

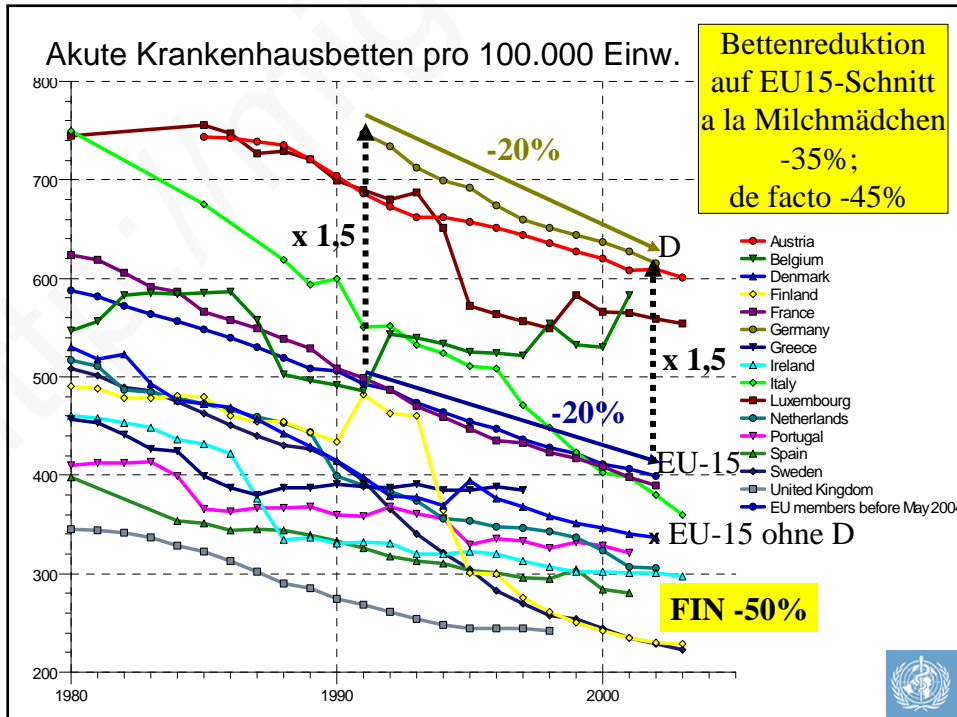
Rationierung in der Medizin

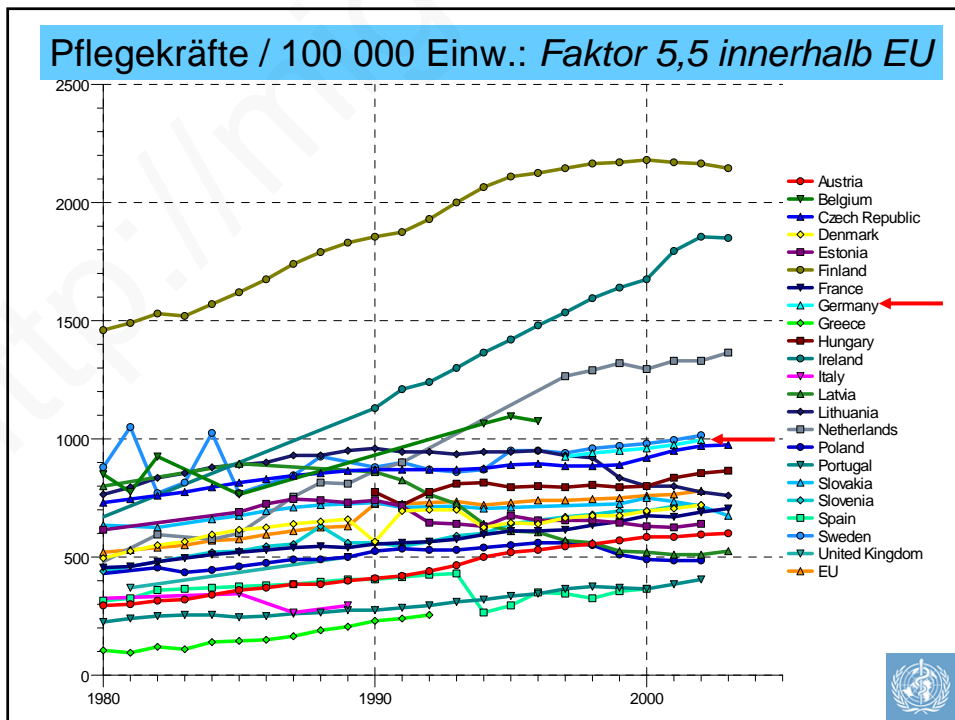
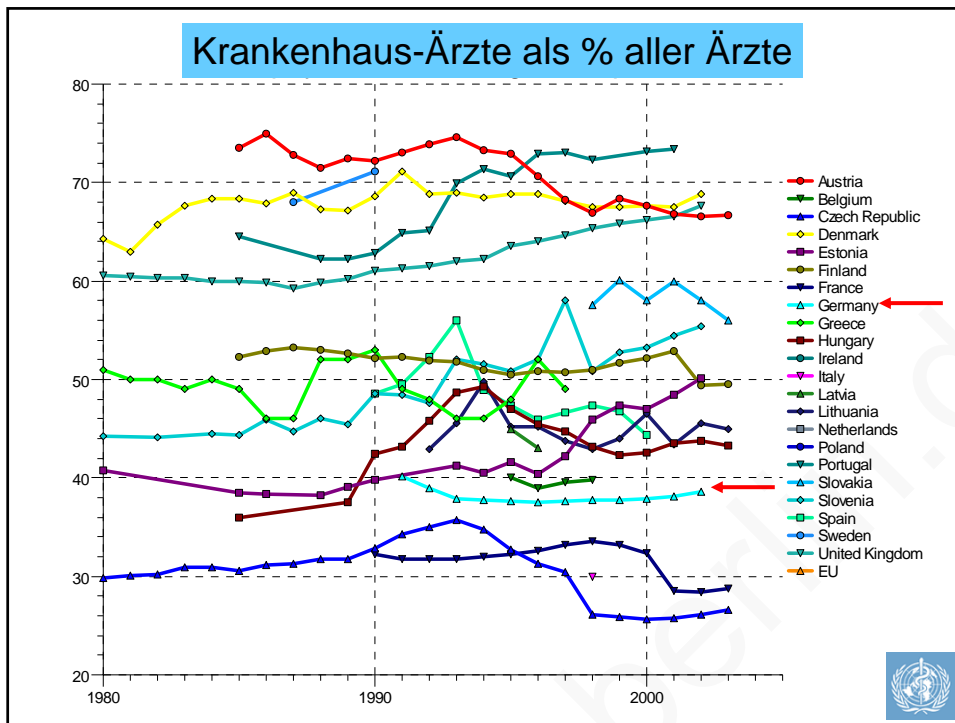
Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH FFPH

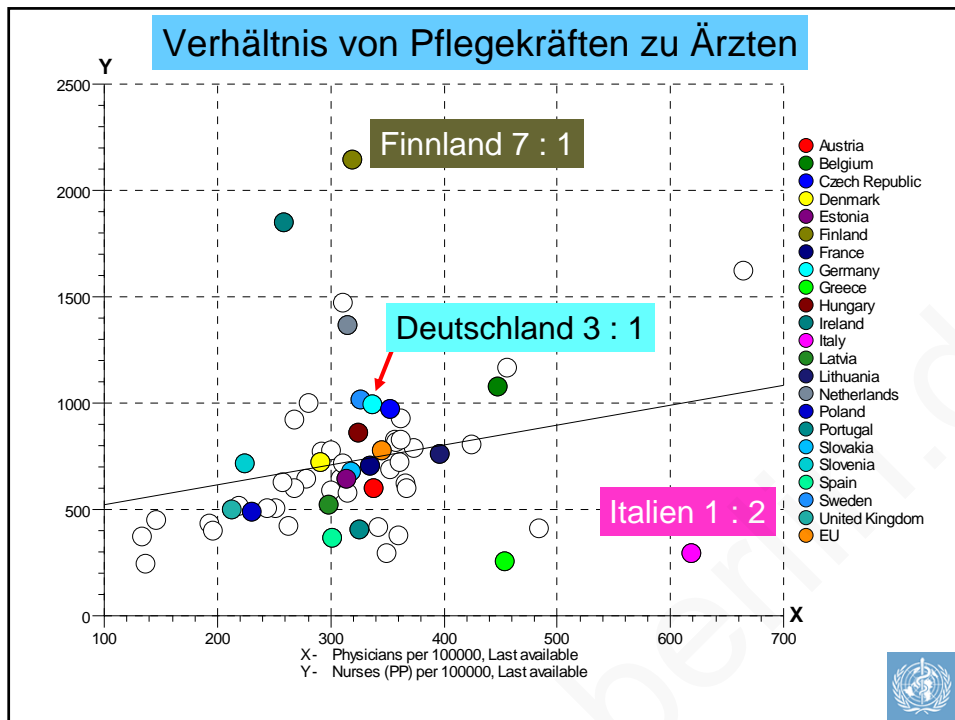
FG Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin
(WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management)

&

European Observatory on Health Systems and Policies







1. Februar 2001: Bundesärztekammer, Marburger Bund und der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands erklären, dass sie in der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) die **Gefahr einer drastischen Rationierung von Gesundheitsleistungen** im Krankenhaus und **damit eine Gefährdung der Patientenversorgung** sehen, falls das aus dem australischen Fallgruppensystem abzuleitende deutsche **DRG-System nicht auf der Grundlage tatsächlicher Daten und Fakten** implementiert wird.

„DRG – Drastische Rationierung von Gesundheitsleistungen? Neue Krankenhausfinanzierung gefährdet Patientenversorgung“

Heißt das, dass nur Einschnitte in die Versorgung unter den Begriff der Rationierung fallen, falls sie nicht auf tatsächlichen Daten und Fakten beruhen?

Stimmt der Umkehrschluss, dass eine explizite Reduktion von Gesundheitsleistungen akzeptabel wäre, wenn sie denn auf tatsächlichen Daten und Fakten beruht?

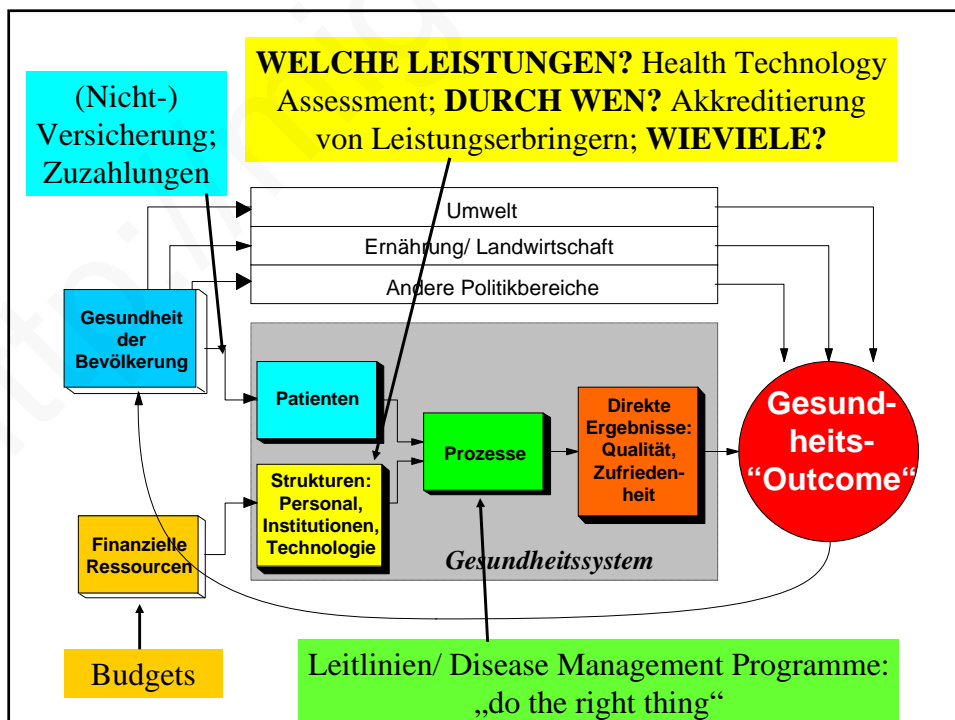
Rationierung im eigentlichen Sinne bedeutet Zuteilung von knappen Ressourcen gemäß einem definierten Zuteilungsalgorithmus. Rationierungsprobleme treten immer auf, wenn *knappe Ressourcen* oder bestimmte Güterangebote nicht ausreichen, um alle potentiellen Nachfrager zu befriedigen.

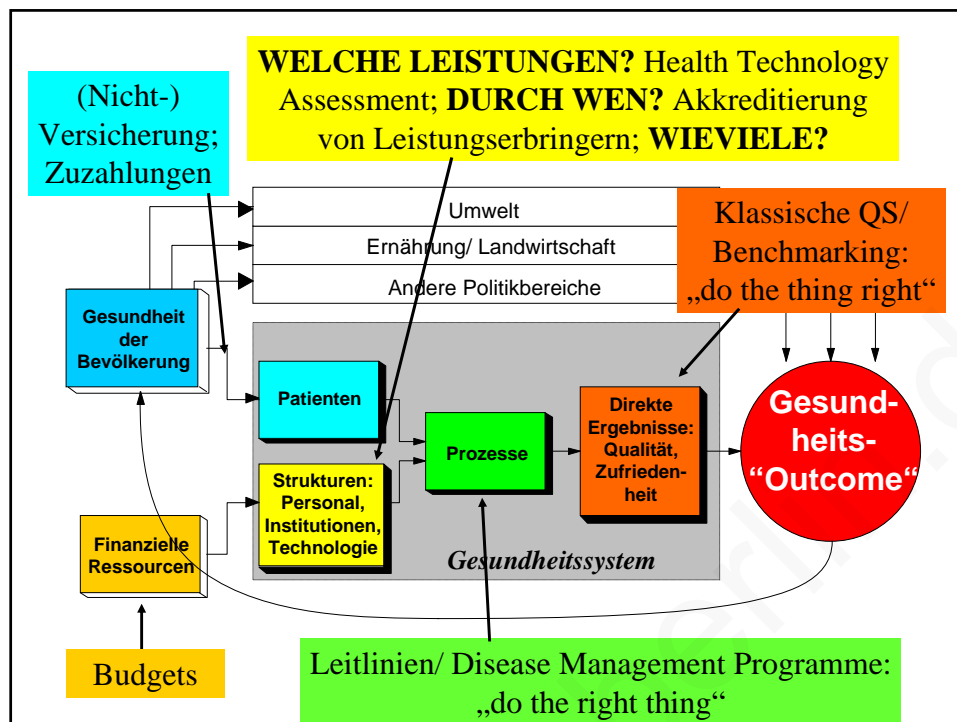
Gängiges Beispiel: Rationierung von Nahrungsmitteln in Kriegszeiten.

Für Leistungen und Güter, die am Markt gehandelt werden, erfolgt die Rationierung über den Preis. In der Medizin kann/darf dies – zumindest nach unseren Vorstellungen – nicht gelten. Aber wie dann (sofern wir sie als notwendig erachten)?

Rationierung liegt dann vor, wenn nicht alle nutzenbringenden („beneficial“) Gesundheitsleistungen allen Patienten zur Verfügung gestellt werden.

Aaron HJ, Schwartz WB (1984). The Painful Prescription: Rationing Hospital Care. Washington, DC: Brookings Institution





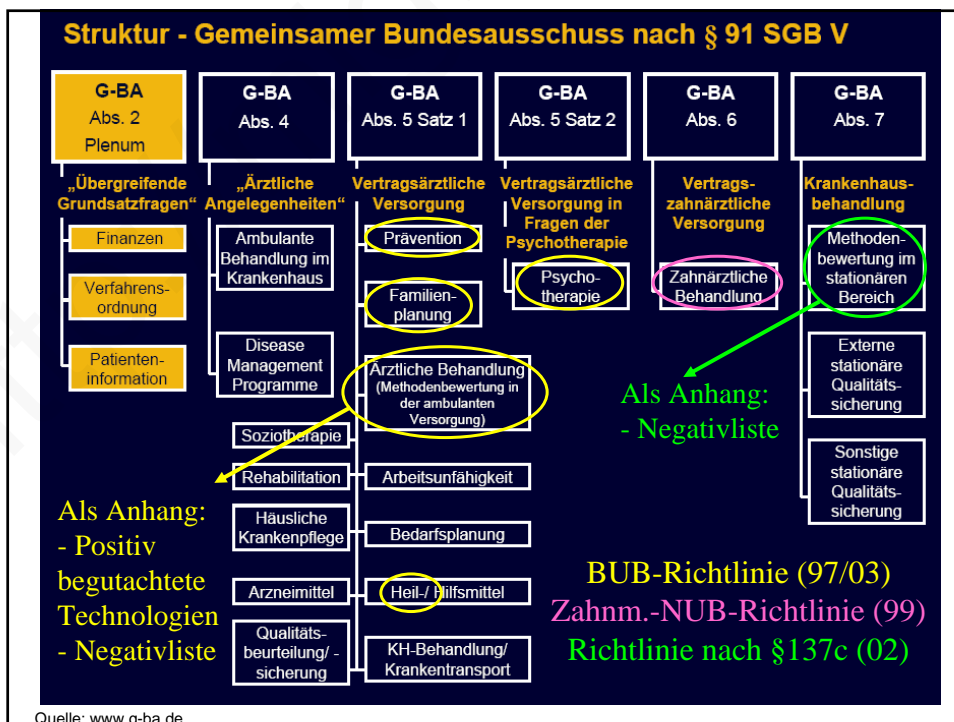
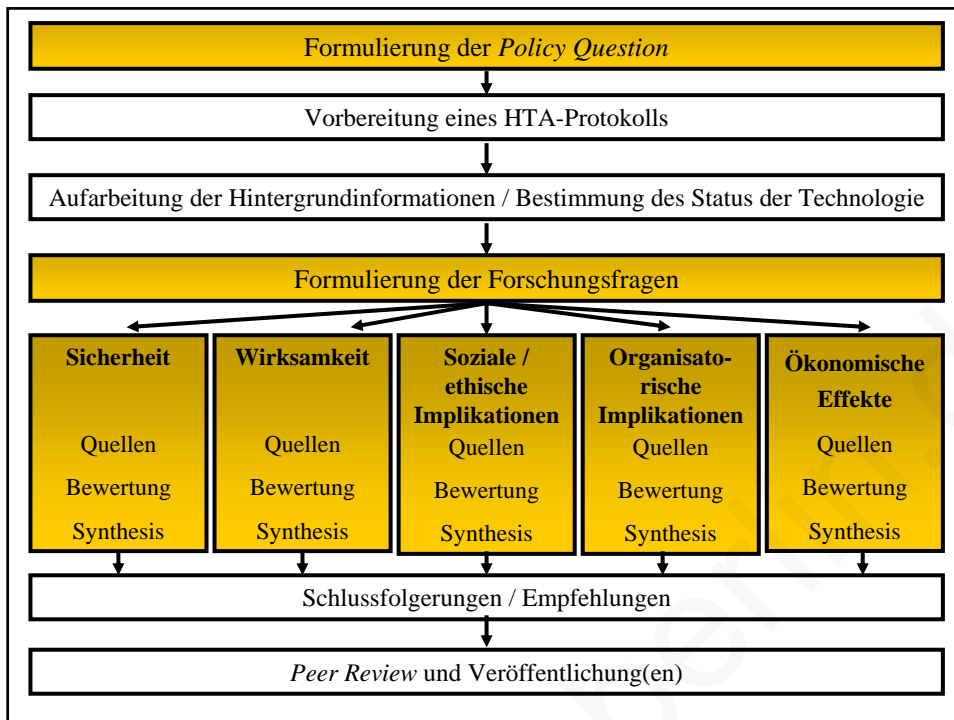
Bei der Operationalisierung der Rationierung/Priorisierung sind zwei Ebenen voneinander klar zu unterscheiden:

1. Entscheidungen über die Aufnahme in den **Leistungskatalog** von Technologien bzw. Verfahren;
2. Entscheidungen über die **Menge und Verteilung** dieser Technologien auf Regionen, Bevölkerungsgruppen, Leistungserbringer und schließlich Individuen.

Kriterien auf der ersten Ebene sind insbesondere die **Wirksamkeit** und **Kosten-Wirksamkeit** von Technologien, die im Rahmen von Health Technology Assessments evaluiert werden sollte, bevor eine Entscheidung über die Aufnahme in den Leistungskatalog des Gesundheitssystems erfolgt.

Kriterien auf der zweiten Ebene sind **Behandlungsbedarf** und **Angemessenheit** bzw. Notwendigkeit.

1. Welche Leistungen? „Health Technology Assessment“



Gemeinsamer Bundesausschuss

Richtlinie

des Bundesausschusses
der Ärzte und Krankenkassen

zur Bewertung
medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
gemäß § 135 Abs. 1 SGB V
(BUB-Richtlinie)

in der Fassung vom 1. Dezember 2005
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 57
in Kraft getreten am 1. Dezember 2005

Jetzt ersetzt durch neue
Verfahrensrichtlinie
vom 20.9.2005

Kriterien in BUB-Richtlinie – *werden in dieser Reihenfolge bearbeitet!*

- „Nutzen“
 - * Wirksamkeit bei beanspruchter Indikation
 - * Therapeutische Konsequenzen
 - * Abwägung gegen Risiken
 - * Bewertung unerwarteter & erwarteter Nutzen
 - * Evaluation gegen andere Interventionen
- „Notwendigkeit“
 - * Relevanz des Problems
 - * Spontanverlauf
 - * Diagnostische und therapeutische Alternativen

Kriterien in BUB-Richtlinie – *werden in dieser Reihenfolge bearbeitet!*

- „Nutzen“
 - * Wirksamkeit bei beanspruchter Indikation
 - * Therapeutische Konsequenzen
 - * Abwägung gegen Risiken
 - * Bewertung unerwarteter & erwarteter Nutzen
 - * Evaluation gegen Alternativen
 - „Notwendigkeit“
 - * Relevanz für die Indikation
 - * Spontane Wirksamkeit
 - * Diagnostische Wertigkeit
 - * Diagnostische Wertigkeit gegen Alternativen
- SCHWIERIGKEIT:** Es gibt fast nie „die Indikation“ oder „den Patienten“, d.h. wir brauchen (viele!) Daten zu Subgruppen!

Kriterien in BUB-Richtlinie

- „Wirtschaftlichkeit“
 - * Kosten beim einzelnen Patienten
 - * Kosten-Nutzen-Erwägungen beim Einzelnen
 - * Kosten-Nutzen-Erwägungen GKV-weit
 - * Kosten-Nutzen-Erwägungen gegen Alternativen

CAVE: Es gibt keine wissenschaftlich abgeleitete Grenze für „kosten-effektiv“. Politisch wird ca. 2x BIP/Kopf pro QALY diskutiert.

Was wird bei der Entscheidung zugrunde gelegt?

- Studien, sortiert nach interner Validität (d.h. möglichst randomisierte kontrollierte Studien [RCTs]); Krankenhausausschuss lässt auch „Gutachten“ zu
- Kosten-Effektivität/Nutzen-Abschätzungen praktisch nie; Ausnahmen bisher:
 - * Uterus-Ballon-Therapie
 - * MRT der weiblichen Brust

2. Durch wen? Mindestmengen, Benchmarking & Co.

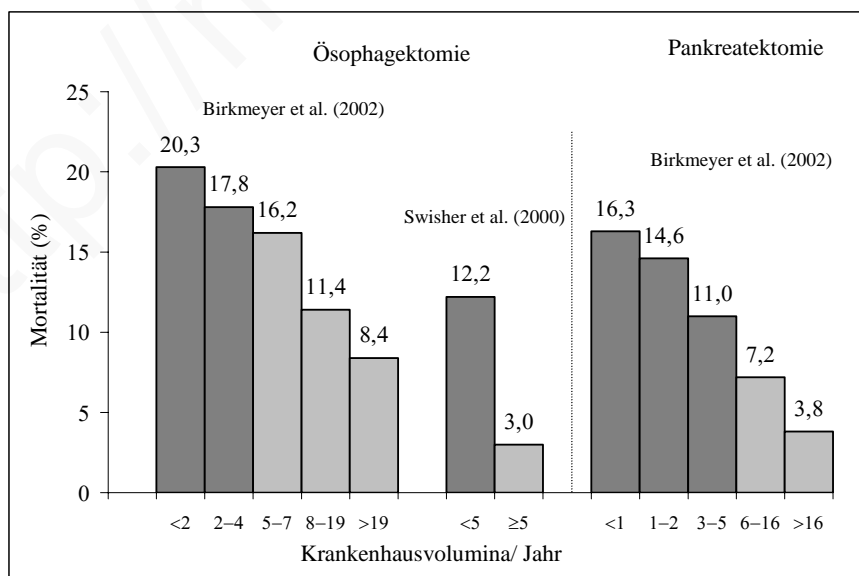
Wer darf die Leistungen erbringen? Das Konzept der Mindestmengen

Tabelle 2: Zusammenfassung der Ergebnisse der systematischen Übersichten zum Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Ergebnissen

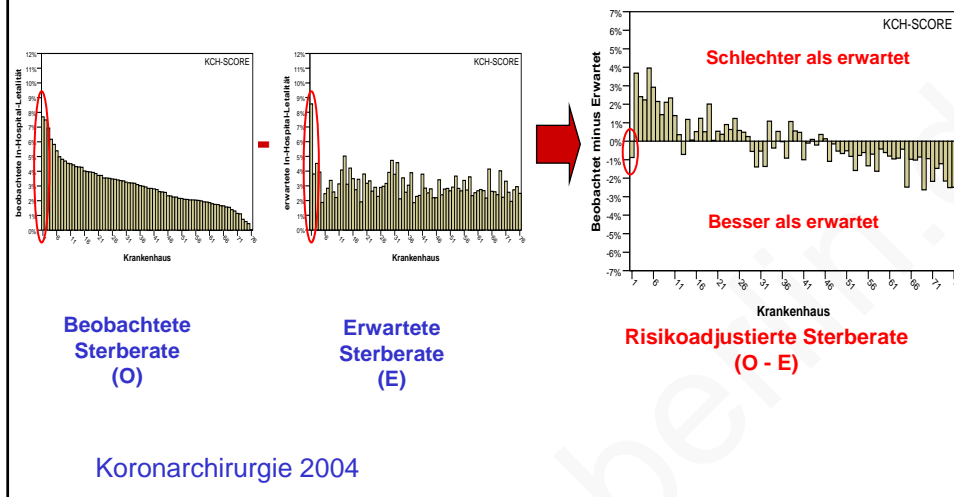
Indikationen bzw. Prozeduren, bei denen ein eindeutiger Zusammenhang (je mehr Leistungen, desto bessere Ergebnisse) beobachtet worden ist	Indikationen bzw. Prozeduren, bei denen kein eindeutiger Zusammenhang beobachtet worden ist
Chirurgische Behandlung des Bauchspeicheldrüsenkrebses	Chirurgische Behandlung des Dickdarmkrebses
Chirurgische Behandlung des Speiseröhrenkrebses	Chirurgische Behandlung des Brustkrebses
Chirurgische Behandlung des Leberkrebses	Traumatologische Behandlungen
Transplantationen (Herz, Leber und Nieren)	
Ballondilatation der Herzkranzgefäße (PTCA)	Schrittmacherimplantation
Herzkranzgefäß-Bypass-Chirurgie (CABG)	Behandlung der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)
Kinderherzchirurgie	
Bauchaortenaneurysma (elektiv)	Bauchaortenaneurysma (Notfalloperation des rupturierten Aneurysma)
Halsschlagader-Chirurgie (CEA)	Gallenblasenchirurgie
Prostatachirurgie	Leistenbruchchirurgie
Kniegelenkersatzchirurgie	Hüftgelenkersatzchirurgie
AIDS	Behandlung der Hüftfraktur

Quelle: Auswahl aus Gandjour et al. 2003, Halm et al. 2002, Sowden et al. 1997, Tiesberg et al. 2001

Abbildung 3. Effekte der Mindestmenge von 5 Fällen/ Jahr (Quelle: eigene Darstellung nach Birkmeyer et al. 2002, Swisher et al. 2000)



Risikoadjustierung BQS-Daten 2004 mit KCH-SCORE



3. Für wen? Angemessenheit, Notwendigkeit ...

*das wichtigste und zugleich
methodisch schwierigste
Kapitel!*

	Prozedur	als angemessen eingestuft (%)	Behandlungsland der Patienten, Herkunft der Experten	Publikationsjahr
1	Koronare Angiographie	81 bzw. 72	Patienten (bei 22 bzw. 50 Prozeduren/Jahr/ 10000 Einw.) und Experten USA	1987
2	Koronare Angiographie	65 bzw. 87	Patienten USA, Experten UK bzw. USA	1988
3	Koronare Angiographie	58 bzw. 77	Patienten Kanada, Experten Kanada bzw. USA	1994
4	Koronare Angiographie	51 bzw. 76	Patienten USA, Experten Kanada bzw. USA	1994
5	Koronare Angiographie	49 bzw. 73	Patienten USA, Experten Schweden bzw. USA	1994
6	Koronarer Bypass	65 - 91	Patienten und Experten USA	1988, 1993
7	Koronarer Bypass	40 - 58 bzw. 73 - 83	Patienten USA, Experten UK bzw. USA	1988
8	Koronarer Bypass	85 bzw. 88	Patienten Kanada, Experten Kanada bzw. USA	1994
9	Koronarer Bypass	85 bzw. 91	Patienten USA, Experten Kanada bzw. USA	1994
10	Koronarer Bypass + PTCA	57 bzw. 93	Patienten USA, Experten Schweden bzw. USA	1994
11	PTCA	58	Patienten und Experten USA	1993
12	Gastrointestinale Endoskopie	72 bzw. 71	Patienten (bei 100 bzw. 149 Prozeduren/Jahr/ 10000 Einw.) und Experten USA	1987
13	Carotis-Endarteriektomie	42 bzw. 37	Patienten (bei 6 bzw. 23 Prozeduren/Jahr/ 10000 Einw.) und Experten USA	1987
14	Hysterektomie	58	Patienten und Experten USA	1993