

Priorisierung im Gesundheitswesen



Entwicklung der Gesundheitsausgaben

Deutschland gesamt, in Mrd. Euro



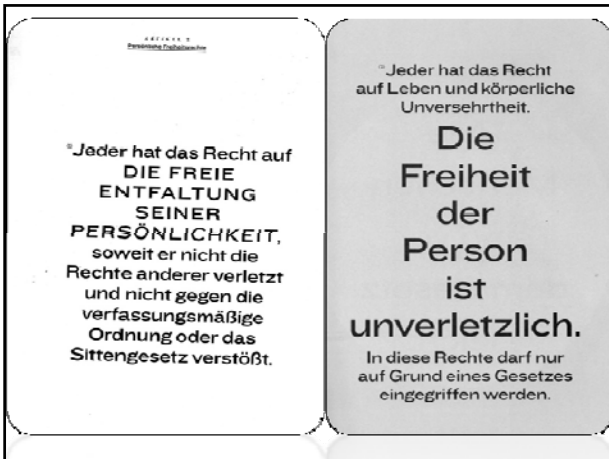
Quelle: Destatis

1. Auf der Basis von wissenschaftlichen Erkenntnissen werden immer neue wissenschaftliche Erkenntnisse und deren technische Umsetzbarkeit möglich.
2. Durch die Erhöhung des Durchschnittsalters steigt der Bedarf an medizinischer Versorgung. Patienten, die älter als 85 sind, brauchen 17mal so viele Ressourcen wie 25jährige.
3. Durch Flexibilisierung der Arbeitsbedingungen wird eine gesunde Lebensweise erschwert. Oder die Nachfrage nach Lifestyle-Medikamenten steigt.
4. Auf dem Gebiet der medizinischen Versorgung gibt es wenig Anreize zum Sparen, weder auf der Seite der Anbieter, noch auf der der Konsumenten. Es hat sich das Vorurteil festgesetzt, dass bei einer selbst festgestellten Krankheit die teuerste Behandlung die beste ist.

Einem 85jährigen Basler Patienten wurde aus Kostengründen ein lebensrettendes Medikament verweigert. Das Medikament *NovoSeven* hätte eine chronische Blutung stillen können. Der Mann habe, dank der Behandlung mit konventioneller Therapie, trotzdem überlebt. Die Behandlung, mit dem gentechnisch hergestellten, nicht kassenpflichtigen Blutstillungsmedikament *NovoSeven* könne im Einzelfall Millionen Franken kosten, so dass sich die Frage stelle, ob alles, was technisch möglich ist, auch angewendet wird, finanziert über die Krankenversicherung oder über Steuern.

Ein Kind ist an Muskeldystrophie erkrankt. Die Krankheit geht mit Verlust der Gehfähigkeit, zunehmender Ateminsuffizienz, Wirbelsäulendeformierungen, Funktions- und Bewegungseinschränkungen, sowie mit Herzmuskelerkrankungen einher. Bislang gibt es keine Therapie. Bei der Behandlung durch einen Allgemeinmediziner werden homöopathische Mittel eingesetzt. Die begutachtenden Ärzte hielten den bisherigen Krankheitsverlauf für günstig. Eine mitbetreuende Ärztin stufte seinen Gesundheitszustand als gut ein. Die Krankenkasse lehnte die Bezahlung ab, weil es sich nicht um eine anerkannte Heilmethode handelt, die der Arzt anwendet. Was halten Sie davon?

„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“ des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005)



Menschenwürde: Alle Menschen haben gleiche Würde und gleiche Rechte unabhängig von persönlichen Eigenschaften und ihrer Stellung in der Gesellschaft. Damit scheidet eine Priorisierung nach Alter, sozialem Status oder Lebensstil explizit aus.

Bedarf und Solidarität: Die verfügbaren Ressourcen sollen den Personen mit dem größten Bedarf zukommen.

Kosteneffektivität: Kosten und Nutzen von Behandlungsmaßnahmen sollen in ein angemessenes Verhältnis zueinander gebracht werden. Dies soll nur innerhalb eines Indikationsbereichs angewandt werden.

Priorisierungsgruppe 1

- Versorgung lebensbedrohlicher akuter Krankheiten
- Versorgung solcher Krankheiten, die ohne Behandlung zu dauerhafter Behinderung oder zu vorzeitigem Tod führen
- Versorgung schwerer chronischer Krankheiten
- Palliative Versorgung und Versorgung in der Endphase des Lebens
- Versorgung von Menschen mit herabgesetzter Autonomie

Priorisierungsgruppe 2

- Prävention
- Rehabilitation

Priorisierungsgruppe 3

Versorgung weniger schwerer akuter und chronischer Erkrankungen

Priorisierungsgruppe 4

Versorgung aus anderen Gründen als Krankheit oder Schaden

Stoppliste

- Zweiter Hörapparat
- Behandlung des leichten Schnarchens
- Krampfadern als kosmetisches Problem
- Chronische Rückenschmerzen
- Atembeschwerden aufgrund schiefer Nasenscheidewand
- Sterilisation des Mannes
- Sterilisation der Frau ohne medizinische Indikation
- Kaiserschnitt ohne offenbar psychische oder medizinische Indikation
- Fruchtwasseruntersuchung bei nicht-medizinischen Indikationen
- Operation gutartiger Tumore
- Leichte Prostatabeschwerden
- Kopfläuse
- Blasenkatarrh bei Kindern
- Kniebeschwerden bei älteren Patienten, Arthroskopie
- Anale Erkrankungen
- Chirurgische Versorgung von Magen-Darm-Erkrankung bei multimorbiden älteren Patienten

Nationale Priorisierungseleitlinien gibt es in Schweden seit:
2004: Zur Versorgung von Herzkrankheiten
2004: Venenthrombose
2005: Schlaganfall
2007: Asthma, Brust-, Kolon- und Prostatakarzinom
Innerhalb der Priorisierungseleitlinien gibt es die Rangordnungen von 1 bis 10. Für die Einstufung sind die Schwere, die Nutzen- und Schadenspotentiale der erforderlichen Behandlung und die Evidenzlage entscheidend.

Verteilungskriterien

- Wirksamkeit
- Notwendigkeit und Dringlichkeit
- Kosteneffektivität
- Alter
- Eigenverantwortung
- Gleichbehandlung

Wirksamkeit

Soll man eine kostenintensive Chemotherapie noch anwenden, wenn die Wirksamkeit als äußerst gering eingeschätzt wird?

Notwendigkeit und Dringlichkeit

Der Wert des menschlichen Lebens tritt mit dem Gebot der Solidarität in Konkurrenz.

Kosteneffektivität

Die QALYs (quality adjusted life years) beinhalten, dass die gewonnenen Lebensjahre mit der Lebensqualität des Menschen verrechnet werden: Beispielsweise weiß der Arzt, dass mit der Chemotherapie das Leben des Patienten verlängert werden kann, doch die gewonnene Lebensqualität ist äußerst gering.

Alter

Soll dieses Kriterium überhaupt berücksichtigt werden? -> Beispiel Philipp Mißfelder

Eigenverantwortung

Ausreichende Bewegung, gesunde Ernährung, wenig Alkohol, kein Tabak etc. würde eine bessere allgemeine Gesundheit nach sich ziehen und, in der Folge, vermutlich viel Leid vermeiden. Darum muss diskutiert werden, ob in einer Solidargemeinschaft nicht die Menschen, die nicht gesundheitsbewusst leben, ihre Krankheitskosten, zumindest zum Teil selbst bezahlen.

Gleichbehandlung

Art. 3 I GG lautet: „Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich.“ Daraus folgert der Deutsche Ethikrat „insbesondere das Erfordernis einer gleichheitssichernden Verfahrensgestaltung.“

Die normative Kraft des Faktischen

am Beispiel der Nackenfaltentransparenzmessung in der Pränataldiagnostik beim so genannten Ersttrimestertest.

Die erschütternden Konsequenzen bei unzureichender Aufklärung und unzureichender moralischer Diskussion zeigt Monika Hey in ihrer empfehlenswerten Studie auf.



„Diese unbequeme Thematik zu diskutieren, ist, so die Auffassung des Rates, allemal besser, als verdeckte und damit intransparente Leistungsbegrenzungen auf unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitssystems zu akzeptieren.“
(Deutscher Ethikrat)
