

Priorisierung im Gesundheitswesen


eine Präsentation von:

- Nico Buß
- Luisa John
- Maite Plumhoff

Inhaltsverzeichnis

- Kosten und Leistungen des Gesundheitssystem
- Beispielfall
- Grundlegende Prinzipien der Priorisierung
- Priorisierungsgruppen
- Verteilungskriterien
- Methode und Diskussion

Kosten im Gesundheitssystem




Entwicklung des Gesundheitsausgaben in Deutschland (pro Kopf)

Jahr	Gesamtwert (in Mrd. €)
2008	100
2009	105
2010	110
2011	115
2012	120
2013	125
2014	130
2015	135
2016	140
2017	145
2018	150







- Medizinischer Fortschritt
- Erhöhung Durchschnittsalter
- Ges. Veränderungen
- Wenig Anreiz zu sparen

„Leistungskatalog“ der Krankenversicherung

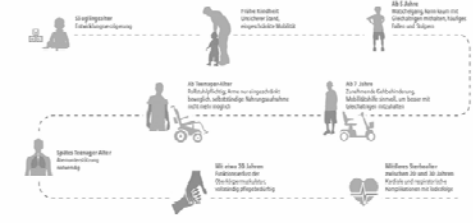
„Im [Sozialgesetzbuch] steht, dass der Versicherte einen Anspruch auf eine ausreichende, bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende medizinische Krankenbehandlung hat. Hierzu zählen insbesondere die ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlung, die Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln, die häusliche Krankenpflege, die Krankenhausbehandlung sowie die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen. Außerdem ist geregelt, dass die Leistungen dem Wirtschaftlichkeitsgebot genügen müssen. Das heißt, sie müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“ (Bundesministerium für Gesundheit)

 Konkretisierung durch Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

„Leistungskatalog“ der Krankenversicherung

-  Standarduntersuchungen, -impfungen, Therapie und Behandlung von Unfällen, Krebsvorsorge
-  Hilfsmittel
-  Haus- Facharzt, Krankenhaus, stationäre/ambulante Kur, Psychotherapie
-  Zahnbehandlung, Zahnersatz
-  Medikamente, Heilmittel
-  Alternative Behandlungen

Beispielfall „Duchenneschen Muskeldystrophie“



Nikolausbeschluss

„Es ist mit den Grundrechten aus Art. 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG nicht vereinbar, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.“



Nikolausbeschluss gilt auch bei von G-BA ausgeschlossenen Methoden.

Nikolausbeschluss

„Es ist mit den Grundrechten aus Art. 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG nicht vereinbar, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.“



Nikolausbeschluss gilt auch bei von G-BA ausgeschlossenen Methoden.

Nikolausbeschluss

„Es ist mit den Grundrechten aus Art. 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG nicht vereinbar, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.“



Nikolausbeschluss gilt auch bei von G-BA ausgeschlossenen Methoden.

Nikolausbeschluss

„Es ist mit den Grundrechten aus Art. 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG nicht vereinbar, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.“



Nikolausbeschluss gilt auch bei von G-BA ausgeschlossenen Methoden.

Dilemma

„Es kann immer wieder dazu kommen, dass man einer moralischen Pflicht nur dadurch nachkommen kann, dass man eine andere gleichzeitig verletzt oder ihr nicht nachkommt. Man nennt das in der Philosophie ein moralisches Dilemma.“
(Horster, Seminar)

- Einsparung vs. Gesundheit des Einzelnen

Priorisierung im Ländervergleich

Priorisierung:

- Abwägung unter dem Gesichtspunkt „accountability for reasonableness“ (zu deutsch: „Verantwortung für die Zumutbarkeit)
 - In vielen Ländern eine Diskussionsgrundlage
 - ▣ Deutschland hängt besonders hinterher
 - ▣ Schweden ist bei dieser Diskussion am weitesten
 - 1992 parlamentarische Priorisierungskommission eingerichtet
- ⇒ Drei grundlegende Prinzipien in **abgestufter** Reihenfolge

Grundlegende Prinzipien der Priorisierung (Schweden)

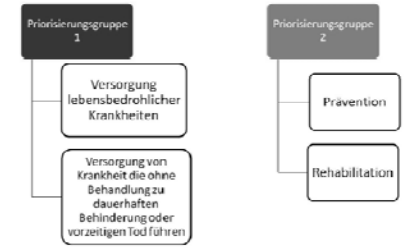
- Menschenwürde
 - Alle Menschen haben gleiche Würde und Rechte
 - Unabhängig von: persönlichen Eigenschaften und Stellung in der Gesellschaft
- Bedarf und Solidarität
 - Ressourcen für die mit meisten Bedarf
- Kosteneffektivität
 - Kosten und Nutzen im angemessenen Verhältnis (innerhalb eines Indikationsbereiches)

Priorisierungsgruppen

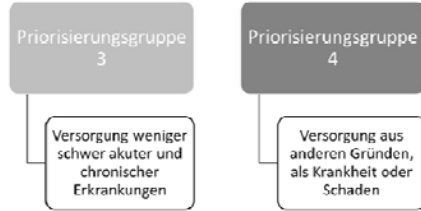
- Grundlegende Prinzipien sind nicht sehr Praxistauglich
- Würden zu einer Priorisierungsordnung weiterentwickelt



Priorisierungsgruppen



Priorisierungsgruppen



Priorisierungsleitlinien

- 2004 erste Priorisierungsleitlinie zur Versorgung von Herzkranken
- Einordnung von 1-10
 - 1 am schwersten und 10 am leichtesten
 - Maßgebend: Schwere und Gefährlichkeit, Nutzen/Schadenpotential, Evidenzlage
 - Arzt hat die Therapiehoheit!



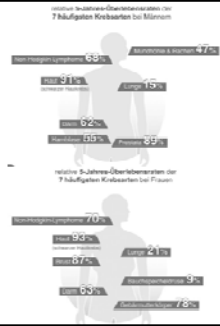
Verteilungskriterien

- Mögliche Faktoren die in Europa diskutiert werden, um einen Verteilungsschlüssel zu entwickeln:
 - Wirksamkeit
 - Notwendigkeit und Dringlichkeit
 - Kosteneffektivität
 - Alter
 - Eigenverantwortung
 - Gleichbehandlung



Wirksamkeit

- Welcher Grad der Wirksamkeit rechtfertigt eine Behandlung?
- Beispiel: Chemotherapie sehr kostenaufwendig, aber Wirksamkeit gering
- In der Literatur wird dem zugestimmt
- Rechtsprechung lehnt ab, siehe Nikolausfall



Notwendigkeit und Dringlichkeit

- Steht die akute Lebensgefahr über allem?
- Diskussion: Wert des menschlichen Lebens vs. Gebot der Solidarität

Wichtig! Gesundheitswesen ist eine Solidargemeinschaft



Kosteneffektivität

- Wird durch QALYs (quality adjusted life years) gemessen
 - 1 QALY entspricht einem Jahr vollkommenen Wohlbefindens
 - Verrechnet die gewonnene Lebenszeit und die Lebensqualität
 - Lebensqualität (LQ) wird zwischen 0 und 1 angegeben
- Beispielrechnung: Ein QALY kann auch aus 2 Jahren und ein LQ=1/2 zusammengesetzt werden ($2 \cdot 1/2 = 1$)

Kritik an QALYs

- QALYs sind sehr umstritten
 - Parameter sind subjektiv
 - Derselbe Gesundheitszustand kann unterschiedlich empfunden werden
 - Unterbewertung der Therapie von kurzen aber extremen Krankheiten
 - Kann zu Diskriminierung führen
 - Menschen mit Behinderung
 - Menschen mit geringer Therapiefähigkeit
- ⇒ Bekommen weniger QALYs zugeschrieben

Eigenverantwortung

- Individuelles Gesundheitsverhalten ist der wesentlichste Faktor für die Gesundheit
- Diskussion, ob Menschen mit ungesunder Lebensweise ihre Krankheitskosten (zum Teil) selbst bezahlen

Alter



Gleichbehandlung

- „Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich“ (Art. 3, Abs. 1)
- „Niemand darf wegen seines Geschlechtes, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauungen benachteiligt oder bevorzugt werden. Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“ (Art. 3, Abs. 3)

Die Stoppliste von Östergötland

- 2003 eingeführt
- Zweck: Kostensenkung des öffentlichen Gesundheitssystems
- Leistungen auf dieser Liste müssen von Patient*innen aus eigenen Mitteln bezahlt werden

DIE METHODE „POWER WALK“

Die Methode „Power Walk“

- Wir lesen 16 Aussagen zur Stoppliste von Östergötland vor
- Bei Zustimmung geht ihr einen Schritt nach vorne, bei Ablehnung bleibt ihr stehen
- Vor, während und nach dem Power Walk wird nicht geredet
- Danach beginnen wir eine Diskussion dazu

DISKUSSION

Wie habt ihr euch während des Power Walks gefühlt?
Ergebnisse des Powerwalks.

Was halten Sie von einer (abgewandelten) Stoppliste unter Berücksichtigung der Verteilungskriterien für Deutschland?

Aussagen zur Stoppliste von Östergötland

1. Ich würde meinen zweiten Hörapparat selber bezahlen
2. Ich würde die Kosten zur Behandlung meines leichten Schnarchens selber tragen
3. Ich wäre bereit bei Krampfadern als kosmetisches Problem die Kosten zu übernehmen
4. Ich würde meine Behandlung bei chronischen Rückenschmerzen selbst zahlen
5. Bei Atembeschwerden aufgrund schiefer Nasenseidewand wäre ich bereit die Kosten zu übernehmen
6. Die Sterilisation des Mannes würde ich selber zahlen
7. Auch die Kosten zur Sterilisation der Frau ohne medizinische Indikation würde ich selber tragen
8. Ich wäre bereit einen Kaiserschnitt ohne offenbar psychische oder medizinische Indikation zu bezahlen
