



Verteilungsgerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung

PD Dr. Georg Marckmann, MPH

Universität Tübingen
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin

5. Symposium Evidenzbasierte Medizin
Lübeck, 14.02.04



Fragen der Gerechtigkeit

1. Nach welchen Grundprinzipien ist die Gesundheitsversorgung zu organisieren?
→ Markt vs. Regulierung
2. Wie können die (begrenzt) verfügbaren Mittel innerhalb eines regulierten Systems gerecht verteilt werden?
→ Gerechte Verteilungskriterien



Markt oder Regulierung?

- Attraktivität des Marktes bei *vollkommenem* Wettbewerb:
 - Effiziente Produktion der Güter
 - Verteilung nach Präferenzen der Konsumenten

- Argumente gegen eine rein marktorientierte Verteilung von Gesundheitsleistungen
 - (1) Ökonomische Argumente: Marktversagen
 - (2) Gerechtigkeitsethische Argumente



Argument 1: Marktversagen

- Markt für Krankenversicherungen
 - Trittbrettfahrerverhalten
 - Risikoselektion durch Versicherungen

- Markt für Gesundheitsleistungen
 - Eingeschränkte Konsumentensouveränität (Informationsdefizit, existentielle Notlage)
 - Unvollkommene Markttransparenz (keine Information über Preise und Qualität)
 - Uno-actu-Prinzip: Erstellung und Konsum der Güter fallen zusammen



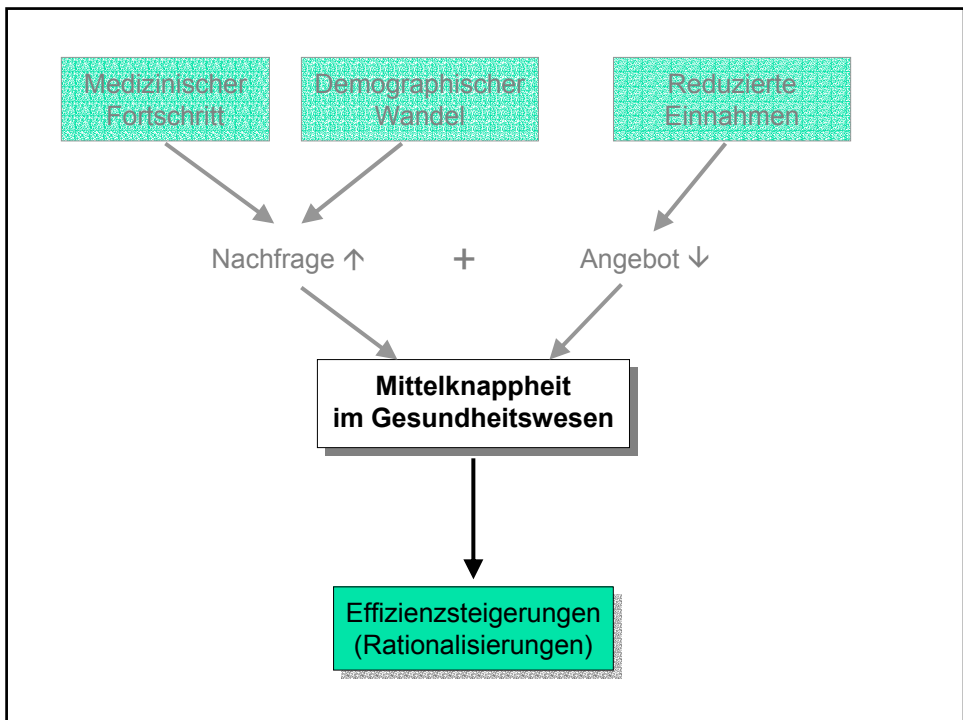
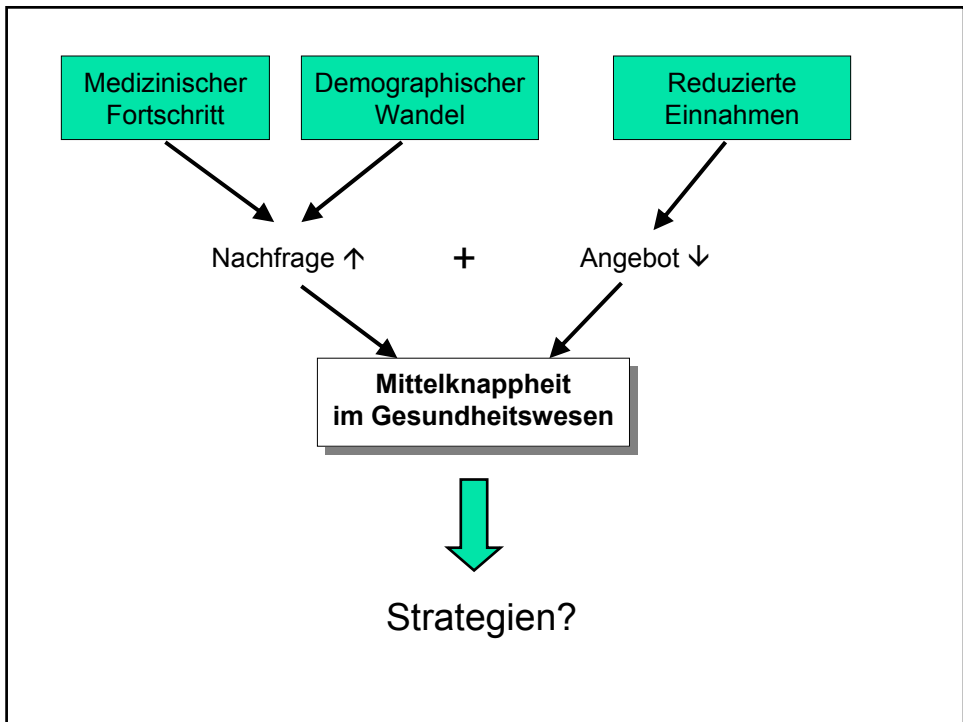
Argument 2: Gerechtigkeit

- Was unterscheidet Gesundheit von anderen Gütern?
- Gesundheit = **transzendentes Gut**
„Gesundheit ist nicht alles, aber
ohne Gesundheit ist alles nichts.“
- Zugang zur Gesundheitsversorgung →
Voraussetzung für die Chancengleichheit (Daniels)
 - Jeder/jede sollte – unabhängig vom Einkommen –
einen Zugang zur Gesundheitsversorgung haben
 - Argument für eine solidarisch finanzierte, gesetzlich
abgesicherte medizinische Grundversorgung



Fazit - 1

- Es gibt gute ethische *und* ökonomische
Gründe für ein - zumindest teilweise –
staatlich organisiertes und solidarisch
finanziertes Gesundheitswesen!





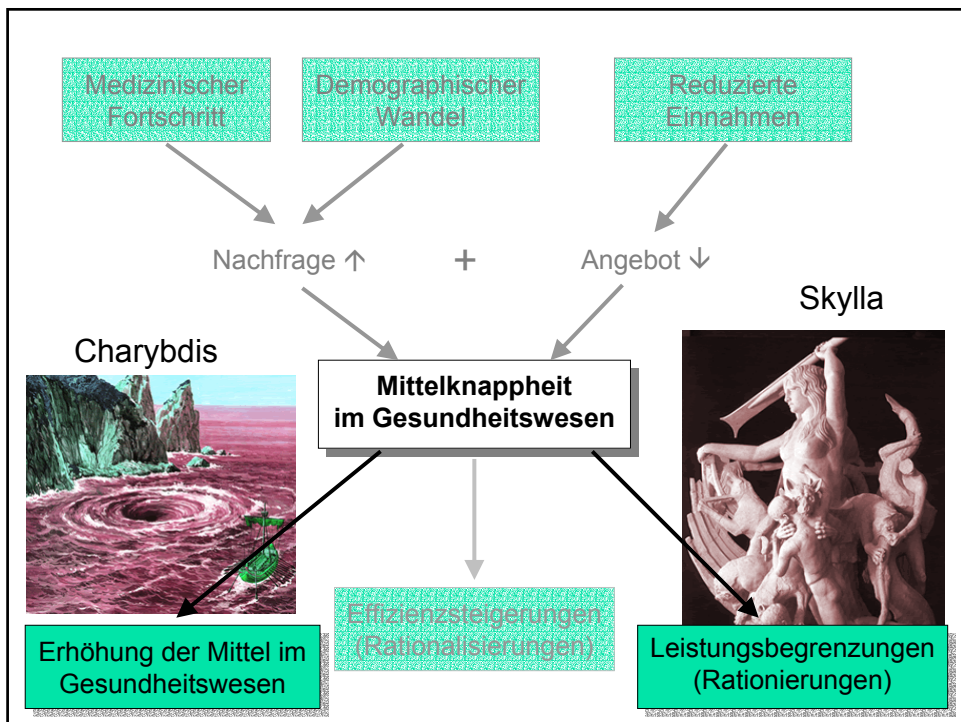
Effizienzsteigerungen

- Ethische Priorität: Konvergenz von Ökonomischer und medizinischer Rationalität!
- Instrumente
 - Evidenzbasierte Medizin
 - Indikationsspezifische Leitlinien
 - Ökonomische Evaluationen
 - Innovative Versorgungsstrukturen
- Wichtig: Nicht nur Unterlassung ineffektiver Maßnahmen, sondern richtige Indikationsstellung effektiver Maßnahmen!
- Probleme:
 - Umsetzung methodisch schwierig
 - Erfordert strukturelle Veränderungen
 - Wirkungslatenz, keine Erfolgsgarantie
 - Nur einmalige Einsparungen



Fazit - 2

- Effizienzsteigerungen allein werden nicht ausreichen, um den Kostendruck durch medizinischen Fortschritt und demographischen Wandel zu kompensieren.



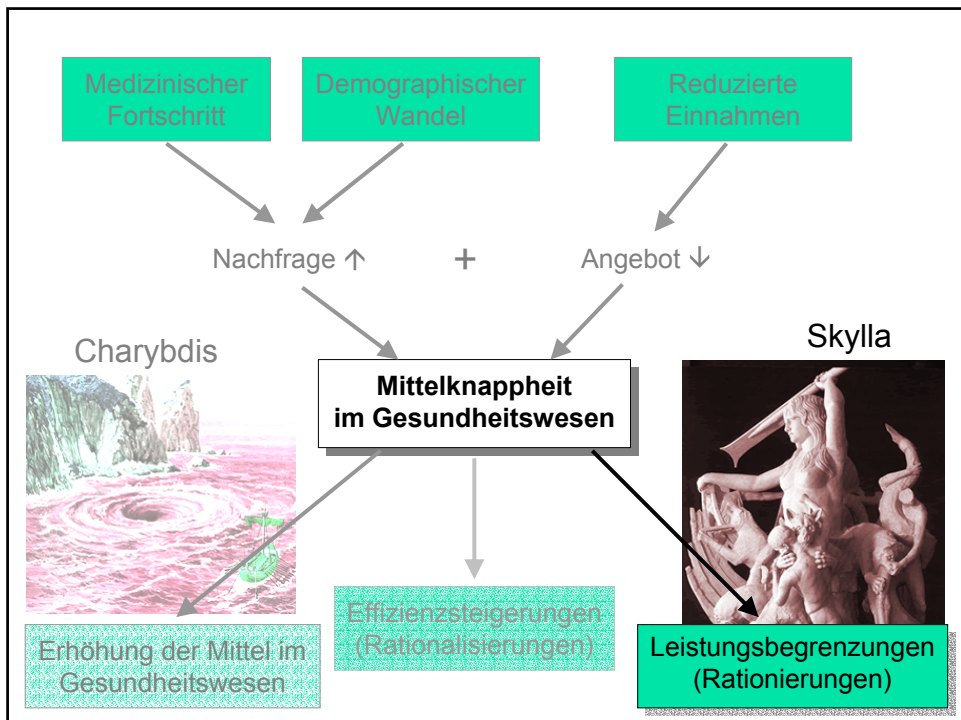
Mittelerhöhungen

Argumente für Ausgabenbegrenzungen:

- (1) Konkurrenz mit anderen öffentlich finanzierten Bereichen
 - Bildung, Umweltschutz, Infrastruktur, Innere Sicherheit
- (2) Beitrag nicht-medizinischer Faktoren zur Gesundheit
 - Sozialer Status, Arbeitsbedingungen, Wohnverhältnisse
- (3) Abnehmender Grenznutzen medizinischer Maßnahmen
- (4) Finanzielle Stabilität der umlagefinanzierten GKV
- (5) Begrenzung der Lohnnebenkosten

Fazit - 3

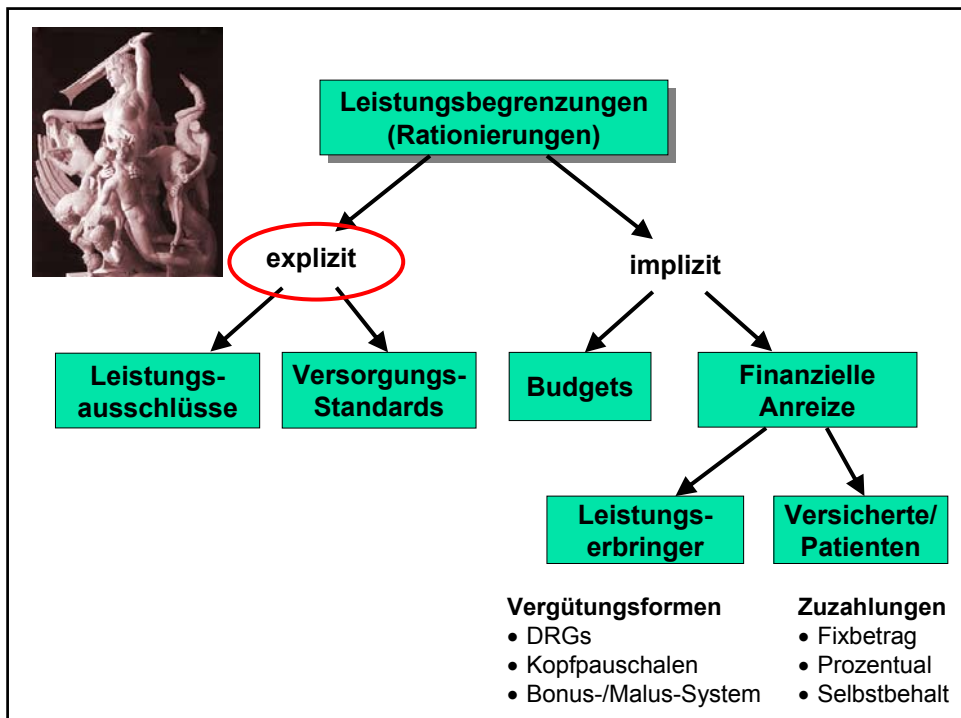
- Es gibt gute (auch ethische!) Argumente, die solidarisch finanzierten Gesundheitsausgaben zu begrenzen.





Leistungsbegrenzungen

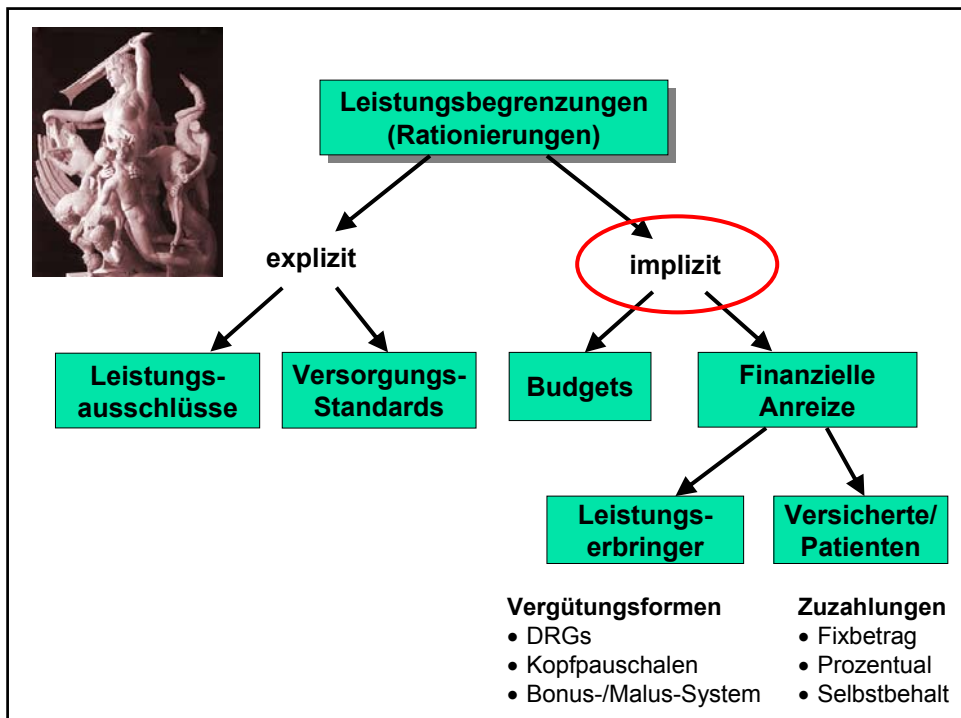
- 2. Gerechtigkeitsfrage:
Wie können die begrenzten Gesundheitsressourcen gerecht verteilt werden?
- Wer soll über die Leistungsbegrenzungen entscheiden?
- Nach welchen Kriterien?





Explizite Leistungsbegrenzung

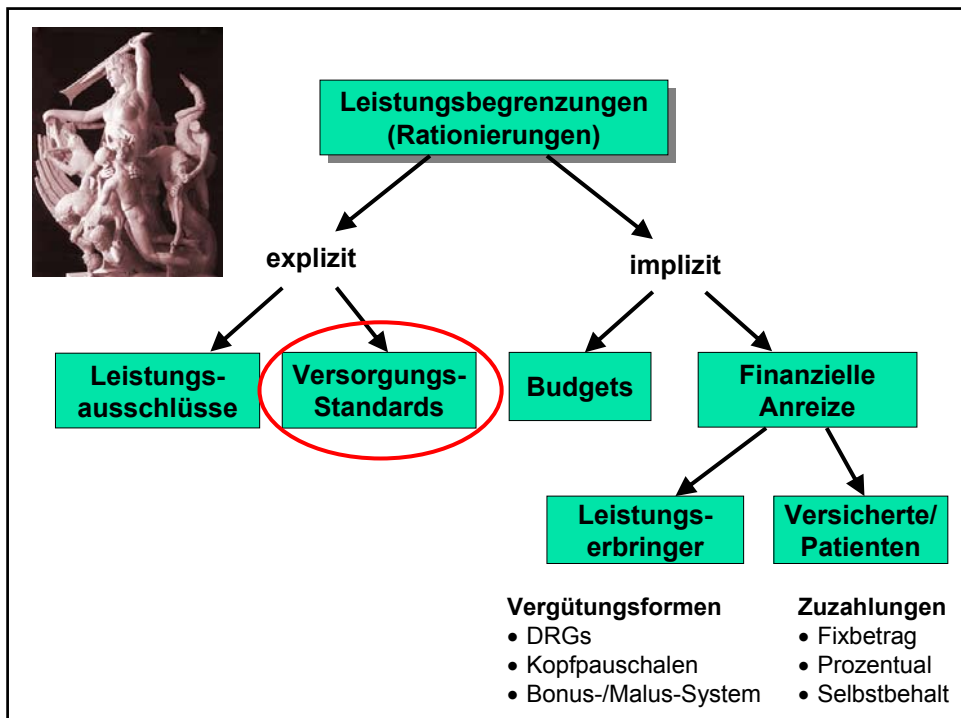
- Vorteile:
 - Transparenz → Kriterien sind explizit und öffentlich
 - Konsistenz → Gleichbehandlung der Patienten
 - → bessere Akzeptanz bei den Patienten
 - Reduziert ärztliche Entscheidungskonflikte
 - Entlastet Arzt-Patient-Beziehung
 - Standards: Gleichzeitige Kontrolle von Kosten und Qualität!
- Nachteile:
 - Geringere Einzelfallsensibilität
 - Konsens bei Verteilungskriterien schwierig
 - Politisch schwieriger durchzusetzen
 - Evtl. Einfluss von Interessengruppen





Implizite Leistungsbegrenzung

- Vorteile:
 - Größerer Entscheidungsspielraum im Einzelfall
 - Leichter umsetzbar (Budgets, finanzielle Anreize)
 - Keine Einigung auf verbindliche Kriterien notwendig
- Nachteile:
 - Fehlende Transparenz der Rationierungskriterien
 - Wechselnde Kriterien → Ungleichbehandlung der Patienten
 - Gefahr von Irrationalitäten in der Versorgung
 - Einseitige Kontrolle der Kosten



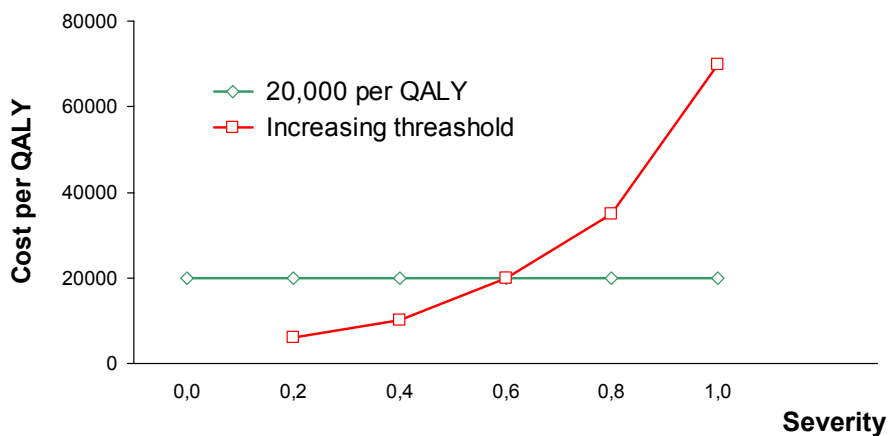


Verteilungskriterien

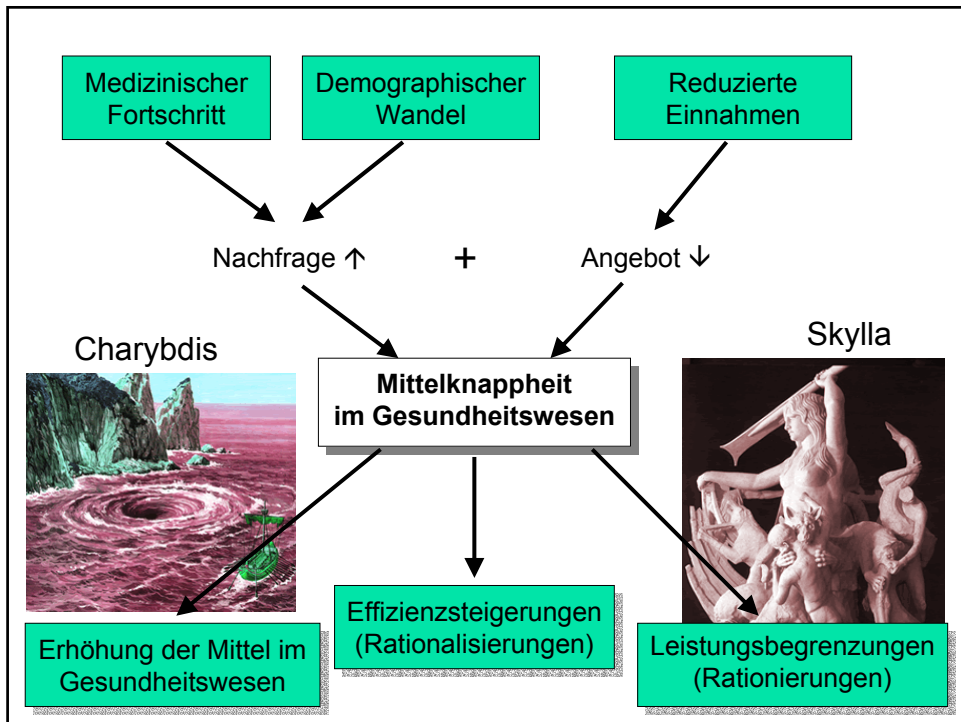
- (1) Pluralismus ethischer Theorien der Verteilungsgerechtigkeit
 - (2) Eingeschränkte Operationalisierbarkeit
 - (3) Priorisierungen hängen von Vorstellungen des guten Lebens ab
- Kein hinreichend konkretes, allgemein zustimmungsfähiges Verteilungsschema ableitbar!
 - Faire Entscheidungsprozesse!
 - Kriterienmix: Kosteneffektivität, Bedarf (Schweregrad, Dringlichkeit), Nutzenverteilung



Kosteneffektivität & Schweregrad

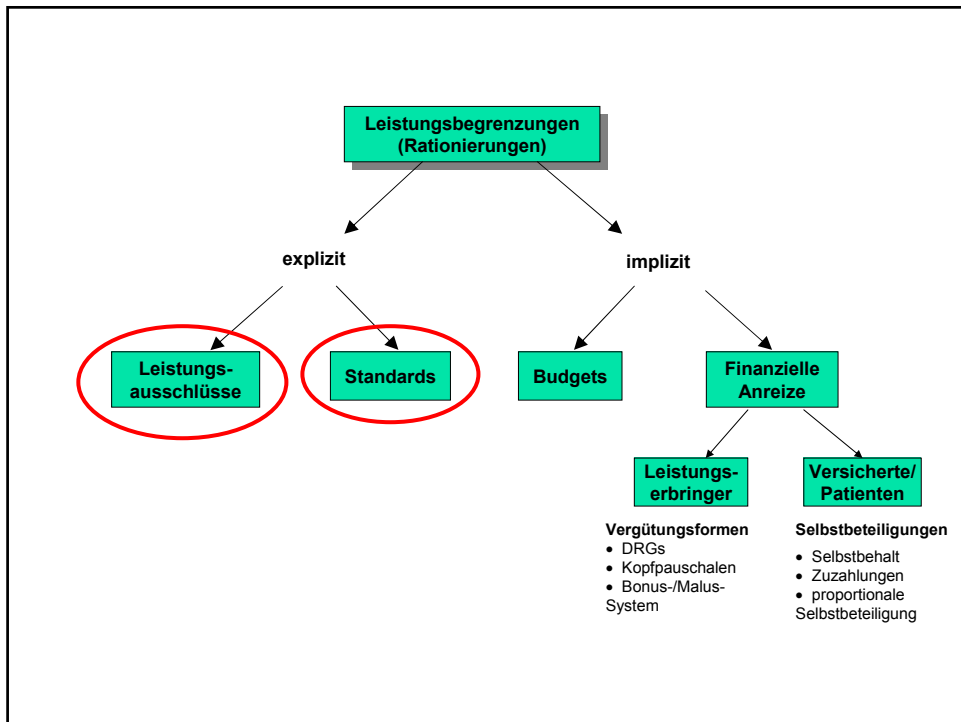


Source: Elly Stolk, University of Rotterdam



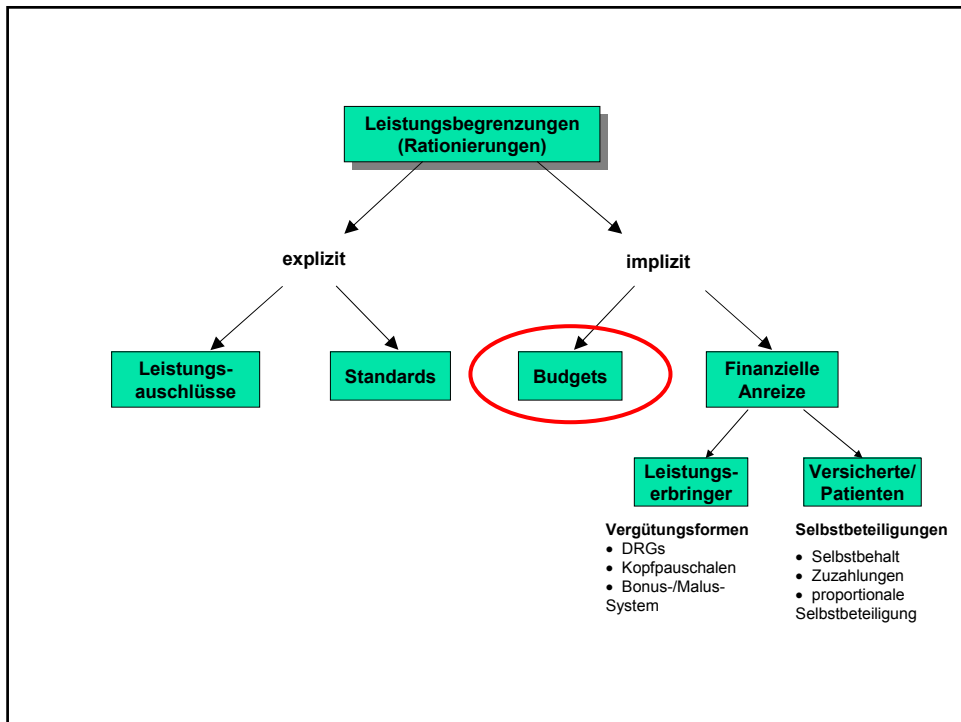
Fazit – das letzte!

- *Explizite* Leistungsbegrenzungen sind *transparenter, konsistenter, gerechter* und entlasten die Arzt-Patient-Beziehung.
- *Versorgungsstandards* erlauben die simultane Steuerung von Kosten und Qualität der Versorgung und bieten damit auch ein Potential zur Verbesserung der Versorgungsqualität.



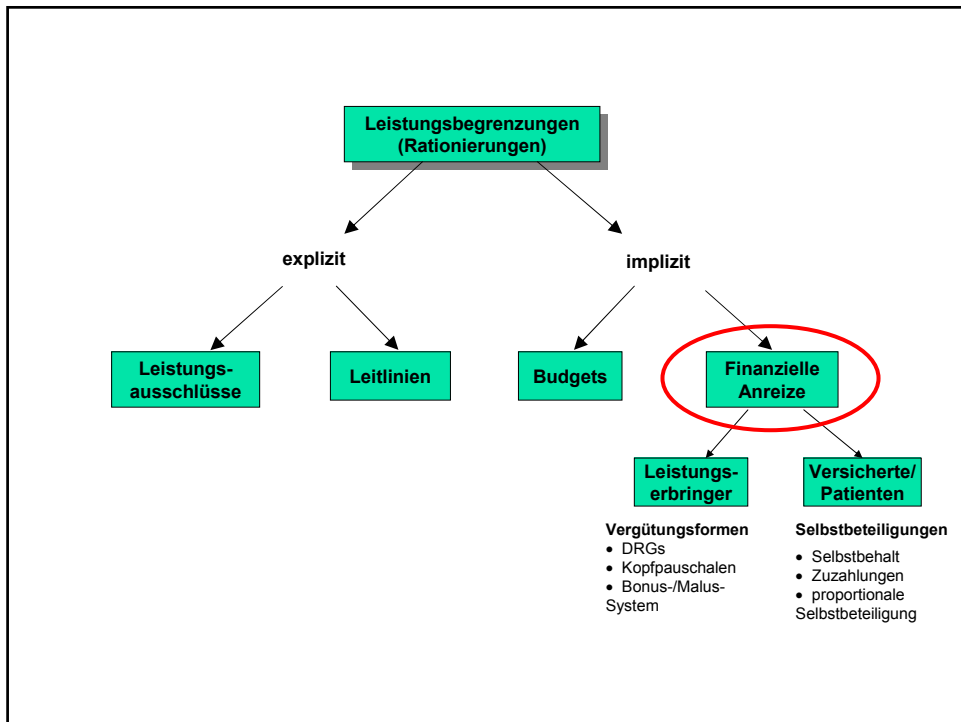
Explizite Rationierung

- Leistungsausschlüsse
 - Begrenzung des Leistungskataloges
 - Methodisch einfachste Form der expliziten Rationierung
 - Fragliche Rationalität: Indikationen bleiben unberücksichtigt (vgl. Oregon)
- Standardisierung durch Leitlinien:
 - Berücksichtigt Indikationen → größere Rationalität
 - Gleichzeitige Kontrolle von Kosten *und* Qualität der Versorgung
 - Explizite und transparente Abwägung von Kosten und Nutzen
 - Auch Qualitätsverbesserungen und Rationalisierungen möglich
 - Nachteil: Methodisch sehr aufwändig



Budgetierung

- Effektiv für *kurzfristige* Kostendämpfung
- Politisch einfach umzusetzen
- Verlagert die Verantwortung für die Kostenkontrolle auf die Leistungserbringer
- Wirkung ist ambivalent: Rationalisierung und Rationierung möglich!
- Gleichbehandlung der Patienten nicht garantiert
- Einseitige Kontrolle der Kosten, keine Kontrolle der Versorgungsqualität
- Kaum Spielraum für Innovationen



Finanzielle Anreize

- Leistungserbringer: Vergütungsformen
 - Delegiert Verantwortung für Kostendämpfung an Leistungserbringer
 - Wirkung ambivalent: Rationierung oder Rationalisierung möglich
 - Einseitige Kostenkontrolle, keine Kontrolle der Versorgungsqualität
 - Kostensenkung wahrscheinlich, aber auch Gefahr der Kostenverlagerung (z.B. DRGs)
- Patienten: Selbstbeteiligung
 - Verlagert Kosten auf die Kranken
 - Regressiv: Belastet vor allem die kleinen Einkommen
 - Rationale Mittelzuteilung fraglich: Patienten entscheiden nach Zahlungsfähigkeit und subjektivem Behandlungsbedürfnis