Entscheidungen des G-BA sind daher sehr stark von der Erledigung der zu den verschiedensten Aufgabenbereichen gestellten Einzelanträge abhängig. Es gibt bisher keine systematische Aufarbeitung

gesundheitspolitischer Versorgungsprobleme und eine daran ausgerichtete Antragsstellung oder Antragspriorisierung. Der mit der Errichtung des Koordinierungsausschusses verfolgte Zweck einer sektorenübergreifenden Feststellung und Beseitigung von Unter-, Über- und Fehlversorgung ist weitgehend verloren gegangen.

Sektorenübergreifender Regelungsbedarf

Es gibt keine Anzeichen dafür, dass sich in absehbarer Zeit etwas an der Begrenztheit der für das Gesundheitswesen verfügbaren öffentlichen Finanzmittel ändern wird. Die auch politisch erhobene Forderung, die gesundheitliche Versorgung als die Wirtschaft ankurbelnden „Gesundheitsmarkt“ zu begreifen und auszugestalten, wird den ökonomischen Druck auf die Ausgaben der Krankenkassen nicht mindern. Im Gegenteil wird sich dieser Druck noch verschärfen, wenn die spezifisch für Deutschland zu erwartende Überalterung unserer Bevölkerung mit einer entsprechend zunehmenden Krankheitslast zu Beitragsentwicklungen führen sollte, die die junge Generation im Generationenvertrag nicht bereit ist, zusätzlich zu den Beiträgen für den eigenen Versicherungsschutz zu tragen.

Die Notwendigkeit, den zunehmenden medizinischen Fortschritt bei einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung in einer vom Staat als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge mehr oder weniger umfassenden oder umfangreichen medizinischen Versorgung gewährleisten zu können, beschäftigt alle Industrienationen. Sie haben darauf unterschiedliche Antworten gefunden. Nationale Gesundheitsdienste, wie Großbritannien, Dänemark, Schweden, Norwegen, Finnland und Kanada nehmen die Versicherten durch ein stringentes hausärztlich-pflegerisches „Gatekeeper“-System, bewusst einkalkulierte Wartezeiten für die fachärztliche Versorgung an entsprechend zentralisierten Einrichtungen kombiniert mit Präventionsprogrammen zur Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens stärker in die Pflicht. Entsprechend klar ist dort das ärztliche Berufsbild hausärztlich bzw. fachärztlich geprägt.

Auch die Niederlande haben in einem privatrechtlich strukturierten Versicherungssystem mit öffentlich-rechtlichem Versorgungsauftrag diese gegliederte Struktur der ärztlichen Versorgung. Andere Länder setzen wie die Schweiz, Frankreich und Belgien stärker auf freie Wahlrechte ihrer Bürger und eine Steuerung über erhöhte Zahlungen.

Deutschland hat meines Erachtens in der Gestaltung des Gesundheitswesens seinen Weg in das 21. Jahrhundert noch nicht gefunden. Dem Bürger wird in der Regelversorgung eine flächendeckende haus- und fachärztliche Versorgung mit einer durch Versichertenkarte garantierten freien Arztwahl und dem international wohl breitesten Leistungskatalog mit einer im internationalen Vergleich niedrigen Selbstbeteiligung zugesichert; er soll freiwillig diejenigen Versorgungssysteme wählen, die seine Wahlrechte und Leistungsansprüche einschränken: hausarztzentrierte Versorgung; facharztzentrierte Versorgung, integrierte Versorgung und spezielle Behandlungsprogramme für bestimmte chronische Erkrankungen.

Das deutsche Gesundheitswesen befindet sich somit in einem Versuchsstadium, da auch die endgültige Ausrichtung der neuen Vergütungs- und Risikoausgleichssysteme an der Morbidität der Versicherten (DRG; EBM, Morbi-RSA) nicht abschließend vollzogen ist. Entsprechend tief verunsichert sind die Ärzte in Deutschland über die künftige Ausgestaltung ihres Berufsbildes in einem auf Kassenwettbewerb und selektiven Vertragswettbewerb angelegten Entwicklungsprozess.

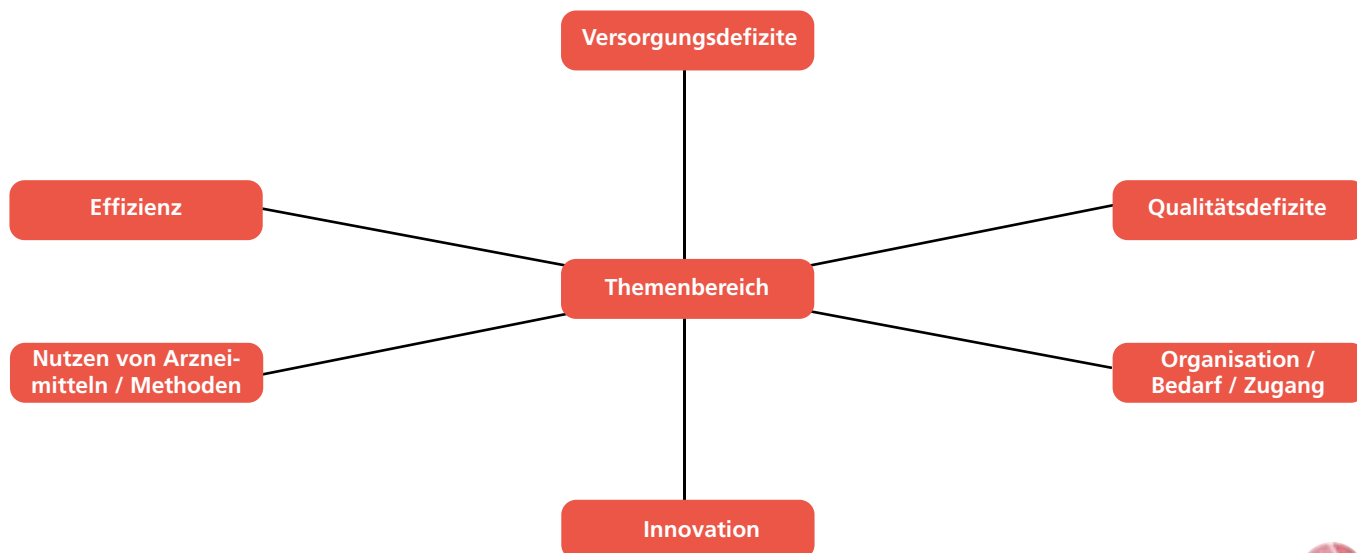
Eine vergleichbare Verunsicherung ergreift aber auch die Patienten. Zumindest die im Gemeinsamen Bundesausschuss vertretenen Patientenorganisationen begrüßen auf der einen Seite zwar durchaus die den Versicherten angebotenen Wahlfreiheiten. Sie befürchten aber gerade wegen der auch aus ihrer Sicht fortbestehenden Begrenztheit der Mittel, dass die Wahltarife eher zur Kostenreduzierung und nicht zur Qualitätsverbesserung genutzt werden und ihnen in der Regelversorgung das Notwendige nicht mehr garantiert wird. Ihre Forderung geht daher gerade wegen dieser wettbewerblichen Ausrichtung sehr stark in Richtung einer verbindlichen Definition des medizinisch Notwendigen, einer Sicherung der Versorgungsqualität sowie der Gewährleistung einer umfassenden Transparenz durch die Qualitätssicherungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Notwendige Zielorientierung des G-BA

Gerade wegen der politischen Weichenstellung zu einer noch stärker wettbewerblichen Ausrichtung des Gesundheitsmarktes unter Beibehaltung eines solidarisch finanzierten einheitlichen Versorgungsanspruches auf das medizinisch Notwendige bedarf es aus meiner Sicht einer

Mehrdimensionale Analyse des Handlungsbedarfs

Welche Leistung / Methode? Wie wird sie erbracht? Wo wird sie erbracht? Bei wem wird sie erbracht? Wie ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis?



Quelle: Perleth / Rüter / Pietsch / Gemeinsamer Bundesausschuß



Im Priorisierungskonzept sollen Einzelanträge im Kontext von Versorgungsproblemen bewertet werden.

systematisierten Aufarbeitung von Versorgungsproblemen und einer stärker daran priorisierten Aufgabenwahrnehmung durch den G-BA. Innerhalb des G-BA wird daher schon seit geraumer Zeit in einer Arbeitsgruppe an einem Priorisierungskonzept gearbeitet, das gestellte Einzelanträge in einen Kontext zu damit im Zusammenhang stehenden Versorgungsproblemen stellen soll und das zunächst beispielhaft Versorgungsprobleme als solche priorisiert und auf dieser Grundlage Einzelanträge zu deren Lösung vorbereiten soll.

Die Übersicht (siehe Seite 10) soll diesen Ansatz verdeutlichen: Sie zeigt sowohl den Ansatz auf, zunächst Themenbereiche zu priorisieren und zu analysieren sowie danach Leistungen/Methoden einzuordnen und zu bewerten, als auch umgekehrt von antragsgemäß zu bewertenden Leistungen/Methoden auszugehen und sie in einen Versorgungskontext mit einem jeweils versorgungsrelevanten Themenbereich zu stellen. Dem G-BA kommt bei entsprechenden Analysen neben der eigenen Fachkunde die Zusammenarbeit sowohl mit dem IQWiG zur Bewertung von Leitlinien und zum Kosten-Nutzenverhältnis von vergleichbaren Leistungen/Methoden als auch mit AQUA zur Erstellung von Qualitätsindikatoren und Durchführung von

Defizitanalysen zugute. Diese mehrdimensionale Analyse des Handlungsbedarfs zeigt aber auch, dass allein mit den Richtlinien des G-BA und deren Umsetzung die durch eine Versorgungsanalyse erkannten Versorgungsprobleme nicht zu lösen sind, sondern auch insoweit ein mehrdimensionaler Handlungsbedarf entsteht.

Dies betrifft zum Beispiel flankierende Maßnahmen im jeweiligen Vergütungssystem, aber auch eine Berücksichtigung regionaler Versorgungsstrukturen durch regionale Gestaltungsmöglichkeiten. Die einleitend dargestellte Organisationsstruktur der gemeinsamen Selbstverwaltung lässt es zu, diese Gestaltungsmöglichkeiten auf der jeweiligen Bundes- oder Landesvertrags- / oder -Ausschussebene zu schaffen oder zu erhalten. Auch soweit Zuständigkeiten des G-BA zum Beispiel im Bereich der medizinischen Rehabilitation nicht bestehen, ist es den hierfür zuständigen im G-BA vertretenen Trägerorganisationen möglich, insoweit aus einer Versorgungsanalyse erkannte Defizite in die Verhandlungen mit ihren jeweiligen Vertragspartnern einzubringen. Insoweit bestehen aber Vorbehalte seitens der Trägerorganisationen, da sie ihre außerhalb des G-BA bestehenden Zuständigkeiten durch Versorgungsanalysen des G-BA nicht tangiert sehen wollen.

Die Schlussfolgerungen aus einer solchen mehrdimensionalen Analyse für den G-BA können unterschiedlich sein, je nach dem auf welcher Ebene einer Versorgungskette Handlungsbedarf besteht:

- (1) Aus der Analyse heraus können bei erkannten Defiziten in der Evidenz einzelner Methoden oder Maßnahmen Aufträge zu weiteren Methodenbewertungen an das IQWiG ergehen.
- (2) Es können Aufträge zur Erarbeitung von Konzepten einer geeigneten Qualitätssicherung an AQUA erteilt werden.
- (3) Unterausschüsse können direkt mit der Vorbereitung von Anträgen zu Richtlinienänderungen beauftragt werden.
- (4) Die Analyse kann zur Priorisierung von Anträgen und deren Bearbeitung führen, ebenso umgekehrt aber auch zur Zurückstellung bis hin zum Vorschlag einer Antragsrücknahme wegen fehlender Versorgungsrelevanz.
- (5) Die Analyse kann zur Gewichtung unter mehreren in Betracht kommenden Maßnahmen führen mit entsprechender Vorbereitung von Entscheidungen in Richtlinien und Empfehlungen
- (6) Die Analyse kann zu Empfehlungen an die Trägerorganisationen führen, Maßnahmen, die nicht in die Aufgabenzuständigkeit des G-BA fallen, in eigener Zuständigkeit aufzugreifen.

Die folgende Zusammenstellung (vgl. Abb. Seite 11) zeigt die verschiedenen Regelungsebenen des G-BA auf, aus denen Konsequenzen aus entsprechenden Analysen im Rahmen einer Versorgungskette gezogen werden könnten. Im Unterschied zum DMP umfasst eine solche Versorgungskette auch die Prävention. Entsprechende Vorarbeiten des GVG-Ausschusses Gesundheitsziele (www.gesundheitsziele.de) zur Anwendung nationaler Gesundheitsziele sollten daher genutzt werden.

Versorgungsanalyse am Beispiel Depression

Der G-BA hat das Krankheitsbild der Depression ausgewählt, um Erfahrungen mit einer Versorgungsanalyse gegebenenfalls als Grundlage für die Einführung einer stärker konzeptionellen Ausrichtung seiner Arbeit zu sammeln. Das Krankheitsbild der Depression wurde nicht aufgrund einer umfassenden Priorisierungsdiskussion aus mehreren Krankheitsbildern ausgewählt, sondern exemplarisch benannt, nachdem das IQWiG hierfür bereits eine Bewertung der verfügbaren nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) vorgenommen hatte, der Ausschuss Gesundheitsziele der GVG die Depression als weiteres krankheitsbezogenes nationales Gesundheitsziel neben Diabetes und Brustkrebs ausgewählt hatte und eine besondere Relevanz dieses Krankheitsbildes für die künftige Morbiditäts- und Ausgabenentwicklung der GKV unzweifelhaft gegeben ist.

Handlungsbedarf auf verschiedenen Ebenen der Versorgungskette

Versorgungskette

Primärprävention,
Gesundheitsförderung

Sekundärprävention,
Screening

Diagnostik, Indikationsstellung

Arzneimitteltherapie

Nicht-medikamentöse Therapie

Tertiärprävention, Rehabilitation

Koordination, Kooperation,
Qualitätssicherung

Quelle: G-BA

Richtlinien; Empfehlungen

Gesundheitsuntersuchung, Schutzimpfung

Krebsfrüherkennung, Kinder, Mutterschaft

Methodenbewertung, Mutterschaft

Nutzen- Bewertung, Therapiehinweis, Off-Label-Use, OTC-, Lifestyle, Schutzimpfung

Methodenbewertung

Arbeitsunfähigkeit / Wiedereingliederung

116b, SAPV; QS-Einzelmaßnahmen Kooperation, Q-Beurteilung, Q-Prüfung, QS Dialyse, Mindestmengen; Bedarfsplanung; DMP



Die Versorgungskette zeigt die verschiedenen Regelungsebenen des G-BA auf.

Bedenken bestanden allerdings wegen der besonderen Komplexität dieses Krankheitsbildes.

Die Versorgungsanalyse wurde in folgender Systematik durchgeführt:

- (a) Strukturierung der Thematik (Leitlinienanalyse, eigene Recherchen, Expertengespräche)
- (b) Analyse der Versorgungssituation (Auswertung Datenquellen, Literaturrecherche, Experten)
- (c) Identifikation von Beratungsthemen (aktuelle, mögliche, betroffene Richtlinien des G-BA)
- (d) Analyse der Regelbarkeit (Zuständigkeit, betroffene Richtlinien, übergreifende Initiative)
- (e) Handlungsempfehlungen (Plenum, Unterausschüsse, sonstige Gremien) (noch nicht erfolgt).

Die Systematik einer Versorgungsanalyse nach den Stufen einer Versorgungskette verdichtet sich dann bezogen auf das Krankheitsbild Depression wie in der Abbildung auf S. 12 geschildert.

Da es nach Maßgabe des vom Plenum erteilten Auftrages nicht darum ging, aus der Versorgungsanalyse bereits Handlungsempfehlungen abzuleiten, sondern zunächst die Handhabbarkeit des Instrumentariums zu klären, sind auch diese Ergebnisse nicht abschließend zu sehen. Dazu wird zunächst eine Rückkoppelung mit den jeweils zuständigen Unterausschüssen erfolgen, um deren Bewertung und deren Anregungen für Handlungsoptionen einzuholen, bevor sich das Plenum erneut damit befassen wird. Die Relevanz des Krankheitsbildes Depression und dessen finanzielle Auswirkung auf die gesetzliche Krankenversicherung ergeben sich aus folgenden ermittelten Daten:

- Pro Patient mit Depression werden direkte Kosten von jährlich 685 Euro in der ambulanten Versorgung und von 2.500 Euro für ambulante, stationäre und rehabilitative Versorgung zusammen geschätzt;
- 3,8% aller AU-Tage im Jahr 2007 waren einer F32-Diagnose geschuldet, mit im Mittel 48 AU-Tagen je Fall;
- die direkten Gesamtkosten unter der Annahme einer Zwölf-Monats-Prävalenz von 3,51% werden mit 1,62 Mrd. Euro pro Jahr geschätzt.

Die Studienauswertung hat aber gezeigt, dass für einige Fragestellungen nur unzureichende Datenquellen verfügbar sind und die für eine Versorgungsanalyse als Grundlage für konkrete normative Handlungsaufträge notwendige Datenqualität weitgehend nicht besteht. Diese Lücke könnte durch Realisierung der in § 303a mit Wirkung von 1. Januar 2004 vorgesehenen Datenplattform für epidemiologische Versorgungsstudien geschlossen werden. Es ist zu begrüßen, dass die Regierungskoalition in ihren Eckpunkten für ein Versorgungsgesetz diese Lücke in der Gesetzesanwendung aufgreifen und schließen will.

Insgesamt geht der G-BA aufgrund des ihm vorgelegten Berichts davon aus, dass eine Versorgungsanalyse als Grundlage der Definition von Handlungsfeldern für eine auf die Lösung von Versorgungsproblemen eines definierten Krankheitsbildes ausgerichtete Auftragserteilung grundsätzlich machbar ist. Neben der Weiterführung und dem Abschluss des Pilotprojektes in der dargestellten Weise ist für die Annahme des instrumentellen Ansatzes einer partiell auf Versorgungsanalysen aufbauenden Arbeit des

Versorgungsanalyse am Beispiel des Krankheitsbildes Depression

Versorgungsbereich

Versorgungsaspekte

Primärprävention	Erfassung von Risikofaktoren, Risikogruppen
Sekundärprävention	Früherkennung von Depression, Screeninginstrumenten, Suizidprävention
Diagnose	Diagnoseinstrumente, Kriterien für Zu-/ Überweisung, Einschätzung Suizidgefahr
Akuttherapie und Notfallversorgung	Medikamentös, Nichtmedikamentös, Kombinationstherapie, Verhinderung von Chronifizierung, Krisenintervention
Langzeitversorgung	Erhaltungstherapie, Suizidprävention (Nachsorge)
Rehabilitation	Maßnahmen bei (drohendem) Arbeitsplatzverlust und sozialer Isolation

Quelle: G-BA



Die Versorgungsanalyse nach den Stufen der Versorgungskette schließt die Prävention mit ein.

G-BA eine Kosten-Nutzenabschätzung des Aufwandes für derartige Projekte erforderlich. Dabei wird sich der Aufwand allerdings mit steigender Routine gegenüber dem ersten ohnehin sehr anspruchsvollen Piloten bei Folgeprojekten reduzieren. Neben einer solchen Kosten-Nutzenabschätzung sollte allerdings die mit einer solchen an realen Versorgungsproblemen und deren Lösung erfolgenden Ausrichtung des G-BA erreichbare erhöhte Akzeptanz seiner Arbeit beachtet werden.

Literatur beim Autor

E-Mail-Kontakt: info@G-BA.de

DR. JUR. RAINER HESS



Dr. Rainer Hess war nach einem Studium der Rechtswissenschaft und der anschließenden Referendarausbildung zunächst bis 1971 als Justiziar des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte tätig. Er hat im Jahr 1972 promoviert. Im Anschluss war er bis zum Jahr 1988 Justiziar der gemeinsamen Rechtsabteilung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung. Von 1988 bis 2004 hat er als Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gearbeitet. Seit 1. April 2004 fungiert er als unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses. Hess ist darüber hinaus Autor juristischer Kommentare zum Sozialversicherungsrecht und zum ärztlichen Berufsrecht.



Priorisierung, Rationierung – Lösungsansätze: Die Kosten-Nutzen-Bewertung als Allokationsinstrument – eine ethische Analyse

PROFESSOR DR. GEORG MARCKMANN, INSTITUT FÜR ETHIK, GESCHICHTE UND THEORIE DER MEDIZIN, LMU MÜNCHEN



Aller Voraussicht nach werden der demografische Wandel und medizinisch-technische Innovationen die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen weiter steigern, vor allem für die medizinische Versorgung multimorbider, chronisch kranker älterer Patienten (Renz et al. 2009). Der damit verbundenen Ausgabenexpansion stehen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch den steigenden Altenquotient und eine sinkende Lohnquote begrenzte oder sogar sinkende Einnahmen gegenüber, sodass sich die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenkassen in den kommenden Jahren verschärfen dürfte. Die noch vorhandenen und unbedingt zu mobilisierenden Wirtschaftlichkeitsreserven werden nicht ausreichen, um den Kostendruck zu kompensieren. Da eine weitere Erhöhung der Gesundheitsausgaben ethisch, sozialpolitisch und ökonomisch nur eingeschränkt vertretbar ist, werden Leistungseinschränkungen in der Gesundheitsversorgung unausweichlich (Marckmann 2007). Die Frage, nach welchen Verfahren und Kriterien die knappen Ressourcen für die medizinische Versorgung eingesetzt werden sollen, gewinnt damit eine immer größere Bedeutung. Der vorliegende Beitrag geht der Frage nach, welche Rolle die Kosten-Nutzen-Bewertung bei der Allokation der begrenzt verfügbaren Gesundheitsressourcen spielen kann und soll.

Kosten-Nutzen-Bewertung: Ethisch vertretbar oder gar geboten?

Angesichts der zunehmenden Diskrepanz zwischen medizinisch sinnvoll Möglichem und solidarisch im Bereich der GKV Finanzierbarem ist ein bewusster Umgang mit den begrenzt verfügbaren Finanzmitteln ethisch geboten. Hier kommen vor allem zwei Strategien in Frage (Marckmann 2007): Mit Rationalisierungsmaßnahmen sollte versucht werden, Über- und Fehlversorgung im Gesundheitssystem zu reduzieren und damit die Effizienz der Versorgung zu verbessern. Dabei wird der gleiche Effekt mit weniger Ressourcen oder mit den gleichen Ressourcen ein größerer Effekt erzielt. Da bei dieser Strategie die medizinisch-ethische und die ökonomische Rationalität konvergieren, handelt es sich um die primäre gebotene Strategie (Strech und Marckmann 2010).

Aller Voraussicht nach werden die noch vorhandenen Effizienzreserven aber nicht ausreichen, um den noch erheblich zunehmenden Kostendruck durch medizinisch-technische Innovationen und den demographiebedingten Mehrbedarf ausreichend zu kompensieren. Man wird deshalb nicht umhin kommen, neben den unverzichtbaren Rationalisierungsbemühungen als zweite Strategie auch das Spektrum der verfügbaren Leistungen einzuschränken (sog. „Rationierungen“).

Verschiedene empirische Studien belegen, dass es sich dabei nicht um eine Zukunftsvision handelt, sondern um eine derzeit schon erstaunlich weit verbreitete Realität im deutschen Gesundheitswesen (Boldt und Schöllhorn 2008; Kern et al. 1999; Strech et al. 2008). In einer eigenen repräsentativen Umfrage unter 1137 Klinikern aus den Bereichen Intensivmedizin und Kardiologie gaben 78% der

antwortenden Ärzte an, im letzten halben Jahr aus Kostengründen auf für den Patienten nützliche Maßnahmen verzichtet zu haben (Strech et al. 2008). Es erscheint deshalb geboten, sich mit beiden Strategien – Effizienzsteigerungen und Leistungseinschränkungen – auseinanderzusetzen und die Voraussetzungen zu schaffen, dass sie in einer medizinisch rationalen und ethisch vertretbaren Art und Weise umgesetzt werden können.

Sowohl Rationalisierungen als auch Rationierungen erfordern die systematische Abschätzung des Verhältnisses von Kosten und Nutzen medizinischer Maßnahmen. Im Rahmen von Rationalisierungen können damit zum Beispiel kostengünstigere Alternativen identifiziert werden, die den gleichen Nutzen für den Patienten bieten. Aber auch Leistungseinschränkungen sollten das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Maßnahmen berücksichtigen (Marckmann 2009).

Zum einen ist es geboten, mit den knapp verfügbaren Ressourcen einen möglichst großen gesundheitlichen Nutzen zu erzielen. Zum anderen sind Gesundheitsausgaben bei insgesamt begrenzten Budgets immer mit Opportunitätskosten in anderen Bereichen verbunden. Diese können bei Zuteilungsentscheidungen aber nur berücksichtigt werden, wenn man über den erwarteten Grenznutzen und die verursachten Grenzkosten, d.h. das inkrementelle Kosten-Nutzen-Verhältnis der medizinischen Interventionen informiert ist. Nicht zuletzt spielen bereits heute Kosten-Nutzen-Erwägungen eine nicht unbedeutende Rolle im Gesundheitswesen, wenngleich in der Regel nicht in einer formalisierten, methodisch systematischen Art und Weise.

Allerdings wäre eine ausschließlich am Kosten-Nutzen-Verhältnis orientierte Allokation knapper Gesundheitsres-

ourcen ethisch ebenfalls nicht vertretbar. Bei einer reinen Nutzenmaximierung würden Patienten aus der Versorgung ausgeschlossen, denen nur durch den Einsatz von Maßnahmen mit einem schlechten Kosten-Nutzen-Verhältnis geholfen werden kann. Dies wäre aus gerechtigkeitsethischen Gründen nicht akzeptabel.

These 1:

Eine Kosten-Nutzen-Bewertung medizinischer Maßnahmen ist unter Knappheitsbedingungen ethisch geboten, da sie die Voraussetzung für medizinisch und ökonomisch fundierte Effizienzsteigerungen und Leistungseinschränkungen darstellt.

Indikationsübergreifende Nutzenbewertung?

Wenn es gute – auch ethische! – Gründe gibt, systematisch Nutzen und Kosten medizinischer Maßnahmen als Grundlage für die Allokation begrenzter Gesundheitsressourcen zu bewerten, stellt sich im Anschluss die Frage, wie die Kosten-Nutzen-Bewertung in einer ethisch vertretbaren Art und Weise durchgeführt werden kann.

Grundsätzlich kann eine KNB im Gesundheitswesen auf verschiedenen Ebenen erfolgen, die mit jeweils spezifischen ethischen und methodischen Problemen verbunden sind (Marckmann 2009).

(1) Indikationsübergreifend (Makroebene): Bei der indikationsübergreifenden Kosten-Nutzen-Bewertung werden medizinische Maßnahmen, die bei unterschiedlichen Erkrankungen zum Einsatz kommen, hinsichtlich Kosten und Nutzen miteinander verglichen. Sofern man

dabei ein generisches Maß wie z.B. die qualitätsadjustierten Lebensjahre (QALYs) für den medizinischen Nutzen verwendet, ist es grundsätzlich möglich, die verfügbaren Maßnahmen entsprechend ihres Kosten-Nutzen-Verhältnisses in eine Rangordnung zu bringen.

- (2) Indikationsspezifisch (Mesoebene): Bei der indikationsspezifischen Kosten-Nutzen-Bewertung werden Kosten und Nutzen verschiedener diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen bei einer bestimmten Erkrankung verglichen. Hierbei können die klinischen Effekte auch in krankheitsspezifischen, natürlichen Einheiten erfasst werden (z.B. Blutdrucksenkung in mm Hg). Da der Nutzen nicht über verschiedene Erkrankungen und Patientengruppen hinweg verglichen werden muss, ist die indikationsspezifische Kosten-Nutzenbewertung mit weniger methodischen Problemen verbunden. Aus diesem Grund werden die meisten gesundheitsökonomischen Evaluierungen auch indikationsspezifisch durchgeführt.
- (3) Im Einzelfall (Mikroebene): Eine Kosten-Nutzen-Bewertung kann auch auf der Ebene einzelner Patienten Anwendung finden. In der Regel ist es jedoch schwierig, für den Einzelfall ex ante valide abzuschätzen, welchen Nutzen ein einzelner Patient von einer medizinischen Maßnahme haben wird und welche Kosten damit verbunden sind. Darüber hinaus ist unklar, wie die individuelle Kosten-Nutzen-Konstellation zu bewerten ist: Wann sollte eine Maßnahme aufgrund eines schlechten Verhältnisses von Kosten und Nutzen unterbleiben? Eher angemessen erscheint die Anwendung von indikationsspezifischen Kosten-Nutzen-Abschätzungen im Einzelfall, wenn diejenige Maßnahme bei einem Patienten zum Einsatz kommt, deren Kosten-Nutzen-Verhältnis gerade noch im Rahmen des maximal akzeptierten Verhältnisses von Kosten und Nutzen liegt.

Aufgrund der methodischen und ethischen Schwierigkeiten, werde ich im vorliegenden Beitrag die KNB auf der Mikroebene nicht weiter verfolgen, sondern die – auch politisch relevantere Frage – diskutieren, ob die KNB indikationsübergreifend oder indikationsspezifisch durchgeführt werden soll.

Wie erwähnt, bereitet die indikationsbezogene KNB methodisch weniger Probleme, da der Nutzen der Maßnahmen nicht über verschiedene Krankheitsbereiche hinweg verglichen werden muss, sodass indikationsspezifische

Nutzenmaße zur Anwendung kommen können. Zur Identifizierung von Rationalisierungsreserven innerhalb einer Indikation ist dieses Vorgehen sicher gut geeignet. Bei den in einem Gesundheitssystem aktuell anstehenden Allokationsentscheidungen sind darüber hinaus andere Überlegungen relevant.

Unter den Bedingungen begrenzt verfügbarer Finanzmittel – und davon müssen wir auch im deutschen Gesundheitswesen ausgehen – haben Allokationsentscheidungen in einem bestimmten Versorgungsbereich notwendig Implikationen, sog. Opportunitätskosten, für die Verfügbarkeit von Ressourcen in anderen Indikationsbereichen. Je mehr Ressourcen in die Versorgung einer bestimmten Patientengruppe fließen, desto weniger Ressourcen stehen für die Versorgung von Patienten mit anderen Erkrankungen zur Verfügung – es sei denn, man hebt die Begrenzung der Gesundheitsausgaben auf und verabschiedet sich vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Dies erscheint aber weder sozialpolitisch noch ethisch eine erstrebenswerte Option.

Die explizite Abschätzung und Abwägung dieser Opportunitätskosten ist aus ethischer Sicht geboten, will man eine bedarfsorientierte und ausgewogene Versorgung der Bevölkerung über verschiedene Indikationen hinweg erreichen. Letztlich geht es dabei um einen „trade-off“ zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen. Das Ergebnis einer KNB muss es folglich dem Entscheidungsträger ermöglichen, Vergleiche über verschiedene Indikationen hinweg anzustellen. Dies erfordert keinen einheitlichen Kosten-Effektivitäts-Schwellenwert über verschiedene Erkrankungen hinweg und auch keine KNB, die – wie im US-Staat Oregon (Marckmann und Siebert 2002) – alle Indikationen abdeckt und diese in einem League-Table nach der Kosteneffektivität anordnet. Erforderlich ist aber ein indikationsübergreifendes, „generisches“ Maß für den gesundheitlichen Nutzen wie z.B. die qualitätsgewichteten Lebensjahre (quality adjusted life years – QALYs), das es dem Entscheidungsträger ermöglicht abzuwägen, welchen gesundheitlichen Effekt er mit einer alternativen Verwendung der Ressourcen würde erzielen können. Dies sei an den folgenden zwei Beispielen verdeutlicht.

Beispiele für Kosten-Nutzen-Bewertungen

Beispiel 1: Eine Kosteneffektivitäts-Analyse von Medikamenten-beschichteten Stents (drug eluting stents, DES)

ergab einen inkrementellen Kosteneffektivitäts-Quotienten von 64.732 Euro, um mittels DES ein größeres kardiales Ereignis (major cardiac event, MACE) zu verhindern (Brunner-La Rocca et al. 2007). Wie ist diese mit einem indikationsspezifischen Nutzenmaß ausgedrückte Kosteneffektivität zu beurteilen? Handelt es sich um ein günstiges, akzeptables oder eher ungünstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis? Ist der zugrundeliegende Preis für den DES angemessen oder nicht?

Insbesondere lässt sich nicht beurteilen, welcher gesundheitliche Nutzen bei einer alternativen Verwendung der Ressourcen in einem anderen Indikationsbereich erzielt werden könnte. Die Opportunitätskosten lassen sich nicht abschätzen. Dies ist hingegen eher möglich, wenn ein generisches Nutzenmaß für die indikationsbezogene Kosten-Nutzen-Bewertung verwendet wird. In der bereits erwähnten Kosteneffektivitäts-Studie wurden die inkrementellen Kosten für eine hinzugewonnenes qualitätsbereinigtes Lebensjahr (QALY) durch den Einsatz eines DES auf 39.641 Euro geschätzt (Brunner-La Rocca et al. 2007). Diese Kenngröße, ausgedrückt in Euro/QALY, ermöglicht es nun dem Entscheidungsträger abzuschätzen, welche Opportunitätskosten der DES-Einsatz in anderen Bereichen verursacht, in denen mit den gleichen finanziellen Ressourcen mehr, gleich viele oder weniger QALYs erzeugt werden können. Dies sichert darüber hinaus auch die Konsistenz von Allokationsentscheidungen über verschiedene Indikationsbereiche hinweg.

Beispiel 2: Die von Siebert et al. am 30. September 2009 in Berlin vorgestellte Pilotstudie zur Methodik der Effizienzgrenze untersuchte die Kosteneffektivität einer neuen Behandlungsstrategie (Peginterferon + Ribaverin) bei chronischer Hepatitis C. Auch hier sind die Ergebnisse der indikationsspezifischen KNB nur schwer zu beurteilen: Ein 25prozentiger Anstieg der Langzeit-Ansprechrates kostet 3.600 Euro, eine verhinderte dekompensierte Leberzirrhose kostet 41.700 Euro. Sind die Preise für den jeweiligen Nutzensgewinn nun hoch, angemessen oder eher niedrig? Das Ergebnis der Kosten-Nutzwert-Analyse ist demgegenüber aussagekräftiger: 3.900 Euro kostet ein hinzugewonnenes qualitätsbereinigtes Lebensjahr (QALY), was im Vergleich zu anderen medizinischen Interventionen – wie beispielsweise auch den oben erwähnten Drug Eluting Stents (DES) – vergleichsweise günstig ist. Man würde vermutlich

in diesem Fall nicht an eine Höchstpreisfestlegung denken. Ohne indikationsübergreifendes Nutzenmaß wie die QALYs ist das Kosteneffektivitäts-Verhältnis hingegen kaum zu bewerten.

These 2:

Das Ergebnis einer Kosten-Nutzen-Bewertung muss dem Entscheidungsträger einen indikationsübergreifenden Vergleich ermöglichen. Nur auf diese Weise lassen sich zum Beispiel Höchstpreise ethisch gut begründen. Eine KNB muss deshalb (auch) ein indikationsübergreifendes Nutzenmaß verwenden.

Welches Kosten-Nutzen-Verhältnis ist angemessen?

Eine KNB mit indikationsübergreifendem Nutzenmaß erlaubt es den Entscheidungsträgern zumindest dem Grundsatz nach, die Opportunitätskosten medizinischer Maßnahmen bei Allokationsentscheidungen zu berücksichtigen. Offen bleibt aber nach wie vor die Frage, wie das resultierende inkrementelle Kosten-Nutzen-Verhältnis zu bewerten ist, d.h. welches Kosten-Nutzen-Verhältnis noch angemessen und welches zu hoch ist, sodass z.B. die Festsetzung von Höchstpreisen gerechtfertigt ist.

Vergleicht man zwei medizinische Maßnahmen miteinander, so kann das medizinische Ergebnis besser oder schlechter und die Kosten höher oder niedriger sein. Damit ergibt sich, wie das Kosteneffektivitäts-Diagramm (siehe Seite 18) zeigt, eine 4-Felder-Matrix. Dem Ursprung entspricht die derzeitige Standard-Maßnahme S, die Punkte A bis D stehen für unterschiedliche Innovationen, die sich in Kosten und Wirksamkeit von dem bisher verfügbaren Standard S unterscheiden. Je nachdem, in welchem Quadranten sich das innovative Verfahren befindet, ergeben sich unterschiedliche ethische Bewertungen hinsichtlich der Frage, ob eine Aufnahme der neuen Maßnahme in den Leistungskatalog vertretbar ist oder nicht. Vergleichsweise einfach gestaltet sich die Beurteilung von Maßnahmen in den Quadranten II und IV. Innovation B (Quadrant II) erzielt ein besseres Ergebnis bei niedrigeren Kosten und sollte deshalb – als Rationalisierungsmaßnahme – unbedingt das Standardverfahren ersetzen. Innovation D (Quadrant IV) ist medizinisch unterlegen und dabei kostspieliger und sollte deshalb auf keinen Fall durchgeführt werden.

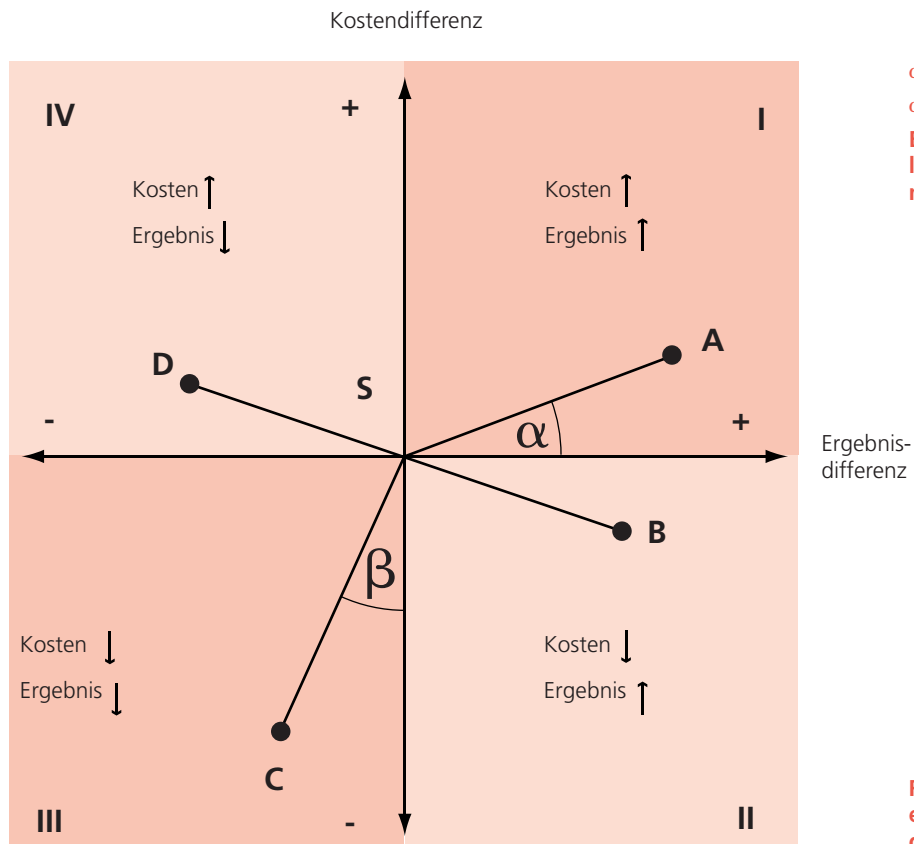
Schwieriger ist hingegen die Bewertung in den Qua-

dranten I und III. Die meisten medizinischen Innovationen werden in Quadrant I zu liegen kommen, da sie zu höheren Kosten ein besseres medizinisches Ergebnis erreichen. Ohne Zweifel ist die Ergebnisverbesserung prima facie sehr erwünscht, da hiervon die Patienten profitieren. Unter Bedingungen begrenzter finanzieller Ressourcen stellt sich aber die Frage, ob wir uns den Fortschritt (noch) leisten können. Die große ethische Herausforderung besteht dabei darin, die maximal akzeptablen Kosten pro Ergebniseinheit zu bestimmen: Wie viel darf ein hinzugewonnenes qualitätskorrigiertes Lebensjahr (QALY) maximal kosten? In der gesundheitsökonomischen Literatur wird häufig ein Grenzwert von 50.000 US-Dollar (entspricht derzeit etwa knapp 34.000 Euro) angegeben. Maßnahmen, deren Kosteneffektivität unter 50.000 US-Dollar/QALY liegen, werden als „kosteneffektiv“ bezeichnet, Maßnahmen mit einem höheren Kosteneffektivitäts-Quotienten als „nicht kosteneffektiv“.

Aus ethischer Sicht ist ein absoluter Grenzwert jedoch problematisch: Zum einen gibt es keine wirklich überzeugende empirisch-wissenschaftliche bzw. normative Grundlage für eine Grenzziehung, jede Festlegung bleibt letztlich willkürlich. Zum anderen würde ein fester Grenzwert bedeuten, dass das Kosten-Nutzen-Verhältnis absolute Priorität gegenüber anderen Verteilungskriterien gewinnen würde. Dies wäre – wie in den Ausgangsthesen bereits angedeutet – wenig angemessen, da es gute ethische Gründe gibt, den Grenzwert zu überschreiten, zum Beispiel, wenn für einen schwerkranken Patienten keine kosteneffektivere Alternative zur Verfügung steht. Im Folgenden möchte ich diskutieren, ob die vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) favorisierte Methodik der Effizienzgrenzen geeignet ist, eine ethisch befriedigende Begründung für die Bewertung der Kosten-Nutzen-Verhältnisse und damit für die Festsetzung von Höchstpreisen zu liefern.

Kosteneffektivitäts-Diagramm mit ethischer Bewertung der möglichen Ergebnisse

Ineffizient, also ethisch nicht vertretbar



α groß: nein
 α klein: ja
 Begründungslast steigt mit α

Bei kleinem β evtl. vertretbar

Rationalisierung ethisch geboten



Quelle: Drummond et al. 1997

Bei dem Vergleich kann das medizinische Ergebnis besser oder schlechter und die Kosten können höher oder niedriger sein.

Die Methodik der Effizienzgrenze – und ihre Kritik

Übergreifendes Ziel der Kosten-Nutzen-Bewertung durch das IQWiG sollte es sein, Höchstpreise für Medikamente (oder auch andere medizinische Verfahren) im Bereich der GKV festzulegen. Die vom IQWiG vorgelegte Methodik muss es folglich erlauben, gut begründete Empfehlungen für die Entscheidungsträger (G-BA bzw. Spitzenverband Bund der Krankenkassen) zu erarbeiten. Zwar konzidiert das Methodenpapier, dass bei einer neuen Intervention, die einen höheren Nutzen zu höheren Kosten bietet (was bei innovativen Medikamenten der häufigste Fall sein dürfte), „aus der Effizienzgrenze selbst nicht direkt ableitbar [ist], welche Kosten dieser Intervention angemessen sind.“ (IQWiG: Allgemeine Methoden zur Bewertung von Verhältnissen zwischen Nutzen und Kosten, Version 1.0 vom 12. Oktober 2009, S. 43) Dennoch werden die Empfehlungen des Instituts dann aber aus der Effizienzgrenze abgeleitet: Es werden solche Preise als angemessen angesehen, „die gemessen an der Effizienzgrenze nicht zu einer Verschlechterung der Effizienz in einem gegebenen Indikationsgebiet führen.“ (S. 43)

Als normativer Bewertungsmaßstab für einen angemessenen Preis gilt also folglich das faktische Kosten-Nutzen-Verhältnis der Intervention mit dem höchsten Nutzen auf der Effizienzgrenze und damit im jeweiligen Indikationsbereich. In der GKV ist aber bislang nie eine explizite Entscheidung darüber gefällt worden, ob die Preisbildung und damit das resultierende Kosten-Nutzen-Verhältnis der bestehenden Intervention angemessen ist. Im Gegenteil: Das Kosten-Nutzen-Verhältnis hängt von vielen Zufälligkeiten ab (Patentschutz, Verfügbarkeit von Generika, Innovationsdichte etc.) und spiegelt nicht – wie das Methodenpapier wiederum selbst einräumt – die Zahlungsbereitschaft der Versicherten für den jeweiligen Nutzen wieder.

Man begeht folglich einen unzulässigen Schluss von einem Sein auf ein Sollen, wenn man den Bewertungsmaßstab aus den bestehenden Kosten-Nutzen-Verhältnissen im jeweiligen Indikationsbereich ableitet. Somit liefert die vom IQWiG gewählte Methode der Kosten-Nutzen-Bewertung keine hinreichende Begründung für die Festsetzung von Höchstpreisen. Der wissenschaftliche Beirat des IQWiG hatte in seiner Stellungnahme deshalb vorgeschlagen, die Zahlungsbereitschaft als externes Bewertungskriterium zu nehmen, was aber vom IQWiG in der vorliegenden Version des Methodenpapiers nicht umgesetzt wurde. Die

kritisierte Extrapolation der Effizienzgrenze in den rechten oberen Quadranten wurde zwar aus den Abbildungen eliminiert, konzeptionell liegt sie aber den Empfehlungen noch immer zugrunde.

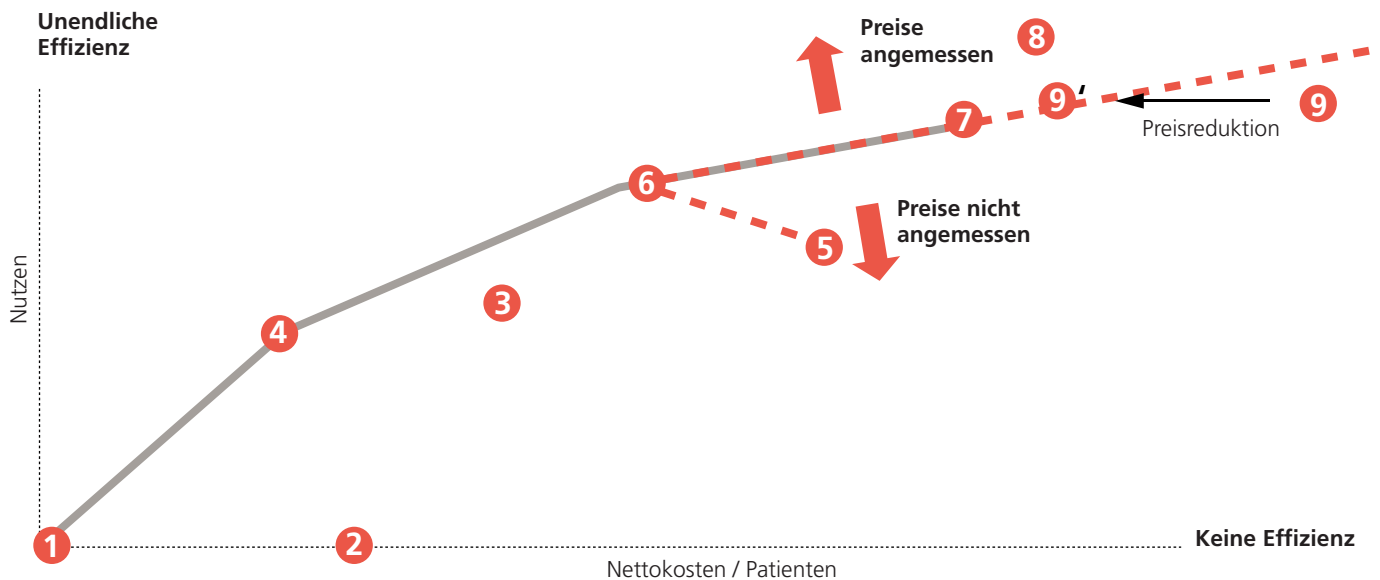
Darüber hinaus wird die Ableitung von Empfehlungen aus der Effizienzgrenze zu inkonsistenten Bewertungen über verschiedenen Indikationen hinweg führen. Wenn in einem Indikationsbereich die Medikamente mit dem höchsten Nutzen als Generika verfügbar sind, wird ein zusätzlicher Nutzen durch ein innovatives, neues Medikament nur wenig kosten dürfen. In anderen Bereichen, in denen die Medikamente mit dem höchsten Nutzen noch patentgeschützt sind, werden der Methodik des IQWiG zufolge für den gleichen (!) Zusatznutzen sehr viel höhere Preise für angemessen erachtet werden.

Die einzige – aus ethischer Sicht aber wenig überzeugende – Begründung für diese unterschiedlichen Bewertungsmaßstäbe ist in diesem Fall die Verfügbarkeit eines patentgeschützten Medikamentes. Dies sei an den beiden oben erwähnten Beispielen der Hepatitis C-Behandlung und der DES veranschaulicht: Während ein innovatives Medikament im Bereich der Hepatitis C-Behandlung ein Kosten-Nutzen-Verhältnis von 3.900 Euro/QALY nicht überschreiten dürfte, wären nach der Effizienzgrenzen-Methodik bei der Behandlung der koronaren Herzkrankheit mit DES deutlich schlechtere Relationen von Kosten und Nutzen bis hin zu 39.641 Euro/QALY akzeptabel.

Wie diese unterschiedlichen Maßstäbe für die Akzeptabilität von Kosten-Nutzen-Verhältnissen über verschiedene Indikationen hinweg zu rechtfertigen sind, lässt sich aus der Effizienzgrenzen-Methodik nicht ableiten. Diese Ungleichbehandlung könnte sogar verfassungsrechtliche Probleme bereiten, da sie gegen das Gebot der Gleichbehandlung (Art. 3, Abs. 1 GG) verstößt (Huster 2010).

Wie oben bereits ausgeführt, setzt eine ethisch gut begründete Empfehlung über Höchstpreise notwendig einen indikationsübergreifenden Vergleich des Kosten-Nutzen-Verhältnisses und anderer Parameter des innovativen Verfahrens (Schweregrad der Erkrankung, erwartete individueller Nutzen) voraus. Dies bedeutet aber nicht, dass alle verfügbaren Maßnahmen wie im Oregon Health Plan in eine Rangordnung gebracht werden müssen (Marckmann und Siebert 2002). Die Kosten-Nutzen-Bewertungen des IQWiG können allein schon aus pragmatischen Gründen nur indikationsbezogen durchgeführt werden. Das Ergebnis der indikationsbezogenen Kosten-Nutzen-

Methodik der Effizienzgrenze zur Bewertung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses



Mod. nach IQWiG 1.0 zur Kosten-Nutzen-Bewertung 1.0, S. 34

Die Ableitung von Empfehlungen aus der Effizienzgrenze nach dem Modell des IQWiG wird zu inkonsistenten Bewertungen über verschiedene Indikationen hinweg führen. Für die Entscheidung über einen Höchstpreis sind Vergleiche mit anderen Indikationsbereichen erforderlich.

Bewertung sollte dem Entscheidungsträger jedoch einen Vergleich mit anderen Indikationsbereichen erlauben, um eine begründete Entscheidung über einen angemessenen Höchstpreis zu treffen. Bei schwerwiegenden Erkrankungen oder einem großen individuellen Nutzensgewinn für den Patienten sind ein schlechtes Kosten-Nutzen-Verhältnis und damit auch ein höherer Preis eher gerechtfertigt. Es liegen inzwischen ausreichende Daten über das Kosten-Nutzen-Verhältnis verschiedener medizinischer (und auch nicht-medizinischer!) Interventionen vor (sog. League-Tables), sodass die Entscheidungsträger auch jetzt schon zu Beginn der Kosten-Nutzen-Bewertung einen zumindest orientierenden indikationsübergreifenden Vergleich des Kosten-Nutzen-Verhältnisses vornehmen können.

Dies setzt aber voraus, dass der Nutzen regelhaft (!) mit einem generischen, d.h. indikationsübergreifenden Nutzenmaß erfasst wird. Indikationsübergreifende Vergleiche implizieren dabei nicht unweigerlich Werturteile über den gesellschaftlichen Wert der Behandlung von unterschiedlichen Erkrankungen. Verglichen wird nämlich der individuelle – nicht gesellschaftliche! – Nutzen und Schweregrad einer Erkrankung sowie das Kosten-Nutzen-Verhältnis der verfügbaren Behandlung. Abschließend sei

noch betont, dass das SGB V zwar keine indikationsübergreifenden Überlegungen bei der Kosten-Nutzen-Bewertung fordert, diese aber auch nicht explizit ausschließt.

These 3:

Die Methodik der Effizienzgrenze zur Kosten-Nutzen-Bewertung bietet keine hinreichende Rechtfertigung für die Festsetzung von Höchstpreisen.

Wie viel darf der medizinische Fortschritt kosten?

Folgendes Vorgehen, das sich an der Abbildung auf Seite 18 veranschaulichen lässt, erscheint ethisch angemessener, um die Frage zu beantworten, wie viel der medizinische Fortschritt kosten darf. Die Bewertung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses sollte sich dabei am Winkel α orientieren: Tendenziell sollte bei einem kleinen α die Intervention eher durchgeführt werden, bei einem sehr großen α eher nicht. Anders ausgedrückt: Die ethische Begründungslast für die Durchführung eines innovativen Verfahrens steigt mit zunehmendem Winkel α . Bei einem großen Winkel α (= hoher inkrementeller Kosten-Effektivitäts-Quotient,

IKER) benötigt man gute ethische Gründe, um die Maßnahme trotz der relativ schlechten Kosteneffektivität in den Leistungskatalog aufzunehmen. Diese ethischen Gründe orientieren sich an den anderen materialen Allokationskriterien, der medizinischen Bedürftigkeit (Schweregrad der Erkrankung, Dringlichkeit der Behandlung) und dem erwarteten individuellen Nutzen. Sie stellen die gerechtigkeithethischen Einschränkungen der Nutzenmaximierung dar. Folgende Gründe können folglich aus ethischer Sicht eine Kostenübernahme trotz eines ungünstigen Kosten-Nutzen-Verhältnisses rechtfertigen:

- hoher Schweregrad der Erkrankung
- großer individueller Nutzengewinn für den Patienten (idealerweise mit einem hohen Evidenzgrad nachgewiesen)
- keine alternative Maßnahme mit besserer Kosteneffektivität verfügbar
- Innovationscharakter der Maßnahme (ein neuartiges Verfahren, von dem ein Nutzen für zukünftige Patienten zu erwarten ist)

Die indikationsübergreifende Bewertung erfordert ein generisches Maß für den gesundheitlichen Nutzen. Unter den gegenwärtigen Bedingungen sind die Quality adjusted life years (QALYs) das am ehesten verwendbare generische Nutzenmaß, das einen indikationsübergreifenden Vergleich ermöglicht. Ohne Zweifel sind die QALYs mit verschiedenen methodischen Problemen behaftet, die bei einer Kosten-Nutzen-Bewertung zu berücksichtigen sind.

Es gibt zwei Möglichkeiten, auf die methodischen Probleme zu reagieren:

- (1) Man verzichtet vollständig auf die QALYs, was aber aufgrund fehlender gut etablierter Alternativen letztlich einen Verzicht auf indikationsübergreifende Vergleiche impliziert, wodurch die Begründung der Empfehlungen zu Höchstpreisen in Frage gestellt ist (siehe oben).
- (2) Man wendet die QALYs unter Berücksichtigung der – hinlänglich bekannten! – methodischen Schwierigkeiten an und expliziert bei jeder Bewertung, inwieweit die methodischen Schwierigkeiten das Ergebnis beeinflussen könnten. Viele, vor allem auch aus ethischer Sicht aufgezeigte Probleme beziehen sich zudem auf den Ansatz einer QALY-Maximierung (vgl. die erste Prioritätenliste im Oregon Health Plan), der hier aber nicht zur Debatte steht.

Angesichts fehlender Alternativen ist Option (2) zu bevorzugen, verbunden mit intensiver Forschungsarbeit, wie die

methodischen Defizite der QALYs ausgeglichen werden können. Wenn man sich für die QALYs als generisches Nutzenmaß entscheidet, verbleibt aber noch das Problem, wie die zusätzlich relevanten ethischen Überlegungen in die Kosten-Nutzen-Bewertung einbezogen werden können. Drei verschiedene Möglichkeiten kommen hierfür in Frage :

- (A) **Quantitative Integration:** Hierbei würde man versuchen, die anderen relevanten ethischen Kriterien direkt in die Nutzwertbestimmung zu integrieren. Ein Beispiel hierfür ist die Person Trade-off-Methode (PTO), bei der die Nutzwerte über simulierte Allokationsszenarien erhoben werden (Nord 1995; Nord 1999). Während andere Verfahren der Nutzwertbestimmung ermitteln, wie die Probanden die Gesundheitszustände für sich selbst bewerten, erfordert das Person Trade-off-Verfahren ausdrücklich Abwägungen zwischen verschiedenen Behandlungsverfahren für verschiedene Patientengruppen. Die Probanden müssen bei dieser Methode entscheiden, wie viele Patienten mit einem Gesundheitszustand A geheilt werden müssen, damit das Ergebnis äquivalent ist zu der Behandlung von zehn Patienten im Gesundheitszustand B. Das Verhältnis der Patientenzahlen drückt dann die relative Wertschätzung der Behandlungen von Zustand A und B aus. Obwohl die Fragestellung bei der Person Trade-off-Methode für Verteilungsentscheidungen angemessener erscheint, kann noch nicht abschließend beurteilt werden, ob das Verfahren tatsächlich ein valides Maß für die Allokationspräferenzen der Bevölkerung darstellt, zumal die interne Konsistenz der Ergebnisse noch erhebliche Probleme bereitet (Ubel 2000).
- (B) **Quantitative Transformation:** Bei diesem Ansatz würde man zunächst die QALYs mit den traditionellen Methoden erheben (z.B. Rating Scale, Standard Gamble oder Time Trade-off). Das Ergebnis würde dann mit weiteren Faktoren multipliziert, um andere ethische Erwägungen quantitativ zu berücksichtigen. Ein Beispiel wären sog. „severity weights“, die QALYs in Abhängigkeit vom Schweregrad der Erkrankung quantitativ transformieren (Johannesson 1994). Der Vorteil bestünde darin, dass die anderen für die Allokation relevanten Kriterien direkt bei der Evaluation in einer quantitativen Form berücksichtigt werden könnten. Allerdings ist nach wie vor unklar, welche anderen Kriterien zu berücksichtigen sind und welches quan-

titative (!) Gewicht sie jeweils erhalten sollen. Wenn alle relevanten Kriterien in einem Wert zusammengefasst werden, sind die zugrunde liegenden Wertungen überdies nicht mehr transparent und können damit von den Entscheidungsträgern kaum mehr nachvollzogen werden. Nicht zuletzt fehlen derzeit noch gut validierte Modelle zur quantitativen Transformation der QALYs.

- (C) **Qualitative Ergänzung:** Im Gegensatz zu den ersten beiden Optionen, werden dabei die anderen alloka-tionsrelevanten ethischen Kriterien nicht-quantitativ und damit in einer nicht-formalen Art und Weise im Entscheidungsprozess berücksichtigt. In Abhängigkeit vom Schweregrad der Erkrankung, dem erwarteten individuellen Nutzen, evtl. auch dem Innovationscharakter und dem Budget-Impact wird jeweils ein individueller Schwellenwert (= Höchstpreis) für die Kosten-Nutzen-Bewertung festgelegt. Der Vorteil dieser Option liegt darin, dass man weiter mit den methodisch gut etablierten, klassischen QALYs arbeiten kann, der Abwägungsprozess mit den anderen Kriterien bleibt transparent. Dieses Verfahren entspricht dem etablierten Vorgehen des britischen NICE und des australischen PBAC und ist am ehesten als „internationaler Standard“ anzusehen, sodass man bei der Umsetzung auf die Erfahrungen anderer Institutionen bzw. Länder zurückgreifen könnte (siehe unten). Der Nachteil ist sicher die schlechtere Operationalisierbarkeit, die Abwägungen bleiben argumentativ angreifbar – was aber vielleicht der Natur der Sache entspricht.

Mir erscheint die Option C („Qualitative Ergänzung“) das derzeit am ehesten praktikable Vorgehen für Grenzwertsetzungen und Entscheidungen über Höchstpreise auf der Grundlage von Kosten-Nutzen-Bewertungen. Die Anwendung dieses Verfahrens zur Kosten-Nutzen-Bewertung sei anhand von drei Beispielen erläutert:

Beispiel 1: Behandlung von lysosomalen Speicherkrankheiten

Es gibt verschiedene, relativ seltene Erkrankungen, die durch einen Enzymdefekt gekennzeichnet sind (zum Beispiel M. Gaucher, M. Fabry, Mucopolysaccharidose 1). Diese schwerwiegenden Erkrankungen nehmen unbehandelt einen fatalen Verlauf, die Lebenserwartung der Patienten ist extrem eingeschränkt. Seit einiger Zeit stehen Enzymersatzpräparate zu Verfügung, mit denen der Enzymdefekt kompensiert werden kann.

Wie die Tabelle auf Seite 22 zeigt, sind die Therapiekosten jedoch sehr hoch, die resultierende Kosteneffektivität ist entsprechend schlecht. Angesichts der unsicheren Datenlage (kleine Kollektive, keine Langzeitergebnisse) können die Zahlen nur eine orientierende Einschätzung der Kosteneffektivität geben. Bei einem IKER zwischen 252.000 und über 450.000 Britische Pfund/QALY müssen die gesundheitlichen Effekte in jedem Fall sehr teuer erkaufte werden. Folgende Argumente könnten es aber rechtfertigen, die Enzymersatztherapien dennoch in den Leistungskatalog aufzunehmen: Es handelt sich bei den lysosomalen Speicherkrankheiten um schwerwiegende, unbehandelt letal verlaufende Erkrankungen, der individuelle Nutzen durch die Präparate ist groß und es steht keine Behandlungsalternative zur Verfügung. Nicht zuletzt hält sich der Budget-Impact aufgrund der relativ kleinen Patientenzahlen in Grenzen.

Beispiel 2: Clopidogrel vs. ASS zur Sekundärprophylaxe bei vaskulären Erkrankungen

Dem Abschlussbericht des IQWiG zufolge (A04-01A vom 30.06.2006) betrug die absolute Risikodifferenz bei einer jährlichen Ereignisrate von 5,32% unter Clopidogrel und 5,83% unter ASS bei lediglich 0,51%. Zugrunde liegen die Daten der CAPRIE-Studie. Bei zerebrovaskulären Erkran-

Kosten-Effektivität verschiedener Enzymdefekt-Krankheiten

Krankheit	Behandlung	Kosten / Jahr	Kosten / QALY	Patienten in England und Wales
M. Gaucher	Imiglucerase	90000 £	90000 £	250
M. Fabry	Agalsidase	119000 £	119000 £	150
Mucopolysaccharidose I	Laronidase	450000 £	450000 £	96

Quelle: Burls et al. 2005

Die Therapiekosten bei einzelnen Enzymdefekt-Krankheiten sind sehr hoch, die Datenlage ist schlecht.



kungen (ZVK) und koronarer Herzkrankheit (KHK) bietet Clopidogrel gegenüber ASS keinen nachgewiesenen Zusatznutzen. Lediglich bei einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) ist ein reduziertes Risiko für vaskuläre Ereignisse belegt, und zwar 3,71 % unter Clopidogrel versus 4,86% unter ASS. Dies entspricht einer relativen Risikoreduktion von 23,8%, die absolute Risikodifferenz fällt allerdings ebenfalls gering aus, bei nicht reduzierter Gesamtmortalität.

Darüber hinaus konnte kein Zusatznutzen von Clopidogrel gegenüber ASS bei gastrointestinalen Komplikationen nachgewiesen werden. Da Clopidogrel deutlich teurer als ASS ist, könnte man meinen, dass die inkrementelle Kosteneffektivität von Clopidogrel gegenüber ASS vergleichsweise schlecht sein müsste. Eine gesundheitsökonomische Modellierung von Berger et al. ergab einen IKER von unter 20.000 Euro pro gewonnenem Lebensjahr (life-years saved, LYS) (Berger et al. 2008). Obwohl die Kosteneffektivität damit gar nicht so schlecht ist, erschiene es ethisch vertretbar, Clopidogrel für die Sekundärprophylaxe aus dem Leistungskatalog auszuschließen oder zumindest einen Höchstbetrag festzulegen: Es steht mit ASS eine kosteneffektivere Alternative zur Verfügung, Clopidogrel bietet für den Einzelnen einen vergleichbar kleinen (absoluten) Zusatznutzen, man findet keinen Unterschied in der Gesamtsterblichkeit und der Budget-Impact ist aufgrund des breiten Indikationsbereiches verhältnismäßig groß.

Beispiel 3: Avastin® (Bevacizumab) zur Behandlung des metastasierten Kolonkarzinoms

Bevacizumab ist ein monoklonaler Antikörper, der als „Angiogenese-Inhibitor“ die Neubildung von Blutgefäßen im Tumor unterbindet und beim metastasierten Kolonkarzinom eingesetzt wird. Das britische Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) kam in einem ersten Gutachten zu dem Schluss, dass der Einsatz von Bevacizumab beim metastasierten Dickdarmkrebs als nicht kosteneffektiv und damit für den Einsatz im NHS zu teuer sei (TA118 vom 27.01.2007). Der lebensverlängernde Effekt war mit 20,3 vs. 15,6 Monaten zwar statistisch signifikant, die Kosteneffektivität lag mit 88.364 Britische Pfund/QALY aber deutlich über dem von NICE vorgegebenen, orientierenden Grenzwert (siehe unten). Aus meiner Sicht wäre eine Kostenübernahme trotz der eher ungünstigen Kosteneffektivität ethisch durchaus zu rechtfertigen gewesen. Der

vergleichsweise kurze Lebenszeitgewinn vor dem Tod hat für onkologische Patienten erfahrungsgemäß einen sehr hohen subjektiven Wert, da die verbleibende Lebensspanne besonders intensiv er- und gelebt wird. Dieser große individuelle Nutzen für den Patienten könnte eine Kostenübernahme durchaus rechtfertigen. Zu berücksichtigen sind dabei individuelle Patientenpräferenzen, die sich bei einer fortgeschrittenen, unheilbaren bösartigen Tumorerkrankung manchmal gegen die Durchführung einer weiteren Antitumorthherapie richten. Im November 2008 hat das NICE in einer Stellungnahme explizit eingeräumt, dass bei Behandlungen am Lebensende, die den betroffenen Patienten eine „wesentliche“ Lebensverlängerung bieten, der allgemeine Grenzwert von 30.000 Britische Pfund/QALY überschritten werden darf (NICE: Appraising life-extending, end of life treatments vom 4. August 2009).

Der Nachteil der hier vorgeschlagenen Abwägung liegt darin, dass man im Gegensatz zu einem festen Grenzwert keine klar definierte Orientierung hat, was noch ein gerade akzeptables Kosten-Nutzen-Verhältnis ist. Dieses nicht-quantifizierbare, schlechter operationalisierbare Vorgehen scheint aber ethisch das einzig vertretbare zu sein, da es aus gerechtigkeitsethischer Perspektive geboten ist, zum Beispiel bei schwerwiegenden Erkrankungen und fehlenden Alternativen auch ein schlechtes Kosten-Nutzen-Verhältnis in Kauf zu nehmen.

These 4:

Ein fester Grenzwert für das maximal akzeptable Kosten-Nutzen-Verhältnis ist ethisch nicht zu vertreten. Das Ergebnis der Kosten-Nutzen-Bewertung (Euro/QALY) ist vielmehr mit anderen ethischen Überlegungen wie zum Beispiel dem Schweregrad der Erkrankung oder dem individuellen Nutzengewinn abzuwägen.

Einsparungen durch Qualitätsreduktion?

Auch die Beurteilung von Maßnahmen im Quadrant III (siehe Seite 18) bereitet Schwierigkeiten: Ist es ethisch vertretbar, schlechtere medizinische Ergebnisse in Kauf zu nehmen, um Kosten einzusparen? Auch hier kann man die Tendenz der Bewertung aus der Abbildung ableiten: Bei einem kleinen Winkel β , wenn man mit einer relativ kleinen Ergebnisverschlechterung große Einsparungen erzielen kann, ist es eventuell vertretbar, Intervention C anstelle des

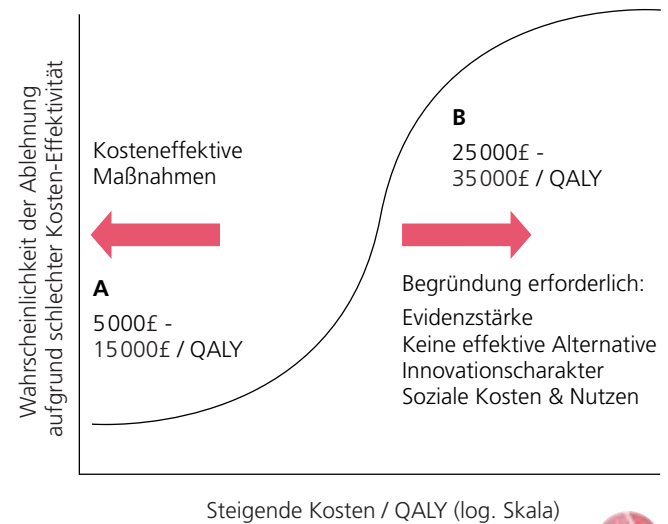
Standardverfahrens S durchzuführen. Die dadurch freiwerdenden Ressourcen können anderen Patienten zugute kommen, für die ein größerer gesundheitlicher Nutzen resultiert. Etablierte medizinische Verfahren haben aufgrund der erfolgten Kostenerstattung per se keinen ethisch privilegierten Status: Auch ihr Kosten-Nutzen-Verhältnis sollte einer kritischen Überprüfung unterzogen werden.

Dies sei an einem – hypothetischen – Beispiel verdeutlicht: Nehmen wir einmal an, Clopidogrel sei als Standard-Medikament zur Sekundärprophylaxe bei vaskulären Erkrankungen etabliert. Nun kommt ein innovatives Medikament, ASS, auf den Markt, das deutlich günstiger und nur unwesentlich weniger effektiv ist: Sollte es bei insgesamt begrenzten Ressourcen dann nicht möglich sein, eine kleine negative Effektdifferenz in Kauf zu nehmen, um wesentliche Einsparungen erzielen zu können? Allgemein erscheinen Kostensenkungen durch Qualitätsreduktionen dann ethisch vertretbar, wenn (1) die Versorgung in dem entsprechenden Bereich bereits ein hohes Niveau erreicht hat, wenn (2) der individuelle Nutzenverzicht vergleichsweise gering ausfällt und wenn (3) durch die geringe Nutzenreduktion erhebliche Einsparungen erzielt werden können. Auch dieses Vorgehen setzt allerdings voraus, dass die Ergebnisse der indikationsbezogenen Kosten-Nutzen-Bewertungen einen indikationsübergreifenden Vergleich von Kosten und Nutzen ermöglichen.

Internationale Erfahrungen mit der Kosten-Nutzen-Bewertung

Ein Blick auf die Erfahrungen anderer Länder zeigt, dass zum Teil ganz ähnliche Vorgehensweisen bei der Kosten-Nutzen-Bewertung etabliert wurden. Das britische National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) bewertet inzwischen seit mehreren Jahren das Verhältnis von Kosten und Nutzen medizinischer Interventionen. Das NICE legt dabei keinen festen Schwellenwert an, sondern entscheidet von Fall zu Fall neu, ob das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Maßnahme noch akzeptabel ist. Dabei steigt die Wahrscheinlichkeit der Ablehnung einer Maßnahme aufgrund der schlechten Kosteneffektivität mit zunehmendem inkrementellen Kosteneffektivitäts-Quotienten (vgl. Abbildung S. 24). Entscheidend sind die beiden Flexuren A und B. Maßnahmen mit einer Kosteneffektivität links von A sieht NICE in der Regel als kosteneffektiv und damit erstattungsfähig an, während bei Maßnahmen rechts von B die Kos-

Kosten-Nutzen-Abwägung im britischen NICE



Quelle: Rawlins und Culyer 2004

Das britische NICE arbeitet nicht mit einem festen Schwellenwert: Maßnahmen mit einer Kosteneffektivität links von A werden in der Regel als erstattungsfähig angesehen. Rechts von B dagegen bedarf die Erstattung einer besonderen Begründung.

tenübernahme im NHS einer besonderen Begründung bedarf. Als mögliche relevante Gründe werden die Evidenzstärke, die Alternativlosigkeit, der Innovationscharakter oder soziale Kosten und Nutzen genannt. Obwohl es keine empirische Basis für eine exakte Quantifizierung von A und B gibt, nimmt NICE an, dass die Krümmung A ungefähr bei 5.000 bis 15.000 Britische Pfund/QALY (etwa 6.300 bis 18.900 Euro/QALY) und Krümmung B bei 25.000 bis 35.000 Britische Pfund/QALY (etwa 31.400 bis 44.000 Euro/QALY) liegt. Auch wenn man im Einzelnen über die Grenzwerte und die Rechtfertigungsgründe streiten kann, der Grundansatz des NICE scheint ethisch durchaus vertretbar: Je größer der inkrementelle Kosteneffektivitäts-Quotient ist, desto größer ist die Begründungslast.

Auch in Australien bestehen mehrjährige Erfahrungen mit der Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln. Das Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC) im australischen Gesundheitsministerium prüft Medikamente vor der Aufnahme in das staatlich subventionierte Pharmaceutical Benefit Scheme (PBS). Die Kosteneffektivität ist dabei eines von mehreren Bewertungskriterien, zu denen darüber hinaus die klinische Relevanz, der Schweregrad der Erkrankung, der medizinische Bedarf und der Budget-Impact gehören (Hill et al. 2000). Das PBAC legt wie das

britische NICE keinen festen Grenzwert zugrunde, sondern entscheidet fallbezogen unter Berücksichtigung der verschiedenen Bewertungskriterien über die Aufnahme des Medikamentes. So manifestiert sich in den Entscheidungen des PBAC – ähnlich wie beim NICE – ein weicher, impliziter Grenzbereich: Bei einem IKER von mehr als 45.000 Euro/LYS ist die Aufnahme in das PBS eher unwahrscheinlich, bei einem IKER von weniger als 25.000 Euro/LYS ist die Ablehnung aufgrund einer schlechten Kosteneffektivität unwahrscheinlich. Interessanterweise liegen die beiden Werte nicht allzu weit von den Schwellenwerten des NICE entfernt. Beide Institute zeigen auf, wie eine Kosten-Nutzen-Bewertung ohne festen Schwellenwert unter Berücksichtigung anderer ethischer Zuteilungskriterien erfolgen kann.

Zusammenfassung

Eine Kosten-Nutzen-Bewertung sollte primär indikationsbezogen durchgeführt werden, da eine rein kosteneffektivitätsorientierte Priorisierung über alle Indikationen hinweg, wie sie in Oregon mit der ersten Liste praktiziert wurde, ethisch nicht vertretbar ist. Die Ergebnisse der indikationsspezifischen Kosten-Nutzen-Bewertung sollten aber einen indikationsübergreifenden Vergleich von Kosten und Nutzen der Maßnahmen ermöglichen, da sich sonst die Opportunitätskosten nicht abschätzen lassen und eine begründete Entscheidung z.B. über Höchstbeträge nicht möglich ist. Dies bedeutet, dass bei der Kosten-Nutzen-Bewertung immer auch ein generisches Nutzenmaß – LYS oder QALYs – verwendet werden sollte. Die Angabe der inkrementellen Kosten pro QALY erlaubt zwar ebenfalls keinen direkten Schluss auf einen Erstattungshöchstbetrag, ermöglicht aber zumindest einen orientierenden Vergleich mit dem Kosten-Nutzen-Verhältnis in anderen medizinischen Bereichen. Es erschiene dabei durchaus vertretbar, einen „Signal-IKER-Grenzbereich“ anzunehmen – z.B. zwischen 35.000 und 50.000 Euro/QALY –, ab dem eine besondere Begründung für die Akzeptanz des Preises erforderlich ist. Diese Begründung sollte sich an den bereits vorgestellten Kriterien wie Schweregrad der Erkrankung, erwarteter individueller Nutzengewinn, Innovationscharakter der Maßnahme und Budget-Impact orientieren. Die im Methodenpapier zur Kosten-Nutzen-Bewertung des IQWiG vorgeschlagenen Effizienzgrenzen, bieten hingegen keine hinreichende Rechtfertigung für die Festlegung von Erstattungshöchstbeträgen, da der Bewertungsmaßstab aus dem

bisher faktisch vorherrschenden Kosten-Nutzen-Verhältnis im Indikationsbereich abgeleitet werden soll.

Dies würde eine explizite Entscheidung über die Angemessenheit der aktuellen Preisbildung voraussetzen, was in der GKV bislang nicht erfüllt ist. Darüber hinaus würden inkonsistente Kosten-Nutzen-Bewertungen über verschiedene Indikationen hinweg resultieren, da bei jedem Indikationsbereich unterschiedliche Grenzwerte zugrunde gelegt werden, ohne dies inhaltlich zu begründen. Dies erscheint nicht nur aus ethischer, sondern auch aus verfassungsrechtlicher Sicht problematisch. Als Fazit bleibt festzuhalten: Begründete Entscheidungen über Erstattungshöchstbeträge sind nur über einen Vergleich von Kosten und Nutzen (einschließlich weiterer Krankheitsmerkmale) über Indikationen hinweg möglich: Je schwerer die Erkrankung und je größer der individuelle Nutzen für den Patienten ist, desto höher darf das inkrementelle Kosten-Nutzen-Verhältnis und der Erstattungshöchstbetrag für die jeweilige Maßnahme sein.

Literatur beim Autor

E-Mail-Kontakt: marckmann@lmu.de

.....
PROF. DR. MED. GEORG MARCKMANN, MPH



Studium der Medizin und Philosophie an der Universität Tübingen, Public-Health Studium an der Harvard Universität in Boston/USA. 1992-1995 Stipendiat im DFG-Graduiertenkolleg „Ethik in den Wissenschaften“ in Tübingen.

1997 Promotion zum Dr. med.. Von 1998-2010 zunächst wissenschaftlicher Assistent, nach der Habilitation für das Fach „Ethik in der Medizin“ im Jahr 2003 Oberassistent und stellvertretender Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Tübingen. Seit 2010 W3-Professor für Ethik, Geschichte, und Theorie der Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München.



Priorisierung, Rationierung – Lösungsansätze: Erwartungen der Krankenkassen an die Kosten-Nutzen-Bewertung

PROFESSOR DR. H.C. HERBERT REBSCHER, VORSTANDSVORSITZENDER DER DAK – UNTERNEHMEN LEBEN



n der gesundheitspolitischen Diskussion wird – fahrlässiger Weise – das Kosten-Nutzen-Verhältnis für die Versicherten mit dem Kosten-Nutzen-Verhältnis für Patienten gleichgesetzt. Entsprechend wird bisher die Effizienz einer Gesundheitsleistung auch nicht an der guten und wirtschaftlichen Versorgung kranker Menschen beurteilt. Die mit der „kleinen Gesundheitsprämie“ etablierten reinen Preissteuerungssignale münden jedoch in Risikoselektion und Leistungsverweigerungswettbewerb, die mit echter Wirtschaftlichkeit einer Krankenkasse nichts zu tun haben. Für eine effiziente Mittelallokation muss die „letzte Meile“ der real erfahrbaren Versorgung patientenorientiert gestaltet werden. Dieser Beitrag untersucht, welchen Beitrag die Versorgungsforschung auf diesem Weg leisten kann und schildert, wie unterschiedlich die methodischen Anforderungen im Vergleich zur kontrollierten klinischen Studie (RCT) sich dabei darstellen.

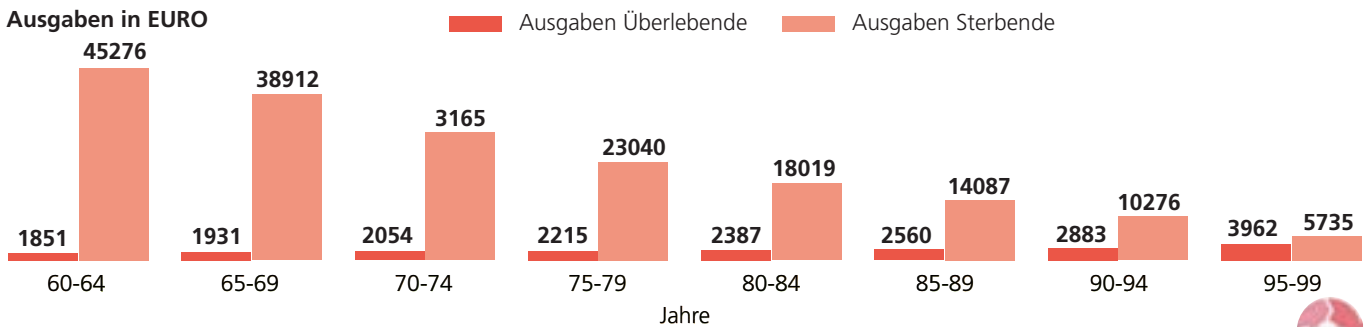
Kosten und Nutzen von alternativen Güter- und Dienstleistungskombinationen

Wenn wir die Versorgungssituation betrachten, und dies ist durch viele empirische Untersuchungen belegt, erkennen wir, dass 20 % der Menschen 80 % der Leistungen benötigen. Verschärfend kommt hinzu, dass es eine enorme Kompression der Ausgaben auf wenige Jahre vor dem Tod gibt. Im Umkehrschluss bedeutet dies allerdings, dass 80 Prozent der Menschen lediglich 20 Prozent der Leistungen benötigen. Was nichts anderes heißt, als dass diese Menschen außer dem abstrakten Versicherungsschutz keinen individuellen Nutzen aus dem Versorgungsangebot und dessen Qualität ziehen. Dieses empirisch gut gesicherte Faktum ist eine zentrale Grundlage bei der Beurteilung gesundheitsökonomischer Instrumente.

Nimmt man diese Ausgangslage ernst, muss man reine Preissteuerungsmodelle, wie die mit dem Gesundheitsfonds eingeführte „Kleine Prämie“ (Zusatzbeitrag) ablehnen. Denn Prämienmodelle richten sich ausschließlich an preisreagible Gesunde, die keine Leistungen (20 %) benötigen. Was hingegen notwendig wäre, sind Reformansätze, die die Effizienz der Versorgung in den Vordergrund rücken, denn Effizienz bei der Leistungserbringung zeigt sich in dem Bereich der aufwändigen Versorgung (80 % der Leistungen) der Wenigen (20 Prozent der Menschen).

Betrachten wir den Effizienzbegriff, wie er in der gesundheitspolitischen Diskussion gebraucht wird, ist nicht verwunderlich, wenn Eckhard Knappe mit dem Verweis darauf, dass das Effizienzziel sogar Gesetzesrang hat, präzise urteilt, dass in Bezug auf die Krankenversicherung „bestenfalls...‘Effizienz‘ mit ‘weniger Ausgaben‘ verwechselt wird, anstatt das Kosten-Nutzen-Verhältnis

Entwicklung GKV-Ausgaben in sterbensnahen Altersgruppen



Quelle: A. Kruse



Die Ausgaben für Patienten im letzten Jahr vor dem Tod sind viel höher als die für Überlebende.

für die Versicherten und für die Patienten gleichermaßen zu betrachten“. Nach ihm wird „nicht beachtet, dass die Kosten-Nutzen-Bewertung aus Sicht eines gesunden Versicherten (Nutzen des gedeckten Krankheitsrisikos versus Beitragshöhe) gänzlich anders ausfällt, als die Bewertung durch einen Patienten (Nutzen der Gesundheitsleistung versus Zeitaufwand, Schmerzhaftigkeit etc.). Beide Bewertungen sind weder deckungsgleich noch kompatibel.“ Dieser Zusammenhang beschreibt einen Präferenzwechsel, dessen nachhaltig ökonomische Konsequenzen bisher kaum beachtet werden.

Effizienz ist an der angemessenen, guten und wirtschaftlichen Versorgung kranker Menschen zu beurteilen. Es geht um die wirtschaftliche Erbringung einer notwendigen Leistung in guter Qualität. Die mittel- und langfristige Perspektive zählt. Die Vermeidung einer Eskalation von Krankheiten und Risikofaktoren ist das eigentliche Ziel. Deshalb müssen ganzheitliche Versorgungskonzepte inklusive Prävention, Rehabilitation und Pflege organisiert werden – in diesem Rahmen wäre Effizienz messbar und beurteilbar.

Doch geht der Gesetzgeber mit der „Kleinen Prämie“ einen anderen Weg und reduziert die Beurteilung für eine effiziente Gesundheitsversorgung erneut auf die Aussage „weniger Kosten“. Somit sendet die Politik reine Preissteuerungssignale aus ohne zu berücksichtigen, dass Preissteuerung nur auf preisreagible Nachfrage wirkt. Preisreagibilität der Vielen (80 %) ohne relevanten Leistungsbezug heißt jedoch, dass der Nutzen ausschließlich im Preis des Versicherungsarrangements (Risikoabsicherung), nicht jedoch im (Leistungs-)Nutzen qualitativer Medizin, im Nutzen guter Versorgungsorganisation, im Nutzen medizinischer und

pflegerischer Qualität beurteilt wird und werden kann. Ein durch Risikoselektion und Leistungsverweigerungswettbewerb erzielt Prämien dumping für ausschließlich preisreagible gesunde Kunden darf nicht als „Effizienz“ missinterpretiert werden. Mit der echten Wirtschaftlichkeit einer Krankenkasse hat es nichts zu tun. Diese fehlleitenden ökonomischen Anreize zwingen alle Beteiligten zu einer kalten, betriebswirtschaftlichen Logik:

- Risikoselektion wird gefördert. Ein Wettbewerb, der die Optimierung der Versorgung zum Ziel hat, ist damit grob diskriminiert.
- Harte Prämienvermeidungsstrategie: Alles wird getan, um kurzfristig Zusatzprämien zu vermeiden. Es gibt keinen Anreiz mehr für einen Wettbewerb um effizientere, an den Versorgungsnotwendigkeiten orientierte Abläufe.
- Kurzfristig attraktive Angebote werden gezwungenermaßen auf betriebswirtschaftlich attraktive Zielgruppen ausgerichtet (Junge und Gesunde) statt auf langfristige Versorgungsstrategien (Zielgruppe: Kranke, Chroniker etc.).

Ein Grund für die Einführung und Etablierung der Gesundheitsökonomie als eigene Disziplin innerhalb der klassischen ökonomischen Disziplinen liegt insbesondere darin begründet, dass es fundamentale Unterschiede zu marktwirtschaftlich organisierten Produktions- und Leistungsprozessen gibt, die es herauszuarbeiten gilt. Die Ergebnisse und Erkenntnisse der Gesundheitsökonomie sind für die Gesundheitspolitik und für eine effektive und effiziente Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung von entscheidender Bedeutung geworden. Die dazu notwendigen Untersuchungen und Studiendesigns sind nicht ohne eine

spezifische Methodik aussagefähig. Trotz aller Erkenntnisse hat die Politik bei der Ausgestaltung des Gesundheitsfonds mit „Kleiner Prämie“ einen fundamentalen Unterschied zu typischen Produkt- und Dienstleistungsmärkten ausgeblendet. Nämlich den, dass im GKV-Markt systematisch die simultane Bewertung von Kosten und Nutzen im Moment des Kaufs, ausgedrückt im Preis, fehlt. Genau das Gegenteil ist der Fall: Preis- und Nutzenbewertung finden im „Gesundheitsmarkt“ grundsätzlich und nicht änderbar zeitlich und inhaltlich in völlig verschiedenen Situationen statt.

Hierzu ein Beispiel: Leistungen, wie die geriatrische Rehabilitation – das gilt grundsätzlich für alle mittel- und langfristigen Versorgungskonzepte – oder die qualifizierte persönliche Beratung vor Ort, haben als Bestandteil eines komplexen Versicherungsproduktes und -preises auch für den 25-jährigen Gesunden ihre Berechtigung. Denn er kann jederzeit in die Lage geraten, eine „Versorgungsleistung“ beanspruchen zu müssen. Als überzeugende Begründung für eine Zusatzprämie für diesen Personenkreis reichen sie allerdings nicht. Außerdem geht der junge und gesunde Versicherte auch keinerlei Risiko ein, wenn er über das Internet die preisgünstigste Krankenkasse wählt.

Benötigt er im fortgeschrittenen Alter, oder wenn eine Krankheit diagnostiziert wird, Leistungen und Beratung, wechselt er – ohne ökonomische Restriktionen – in eine Krankenkasse, die ein entsprechendes Versorgungsmodell vorhält. Somit entlastet er die preisgünstige Krankenkasse sogar noch von Versorgungskosten, so dass diese weiterhin preisgünstig anbieten kann. Die Politik bezeichnet diese Krankenkasse sogar noch als wirtschaftlich, da sie keine bzw. geringe Leistungsausgaben hat. Wenn die „Kleine Prämie“, wegen des staatlich administrierten Einheitsbeitrags, das einzige unterscheidbare Wettbewerbskriterium für preisreagible Menschen wird – und das ist der zentrale politische Wille –, dann wird der Rechtsrahmen seine ordnungspolitische Anreizwirkung wie folgt entfalten:

- Preiswettbewerb durch Leistungsverweigerung,
- Kurzfristige Prämiensorientierung („billig“) statt mittelfristiger Versorgungsoptimierung („effizient“),
- Akutmedizinische Fokussierung statt präventions- und rehabilitationsmedizinischer Orientierung,
- Grundleistungsorientierung (RSA-kompatibel) statt ganzheitlichem Medizinansatz,
- Billigmedizin statt Qualitätsmedizin bei formal gleichem Leistungsanspruch.

Zielsetzung: Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung

Die Suche nach der effizienten Mittelallokation beherrscht die gesundheitspolitische Debatte. Alle oft interessengeleitet strittig diskutierten Steuerungs- und Honorierungssysteme dienen der Suche nach geeigneten Anreizen, um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu optimieren. Die dazu verantwortlichen Akteure aller beteiligten Seiten benötigen belastbare Entscheidungsgrundlagen, sowohl für die Bestimmung eines in seiner Wirksamkeit bestätigten Leistungskatalogs, als auch für die Gestaltung eines adäquaten Vertragskonzeptes.

Dies sind Informationen über die Relevanz des zu lösenden Problems selbst, die Wirksamkeit alternativer therapeutischer Verfahren, deren Risiken und Nebenwirkungen sowie die Perspektive und Interessenlage der Betroffenen (Patienten) sowie der systembeteiligten Leistungserbringer/-finanzierer und schließlich die Perspektive der Gesellschaft als Ganzes. Daneben sind Informationen über die Qualität in der Erbringung einer an sich wirksamen Maßnahme für die Systemsteuerung unabdingbar.

Es ist bei komplexen gesellschaftlichen Systemen wie dem Gesundheitssystem nicht verwunderlich, dass verschiedene Wissenschaften, methodische Ansätze und unterschiedliche Perspektiven das Bild einer insgesamt beeindruckenden wissenschaftlichen Durchdringung des Systems prägen. Die Chancen der hoch differenzierten Einzelanalysen bergen für die Systemsteuerung allerdings auch die Gefahr, dass aus der Vielzahl der analytisch durchdrungenen heterogenen Teile wenig konsistente Handlungsempfehlungen für die Systemsteuerung als Ganzes ausgehen. Es besteht die latente Gefahr, dass immer mehr Spezialisten immer mehr über immer kleinteiligere Effekte wissen. Dieses Wissen wird mit enormen, methodischen und finanziellen Aufwand produziert. Die Gefahr besteht jedoch, dass daraus immer weniger Orientierung für die Gestaltung komplexer Versorgungszusammenhänge ableitbar ist. Das Detailwissen ist extrem hoch, das Orientierungswissen wenig ausgeprägt.

Die Erkenntnisse der methodischen Wissenschaften, die Bioinformatik, die Medizinstatistik, die Epidemiologie, die Qualitätsforschung sowie die unterschiedlichen Zugänge der Gesundheitswissenschaften als Medizinsoziologie, Medizinökonomie (Gesundheitsökonomie), Public Health, oder Sozialrecht müssen interdisziplinär zusammengeführt und für patientenrelevante Versorgungsabläufe dienstbar

gemacht werden. Oder, wie es in den relevanten Publikationen zur Versorgungsforschung so bildhaft heißt, die „letzte Meile“ der real erfahrbaren Versorgung muss patientenorientiert gestaltet werden. Das ist der noch unterentwickelte Baustein einer insgesamt beeindruckenden Forschungslandschaft.

Einordnung der Versorgungsforschung

Zur Analyse realer Versorgungssysteme hat sich international eine Systematik herausgebildet, die im Überblick (siehe Seite 29) dargestellt ist.

Die **Inputforschung** fragt nach den Ressourcen eines Systems, nach den Zugängen, nach dem Inanspruchnahme-Verhalten der Beteiligten, nach den Bedarfen und somit auch nach den epidemiologischen Zusammenhängen, aber auch nach den Qualitäten der vorgehaltenen Versorgungsstrukturen, deren regionalen Verteilung und der Barrieren im Zugang der Betroffenen.

Die **Throughput-Forschung** bezieht sich enger auf das Versorgungssystem als solches, seine organisatorischen Zusammenhänge, seine Strukturen, Prozesse und Technologien, das Vorhandensein von Schnittstellen, die Entwicklung von Leitlinien in der Behandlung, die Einflüsse ökonomischer Faktoren auf z. B. die Arzt-/Patientenversorgung, die Versorgungsabläufe, Versorgungsketten und klinische Pfade für die Inanspruchnahme an sich geeigneter Leistungen.

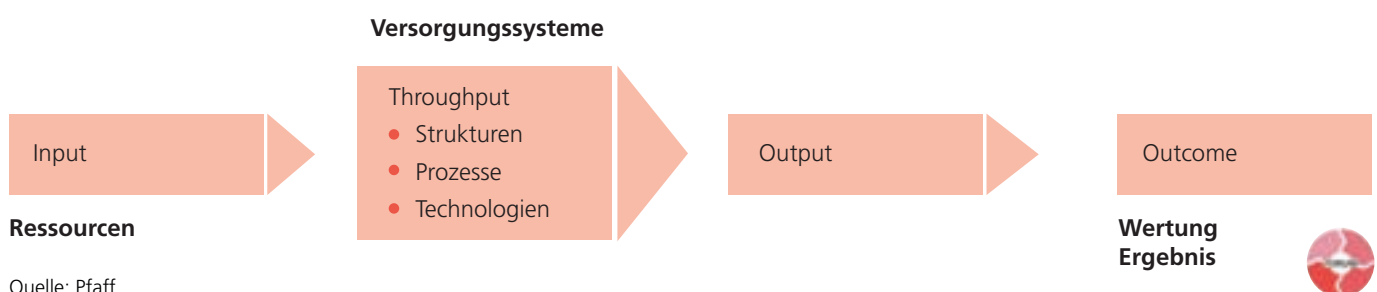
Die **Output-Forschung** fragt nach den messbaren Versorgungsleistungen, etwa die Zahl der Diagnosen, der operativen Eingriffe, die Veränderung gemessener Parameter oder die Zahl der Verordnungen. Hierzu zählt auch die Messung der bewirkten Effekte, zum Beispiel das Erreichen bestimmter Zielparame-ter (Laborwerte, BMI etc.).

Die **Outcome-Forschung** ist an der Bewertung des Outputs, des Ergebnisses für relevante patientendefinierte Nutzenkategorien interessiert. Das können kurzfristige Ziele, zum Beispiel die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit nach operativen Eingriffen und langfristige Ziele, wie Lebenserwartung und Lebensqualitätskriterien sein. Hier ist auch die Frage relevant, in wie weit verschiedene durchaus wirksame einzelne Methoden bezüglich patientenrelevanter Endpunkte Vor- und Nachteile aufweisen, beziehungsweise wie sich diese im langfristigen Verlauf darstellen. Auch die Frage nach der Effizienz, der Wirtschaftlichkeit im kurz-, mittel- und langfristigen Horizont, gehört in diese Kategorie.

Deshalb definiert die Bundesärztekammer: „Versorgungsforschung ist ein grundlagen- und anwendungsorientiertes fachübergreifendes Forschungsgebiet, das

- (1) die Inputs, Prozesse und Ergebnisse von Kranken- und Gesundheitsversorgung, einschließlich der auf sie einwirkenden Rahmenbedingungen mit quantitativen und qualitativen, deskriptiven, analytischen und evaluativen wissenschaftlichen Methoden beschreibt,
 - (2) Bedingungsbeziehungen soweit wie möglich kausal erklärt sowie
 - (3) zur Neuentwicklung theoretisch und empirisch fundierter oder zur Verbesserung vorhandener Versorgungskonzepte beiträgt,
 - (4) die Umsetzung dieser Konzepte begleitend oder ex post erforscht und
 - (5) die Wirkungen von Versorgungsstrukturen und -prozessen oder definierten Versorgungskonzepten unter Alltagsbedingungen mit validen Methoden evaluiert“.
- Eine Unterscheidung der Forschungstypen macht deutlich, dass unterschiedliche Ziele mit unterschiedlichen Forschungsansätzen erreicht werden können. Wenn man eine

Einordnung der Versorgungsforschung



Bei der Analyse von Versorgungssystemen wird zwischen vier Ansätzen unterschieden.

Typisierung der Forschung versucht, so wird mit mehr oder weniger Differenziertheit eine Systematik deutlich, die in der Abbildung (siehe S. 30) angedeutet wird. Zum einen und als Kern aller weitergehenden Ansätze ist die experimentelle Grundlagenforschung Voraussetzung für das Entstehen jedweder Innovation.

Experimentelle Grundlagenforschung ist die klassische Funktion der universitären Wissenschaft und der über-individuellen unternehmerischen Verantwortung. Historisch hat sich deshalb diesbezüglich ein Mix von Steuerfinanzierungen der entsprechenden Institute und dem unternehmerischen Interesse als Grundlage für die Weiterentwicklung eines marktfähigen Produktportfolios ergeben.

Ziel des zweiten Forschungstyps, nämlich der **klinisch und klinisch-epidemiologischen Forschung** ist es, unter kontrollierten Bedingungen die Wirksamkeit einer Entdeckung zu testen, Gefährdungen auszuschließen (Sicherheit) und damit die Voraussetzung zu schaffen, dass eine Erfindung eine Zulassung im Kontext des jeweiligen Gesundheitssystems erhalten kann. Jede Gesellschaft erwartet von den jeweiligen Anbietern von Produkten und Dienstleistungen diesen Nachweis der Wirksamkeit. Dies ist durch die an der Zulassung interessierte Industrie zu leisten. Diese klinisch und klinisch-epidemiologische Forschung ist mit einer erheblichen „Sicherheitsarchitektur“ umrankt, um anbieterbezogene Manipulationen gering und die Patientensicherheit hoch zu halten. Dieses notwendige Arrangement macht Studien teuer.

Das Ziel der Zulassung als Voraussetzung der Markteinführung definiert und limitiert dabei auch das Erkenntnisinteresse der Industrie. Insbesondere reduziert es das Interesse, die ganze Breite möglicher therapeutischer An-

wendungen aber auch deren Grenzen in der Studie selbst zu thematisieren. Dies macht im Versorgungsalltag durchaus Probleme (zum Beispiel beim Off-Label-Use). Der Idealtypus und Königsweg einer guten klinischen Forschung sind RCTs, die unter idealtypischen Bedingungen (abgebildet im jeweiligen Studiendesign) das Neue gegen das verfügbar Alte und/oder gegen Placebo vergleicht und daraus die Evidenz herleitet.

Ein dritter Forschungstyp sind **Metaanalysen** und systematische Reviews. Sie versuchen die Güte unterschiedlicher klinischer Studien, deren Relevanz und deren Studiendesign zu bewerten, die Evidenz gerade der jeweiligen Studien zu verdichten und Aussagen zur verfügbaren Evidenz im jeweiligen Versorgungskontext zu generieren. Sie sind wichtige Ansätze, sowohl im Zulassungsverfahren als auch bei der Nutzenbewertung im Kontext von Richtlinien für die Versorgung (z. B. des Gemeinsamen Bundesausschusses).

Weniger ein Studientyp, als ein Programmsatz ist die vierte Ebene, nämlich die der systematischen Orientierung an **Evidenz basierter Medizin**. Hier geht es um die Implementierung bereits verfügbarer Evidenz in die Versorgungspraxis, was auch die Bewertung historisch „unkritischer“ Verfahren in einem neuen Verfahren umfasst. Die methodisch anspruchsvolle Analyse der Evidenz des Neuen macht versorgungspolitisch nur Sinn, wenn das jeweils Alte im Lichte des Neuen kritisch hinterfragt und mit den gleichen versorgungspolitischen Konsequenzen belegt werden kann (Zulassung/Ausschluss).

Schließlich ist die Frage der **Evaluation unter Alltagsbedingungen** bedeutsam, denn nur so kann die Frage beantwortet werden, warum die Varianz der populations-

Typisierung von Forschungsansätzen

Typen	Ziele	
I. experimentelle Grundlagenforschung	Innovation	
II. klinische und klinisch-epidemiologische Forschung	Evidenz unter kontrollierten Bedingungen (idealtypische Bedingungen)	
III. Metaanalyse und System-Reviews	Bewerten verfügbarer Evidenz	} Versorgungsforschung
IV. evidenzbasierte Medizin	Implementiert bereits verfügbare Evidenz in Praxis	
V. Evaluation unter Alltagsbedingungen	Outcome	

Quelle: Rebscher

Mit verschiedenen Forschungsansätzen können unterschiedliche Ziele erreicht werden.



orientierten Ergebnisse sich so systematisch vom Studienergebnis unterscheidet.

Was ist Versorgungsforschung?

Genau an dieser Fragestellung schließt Ziel, Gegenstand und Methodik der Versorgungsforschung an. Versorgungsforschung versucht den Effektivitätsverlust durch den Transfer, die Implementierung und Umsetzung in die Versorgungspraxis zum Gegenstand der Forschung und das Ergebnis als patienten- und versorgungsrelevante Kriterien zu beschreiben.

Versorgungsforschung analysiert die Ergebnisse von Versorgungsarrangements unter den Alltagsbedingungen der Patienten und den Alltagsbedingungen der Leistungserbringung. Versorgungsforschung ist in diesem Sinne ein anwendungsorientiertes, fachübergreifendes Forschungsgebiet, welches die Kranken- und Gesundheitsversorgung in ihren Rahmenbedingungen beschreibt, kausal erklärt, darauf aufbauend Versorgungskonzepte entwickelt, deren Umsetzung begleitend erforscht und/oder unter Alltagsbedingungen evaluiert. Die berühmte „letzte Meile“ der Versorgung bezieht sich explizit auf die konkrete Kranken- und Gesundheitsversorgung im populationsorientierten Kontext. Das Leitbild der Versorgungsforschung ist die lernende Versorgung.

Dieses Leitbild „beinhaltet das Ziel, die Gesundheits- und Krankheitsversorgung in ein lernendes System zu verwandeln, das durch geeignete Lernstrukturen und -prozesse in der Lage ist, die drei Endziele Patientenorientierung, Qualität und Wirtschaftlichkeit gemeinsam und kontinuierlich zu verbessern“.

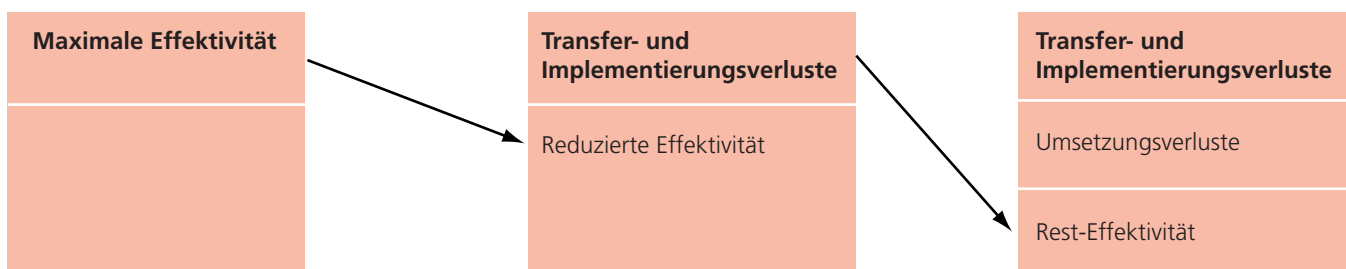
Versorgungsforschung führt bewusst die aus methodischen Gründen zwingend notwendige Ausblendung verzerrender individueller Faktoren in den klinischen Studien wieder ein und nähert sich so der Beurteilung des wirklichen Lebenszusammenhangs.

Schmacke weist eindrucksvoll darauf hin, dass Versorgungsforschung in diesem Sinne keine wissenschaftliche Disziplin „sui generis“ ist, sondern ein „interdisziplinärer Ansatz, der inhaltlich und methodisch auf die Effizienzsteigerung der medizinischen Versorgung unter Alltagsbedingungen abzielt“. Er warnt berechtigterweise vor einer mit der Beschreibung der Grenzen klinischer Forschung als „Kunstwelten“ oft einhergehenden „Anti-evidenzbasierten-Medizin-Haltung“. Deshalb sei an dieser Stelle betont, dass Versorgungsforschung die klinischen Studien ergänzt, aber auf diesen systematisch aufbaut, auf jeden Fall nicht ersetzt oder diese als überflüssig erklären kann und will.

Grenzen der klinischen Forschung – effectiveness gap

Zur Begründung des effectiveness gap: Eine methodisch gut gemachte, interessenfreie randomisierte kontrollierte klinische Studie (RCT) ist nach wie vor der „Königsweg“ bei der Beurteilung der Wirksamkeit einer Maßnahme im Vergleich zur relevanten Versorgungsalternative. Dies vorausgeschickt, sind die zu benennenden Grenzen der klinischen Studiensystematik keine Kritik, sondern eine notwendige Ergänzung, um aus Studienergebnissen durch ergänzende Forschungsmethodiken tatsächlich relevante Aussagen für populationsorientierte Effekte auf der „letzten Meile“ der Versorgung zu generieren. Dies lässt den Umgang mit objektiven Begrenzungen nicht als bloße Me-

Versorgungsforschung beschreibt den Effektivitätsverlust bei der Umsetzung in die Versorgungspraxis



Quelle: Glaeske



Effektivitätsverluste medizinischer Hilfspotenziale werden in den Phasen Transfer, Implementierung und Umsetzung verursacht.

thodenkritik, sondern als Chance der Weiterentwicklung der Versorgungsforschung begreifen.

Zielsetzung von klinischen Studien

Die Zielsetzung der klassischen klinischen Forschung ist die Zulassung eines Produktes für die Verordnung im Versorgungsalltag. Darin liegt eine Begrenzung der Untersuchungsgegenstände. Untersucht wird, was in das Produktportfolio (Pipeline) des jeweiligen Unternehmens passt und wo es im Sinne der ökonomischen Vermarktung und unter Nutzung vorliegender wissenschaftlicher Erkenntnisse lohnt, den Entwicklungsprozess bis zur marktfähigen Reife zu entwickeln.

Die Zielsetzung ist also der Beleg der Wirksamkeit und der Beleg der Sicherheit. Dies sind die entscheidenden Zulassungskriterien. Ziel ist eben nicht der relative therapeutische Nutzen beim Patienten und Ziel ist auch nicht der systematische Vergleich mit relevanten Versorgungsalternativen. Ziel ist die Begründung der Wirksamkeit gegen Placebo, im besten Fall gegen ein etabliertes bekanntes Präparat (oft aus den Altbeständen des eigenen Produktportfolios generiert). Dies erklärt, warum nach erfolgreich absolvierter klinischer Forschung und entsprechender Zulassung eines Medikaments/eines Verfahrens das Interesse an weiterer Forschung bei dem herstellenden Unternehmen schlagartig sinkt. Die für die Versorgung relevante Frage, bei welchen Patienten die Versorgungsalternativen 1-n mehr oder weniger therapeutisch nützlich sind, liegt

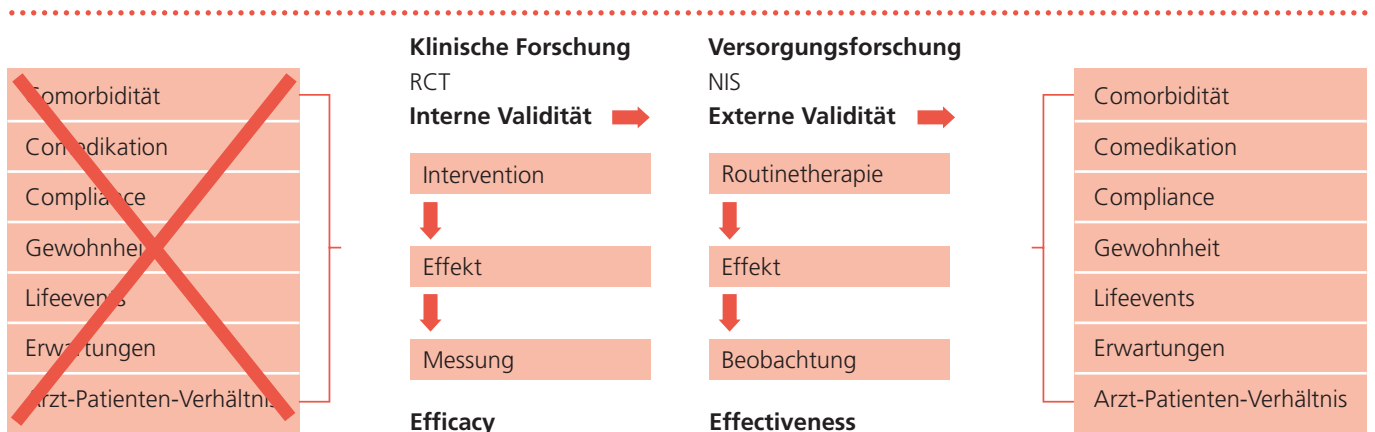
ausdrücklich nicht im Fokus eines um Zulassung begehrenden Unternehmens.

Eine Meta-Analyse am Beispiel „Aprotinin“ zeigt eindrucksvoll auf, dass mittels Versorgungsforschung auch auf Basis von Registerdaten, die ursprünglichen medizinischen Hoffnungen der Zulassungsstudie (gegen Placebo) begründet in Frage gestellt wurden. In Folge dessen wurde eine neue Head-to-head-Studie (Vergleich mit der relevanten Versorgungsalternative) erstellt, die ihrerseits wiederum die Ergebnisse der Versorgungsforschungsstudie eindrucksvoll bestätigt. Ergebnis der Meta-Analyse: „The risk of death tended to be consistently higher with use of aprotinin than with use of lysineanalogues.“

Nutzenkategorien: Wirksamkeit statt Effizienz

Die Zielstellung medizinisch-klinischer Forschung, die mit den Begriffen Zulassung/Wirksamkeit/Sicherheit/Medizinischer Vergleich bezüglich definierter Endpunkte umschrieben werden kann, ist streng zu unterscheiden von der medizinisch-ökonomischen Perspektive, die die Kategorie der Effizienz einführt und Kosten und Nutzen einer Therapiealternative zum Gegenstand hat. Die medizinische und ökonomische Perspektive kann systematisch auf das Untersuchungsdesign einer klinischen RCT angewendet werden und entweder die relevante Therapiealternative, den Placebo-Vergleich, ein ganzes therapeutisches Setting, inklusiv aller Begleit- und Nebenleistungen, umfassen. Dafür gibt die medizinökonomische/gesundheitsökonomische

Klinische Studien im Vergleich zur Versorgungsforschung

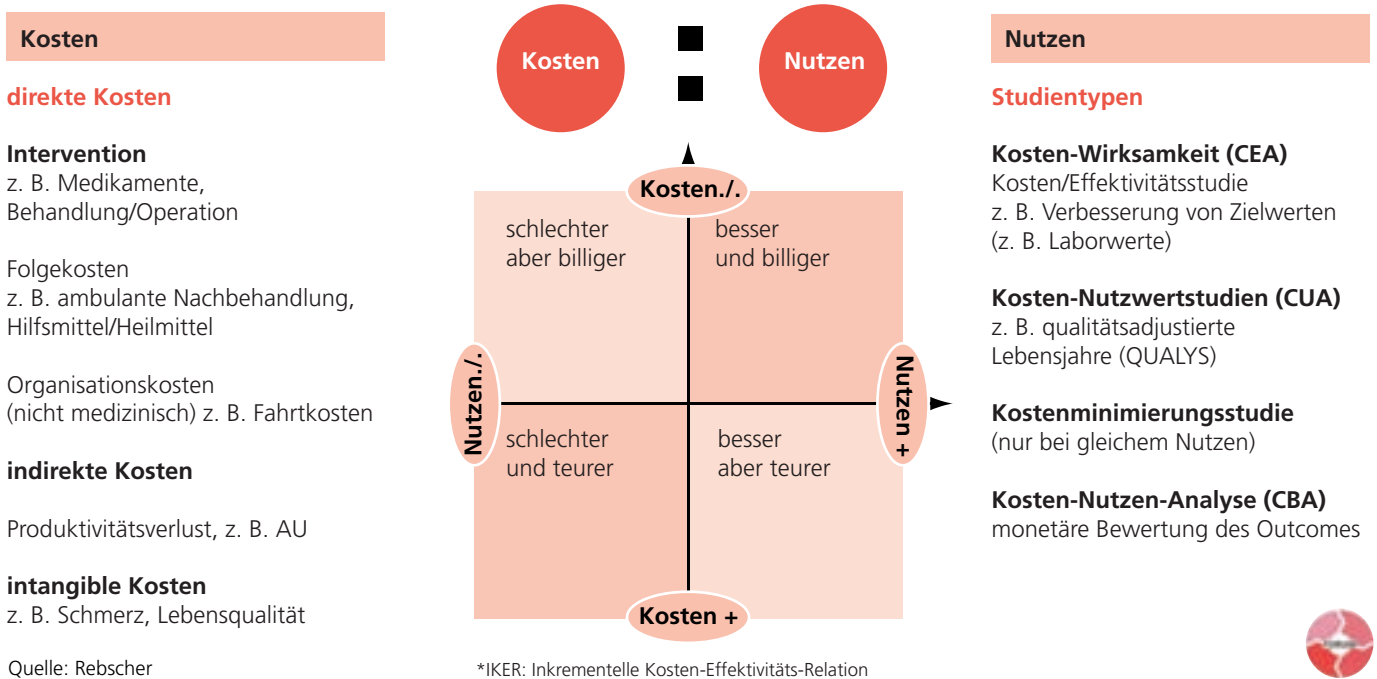


Quelle: Pfaff



Versorgungsforschung blendet die aus methodischen Gründen notwendige Ausblendung individueller Faktoren in klinischen Studien wieder ein.

Studientypen in der gesundheitsökonomischen Forschung



Je nach Fragestellung und Erkenntnisobjekt können ganz unterschiedliche Studientypen zum Einsatz kommen.

Diskussion ein etabliertes Methodenset vor und die dabei auftretenden Probleme der ökonomischen Bewertung von Nutzenkategorien sind für die unterschiedlichen Studientypen im Rahmen eines guten medizin/ökonomischen Standards beschrieben.

Auch hier kann man unterschiedliche Studientypen unterscheiden, die sich je nach Fragestellung und Erkenntnisobjekt anbieten (siehe Abb. S. 33).

Auch hierbei ist allerdings festzuhalten, dass eine gute ökonomische Evaluation im Setting der klinischen Studie nicht deren systematische Begrenztheiten aufheben kann. Im Gegenteil: Der systembedingte „Schätzfehler“ der Ergebnisse einer artifiziellen klinischen Studie überschätzt dann auch systematisch die populationsorientierte Berechnung der Gesamteffekte unter Alltagsbedingungen. Die auf die Studie bezogenen ökonomischen Effekte potenzieren die Unsicherheit und führen so zu teilweise überhöhten Erwartungen bezüglich möglicher ökonomischer Konsequenzen. Im Übrigen müssen gesundheitsökonomische Studien erst die in dem RCT fehlenden Kostenstrukturdaten noch erheben. Ein methodisch durchaus schwieriges Unterfangen, welches die Aussagekraft weiter begrenzt.

Literatur beim Autor

E-Mail-Kontakt: Vorstand@dak.de

PROF. DR. H. C. HERBERT REBSCHER

Nach dem Studium der Wirtschafts- und Organisationswissenschaften an der Universität der Bundeswehr in München war Herbert Rebscher ab 1992 als stellvertretender Geschäftsführer beim VdAK tätig. 1996 wurde er Vorsitzender des Vorstandes des VdAK. Zum 1. Oktober 2003 wechselte er in den Vorstand der DAK. Mit Jahresbeginn 2005 wurde Herbert Rebscher Vorsitzender des DAK-Vorstandes und hat seit August 2005 eine Honorarprofessur für Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth inne.



Priorisierung, Rationierung – Lösungsansätze: Priorisierung medizinischer Leistungen in Schweden: Was können wir lernen?

PROF. DR. MED. DR. PHIL. HEINER RASPE, INSTITUT FÜR SOZIALMEDIZIN, UNIVERSITÄT SCHLESWIG-HOLSTEIN



Während in Deutschland eine Debatte über Priorisierung und Rationierung bis heute im politischen Raum aktiv unterdrückt wird, startete dieser Diskurs in Schweden bereits in den 90er Jahren. Dort wurde die Arbeit zweier Kommissionen aktiv durch den schwedischen Gesetzgeber begleitet, Priorisierung also als ein essentiell politischer Prozess verstanden. Dabei wurde deutlich, dass eine ethische Plattform den Diskussionsprozess begleiten muss. In Schweden hat man den Weg einer vertikalen Priorisierung gewählt, bei der Rangreihen von Bedarfen innerhalb eines eng umgrenzten Versorgungsbereichs gebildet wurden. Dieser Beitrag schildert die dabei in Schweden gemachten Erfahrungen und versucht, Lehren für die Übertragung eines solchen Prozesses auf Deutschland zu ziehen.

Zum Vorgehen in Schweden, Dänemark und Norwegen

Gleich zu Anfang drängt es mich, den mir aufgegebenen Titel des Vortrags zu kommentieren: Es ist darauf zu verweisen, dass es sich bei den schwedischen Aktivitäten zur Priorisierung medizinischer Indikationen inzwischen nicht mehr um ein „Projekt“ handelt, sondern um eine langjährige Routine. 2004 erschien die erste Auflage einer Priorisierungsleitlinie für die kardiologische Versorgung (The Swedish Board of Health and Welfare's Guidelines for Cardiac Care), 2008 wurde die zweite Auflage veröffentlicht, eine dritte ist kürzlich erschienen. Inzwischen existieren Leitlinien dieses besonderen Typs für zehn Versorgungsbereiche bzw. Erkrankungen. Weitere sind in Arbeit.

Die Geschichte der Priorisierung in Schweden reicht weiter zurück, bis in den Anfang der 1990er Jahre. 1992 nahm eine aus Parlamentariern und Fachleuten gebildete Kommission des schwedischen Reichstags (Swedish Parliamentary Priorities Commission) ihre Arbeit unter Führung des Onkologen und konservativen Reichstagsmitglieds Jerzy Einhorn auf.

War Schweden das erste Land, in dem auf nationalem Niveau und politiknah über eine Prioritätensetzung im Gesundheitswesen nachgedacht wurde? Wenn nein: Von wem konnte Schweden lernen?

Im Rahmen eines Teilprojekts der Forschergruppe der Deutschen Forschungsgemeinschaft zu „Priorisierung in der Medizin“ (FOR655) beschäftigt sich unsere Lübecker Arbeitsgruppe mit der Untersuchung von Priorisierungsaktivitäten in verschiedenen europäischen Nachbarländern. Die frühesten Spuren konnten wir in damals noch unorganisierten Diskussionen in Dänemark (um 1974) finden. Norwegen war dann 1985 das erste Land, das eine staatliche

Fachkommission einsetzte („Guidelines for Prioritizations in the Norwegian Health Care System“). Die Leitung wurde Inge Lønning, einem damals 47-jährigen Professor für Systematische Theologie der Universität Oslo übertragen. Die Kommission legte ihren Abschlussbericht 1987 vor. Von 1996 bis 1997 leitete Lønning eine zweite Kommission.

Wesentliche Botschaften des Lønning-I-Komitees waren, dass immer schon Prioritäten gesetzt würden, oft aber nach der „Dezibel-Methode“ (wer am lautesten schreie, bekomme am meisten), dass aber eine systematische Priorisierung vorzuziehen und als nationale und politische Aufgabe anzusehen sei. Weiterhin wurde erkannt, dass die systematische Priorisierung sich einer ethischen Basis in den allgemein akzeptierten Werten der jeweiligen (hier der norwegischen) Gesellschaft versichern müsse und dass zu diesen (norwegischen) Werten auch die soziale Verantwortung für die schwächsten Individuen gehöre. Das Komitee verständigte sich 1997 einvernehmlich auf drei grundlegende Kriterien bzw. Prinzipien einer systematischen Priorisierung:

Zu berücksichtigen seien erstens die Schwere der jeweiligen Krankheit, zweitens die Effektivität der auf sie bezogenen Intervention(en) und drittens deren ökonomische Effizienz; dabei sei auf eine gleiche und gerechte Verteilung medizinischer Leistungen zu achten; „selbstverschuldete“ Krankheiten („self-inflicted damage“) sei nicht zu priorisieren. Das Komitee definierte fünf Prioritätsgruppen, darunter eine mit der Priorität Null; sie schlug in anderen Worten vor, bestimmte Leistungsarten aus der kollektiven Finanzierung auszuschließen.

„ In the opinion of the [Lønning I] committee, the major challenge facing Norwegian health

policy will be to find acceptance for the fact that some, in themselves, desirable forms of care and treatment will have to be pushed to the back of the queue. “

Diese Aussage ist besonders bemerkenswert vor dem Hintergrund des damals schon fließenden Nordsee-Öls, das Norwegen inzwischen zu einem der reichsten Länder der Erde gemacht hat.

Schweden befand sich anfangs der 1990er Jahre in einer anderen und ökonomisch bedrängten Lage. Besonders die medizinische Versorgung von Tumorkranken schien den schwedischen Onkologen (zu denen Professor Einhorn gehörte) vernachlässigt. Während sich im norwegischen Gesundheitswesen aktuell keine sicheren Spuren der ersten Kommissionsarbeit finden lassen (so jedenfalls die Aussage von Lønning in einem mit ihm geführten Interview im Dezember 2010), war die Arbeit der schwedischen Parlamentskommission der Auftakt für eine bis heute anhaltende und sehr praktisch gewordene Aktivität. Ihr Produkt sind die schon erwähnten nationalen Priorisierungsleitlinien.

Schweden hat also von Norwegen gelernt; Inge Lønning sagte, er habe mehr Vorträge in Schweden als in Norwegen selbst gehalten – und ist inzwischen weit über das dort Erreichte hinausgelangt. Auch in Dänemark versandete die besonders früh begonnene Diskussion; sie nimmt erst in allerletzter Zeit wieder Fahrt auf.

Zum aktuellen Diskussionsstand in Deutschland

In Deutschland ist die Diskussion ganz andere Wege gegangen. Sie wird bis heute politisch von der denkbar größ-

ten Koalition vermieden und aktiv unterdrückt. Ein hierzu geeigneter Mechanismus liegt für mich in der permanenten Gleichsetzung von Priorisierung und Rationierung. Eigentlich sollte diese seit dem Jahr 2000 unmöglich sein. Damals veröffentlichte die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) eine erste Stellungnahme zum Thema. Sie schlug eine Definition von Priorisierung vor, die sie 2007 im Rahmen einer zweiten Stellungnahme (mit leichten Veränderungen) wiederholte. Die ZEKO versuchte zu beiden Zeitpunkten, die bei uns nahezu automatische „Verwechslung“ von Priorisierung und Rationierung zu vermeiden.

„ Die ZEKO versteht unter Priorisierung die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vor anderen. Ihr Gegenteil wird mit Posteriorisierung bezeichnet. Grundsätzlich führt Priorisierung zu einer mehrstufigen Rangreihe. An deren oberen Ende steht, was nach Datenlage und fachlichem wie öffentlichem Konsens als unverzichtbar bzw. wichtig erscheint, am Ende das, was wirkungslos ist bzw. mehr schadet als nützt. Nicht nur Methoden, sondern auch Krankheitsfälle, Kranken- und Krankheitsgruppen, Versorgungsziele und vor allem Indikationen (d.h. Verknüpfungen bestimmter gesundheitlicher Problemlagen mit zu ihrer Lösung geeigneten Leistungen) können priorisiert werden.“

Im Gegensatz dazu bezeichnet der Begriff „Rationierung“ das systematische Vorenthalten medizinisch indizierter, d.h. wenigstens überwiegend nützlicher (und prinzipiell verfügbarer) medizinischer Leistungen aus Knappheitsgründen, oft mit dem Ziel einer gerechten Zuteilung des knappen Gutes und unter Anerkennung unterschiedlicher Bedarfe.

In der Zwischenzeit haben wir uns in Lübeck noch auf die Unterscheidung von Prioritäten-Setzen und Priorisierung verständigt: Unter Prioritätensetzung verstehen wir eine mehr oder weniger systematische (oft von Tagesopportunitäten geleitete) Auswahl weniger Elemente einer größeren und oft unsicher umgrenzten Gruppe von Objekten als aktuelle „Prioritäten“; eine Priorisierung vergewärtigt alle Elemente einer umschriebenen Gruppe und ordnet jedem von ihnen in einem systematischen Verfahren einen eigenen Rangplatz zu.

Da Rationierung in Deutschland ein Tabu-Wort ist, mit dem man eine Diskussion rasch gewinnen (der andere

wolle ja nur rationieren) oder verlieren kann (man selbst kommt in den Verdacht, rationieren zu wollen), wird alles versucht, das Thema Priorisierung = Rationierung zu vermeiden. So äußerte sich etwa der frühere Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler im Deutschen Ärzteblatt vom 12. Februar 2010:

„ Ich halte von der Diskussion über Priorisierung nichts. Erstens ist es nicht Aufgabe des Bundestages, eine Rangordnung medizinischer Leistungen festzulegen. Abgeordnete sind schließlich meist keine ausgebildeten Ärzte. Zweitens sollte man für eine Reform des Gesundheitssystems arbeiten, die eine solche Diskussion überflüssig macht. Drittens kann ich eine solche Rangfolge auch mit meinen ethischen Vorstellungen als Arzt nicht in Einklang bringen. Deshalb wundere ich mich, dass diese Diskussion von Ärzten angestoßen wird. Eine Rangfolge zu bilden heißt doch, Wertigkeiten einzuführen. Ich möchte aber Menschen und Krankheiten nicht bewerten. Deshalb bin ich auch nicht bereit, diese Diskussion zu führen.“

Ähnliche Stellungnahmen gibt und gab es von PolitikerInnen aller im Bundestag vertretenen Parteien: Priorisierung – „das geht mit mir nicht“ (der bayerische Gesundheitsminister Markus Söder im Mai 2010).

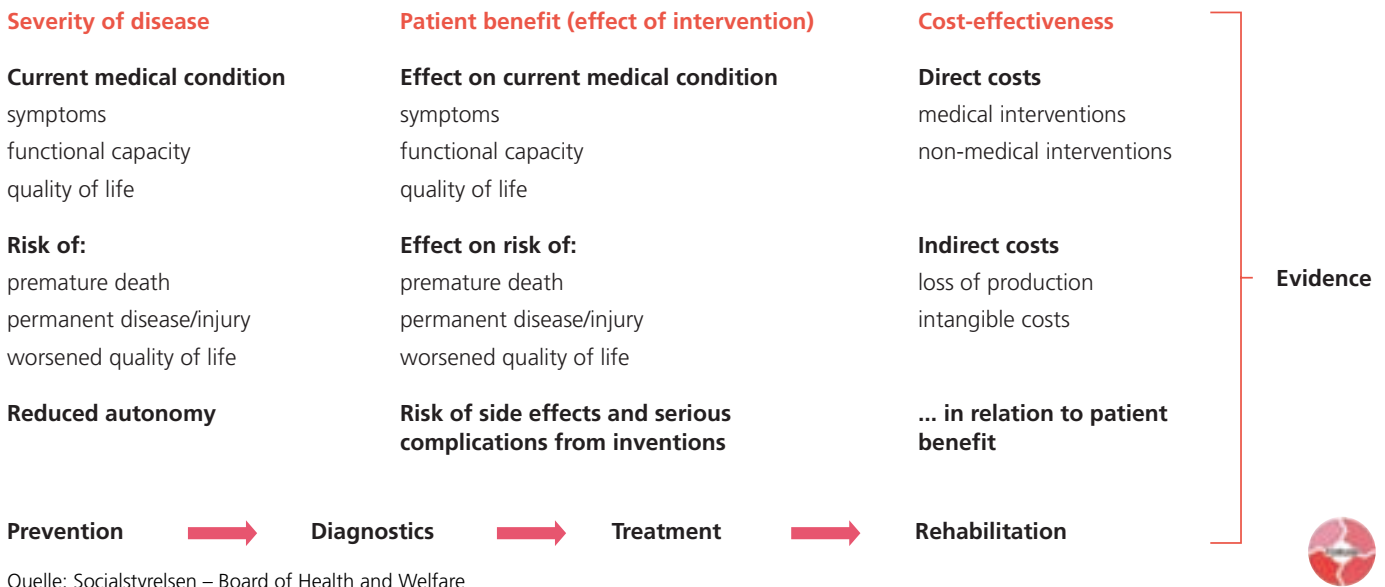
Auch wenn einzuräumen ist, dass die Definition des Notwendigen in der medizinischen Versorgung nicht einfach ist, so wird man sich ihr doch annähern können. Absolut notwendig sind in einem Gesundheitssystem verfügbare Leistungen m. E. dann, wenn sie

- sich auf sehr schwere und gefährliche Krankheiten beziehen,
- wirksam sind und ausreichend (netto)nützlich,
- unverzüglich eingesetzt werden müssen und
- keine Alternative haben.

Da wenigstens die Krankheitsschwere, die Chancen und Risiken einer Intervention und ihre Dringlichkeit abstufbar sind, ist es auch ihre Notwendigkeit. Leistungen sind danach mehr oder weniger notwendig (cf. „dringend erforderlich“, § 12 Abs. 2 SGB VI vs. allein „erforderlich“ in § 26 Abs. 1 SGB IX). Und genau dies ist eine sozusagen natürliche Voraussetzung jeder Priorisierung im oben definierten Sinn.

Die dichotome Einteilung von Leistungen in „notwendig“ oder „nicht notwendig“, wie sie das Sozialrecht, die Gesundheitspolitik und auch die Kostenträger vornehmen,

Drei Kriterien leiten Priorisierungsentscheidungen in Schweden



Schwere der Krankheit, Chancen der Intervention und die Kosteneffektivität sind Priorisierungskriterien in Schweden..

schneidet das angedeutete Notwendigkeits-Kontinuum willkürlich an einer in aller Regel unzureichend begründeten Stelle. Auch hierdurch wird eine Priorisierung, die auf mehrgliedrige Rangreihen zielt, erschwert.

In jüngster Zeit ist in die Diskussion stärkere Bewegung gekommen, vor allem ausgelöst durch den Vortrag von Professor Jörg-Dietrich Hoppe, des damaligen Präsidenten der Bundesärztekammer, auf dem 112. Deutschen Ärztetag in Mainz 2009. Schon der vorhergehende Ärztetag hatte eine Resolution verabschiedet, die die „Einrichtung eines Gesundheitsrates (forderte), der gesundheitspolitische Priorisierungsentscheidungen vorbereitet“.

In der Folge gab es die schon bekannten politischen Reflexe; dennoch wird aktuell über das Thema öfter und offener als früher diskutiert, zuletzt auch auf dem Hauptstadtkongress Medizin im Mai 2011 in Berlin. Auch das hier dokumentierte Gespräch des „Frankfurter Forums“ ist ein Beleg für eine lebendiger werdende Diskussion.

Schwedische Lektionen

Priorisierung ist ein essentiell politischer Prozess

Dies wird nicht nur durch die eben skizzierte deutsche Diskussion indirekt angedeutet, sondern wurde in Schweden (wie in Norwegen) durch die Einberufung einer thematisch zentrierten Reichstagskommission ausdrücklich klarge-

stellt. Sie umfasste Mitglieder des Reichstags und externe Fachleute und legte ihren Abschlussbericht bereits 1995 vor. Damit war das Thema auf die höchste Ebene einer parlamentarischen Demokratie gehoben worden. Die Beratungen der Kommission und ihre Ergebnisse konnten der öffentlichen Aufmerksamkeit sicher sein. Auch später, als der Diskussionsprozess zu versanden drohte, war es wieder das Parlament, das ihn durch die Einsetzung einer „Delegation“ belebte.

Wer den politischen Charakter des Themas erkennt, sollte sich über heftige politische Reaktionen nicht wundern – zumal dort, wo Priorisierung an Lebenslügen einer Gesundheitspolitik rührt.

Keine Priorisierung ohne ethische Plattform

Die aus meiner Sicht bedeutende Leistung der schwedischen Parlamentskommission liegt in der ausdrücklichen Fundierung ihrer weiteren Überlegungen durch eine ethische Plattform. Diese gründet in dem, was man die nationale Moralität Schwedens nennen könnte:

„The Commission proposes three principles on which priorities should be based:

The principle of human dignity: all people are equal in dignity regardless of personal characteristics and functions in society.

Auszug aus der schwedischen Priorisierungsleitlinie zur Versorgung von Herzkranken

Rad	Hälsotillstånd Åtgärd	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd
A40	Akut ST-höjningsinfarkt behandlad med primär PCI GP2b/3a hämmare (abciximab)	Hög risk för förtida död, permanent skada.	Minskad 30-dagars död/hjärtinfarkt från 4,8 % till 3,2 %, RR 0,66.
A41	Akut ST-höjningsinfarkt (STEMI) Faciliterad PCI med trombolys	Hög risk för förtida död, permanent skada.	Faciliterad PCI med trombolys ökad mortalitet, 6 vs. 4 % (OR 1,43, CI 1,01–2,02), reinfarkter 4 vs. 2 % (OR 1,81, CI 1,19–2,77) och stroke 1,6 vs. 0,3 % (p=0,0002).
A42	Akut ST-höjningsinfarkt Faciliterad PCI med GP2b/3ahämmare	Hög risk för förtida död, permanent skada.	Faciliterad PCI med GP2b/3ahämmare PCI utan förbehandling med GP2b/3a hämmare: ingen skillnad i korttidsmortalitet 3 vs. 3 % (OR 1,03, CI 0,49–2,17).

Quelle: The Swedish Board of Health and Welfare's Guidelines for Cardiac Care, 2008

In der Spalte „Rekommendation“ wird mittels einer Bewertungsskala von 1 (höchste Priorität) bis 10 (niedrigste Priorität) die Behandlungsmaßnah-

The principle of need and solidarity: resources should be committed to the person or activity most in need of them.

The principle of cost-efficiency: ... a reasonable relation between cost and effect ... should be aimed for “ (SOU 1995:5, p. 103 ff.).

Zum 1. Juli 1997 wurde das Gesundheitsgesetz des Königreichs um den Zusatz erweitert:

„Die Menschen mit dem größten Bedarf an Gesundheitsleistungen haben Vorrang in der Versorgung.“

Keine Priorisierung wird auf eine ausdrückliche ethische Basis, auf Grundwerte und aus ihnen abgeleitete Kriterien verzichten können. Es erscheint sinnvoll, im Rahmen einer nationalen Priorisierungsinitiative frühzeitig mit einer ethischen Diskussion zu beginnen. Dabei kommt es weniger auf die theoretische Begründung und Kohärenz der moralischen Grundpositionen an als darauf, dass sie die im Bewusstsein der Bevölkerung verankerten Werte noch einmal ausdrücklich vergegenwärtigen und feststellen, sich der gemeinsamen Moralität versichern.

In der (englischsprachigen) Zusammenfassung der Stellungnahme des Lønning-I-Komitees heißt es:

„In its discussion of objectives, principles and guidelines for the future process of prioritization within the Norwegian health service, the committee has based its work on generally-accepted values in Norwegian soci-

ety... (und etwas später) ... (the) social responsibility for socially-deprived and underprivileged individuals in the health sector should manifest itself as a prioritized obligation in respect of the weakest individuals in society.“

Nachfolgende Überlegungen und Diskussionen haben in Schweden zu einer Operationalisierung der Grundprinzipien in Richtung Priorisierungskriterien geführt (vgl. die Abb. Seite 37):

Unter dem überwölbenden Prinzip der Menschenwürde wurde „Bedarf“, wie versorgungswissenschaftlich üblich, als zweistelliges Prädikat aufgefasst: einerseits berücksichtigt Bedarf die aktuelle Schwere und Gefährlichkeit der Krankheit (nach ihrer Letalität, klinischen Symptomatik, der durch sie bedingten Funktionseinschränkungen und Minderung von Lebensqualität), andererseits die Chancen und Risiken ihrer Untersuchungs- und präventiven, kurativen bzw. rehabilitativen Behandlungsverfahren.

Als drittes wird die Kosteneffektivität berücksichtigt (in Hinblick auf direkte, indirekte und intangible Kosten). Schließlich wird nach der Evidenzlage gefragt: Wie sicher sind die Informationen zu Krankheitsschwere und –risiko, zum Patientennutzen und zur Effizienz? Die Abbildung auf Seite 37 enthält in der linken unteren Ecke auch noch einen Hinweis auf die angedeutete „Option für die Schwachen“; sie verweist auf die besondere Berücksichtigung von Personen mit „reduced autonomy“.

Evidens för effekt	Kostnad per vunnet levnadsår/QALY	Hälsoekonomisk evidens	Rekommendation
Gott vetenskapligt underlag	Låg	Skattad	3
Evidensstyrka 2 (för skadligeffekt)	Högre kostnad sämre effekt	Skattad	Icke-göra
Evidensstyrka 3 (för neutraleffekt)	Ej bedömbär		FoU



me bewertet. Dabei wird die Evidenzlage der Intervention skizziert. Es handelt sich um Empfehlungen, nicht um sanktionsbewehrte Richtlinien.

Priorisierung kann sich auf verschiedene Gegenstände beziehen, besonders geeignet sind Indikationen/Bedarfe

Dies wurde schon in der zitierten Definition der ZEKO angedeutet. In Indikationen verbinden Ärzte und andere Kliniker die Analyse und Bewertung der klinischen Situation eines Patienten mit ihrer Wahl einer Untersuchungs/Behandlungsmethode in Hinblick auf ein legitimes und erreichbares Behandlungsziel. In der Sozialmedizin ist analog von Bedarfen („needs“) die Rede; sie sind gegen subjektive Bedürfnisse, Nachfragen, Angebote, die faktische Versorgung oder auch die bloße Existenz von Gesundheitsproblemen abzugrenzen. In ihnen geht es um die zielgerechte Verbindung eines Krankheitszustandes bzw. einer Risikolage („condition“) mit einer anscheinend bzw. scheinbar erfolgversprechenden Intervention („treatment“). Entsprechend ist in Oregon von „condition-treatment pairs“ und in Schweden von Kombinationen von „medical conditions“ und „interventions“ („hälsotillstånd / atgård“) die Rede.

Solche Kombinationen zeigt die Abbildung auf den Seiten 38/39; sie ist direkt der im Jahr 2008 erschienenen Leitlinie zur Priorisierung von Indikationen aus dem Bereich der Versorgung der koronaren Herzerkrankung entnommen.

Die Tabelle bezieht sich unter der Ordnungsnummer A40 auf den ST-Hebungsinfarkt und die Gabe eines Medikaments (Abciximab). Der früher auch transmural genannte Infarkt geht mit einem hohen Risiko für einen vorzeitigen Tod bzw. permanenten Schaden einher. Das Medikament

senkt die 30-Tage-Letalität des Ereignisses um (relativ) 34 %. Die Evidenzlage sei gut. Die Kosten eher niedrig. Diese Aussage beruhe auf Schätzungen. Insgesamt bekommt die Indikation eine „3“ zugesprochen. Die zugrunde liegende numerische Ratingskala reicht von 1 (höchste Priorität) bis 10 (niedrigste Priorität). Es gibt zwei weitere Empfehlungen: „nicht tun“ („icke-göra“) und „Forschung und Entwicklung“ („FoU“).

In jedem Fall handelt es sich um Empfehlungen, nicht um sanktionsbewehrte Richtlinien. Man kann also auch etwas tun, wovon seitens derer, die die Leitlinie erarbeitet haben (fast alles medizinische Fachleute verschiedener Disziplinen), abgeraten wird. Dies ist klinisch gedacht: sehr selten ist eine Intervention unter allen Umständen sinnvoll und zwecklos; fast immer lassen sich Fälle und Situationen konstruieren, bei denen etwas scheinbar Sinnloses doch eines Versuchs wert ist. Dies beinhaltet andererseits, dass die Begründungsbedürftigkeit einer Intervention mit abnehmender Priorität wächst.

Man beginne mit einer vertikalen Priorisierung

Eine vertikale Priorisierung bildet eine Rangreihe von – eventuell heterogenen – Bedarfen innerhalb eines eng umgrenzten Versorgungsbereichs. So adressieren verschiedene schwedische Priorisierungsleitlinien die Versorgung von Gruppen von Herzkranken (KHK, Klappenfehler, Rhythmusstörungen etc.), von Patienten mit einem Mamma- oder

Prostatakarzinom, nach einem Schlaganfall usf. Dabei berücksichtigen sie präventive, diagnostische, kurative und rehabilitative Zielsetzungen.

Von horizontaler Priorisierung spräche man, wenn es um die Abwägung zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen (Onkologie vs. Rheumatologie) ginge. Hierzu gibt es meines Wissens in Europa bisher keine ausgearbeiteten Ansätze. Ich plädiere dafür, mit der vertikalen Priorisierung zu beginnen; dies ist schon komplex, anspruchsvoll und konfliktreich genug. Unsere Arbeitsgruppe verfolgt ein solches Projekt im Rahmen einer DFG-Forschergruppe (FOR655). Hier soll es um die Priorisierung rehabilitativer Leistungen im Kontext einer Anschlussrehabilitation nach akutem koronaren Syndrom gehen.

Priorisierung stellt Informationen über klinische und über System-Entscheidungen zur Verfügung, sie ersetzt diese aber nicht

Damit ist auch der normative Status von Priorisierungsleitlinien angesprochen. In der Einführung zur kardiologischen Leitlinie von 2004 hieß es:

„*The guidelines shall provide national support to assist health care providers in establishing health care programs and setting priorities.*“

„Support to assist“ – zurückhaltender kann man es kaum formulieren. Entsprechend ist dem Vorwort zur Leitlinie „Stroke Care“ von 2005 (S. 3) zu entnehmen:

„*The guidelines are intended to provide national support for health care decision makers in their work with programmes and priorities for health care. The focus of the work is on the major disease groups, and it covers the entire chain of care. The aim is to help ensure that the resources of the health care system are used efficiently, distributed according to need, and governed by systematic and open routines of priority setting. This approach will enable the National Board of Health and Welfare to enhance patients' opportunities to receive equitable, effective and efficient care in all parts of Sweden.*“

Priorisierungsleitlinien geben also Orientierung, sie bereiten Entscheidungen vor und erhöhen die Chancen einer informierten Wahl für Kliniker, Patienten und (Regional-) Politiker. Sie ersetzen deren Entscheidungen nicht.

Durch die – aus klinischer Sicht – ungenaue und allgemeine Formulierung der Condition-Treatment-Pairs („akuter ST-Hebungsinfarkt“ – ohne nähere Angaben zu seiner Schwere, Prognose, Pathogenese, Lokalisation, Komorbidität und zu Patientenmerkmalen) ist ihre Bindungswirkung deutlich schwächer als die von klinischen Praxisleitlinien zum selben Indikationsgebiet. Mit Priorisierungsleitlinien kann man nicht klinisch tätig werden, wohl aber eine Klinik leiten und ggf. umorganisieren; man kann sich mit Patienten über die Bedeutung einer von ihnen evtl. gewünschten Intervention austauschen und Regionalpolitiker (sind in Schweden für die Organisation der Gesundheitsversorgung in ihrer Provinz zuständig) über neue bzw. obsoletere Indikationen informieren. Priorisierungsleitlinien haben in Schweden auch dazu geführt, bestimmte Leistungsbereiche (z.B. auch die interventionelle Kardiologie) im nationalen Maßstab weiterzuentwickeln und dadurch die Versorgungsqualität zu heben und interregionale Unterschiede zu verringern.

Priorisierung ist etwas anderes als Rationierung: Keine Rationierung ohne vorhergehende Priorisierung

Während man unter Priorisierung die vorgängige gedankliche Klärung und Feststellung von Vor- und Nachrangigkeiten in der medizinischen Versorgung mit dem Ergebnis mehrstufiger Rangreihen versteht, bezeichnet Rationierung das systematische faktische Vorenthalten medizinisch indizierter, d.h. wenigstens überwiegend nützlicher (und prinzipiell verfügbarer) medizinischer Leistungen aus Knappheitsgründen, in der Regel mit dem Ziel einer gerechten Verteilung knapper Ressourcen und unter Anerkennung unterschiedlicher Bedarfe.

Damit sollte eine Vermengung beider Begriffe so gut wie ausgeschlossen sein. Dennoch leidet die deutsche Diskussion unter einer permanenten (unbewussten, fahrlässigen oder gezielten?) „Verwechslung“ beider Begriffe. Priorisierung erscheint als euphemistisches Synonym von Rationierung. Dies ist der Hintergrund eines Kommentars der früheren Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt in einem Interview des Deutschen Ärzteblatts vom Juli 2009:

„Dass es eine Liste von Krankheiten gibt, die man behandelt und andere nicht, stimmt nicht mit meinem Verständnis von Humanität und dem Artikel 1 des Grundgesetzes überein.“ Ähnlich haben sich bisher in denkbar größter Koalition alle im Deutschen Bundestag vertretenen Fraktionen geäußert.



In Lübeck hat im Jahr 2010 eine Bürgerkonferenz über Prioritäten in der medizinischen Versorgung beraten.

Nimmt man dagegen den Unterschied zwischen beiden Begriffen und den mit ihnen verbundenen Reflexions- und Handlungsprogrammen ernst, dann kann man sich keine Rationierung ohne vorausgehende Priorisierung vorstellen. Woher sollte man sonst wissen, was Bürgern, Versicherten, Patienten, Leistungserbringern, Kostenträgern oder Normgebern prioritär wichtig ist? Rationierung setzt vernünftigerweise am Posterioren an.

Eine Priorisierungsdiskussion überfordert Bürger nicht

In ebenfalls großer Koalition ist die Politik der Meinung, dass „das Thema [Priorisierung] insgesamt für die Bürger zu abstrakt (ist). Darüber kann man nur anhand konkreter Beispiele sprechen.“ So die Aussage von Carola Reimann, der damaligen gesundheitspolitischen Sprecherin der SPD vor der Bundestagswahl 2009. Diese Einschätzung war für unsere Lübecker Arbeitsgruppe ein Anlass unter anderen, im Sommer 2010 in dieser Stadt eine Bürgerkonferenz zu organisieren. Sie stand unter dem Titel:

„Was ist uns wichtig in der medizinischen Versorgung – wie können wir über Prioritäten entscheiden?“

Auf der Basis einer geschichteten Auswahl aus einer Zufallsstichprobe der regionalen Bevölkerung kamen 20 da-

zu bereite Lübecker Bürger zwischen 20 und 74 Jahren an vier Wochenenden für insgesamt rund 60 Stunden zusammen, um sich zu informieren, Experten zu hören, untereinander mit Hilfe eines Moderators zu beraten und ein Bürgervotum zu formulieren. Es ist unter http://141.83.55.222/media/custom/1595_6993_3.PDF abrufbar.

Zum Abschluss

Es ist deutlich geworden, dass das Thema Priorisierung an einen Nerv der deutschen Gesundheitspolitik rührt. Schon die Idee der Priorisierung scheint tabubewehrte Grundüberzeugungen zu gefährden: eine medizinische Leistung sei entweder notwendig oder nicht notwendig – in Deutschland stelle die GKV alle notwendigen Leistungen zur Verfügung, und alles, was sie finanziere, sei notwendig. Andere Länder haben früh begonnen, einen anderen Weg zu gehen. Sie haben politische Prozesse in Gang gesetzt, um sich aktiv mit der unaufhebbaren Begrenzung der Ressourcen und ihrer solidarischen Allokation auseinanderzusetzen. In Schweden hat dies zu einem bemerkenswerten „Produkt“ der Priorisierungsleitlinien geführt. Dieser Prozess hat breite soziale Anerkennung auch seitens der schwedischen Ärzteschaft gefunden.

Literatur beim Autor

E-Mail-Kontakt: Heiner.Raspe@uksh.de

.....
PROF. DR. MED. DR. PHIL. HEINER RASPE



1965-1973 Studium der Humanmedizin und Soziologie; 1973 Promotion zum Dr. med., 1979 Promotion zum Dr. phil. 1973-1978 Abteilung für Medizinische Soziologie am Fachbereich Humanmedizin der Philipps-Universität Marburg (Leitung Prof. Dr. J. Siegrist). 1978-1989 Abteilung für Krankheiten der Bewegungsorgane und des Stoffwechsels der Medizinischen Hochschule Hannover (Leitung Prof. Dr. F. Hartmann). Ab 1989 Direktor (C4) des Instituts für Sozialmedizin der Medizinischen Universität zu Lübeck.



Modus und institutionelle Plattform für eine Priorisierungsdebatte in Deutschland sind noch nicht gefunden

DR. FLORIAN STAECK

Eine Debatte über Priorisierung von Gesundheitsleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung ist ethisch geboten – auf diesen Konsens konnten sich die Teilnehmer der Plenumsdebatte des Frankfurter Forums für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen am 16. April 2011 in Fulda einigen. Darüber hinausgehende Punkte einer Priorisierungsdebatte blieben jedoch strittig. Dazu gehörten Fragen wie, anhand welcher Kriterien, in welchem institutionellen Kontext oder in welcher Besetzung eine solche Diskussion zu erfolgen habe.

Wiederholt gaben Teilnehmer zu bedenken, die Debatte dürfe nicht vorschnell mit Blick auf Leistungsbegrenzungen und -ausgrenzungen in der GKV geführt werden. Vorgeschaltet oder aber parallel brauche es Strukturreformen, da es unbestreitbar noch große Rationalisierungsreserven in der GKV gebe. Als Beispiel wurde das übermäßige Drängen der Ärzte zur Intervention mittels apparativer Medizin genannt. Zu dieser Beobachtung passe die stark überdurchschnittliche Rate an Arzt-Patienten-Kontakten in Deutschland im europäischen Vergleich.

Insgesamt zeigten sich die Teilnehmer zurückhaltend darin, ob es in naher Zukunft gelingen wird, eine Debatte über Priorisierung anzuregen. Es wurde dafür plädiert, „tastend“ in kleinen Schritten vorzugehen. Eine Voraussetzung, eine Debatte zu befördern, liege darin, Bürgern mit intuitiv nachvollziehbaren Beispielen den Sinn von Rangreihen medizinischer Leistungen zu erklären. So sei es beispielsweise leicht vermittelbar, warum im Falle einer Pandemie Ärzte und medizinisches Personal zuerst geimpft werden sollten – eine klassische Form von Priorisierung.

In der Diskussion kristallisierten sich folgende Themenkomplexe heraus, die kontrovers debattiert wurden:

Sind Bürger, aber auch Ärzte, auf eine Debatte über Priorisierung vorbereitet?

Einige Teilnehmer des Forums vertraten die Ansicht, die Bürger seien „weiter“ in ihrer Wahrnehmung als von Fachleuten oder Politikern gemeinhin angenommen wird. Es existiere somit ein Grundverständnis dafür, dass es ein unbegrenztes Leistungsversprechen in der GKV nicht geben kann. Bürger hätten sich in der Vergangenheit sehr wohl an Rationalisierungs- und Rationierungsentscheidungen nahezu protestfrei angepasst. Als Beispiele wurden die Ausgrenzungen im Zahnersatz und bei rezeptfreien Arzneimitteln aus der Erstattung angeführt. Unklar sei dabei, ob solche widerstandslosen Anpassungen Ausdruck von Bürgerakzeptanz darstellen.

Dem wurde entgegengehalten, Bürger seien sehr wohl bereit, über den Nutzen medizinischer Maßnahmen zu diskutieren, nicht aber über eine Kosten-Nutzen-Bewertung. Erschwerend komme hinzu, dass 80 Prozent der Menschen selten oder gar keine Leistungen der GKV in Anspruch nähmen, sie somit weder an Nutzen- noch an Kosten-Nutzen-Bewertungen interessiert sind.

Andere Teilnehmer werteten gerade den Versuch, eine Diskussion über Rangreihen zu tabuisieren und ins politische Abseits zu stellen als Beleg dafür, dass eine breite Debatte kurz vor dem Durchbruch stehe. Der Diskurs werde deshalb tabuisiert, weil den Gegnern von Priorisierung die Argumente ausgehen, lautete die Begründung.

Ähnlich ambivalent sehe die Wahrnehmung bei Ärzten aus, betonten mehrere Teilnehmer. Ein großer Teil der Ärzte akzeptiere mittlerweile, dass das Problem begrenzter Ressourcen nicht rundweg an Politik oder Krankenkassen delegiert werden könne. Dies zeigten auch Umfragen, die

belegten, dass Ärzte Verantwortung bei der Verteilung der vorhandenen Mittel übernehmen wollen.

Einzelne Plenumsteilnehmer sahen es sogar als die ureigene Aufgabe der Ärzteschaft an, über Leitlinien zu definieren, was „state of the art“ sei. Berücksichtige man in den Leitlinien zusätzlich den Kostenaspekt, dann sei bereits ein großer Teil der Aufgabe erledigt, war der Tenor dieser Position. Die Freiheit des Berufsstands und die Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung seien zwei Seiten derselben Medaille.

Es wurden auch Umfragen zitiert, wonach Ärzte mehrheitlich dafür plädierten, auf einer überindividuellen Ebene – also gerade nicht am Krankenbett – über die Zuteilung von Mitteln zu entscheiden. Dadurch soll der „Schwarze Peter“ der Allokation von Ressourcen auf eine höhere Ebene verlagert werden. Kritisch wurde allerdings angemerkt, Ärzte wüssten immer nur mit Blick auf andere Fachgruppen, wo am besten gespart oder Leistungen aus der Erstattung herausgenommen werden könnten. Hinzu komme auf Seiten der Versicherten, dass das Sachleistungssystem der GKV kein Kostenbewusstsein habe entstehen lassen können.

Welche institutionelle Plattform ist geeignet, um eine Debatte über Priorisierung zu führen?

Vorrangig wurden vier Standpunkte zu der Frage vertreten, welche Institution eine Priorisierungsdebatte anstoßen und gegebenenfalls die Umsetzung von Rangreihen medizinischer Leistungen umsetzen könnte. Dabei wurden demokratiethoretisch-legitimatorische Gesichtspunkte ebenso angeführt wie Argumente der Nachhaltigkeit.

Die erste Fraktion bezweifelte, dass die Selbstverwaltung die geeignete Ebene für diese Aufgabe ist. Denn diejenigen, die im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Detailregeln für die Mittelverteilung festlegen, verfolgten stets auch eigene Interessen – könnten somit auch kein Interesse daran haben, über Prioritäten zu entscheiden, wenn die Konsequenzen dieser Entscheidung gegebenenfalls zu eigenen Lasten gehen. Hinzu komme, dass die Strukturen der Selbstverwaltung der Krankenkassen mit der paritätischen Vertretung von Arbeitgeber- und -nehmerfunktionären nicht mehr zeitgemäß sei. Dieses historische Konstrukt stoße in Zeiten der heutigen Bürgerdemokratie an legitimatorische Grenzen.

Die zweite Fraktion sah gerade die Selbstverwaltung – und hier insbesondere den Gemeinsamen Bundesausschuss – als die prädestinierte Instanz an. Begründet wurde dies damit, der GBA sei in einer Zeit wechselnder politischer Kursbestimmungen das einzig beständige und stabile Element in der Gesundheitspolitik. Die dritte Fraktion betonte, nur der Bundestag sei ausreichend legitimiert, um Entscheidungen über die Priorisierung von Gesundheitsleistungen zu treffen. Dabei solle sich das Parlament auf „Grundsatzentscheidungen“ beschränken, die Umsetzung aber anderen Akteuren überlassen. Der Deutsche Bundestag hat sich in vergangenen Jahrzehnten mehrfach Enquete-Kommissionen bedient, um weitreichende Gesetzgebungsvorhaben vorzubereiten.

Als Pluspunkt einer Enquete wurde vermerkt, sie sei ausreichend legitimiert und binde Wissenschaftler und Politiker gleichermaßen ein. Als Minuspunkt hielten Teilnehmer dem entgegen, eine Enquete-Kommission brauche in der Regel Jahre, um zu Ergebnissen zu kommen. Zudem

habe sich wiederholt gezeigt, dass sich die Exekutive anschließend nur selektiv mit den Ergebnissen einer Enquete beschäftigt. Kritisch wurde zudem angemerkt, nichts deute gegenwärtig darauf hin, dass sich der Bundestag mit dem Thema Priorisierung beschäftigen will. Denn die Zusatzbeiträge funktionierten auf absehbare Zeit wie ein Ventil für steigenden Finanzierungsdruck in der GKV. Mehrere Teilnehmer zeigten sich überzeugt, dass Fortschritte an diesem Punkt nur in einem breiten Prozess einer Vier- oder sogar Fünf-Parteien-Koalition im Bundestag erreicht werden können.

Eine vierte im Plenum vertretene Fraktion warb für das in Deutschland relativ junge Instrument der Bürgerkonferenzen. Erste Modellversuche hätten gezeigt, dass es möglich sei, zufällig ausgesuchte Bürger mit schwierigen Themen zu beschäftigen. Bürgerkonferenzen könnten ein Transmissionsriemen sein, um ein Thema wie Priorisierung auf die politische Agenda zu heben. Allerdings seien diese Konferenzen nur als ergänzendes Instrument denkbar – etwa zur Arbeit einer Enquete-Kommission. Teilnehmer zeigten sich überzeugt, dass dieses Instrument vor allem auf der lokalen und kommunalen Ebene funktionieren könne, kaum aber auf der Bundesebene. Denn dort würden anstatt zufällig ausgesuchter Bürger in der Regel Verbandsfunktionäre auftreten.

Ganz überwiegend skeptisch bis ablehnend bewertete eine Mehrheit des Forums einen Gesundheitsrat, wie er von der Bundesärztekammer vorgeschlagen worden ist. Es sei der falsche Weg, die Debatte über Rangreihen medizinischer Leistungen in einen Rat abzuschieben, dem jede Legitimation fehle.

Was lehren uns Erfahrungen mit Priorisierung in anderen Ländern?

In Schweden, das über ein staatlich finanziertes Gesundheitswesen verfügt, wurde nach langjähriger Debatte über Priorisierung anstatt harter Kriterien der Leistungsbegrenzung ein Kurs gewählt, der auf die Professionalität der Ärzte setzt. Dies begrüßten Teilnehmer, weil so ein Mittelweg gewählt werde zwischen einer Budgetierung und einer Standardisierung durch Leitlinien. Ein Ergebnis dieser Politik sei die „Charta of Medical Professionalism“ im Jahre 2002 gewesen, die – obwohl in prominenten Magazinen veröffentlicht – kaum in Deutschland rezipiert worden ist.

Das Steuerungsinstrument der Professionalität von Ärz-

ten erscheine aus deutscher Perspektive geradezu absurd, weil hierzulande auf die Anreizinstrumente Recht und Geld gesetzt werde, erinnerten Teilnehmer des Forums. Gerade das Vertragsinstrument der „Pay for Performance“, das sich in Deutschland steigender Beliebtheit erfreut, berge die Gefahr der Deprofessionalisierung, weil Ärzte dazu angereizt werden, vor allem das zu tun, was Geld bringe.

Als wichtig wurde der bereits Mitte der 80er Jahre in Norwegen verfolgte Ansatz bewertet, dass Priorisierungskriterien unabhängig von der zur Verfügung stehenden Geldmenge angewendet werden sollten. Anders in Deutschland: Hierzulande werde die Priorisierungsdebatte häufig mit einem Drohszenario verknüpft, demzufolge auf Priorisierung unweigerlich die Rationierung folge. Dieses Vorgehen schrecke Bürger ab, anstatt sie für die Thematik zu sensibilisieren, kritisierten Teilnehmer des Plenums. Demgegenüber gelte es festzuhalten, dass die Bildung von Rangreihen zunächst nur Informationscharakter hat, politische Struktur- oder Systementscheidungen aber nicht ersetzt. Diese Unterscheidung zwischen Entscheidungsregeln und den Fragen der Finanzierbarkeit einzelner Leistungen werde in Deutschland meistens nicht gemacht.

Erinnert wurde daran, dass ein Motor der Debatte über Priorisierung in anderen Ländern starke Versorgungsunterschiede zwischen den Regionen gewesen sind – dies habe für Schweden wie für Großbritannien gegolten. Ein Umstand, der auf Deutschland bislang in gleichem Umfang nicht zutrifft. Förderlich für eine solche Debatte sei zumindest in der Vergangenheit zudem eine ausgeprägte Common sense-Kultur in skandinavischen Ländern gewesen, wurde angemerkt. Teilnehmer bezweifelten, ob das in gleichem Maße von Deutschland gesagt werden kann.

Welches Nutzenmaß sollte verwendet werden und sind die dafür nötigen Daten vorhanden?

Konsens erzielten die Teilnehmer darüber, dass es am ehesten sinnvoll sei, Leistungen von geringem Nutzen bei hohen Kosten aus der Erstattung auszugrenzen. Uneins zeigte sich das Plenum aber darüber, ob eine Priorisierung sich auf einzelne, eng umrissene Indikationsbereiche konzentrieren solle, oder ob ein indikationsübergreifendes Nutzenmaß nötig ist. Letzterer Ansatz trägt der Erkenntnis Rechnung, dass Allokationsentscheidungen in einem Indikationsbereich zwangsläufig Implikationen haben für die Verfügbarkeit von Mitteln für andere Indikationen. Allerdings

zeigten sich viele Teilnehmer skeptisch, ob weitreichende Aussagen unter Zuhilfenahme eines übergreifenden Nutzenmaßes wie etwa der QALYs überhaupt aus den in Deutschland vorliegenden Daten ableitbar sind. Es fehle durchgängig an unabhängigen Studien nach der Zulassung eines Arzneimittels, um den patientenrelevanten Nutzen unter Bedingungen des Versorgungsalltags abschätzen zu können. Andere Mitglieder nannten es einen „Skandal“, dass Patienten in Deutschland sterben würden, ohne dass daraus gelernt werden könne, weil die Daten für nötige Evaluationen fehlen würden.

Einzelne Mitglieder des Plenums bezeichneten es grundsätzlich als hoch problematisch, dass der Nutzen für einzelne Patienten im Sinne eines „value for money“ herangezogen werde, um kollektive Nutzenabschätzungen im Gesundheitswesen vorzunehmen und schließlich auch noch einen Preis abzuleiten. Hier sei viel „vorgetäuschte methodische Exaktheit“ im Spiel, da politisch alles darauf hinauslaufe, einen europäischen Referenzpreis für ein neues Arzneimittel zu etablieren.

Auch andere Teilnehmer konstatierten in Deutschland, speziell im Gemeinsamen Bundesausschuss und im Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), einen „höchst eigenwilligen“ Umgang mit dem Konzept der evidenzbasierten Medizin. Wenn es um

konkrete Leistungsausgrenzungen gehe, könne man sich nicht auf wissenschaftliche Studien zurückziehen, wurde argumentiert. Denn es gehe dabei essentiell um politische Entscheidungen, nicht um wissenschaftliche Evidenz.

Die vierte Tagung des Frankfurter Forums hat die Komplexität des Vorhabens gezeigt, eine Debatte in Deutschland über Priorisierung anzuregen. Denn der Konsens reichte nicht über das Bekenntnis hinaus, dass ein solcher Diskurs ethisch jetzt geboten sei. Uneinigkeit herrschte bereits darüber, wie weit die Mehrheit der Bürger auf eine solche Debatte vorbereitet ist. Kontrovers wurde die Frage diskutiert, welche institutionelle Plattform überhaupt eine Debatte strukturieren und Politikern zurarbeiten könnte.

Auch die Erfahrungen aus anderen Ländern mit Priorisierung könnten keine Blaupause für Deutschland bilden. Die Erkenntnis, dass die Mittel im Gesundheitswesen begrenzt sind und es deshalb ethisch geboten ist, Rangreihen von medizinischen Leistungen festzulegen, sei noch nicht in der Mitte der Gesellschaft angekommen. Und der Weg, dieses zu erreichen, werde steinig sein, da waren sich die Teilnehmer alle einig.

Dieser Beitrag gibt die Auffassung des Autors und des Kuratoriums des Frankfurter Forums wieder.

DISKUSSIONSTEILNEHMER BEIM FRANKFURTER FORUM

Dr. med. Jürgen Bausch
Wolfgang van den Bergh
Dr. med. Margita Bert
Hilmar Bohn
Prof. Dr. theol. Peter Dabrock, M. A.
Dr. med. Winfried Demary
Dr. med. Hans-Georg Faust
Prof. Dr. med. Ulrich Finke
Prof. Dr. med. Gisela C. Fischer
Dr. rer. nat. Hans-Christian Frickenschmidt
Magda Geldmacher
Dr. med. Jan Geldmacher
Dr. jur. Rainer Hess
Prof. Dr. jur. Stefan Huster
Prof. Dr. rer. pol. Hartmut Kliemt

Claudia Korf
Prof. Dr. med. Stefan Krause
Pfarrer Bernd Laukel
Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong
Prof. Dr. med. Georg Marckmann MPH
Dietmar Preding
Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiner Raspe
Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher
Staatssekretärin a. D. Gudrun Schaich-Walch
Dr. med. Hubert Schindler
Ministerialdirektor a. D. Gerhard Schulte
Dr. phil. Florian Staeck
Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich
Eva Walzik
Michael Weller



Die Themen des Frankfurter Forums

1. Plenarsitzung



Frankfurter FORUM für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen

Programm

„Medizinischer Fortschritt in einer alternden Gesellschaft – ethische, medizinische und ökonomische Aspekte“

Veranstaltungstermin: 2. - 3. April 2009

Donnerstag, 2. April 2009

17:30 – 17:40 Uhr Begrüßung
Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a.D., Frankfurt
Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen, Frankfurt
Dr. med. Nick Schulze-Solce, Arzt und Apotheker, Bad Homburg

17:40 – 18:20 Uhr „Ethische Aspekte“
Prof. Dr. rer. oec. Lic. theol. Friedhelm Hengsbach SJ, Katholische Akademie Rhein-Neckar, Ludwigshafen

18:20 – 19:00 Uhr „Medizinische Aspekte“
Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr. h.c. theol. Eckhard Nagel, Direktor Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Universität Bayreuth

19:00 – 19:40 Uhr „Ökonomische Aspekte“
Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaft III, insbesondere Finanzwissenschaft, Universität Bayreuth

Freitag, 3. April 2009

9:00 – 12:30 Uhr Diskussion
Moderation:
Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a. D.
Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen

Abschlussbemerkungen

In Zusammenarbeit und mit Finanzierung durch Lilly Deutschland

2. Plenarsitzung



Frankfurter FORUM für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen

Programm

„Versorgungskonzepte für eine alternde Gesellschaft“

Veranstaltungstermin: 22. - 23. Januar 2010

Freitag, 22. Januar 2010

17:30 - 17:40 Uhr Begrüßung
Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a.D., Frankfurt
Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen, Frankfurt

17:40 - 18:20 Uhr „Spezielle Versorgungsanforderungen für ältere und alte Patienten“,
Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei, Mitglied des Sachverständigenrates, Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie, Charité Berlin

18:20 – 19:00 Uhr „Alt werden in einer Zeit des gesellschaftlichen Wandels - Herausforderungen für den Einzelnen und die Gesellschaft“,
Prof. Dr. theol. Peter Dabrock, M.A., Dekan Fachbereich Evangelische Theologie - Sozialethik/Bioethik, Marburg

19:00 - 19:40 Uhr „Alt, krank, pflegebedürftig – werden wir den Anforderungen gerecht?“
Dr. h.c. Jürgen Gohde, Vorsitzender Kuratorium Deutsche Altershilfe, Berlin

Samstag, 23. Januar 2010

09:00 – 10:30 Uhr Gemeinsame Diskussion
Moderation:
Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a. D.
Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen

Abschlussbemerkungen

In Zusammenarbeit und mit Finanzierung durch Lilly Deutschland

Interessenten könnten Exemplare der Schriftreihe des „Frankfurter Forums“ – auch in elektronischer Form – unter der Kontaktadresse anfordern:
Dietmar Preding | Health Care Relations | Mozartstrasse 5 | 63452 Hanau | E-Mail: dp-healthcarerelations@online.de

Organisations- und Programmkommission des Frankfurter Forums

Philosophie/Theologie : Prof. Dr. theol. Peter Dabrock, Lehrstuhl für Systematische Theologie II, Universität Erlangen-Nürnberg

Kassenärztliche Vereinigungen : Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen, Frankfurt |
Dr. med. Margita Bert, ehemalige Vorsitzende des Vorstandes, Frankfurt

Krankenkassen : Dr. med. Bernhard Egger, Leiter Abteilung Medizin, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Berlin

Politik : Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a. D, Frankfurt

Ökonomie/Gesundheitsökonomie : Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, insbes. Finanzwissenschaften, Bayreuth

Gesundheitsmanagement : Dr. med. Nick Schulze-Solce, Arzt und Apotheker, Bad Homburg

Forschende Pharmaindustrie : Dr. phil. Gary Lee Geipel, Director Corporate Affairs, Lilly Deutschland, Bad Homburg

Kommunikation : Wolfgang van den Bergh, Chefredakteur Ärzte Zeitung, Neu-Isenburg,
Dr. Florian Staack, Redakteur Gesundheitspolitik/Gesellschaft Ärzte Zeitung, Neu-Isenburg

Projektmanagement : Dietmar Preding, Health Care Relations, Hanau

3. Plenarsitzung

Frankfurter FORUM für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen

Programm**„Rationalisierung, Priorisierung, Rationierung –
begriffliche Abgrenzung und Bestandsaufnahme“**

Veranstaltungstermin: 22. - 23. Oktober 2010

Freitag, 22. Oktober 2010

- 17:30 - 17:40 Uhr Begrüßung
Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a.D., Frankfurt
Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen, Frankfurt
- 17:40 - 18:15 Uhr „Priorisierung und Rationierung – müssen ethische Grundsätze unserer Gesellschaft modifiziert werden?“
Prof. Dr. med. Bettina Schöne-Seifert, Direktorin Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Westfälische Wilhelms-Universität Münster
- 18:15 – 18:50 Uhr „Erschließung von Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen“,
Prof. Dr. Volker Ulrich, Lehrstuhl VWL III, insbesondere Finanzwissenschaft, Universität Bayreuth
- 18:50 - 19:25 Uhr „Priorisierung und Rationierung - juristischen Implikationen für Entscheidungsverfahren und Entscheidungsmaßstäbe“
Prof. Dr. jur. Stefan Huster, Lehrstuhl für Staats- und Verwaltungsrecht mit besonderer Berücksichtigung des Sozialrechts, Ruhr-Universität Bochum
- 19:25 - 20:00 Uhr „Hilft ein Patientenrechtgesetz bei der medizinischen Versorgung der Menschen in unserem Land?“
Wolfgang Zöller, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, Berlin

Samstag, 23. Oktober 2010

- 09:00 – 12:30 Uhr Gemeinsame Diskussion
Moderation:
Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a. D.
Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen

Abschlussbemerkungen

In Zusammenarbeit und mit Finanzierung durch Lilly Deutschland

4. Plenarsitzung

Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen

Programm**„Die Steuerung der Finanzierbarkeit des GKV-Systems
über Kosten-Nutzen- Bewertungen mit konsekutiver Priorisierung“**

Veranstaltungstermin: 15. - 16. April 2011

Freitag, 15. April 2011

- 17:30 - 17:40 Uhr Begrüßung
Gudrun Schaich-Walch, Staatssekretärin a.D., Frankfurt
Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen, Frankfurt
- 17:40 - 18:15 Uhr „Welche Position vertritt der G-BA hinsichtlich einer strukturierten zielorientierten Gesundheitsversorgung - Beispiel Depressionen?“
Dr. jur. Rainer Hess, Unparteiischer Vorsitzender des G-BA, Berlin
- 18:15 – 18:50 Uhr „Kosten-Nutzen-Bewertungen von medizinischen Interventionen als Allokationsinstrument - ethische Aspekte einer Priorisierung“
Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH, Direktor des Institut für Geschichte der Medizin, LMU München
- 18:50 - 19:25 Uhr „Erwartungen der Krankenkassen an die Kosten-Nutzen-Bewertung von Gesundheitsleistungen“
Prof. Dr. rer.pol. Herbert Rebscher, Vorsitzender des Vorstandes DAK Unternehmen Leben, Hamburg
- 19:25 – 20:00 Uhr „Priorisierung medizinischer Leistungen in Schweden - was können wir aus diesem Projekt lernen?“
Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiner Raspe,
Akad. Zentrum f. Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung,
Medizinische Universität Lübeck

Samstag, 16. April 2011

- 09:00 – 12:30 Uhr Gemeinsame Diskussion
Moderation:
Gudrun Schaich-Walch
Dr. med. Jürgen Bausch

Abschlussbemerkungen

In Zusammenarbeit und mit Finanzierung durch Lilly Deutschland

Impressum**Herausgeber:**

Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen, Frankfurt am Main

Verlag:Ärzte Zeitung Verlagsgesellschaft mbH
Am Forsthaus Gravenbruch 5, 63263 Neu-Isenburg**Redaktionelle Bearbeitung:**

Dr. Florian Staeck, Wolfgang van den Bergh

Autoren:

Dr. Reiner Hess, Prof. Dr. Georg Marckmann, Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher, Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiner Raspe, Dr. Florian Staeck

Titelbild:

© [M] OP-Tisch: jenshagen/Fotolia.com | Ärztin: Kurhan/Fotolia.com | Patientin: jupiterimages/photos.com / panthermedia.com | Waage: beermedia/fotolia.com | Arzt: jupiterimages/photos.com | Geldstapel: Franz Pflugl/fotolia.com

Layout / Grafik:


Sandra Bahr

Druck:

Griebsch & Rochol Druck GmbH, Hamm

Springer Medizin© Ärzte Zeitung Verlagsgesellschaft mbH,
Neu-Isenburg, Oktober 2011 Springer Medizin

ISSN 2190-7366

In Zusammenarbeit und mit Finanzierung durch
Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg,
www.lilly-pharma.de
Antworten, auf die es ankommt.



FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen