



Zukünftige Gesundheitsversorgung - zwischen Priorisierung und Rationierung

Friedrich Breyer
Universität Konstanz und DIW Berlin

Vortragsreihe „Was darf die Medizin kosten?“
Ruhr-Universität Bochum
am 17. November 2010



1. Einleitung: einige Zitate

- „Eines ist klar: Eine explizite Rationierung in dem Sinne, dass medizinisch notwendige und sinnvolle Leistungen vorenthalten werden, wird es mit mir nicht geben.“ *Ulla Schmidt (2005)*
- „Rationierung: nein – Priorisierung: ja“ *Jörg-Dietrich Hoppe (2009)*
- „Die schwersten, lebensbedrohlichen Krankheiten kommen dann ganz oben auf die Liste und würden in jedem Fall übernommen.“ *Jörg-Dietrich Hoppe (2009)*
- „Das ist ziemlich menschenverachtend“ *Ulla Schmidt (2009)*
- „Jedenfalls solange ich Gesundheitsminister bin, werde ich eine solche Debatte in Richtung Rationierung oder Priorisierung niemals führen, aus ethischen Gründen.“ *Philipp Rösler (2010)*
- „No nation can provide ‚presidential medicine‘ for all its citizens“ *Victor Fuchs, amerikanischer Gesundheitsökonom (1984)*



Gliederung

1. Einleitung
2. Der Begriff der Rationierung: zwei Definitionen
3. Ebenen der Rationierung
4. Der Euphemismus der „Priorisierung“
5. Formen der Rationierung
6. Die Praxis der Rationierung in Deutschland
7. Rationierung durch den GKV-Leistungskatalog
 - 7.1 Grundsätze
 - 7.2 Mögliche Kriterien
 - 7.3 Verfahren der Entscheidungsfindung
8. Fazit



2. Der Begriff der Rationierung: zwei Definitionen

➤ 1. Definition: „Vorenthaltung notwendiger Leistungen“

➤ Kommentar:

- Vorenthaltung setzt einen Anspruch voraus,
- Vorenthaltung bedeutet, dass man die Leistung überhaupt nicht erhält – Rationierung, dass man sie nicht kostenlos (d.h. auf Kosten anderer) erhält
- „notwendige Leistung“ ist unklarerer Begriff:
J.D. Hoppe: „Notwendig ist, was die Not wendet.“
Was ist „Not“, und was bedeutet „wenden“?



Fallstudie: Was ist eine „notwendige“ Leistung?

7.8.2008: NICE empfiehlt, vier Medikamente bei fortgeschrittenem Nierenkarzinom (u.a. Avastin) nicht zur Erstattung zu empfehlen. Behandlungskosten: £ 20.000 -35.000/Jahr, Lebenserwartungszuwachs: ca. 5 Monate

Ist die Behandlung notwendig oder lediglich nützlich?

Thesen:

1. Der Begriff „Notwendigkeit“ suggeriert eine absolute Kategorie, die in der Praxis nur selten Bedeutung hat (Abwendung unmittelbarer Lebensgefahr)
2. Der „Wert“ einer Behandlung leitet sich von dem Ziel ab, das sie zu erreichen verspricht
3. Nutzen und Kosten kann man in Beziehung setzen



2. Der Begriff der Rationierung: zwei Definitionen

- 2. Definition: „Zuteilung begrenzter Mengen zum Preis unter dem Marktpreis“
- Kommentar:
 - „unter dem Marktpreis“ setzt kollektive Finanzierung voraus,
 - Begrenzung der zugeteilten Menge ist allgegenwärtig (außer vielleicht bei „presidential medicine“) und unvermeidbar



Exkurs: Einführung in die Volkswirtschaftslehre

„Rationierung“ (im weiteren Sinne) = „Allokation“:

Entscheidung dafür, welches von vielen konkurrierenden Bedürfnissen befriedigt wird, wenn die dazu erforderliche Ressource knapp ist, kurz: „Zuteilung“

Beispiele von (kurzfristig) nicht vermehrbaren Ressourcen:

- 1) Brot, Butter (nach dem Krieg), 2) Spenderherzen,
- 3) Betten einer Intensivstation

Zwei Verfahren der Zuteilung (Rationierung) der verfügbaren Spenderherzen auf die potenziellen Empfänger:

- a) Versteigerung an die Meistbietenden („Preisrationierung“),
- b) Verteilung nach anderen Kriterien (medizinische Dringlichkeit, Wartezeit etc.): „Nicht-Preis-Rationierung“ oder „Rationierung“ (im engeren Sinne).



3. Ebenen der Rationierung

Sekundäre Rationierung =

Aufteilung knapper, d.h. kurzfristig nicht vermehrbare
medizinischer Ressourcen (Spenderherzen) auf
konkurrierende Patienten

⇒ wirft ein Gerechtigkeitsproblem auf

⇒ wird hier jemandem etwas vorenthalten??

Primäre Rationierung =

bewusste Begrenzung kollektiv finanzierter Gesundheits-
leistungen, weil die Ausgaben mit anderen Bedürfnissen
konkurrieren

⇒ ist insoweit eine Effizienzfrage, als der „Schleier“
noch nicht gelüftet ist

Im Folgenden geht es um primäre Rationierung!



Gründe für primäre Rationierung

- Im Prinzip könnte man das gesamte Sozialprodukt sinnvoll für Gesundheitsleistungen ausgeben.
- Ein hoher Anteil an Gesundheitsausgaben ist auch nicht per se schlecht
- Länge des Lebens ist aber nicht das einzige Ziel, auch Lebensqualität
- Präferenzen der Menschen sind verschieden, daher Aufteilung in Grund- und Zusatzkatalog wünschenswert



4. Der Euphemismus der „Priorisierung“:

Priorisierung = Aufstellung einer Rangliste medizinischer Leistungen nach Dringlichkeit

Priorisierung impliziert “Posteriorisierung” (Lesen der Rangliste von unten nach oben), klingt aber besser

Priorisierung ist eine nutzlose Übung, wenn sie nicht Grundlage einer Zuteilung (Rationierung) ist

Klassisches Beispiel für Priorisierung im Gesundheitswesen:
Oregon Basic Health Services Act von 1989:

- Rangliste von 709 Krankheits-Behandlungs-Paaren für Medicaid-Patienten (Bedürftige)
- Budget des Staates Oregon von 1991 bewilligte Haushaltsmittel für die oberen 587 Leistungen



5. Formen der Rationierung (I)

a) Implizite Rationierung (durch Budgets):

- „Rationierung am Krankenbett“
- verlagert das Knappheitsproblem auf Ärzte
- schafft keine Rechtssicherheit, sondern Willkür
- bevorzugt gebildete (eloquente) Patienten

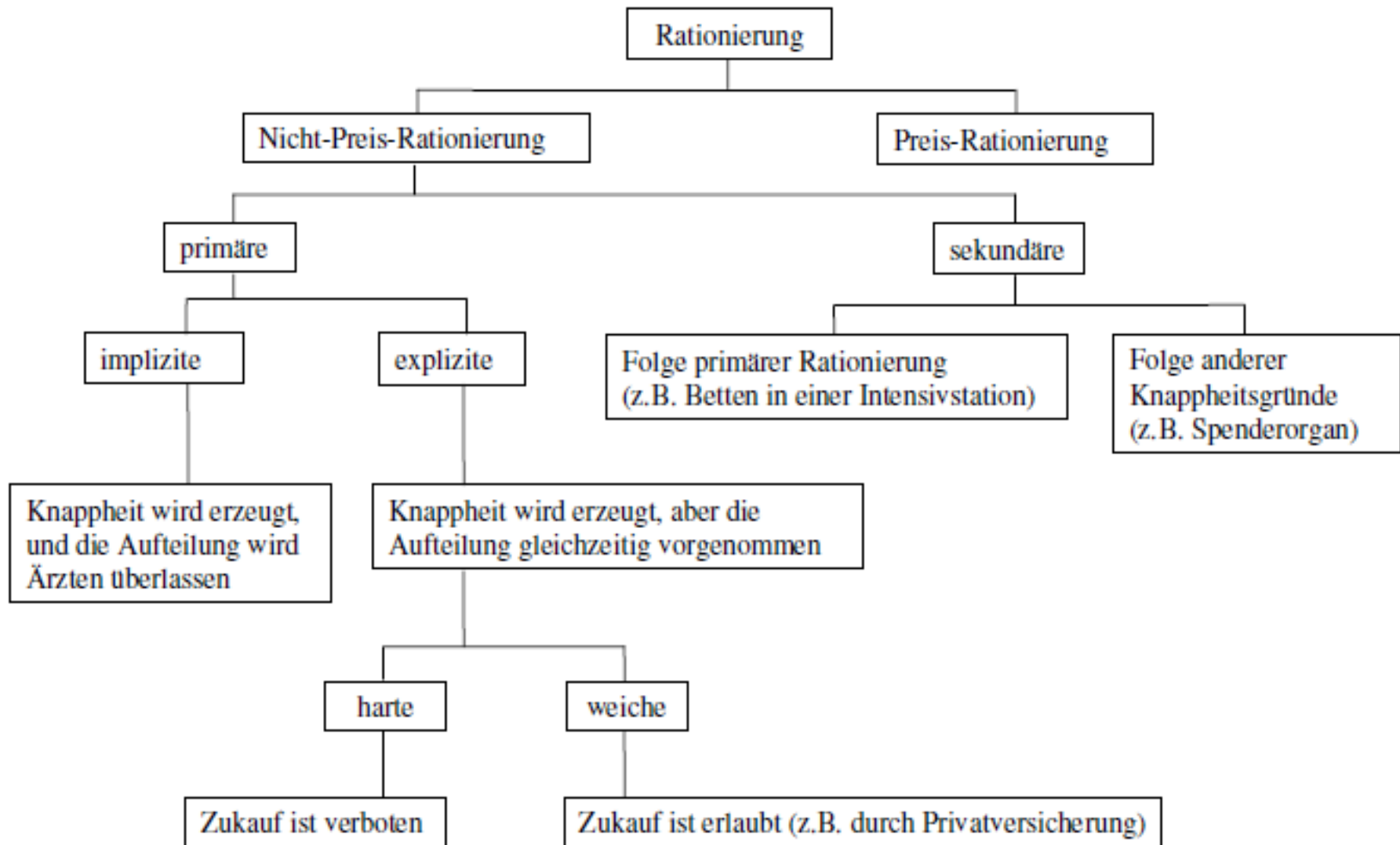
b) Explizite Rationierung (im Leistungskatalog):

- schafft Rechtssicherheit
- ermöglicht private Zusatzversicherung (s.u.)
- erhöht persönliche Freiheit
- erfordert vorausschauende Entscheidungen



Formen der Rationierung (II)

- a) **harte Rationierung (privater Zukauf verboten):**
 - entspricht dem Gleichheitsgrundsatz („Reiche sollen sich kein längeres Leben kaufen können“)
 - ist bei offenen Grenzen nicht durchsetzbar
 - b) **weiche Rationierung (Zukauf erlaubt):**
 - entspricht dem Freiheitsgrundsatz
- ⇒ Im freiheitlichen Rechtsstaat nur explizite, weiche Rationierung denkbar
- ⇒ Es geht nicht um „Priorisierung *in der Medizin*“, sondern um das Ausmaß der Zuteilung kollektiv finanzierter Leistungen





6. Die Praxis der Rationierung in Deutschland

- 1) Großzügige Ausweitung des Leistungskatalogs durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA):
 - bei stationärer Behandlung „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“: alle Innovationen prinzipiell zugelassen
 - keine Höchstpreise bei alternativlosen Therapien
- 2) Intensive verdeckte Rationierung am Krankenbett
 - empirisch gut untersucht (Befragungsstudien):
Strech/Synofzik/Marckmann: How Physicians Allocate Scarce Resources at the Bedside: A Systematic Review of Qualitative Studies, *Journal of Medicine and Philosophy* 33 (2008), 80-99
 - nicht bei Privatpatienten, daher Zweiklassen-Medizin!



7. Rationierung durch den GKV-Leistungskatalog

7.1 Grundsätze

- 1) **Operationalität und Transparenz:**
 - ist notwendig, um Zahlungspflicht eindeutig zu regeln
- 2) **Akzeptanz bei Ärzten:**
 - Kriterien medizinischer Dringlichkeit
- 3) **„Gerechtigkeit“:**
 - darf keine Gruppe diskriminieren,
 - sollte „Reiche“ nicht bevorzugen
- 4) **Langfristige Gültigkeit**
 - ermöglicht kapitalgedeckte Zusatzversicherung



7.2 Mögliche Kriterien

a) Kosten-Effektivität

- Kosten je gewonnenem QALY („qualitätsbereinigtem Lebensjahr“): wird im NHS in England/Wales angewendet

b) Neuheit

- verzögerte Einführung von Innovationen
(Vorschlag von Bertram Häußler, IGES-Institut)

c) Lebensalter des Patienten

- wurde früher im NHS angewendet
- ist ethisch legitimierbar („fair innings“, A. Williams)
- ist bei impliziter Rationierung gang und gäbe
- Vorteil der Operationalität, erleichtert Zusatzversicherung
- widerspricht Allgemeinem Gleichbehandlungsgesetz



7.3 Verfahren der Entscheidungsfindung

Grundsatz: demokratisch legitimiertes Verfahren, vorbereitet:

- a) durch Diskussion in Expertengremien
 - unterstützt durch empirische Analysen der Präferenzen der Bürger (Zahlungsbereitschaft, Priorisierung)
 - Beispiele:
 - DFG-Forschergruppe „Priorisierung in der Medizin“
 - Europäische Forschungsinitiative „Monetary Value of a QALY“ (EuroVaQ)
- b) durch offene Debatte über den Leistungskatalog selbst



8. Fazit

- 1) „Priorisierung“ ist ein Euphemismus. In Wahrheit geht es um Rationierung von Gesundheitsleistungen
- 2) Rationierung bedeutet Zuteilung knapper Güter nach anderen Kriterien als dem Preismechanismus
- 3) „Rationierung“ ist in Deutschland ein Tabuthema. Dadurch wird eine dringend nötige offene Debatte verhindert
- 4) Statt der verdeckten Rationierung am Krankenbett braucht ein freiheitlicher Rechtsstaat explizite weiche Rationierung durch den Leistungskatalog der GKV
- 5) Dafür gibt es viele sinnvolle Kriterien. Über diese sollte offen und ehrlich debattiert werden



Danke für Ihre Aufmerksamkeit!