

Eveline Häusler (Hrsg.)

# Priorisierung bei Gesundheitsleistungen

Schriften zu Gesundheitsökonomie | Gesundheitsmanagement  
hrsg. von Manfred Erbsland und Eveline Häusler

Verlag Wissenschaft & Praxis



## Priorisierung bei Gesundheitsleistungen

# Schriften zu Gesundheitsökonomie | Gesundheitsmanagement

HERAUSGEGEBEN VON

PROF. DR. MANFRED ERBSLAND UND  
PROF. DR. EVELINE HÄUSLER

Mit freundlicher  
Unterstützung der  
Sparkasse Vorderpfalz



Mit freundlicher  
Unterstützung des  
Förderverein Gesundheits-  
ökonomie an der Fach-  
hochschule Ludwigshafen  
am Rhein e.V.



Eveline Häusler (Hrsg.)

# Priorisierung bei Gesundheitsleistungen

Verlag Wissenschaft & Praxis



## **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-89673-604-8

© Verlag Wissenschaft & Praxis

Dr. Brauner GmbH 2011

D-75447 Sternenfels, Nußbaumweg 6

Tel. +49 7045 930093 Fax +49 7045 930094

verlagwp@t-online.de [www.verlagwp.de](http://www.verlagwp.de)

Druck und Bindung: Esser Druck GmbH, Bretten

Alle Rechte vorbehalten

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

# Vorwort

„Gerechtigkeitsrelevante Verteilungsfragen unter Knappheitsbedingungen“ sind, so der Deutsche Ethikrat in seiner Stellungnahme zu Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen, eine unbequeme Thematik.<sup>1</sup> Dennoch empfiehlt er die offene Diskussion. Dies sei allemal besser als „... verdeckte und damit intransparente Leistungsbegrenzungen auf unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitswesens zu akzeptieren.“<sup>2</sup> Mit dieser unbequemen Thematik befassten sich die achten Gesundheitsökonomischen Gespräche 2010, die an der Fachhochschule Ludwigshafen a. Rh. zum Thema „Priorisierung bei Gesundheitsleistungen“ stattfanden. Dieser Band dokumentiert die auf der Tagung gehaltenen Vorträge.

Der Beitrag von *Christoph Fuchs* legt die Sicht der Ärzteschaft dar und zeigt das Spannungsfeld, in dem sich Leistungserbringer bewegen, wenn die Gesundheitspolitik einerseits Einsparungen anordnet, andererseits aber keine ausdrückliche Rangfolge der zu bedienenden Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren bildet. Dieses Spannungsverhältnis bedroht das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis und hat dazu geführt, dass die verfasste Ärzteschaft mit Nachdruck die Forderung nach einem öffentlichen Diskurs erhebt. Fuchs stellt die Empfehlungen der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) zur Umsetzung der Priorisierung vor. Er erläutert formale und inhaltliche Priorisierungskriterien und macht, in Form eines unabhängigen, interdisziplinär besetzten Gesundheitsrates, einen Vorschlag zur Organisation. *Manfred Erbsland* schließt die ökonomische Perspektive an, die sich mit der effizienten Allokation knapper Ressourcen auf verschiedene Verwendungsmöglichkeiten im Gesundheitsbereich befasst. Er setzt sich mit der Notwendigkeit von Rationierung aus wohlfahrtstheoretischer Sicht auseinander und führt

---

<sup>1</sup> Deutscher Ethikrat (Hrsg.), Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung, Stellungnahme, Berlin 2011, S. 9. (<http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-nutzen-und-kosten-im-gesundheitswesen.pdf>, letzter Abruf 01.07.2011)

<sup>2</sup> Ebd., S. 9 f.

in die gesundheitsökonomischen Evaluationsverfahren ein, mit denen Kosten und Nutzen medizinisch-pflegerischer Interventionen vergleichbar gemacht werden. Damit beschreibt er die methodische Grundlage des zur Rangfolgenbildung häufig vorgeschlagenen Kriteriums der Kosten-Effektivität. Mit dem im Vereinigten Königreich eingesetzten QALY-Ansatz (quality adjusted life years) und der Priorisierungsliste der Oregon Health Authority geht Erbsland auf zwei konkrete Anwendungsbeispiele ein. Am letztgenannten Beispiel macht er auch deutlich, wo die Grenze des Beitrags der Gesundheitsökonomie zur Debatte um Priorisierung, und letztlich Rationierung, liegt: Sie vermag das Instrumentarium zur Ermittlung von Kosten-Effektivität bereitzustellen, kann aber die gesamtgesellschaftliche Diskussion ebenso wie die gesundheitspolitische Entscheidung nicht ersetzen. An die internationale Perspektive knüpft *Günter Danner* an und leitet aus dem Vergleich mit anderen Ländern die, seiner Meinung nach, im öffentlichen Diskurs häufig übersehenen Stärken des deutschen Gesundheitssystems ab; z. B. das breite sozialversicherungsrechtlich abgesicherte Leistungsspektrum, die Abdeckung nahezu der ganzen Bevölkerung und den hohen Freiheitsgrad sozialversicherter „Systempatienten“ bei der Auswahl von Leistungserbringern. Einen Grund für die konstatierte gute Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems sieht er in der Begrenzung staatlicher Zuständigkeit durch das Institut der Selbstverwaltung. Um diese „verteidigungswürdige soziale Versorgungswelt“ vor zunehmendem EU-Einfluss und wahltaktisch motivierten Entscheidungen zu bewahren, mahnt er eine Feinabstimmung notwendiger Priorisierungs- und Rationierungsverfahren mit dem gegebenen ordnungspolitischen Rahmen an. Er plädiert für eine Zuweisung entsprechender Aufgaben an die Selbstverwaltungsorganisationen. *Christian Katzenmeier* zeichnet zum einen den weiten Rahmen nach, den das Verfassungsrecht hinsichtlich einer Priorisierung von Gesundheitsleistungen vorgibt. Das Grundgesetz stehe einer Rangfolgenbildung und Rationierung nicht grundsätzlich entgegen, enthalte aber auch keine konkreten Anweisungen zur Allokation medizinischer Leistungen. Die Verfassungsmäßigkeit bestimmter Priorisierungskriterien sei im Einzelfall zu prüfen, setze jedoch grundsätzlich eine ausreichende demokratische Legitimation des Entscheidungsgremiums voraus. Dies könnte die Aufgabenzuweisung zu dem seitens der Ärzteschaft in die Diskussion eingeführten Gesundheitsrat limitieren. Zum anderen weist Katzenmeier auf die Auswirkungen von Priorisierung und Rationierung

auf das einfache Recht hin. Dabei arbeitet er insbesondere das Spannungsverhältnis zwischen Haftpflicht- und Sozialversicherungsrecht heraus. Den abschließenden Beitrag über ethische Perspektiven der Priorisierung leitet *Hans-Ulrich Dallmann* mit dem Hinweis ein, dass Ethik nicht vorgeben könne, „wie es richtig“ sei. Vielmehr sei es Aufgabe der Angewandten Ethik die Orientierungen, die den Entscheidungen, Handlungen und Normierungen im Zusammenhang mit der Priorisierung von Gesundheitsleistungen explizit oder implizit zugrundeliegen, aufzudecken und kritisch zu reflektieren. Diese Aufgabenzuschreibung umsetzend, analysiert er vier aktuell diskutierte Priorisierungsvorschläge: die Empfehlungen der ZEKO, das bei gesundheitsökonomischen Evaluationen eingesetzte Nutzenmaß der QALYs sowie die von Krankheitsbildern und Behandlungsformen unabhängigen Konzepte der Eigenverantwortung und der Altersgrenze. Bei jedem Ansatz zeigen sich „Risiken und Nebenwirkungen“. Dallmann entzieht damit Hoffnungen den Boden, durch eine „große Lösung“ lasse sich der Umgang mit dem Knappheitsproblem im Gesundheitswesen ein für allemal befriedigend regeln. Es bleibt, so sein Fazit, nur die Möglichkeit behutsamer, kleiner Schritte (will heißen: einer Vielzahl von wiederholt einzuleitenden Einzelmaßnahmen), die jeweils im politischen Prozess zu diskutieren und abzuwägen sind. Ethik könne dazu beitragen, diese Auseinandersetzungen rational und ohne gegenseitige Diffamierung zu führen – ein Beitrag von, wie die Herausgeberin meint, nicht zu unterschätzendem Wert.

Dank gebührt zuallererst den Referenten, die bereit waren, ihren Vortrag zu verschriftlichen und zum Abdruck bereitzustellen. Herrn Dipl.-Gesundheitsökonom (FH) Kai-Uwe Saum gilt der Dank für die Unterstützung bei der Erstellung der druckreifen Fassung. Tagung und Tagungsband wurden bezuschusst durch den Förderverein Gesundheitsökonomie an der Fachhochschule Ludwigshafen am Rhein e.V. Der Tagungsband wurde zudem gefördert durch die Sparkasse Vorderpfalz.

Ludwigshafen, im Juli 2011

Eveline Häusler





# Inhalt

*Christoph Fuchs*

Zum Umgang mit Mittelknappheit im  
Gesundheitswesen: Diskussionsbedarf und  
Vorschläge der Ärzteschaft ..... 11

*Manfred Erbsland*

Priorisierung und Rationierung im  
Gesundheitswesen aus ökonomischer Sicht ..... 33

*Günter Danner*

Priorisierung von Gesundheitsleistungen  
aus internationaler Sicht:  
Chancen, Risiken und Zuständigkeitsfragen ..... 85

*Christian Katzenmeier*

Der rechtliche Rahmen für eine Priorisierung  
von Gesundheitsleistungen ..... 109

*Hans-Ulrich Dallmann*

Priorisierung im Gesundheitswesen  
– eine ethische Perspektive ..... 137

Autoren/Herausgeber ..... 177



*Christoph Fuchs\**

# Zum Umgang mit Mittelknappheit im Gesundheitswesen: Diskussionsbedarf und Vorschläge der Ärzteschaft\*\*

---

1. Einleitung
  2. Zum Umgang mit Mittelknappheit
  3. Vorschläge der Ärzteschaft zur Prioritätensetzung  
im Gesundheitswesen
  4. Fazit
  5. Literatur
- 

\* Prof. Dr. med. Christoph Fuchs ist Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Berlin.

\*\* In Anlehnung an Fuchs, 2010.

# 1. Einleitung

Die Begrenztheit von Ressourcen ist allen Lebensbereichen immanent und der Umgang mit diesen Grenzen gehört zu den Herausforderungen des Alltags. So müssen wir jeden Tag neu entscheiden, wie wir mit der begrenzten Ressource Zeit umgehen. Dabei setzen wir häufig Prioritäten, um unseren alltäglichen Herausforderungen gewachsen zu sein. Je transparenter wir dies tun, umso weniger ist unser Umfeld überrascht über Entscheidungen und Handlungen, die wir täglich durchführen.

In Analogie dazu wird deutlich, dass auch für die Gesundheitsversorgung einer Gesellschaft Ressourcen nur begrenzt zur Verfügung stehen. Dabei geht es nicht allein um Finanzierungsfragen. Auch andere Ressourcen sind oder werden in Zukunft spürbar knapp. Beispiele hierfür sind:

- die Zuwendung für alte und chronisch Kranke,
- Zeit, um unheilbar Kranke und Sterbende zu begleiten,
- Organe zur Transplantation,
- Ärztemangel und Mangel bei nahezu allen Gesundheitsberufen, insbesondere der Pflege,
- strukturelle Engpässe wie die Versorgungsdichte von Rettungsdiensten oder
- die Anzahl von Beatmungsplätzen in der Akutmedizin,
- Palliativversorgung,
- die Einführung von Innovationen.

Ein Großteil dieser Güter ist nicht nur notwendig, sie sind durch ihre natürliche Knappheit käuflich nicht erwerbbar.

Die Mittelknappheit im Gesundheitswesen wird sich, insbesondere durch den technischen Fortschritt in der Medizin und den demografischen Wandel, weiter verschärfen. Die Notwendigkeit, einen neuen Umgang mit Mittelknappheit im Gesundheitswesen zu finden, zeigt sich besonders deutlich bei den sich abzeichnenden demografischen Herausforderungen.

So ist bereits seit langem klar, dass aufgrund des Geburtenrückgangs und der steigenden Lebenserwartung der Anteil der Altersgruppe der über 65-Jährigen zunimmt, so dass voraussichtlich im Jahr 2050 nur noch ca. ein Erwerbstätiger auf einen nicht mehr Erwerbstätigen kommt. Zurzeit ist das Verhältnis noch drei zu eins. Gleichzeitig steigt die Lebenserwartung: Während vor über 100 Jahren ein neugeborener Junge noch durchschnittlich 40 und ein Mädchen 44 Jahre lebte, liegt die Lebenserwartung heute bereits zwischen 81,7 und 84,9 Jahren bei Jungen und zwischen 87,8 und 90,4 Jahren bei Mädchen. Es wird davon ausgegangen, dass sie noch weiter ansteigt (Beske [2010], S. 16).

Aufgrund dieser Verschiebungen in der Bevölkerungsstruktur in Deutschland und nicht zuletzt bedingt durch den medizinisch-technischen Fortschritt wird es zu Morbiditätsverschiebungen in Zukunft kommen. Altersbedingte Krankheiten werden zunehmen. So wird davon ausgegangen, dass (Beske [2010], S. 17):

- die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen an Herzinfarkt von 313.000 auf 548.000 steigt, ein Plus von 75 %,
- Schlaganfälle von jährlich 186.000 auf 301.000 steigen, ein Plus von 62 %,
- die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen an allen Krebsformen von 461.000 auf 588.000 steigt, ein Plus von 27 %,
- die Zahl der Demenzpatienten von 1,1 auf 2,2 Millionen steigt, ein Plus von 100 %.

Die Dimension der altersbedingten Steigerungen der Ausgaben der GKV lässt sich auch an altersabhängigen Kosten aufzeigen: Jährlich werden im Durchschnitt für 10-Jährige 847, für 40-Jährige 1.225 und für 90-Jährige 4.895 Euro ausgegeben (Beske [2010], S. 7).

Trotz des Ausschöpfens von Rationalisierungsreserven im Gesundheitswesen werden bei gleichbleibenden finanziellen Mitteln die medizinischen Leistungen zukünftig nicht allen Patienten im bisher gewohnten Maße zur Verfügung stehen können. Hiervon ist insbesondere der medizinische Fortschritt betroffen, der immer schwerer in Klinik und Praxis aufgrund der fehlenden Mittel zum Tragen kommt.

Die seit den 1990er Jahren bestehenden Budgets und Fallpauschalen erhöhen den Kostendruck zusätzlich. Dieser Kostendruck engt den Entscheidungsspielraum für Ärztinnen und Ärzte zunehmend ein (Institut für Demoskopie Allensbach [2010], S. 12). So gehören heimliche Rationierungen von Leistungen bei vielen Ärzten zur Tagesordnung (Strech et al. [2008], S. 104f). Dies führt zwangsläufig zu einer Belastung des Patienten-Arzt-Verhältnisses. Ärztinnen und Ärzte können unter diesen Bedingungen den Versorgungsanspruch nicht weiter decken. Die sich zuspitzende Situation hat auch Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit innerhalb der Ärzteschaft (Strech et al. [2009], S. 1263).

Aus politischer Sicht mag die derzeit praktizierte verdeckte Begrenzung von Leistungen effektiv und einfach in der Umsetzung sein, sie muss aber aus ethischen Gründen hinterfragt werden. Sie widerspricht Gerechtigkeitsaspekten, da keine transparenten Verteilungskriterien vorliegen und so eine Ungleichverteilung nicht ausgeschlossen werden kann.

Die Politik kann aber nicht der Einschätzung der Bevölkerung ausweichen, die in Zukunft eine zunehmende Leistungseinschränkung befürchtet (vgl. u.a. Stumpf & Raspe [2011], S. 316; Institut für Demoskopie Allensbach [2010], S. 14). Die Schere zwischen dem, was medizinisch sinnvoll und notwendig ist, und dem, was an Versorgung noch stattfinden kann, klafft immer weiter auseinander.

Bis Anfang der 1990er Jahre wurde der Begriff „Wirtschaftlichkeit“ definiert nach dem Minimalprinzip. Minimalprinzip bedeutete, dass ein bestimmtes Gesundheits- und Versorgungsziel mit möglichst minimalem Mitteleinsatz, d.h. möglichst effizient, erzielt werden soll. Durch die Einführung von Budgets mutiert das Verständnis von „Wirtschaftlichkeit“ im Sinne eines Maximalprinzips. Maximalprinzip bedeutet, dass zunächst geprüft wird, in welcher Höhe die Mittel zur Patientenversorgung zur Verfügung stehen, um davon abhängig das maximale Gesundheits- bzw. Versorgungsziel zu definieren. Dieser Paradigmenwandel wendet sich demnach ab von der Mittelverteilung nach Bedarf. Es geht nunmehr um Mittelzuteilung nach Verfügbarkeit. Damit ist ein genuin ethisches Problem angesprochen, nämlich das der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen.