



Wie verteilen wir, was wir haben?

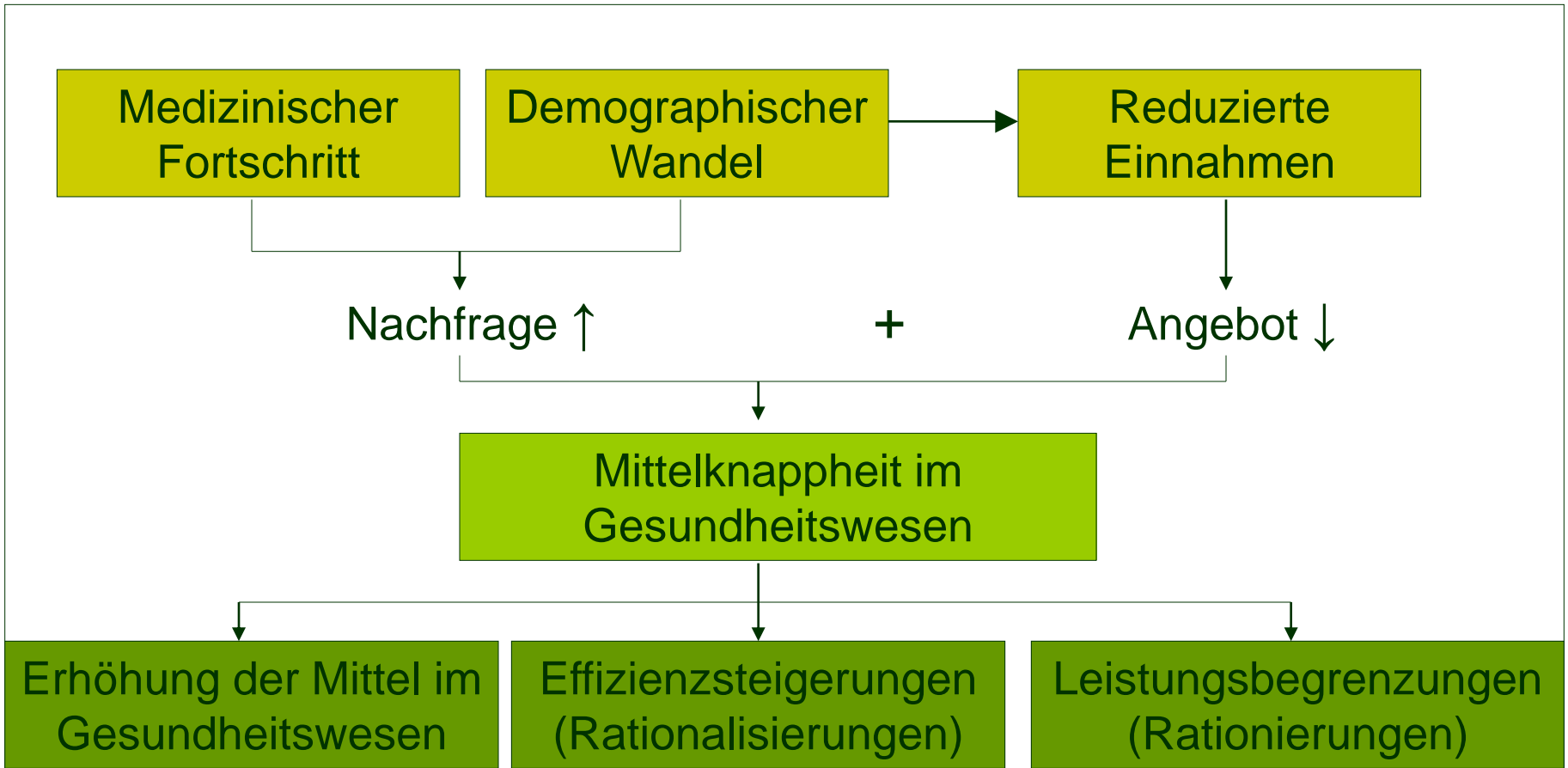
Kriterien einer
Verteilungsgerechtigkeit und ihre
ethische Rechtfertigung

Dr. Alexis Fritz

Gliederung

1. Finanzierungskrise in der GKV
2. Gesundheit als besonderes Gut
3. Eine Frage von VerteilungsgerechtigkeitEN
4. Auf nach Schweden!

Finanzierungskrise der GKV



Quelle: G. Marckmann (2008), Gesundheit und Gerechtigkeit, Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2008 · 51:887–894.

Was hängt von meiner Gesundheit ab?

„Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts!“

- Bedingung zur Handlungsfähigkeit (konditionales, transzendentes Gut)
- Bestandteil guten Lebens (existentielles Gut)
- Bedingung für die Funktionalität von Staat und Gesellschaft (öffentliches Gut)

Gliederung

1. Gesundheit als ein besonderes Gut
2. Eine Frage von VerteilungsgerechtigkeitEN
 - Menschenbild
 - gesellschaftliches Selbstverständnis
 - Ethische Leitlinien
3. Auf nach Schweden!



Gerechtigkeitsethische Herausforderung

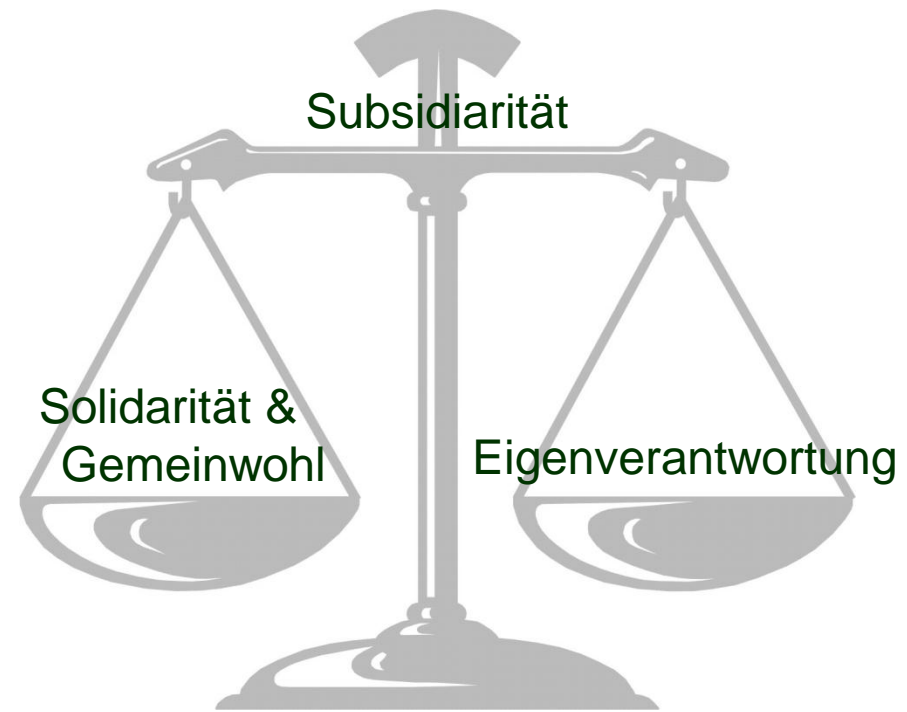
- Medizinisch zweckmäßige und notwendige Versorgung kann nicht mehr in vollem Umfang von der Solidargemeinschaft getragen werden!
- In welcher Hinsicht dürfen wir Menschen, die Gesundheitsleistungen benötigen, als gleich und in welcher Hinsicht sie als ungleich behandeln?

Der einzelne Mensch ist „über allen Preis erhaben“ (I. Kant)

- „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ (Art.1 Abs.1 GG)
- „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.“ (Art.2 Abs.2 Satz1 GG)
- Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich. ... Niemand darf wegen seines Geschlechtes, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauungen benachteiligt oder bevorzugt werden. Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden. (Art.3 Abs.1 u. 3 GG).




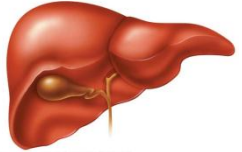



In welcher Gesellschaft wollen wir leben?

- „Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat.“ (Art.20 Abs.1, vgl. Art.28 Abs.1 Satz GG)
- „Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.“ (§ 27 SGB V)
- „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“ (§12 Abs.1 Satz 1 SGB V)



Umfrage unter Moralphilosophen

C auf die Warteliste?

- A  
- B  
- C   

Spezialimpfstoff für Merkel & Co?

- Schweinegrippe-Impfung
 - Celvapan oder...
 - Pandemrix



Egalitarismus

- Alle Bürger sollen dasselbe Niveau von Grundfreiheiten und die entsprechenden materiellen Güter und Dienstleistungen besitzen.
- Ungleichheit erlaubt, wenn „[s]oziale und wirtschaftliche Ungleichheiten [...] den am wenigsten Begünstigten den größtmöglichen Vorteil bringen.“

„Differenzprinzip“, John Rawls (1971), Eine Theorie der Gerechtigkeit.

Jedem Einzelnen sollen die Mittel zur Verfügung gestellt bekommen, damit er seine Grundfreiheiten ausüben kann. Eine ungleiche Versorgung ist nur dann legitim, wenn dadurch die Situation des Bedürftigsten verbessert wird!



Leistungsprinzip

- Alle Bürger sollen die Güter bekommen, die sie aufgrund ihrer Arbeit, Anstrengungen oder sozial produktiver Beiträge verdienen.
- Auch Personen, die unverschuldet in Notlage gekommen sind, soll geholfen werden.

Bürger sollen die Gesundheitsversorgung bekommen, die sie verdienen– unverschuldete Notlagen sollen ausgeglichen werden!



Steigerung des Wohlergehens

- Der Utilitarismus ersetzt „Wohlergehen“ mit „Nutzen“ und versteht darunter u.a. die Interessensbefriedigung. Ziel ist das größte Glück der größtmöglichen Zahl.

Das Ziel ist die Maximierung des Nutzens im Bereich der gesamten Gesundheitsversorgung!

- **Quality Adjusted Life Years** (qualitätsangepasste Lebensjahre) als Nutzenmaß
- Restlebenserwartung x Lebensqualität = QALYs („1“ ein Jahr in voller Gesundheit.)

Kosten pro QALY

- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence, England)
 - Behandlung eines Dickdarmkrebs mit einem bestimmten Medikament: £ 36.000 pro QALY → Abgelehnt
 - Behandlung eines Weichteilskarzinoms mit bestimmtem Medikament: bis £ 25.000 pro QALY → Empfehlung zur Kostenübernahme
- Schwellenwert Kosten/QUALY, ab dem keine Kostenübernahme erfolgt.

Vgl. Deutscher Ethikrat, Kosten und Nutzen im Gesundheitswesen, 2011.

Ethische Problematik von Kosten-Nutzen-Vergleichen

- Maxime: Das Ziel ist die Maximierung des Nutzens im Bereich der gesamten Gesundheitsversorgung.
 1. Missachtung der Relevanz des Schweregrads der Erkrankung
 2. Diskriminierung bestimmter Patientengruppen
 3. Benachteiligung von Patienten mit geringerer Therapiefähigkeit
 4. Unterbewertung der Therapie extremer, aber sehr kurzer Krankheitszustände

Vgl. Deutscher Ethikrat, Kosten und Nutzen im Gesundheitswesen, 2011.

Libertarisches Verteilungsprinzip

- Die Menschen besitzen sich selbst.
- Die Welt besitzt ursprünglich niemand.
- Die Recht über die Welt können gewonnen werden, wenn die Bedingungen anderer nicht verschlechtert werden.
- Wenn privates Eigentum bereitgestellt wird, dann ist ein freier Markt für Kapital und Arbeit gefordert.

Der Staat soll nicht in die Freiheits- und Eigentumsrechte seiner Bürger eingreifen, sondern diese schützen. Gesundheitsversorgung für andere als Akt der Barmherzigkeit und Nächstenliebe – nicht der Gerechtigkeit.



KRANKE KASSE
 MITGLIED WERDEN KRANKES SERVICES

**JAMMERLAPPEN:
 AUFGEPASST!**

TRUSTPLASTER WAR GESTERN, WIR MACHEN DIR DIE MITLEIDNUMMER! FÜR DICH SELBST ODER DEINE FREUNDE.

AB ZU DEN PROFITRÖSTERN

KRANKE KASSE
 BY CITYBKK

**KOHLE STATT
 SCHNICKSCHNACK**



**BIS ZU
 300 €
 FÜR'S
 NIX-
 TUN!**

KRANKE KASSE

Bare Münze: Mit unserem „Kohle statt Schnickschnack“-Tarif kriegst du Geld für's Nix tun. Nämlich bis zu 300 € pro Jahr, wenn du auf ein paar eventuell durchaus verzichtbare Leistungen wie z. B. ambulante Badekuren, Mutter/ Vater-Kind-Kuren oder Massagen verzichtest – mehr Infos unter WWW.KRANKEKASSE.DE

GAR NICHT KRANK IST AUCH NICHT GESUND

Gesundheitswesen als Marktwirtschaft?

- ... (wirtschaftliche) Eigenverantwortung und (vollständige) marktorientierte Allokation?
- Keine rational agierender, wohlinformierte Konsumenten – von unterschiedlich schweren Notlagen Betroffener
- Keine souveräne Entscheidungen mit Blick auf ungünstige Zeit-, Sach- und Sozialsituation.
- Orientierung an die individuelle Zahlungsfähigkeit garantiert nicht das notwendige Mindestmaß an Gesundheit!

Vgl. P. Dabrock, (2009) Befähigungsgerechtigkeit als theologisch-sozialethisches Leitkriterium für die Priorisierung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 55, S. 29-44.

Zusammenfassung

- An welche Maxime soll sich die Gesundheitsversorgung erstrangig orientieren?
- An welchen Kriterien hat sich die Bestimmung eines „Minimums“ in der Gesundheitsversorgung zu orientieren?
- Welche medizinische Gesundheitsversorgung sollte sich jemand, „hinzukaufen“ können?
- Welche Konsequenzen soll eine persönliche Lebensführung für die Solidarverpflichtungen der Gemeinschaft haben?
- Inwieweit, unter welchen Umständen und in welchen Bereichen könnte das Kriterium der Kosteneffektivität seine Anwendung finden?

Gliederung

1. Gesundheit als besonderes Gut
2. Eine Frage von VerteilungsgerechtigkeitEN
3. Auf nach Schweden!



Ein Modell der Prioritätensetzung: Schweden

- Ethische Plattform
 - Menschenwürde
 - Solidarität und Bedarf
 - Kosteneffektivität

→ Ausschluss von
Priorisierungen nach
Alter, sozialem Status
und Lebensstil.

Quelle: SOU, Priorities in Health Care, 1995:5

Politische/administrative Priorisierung

	Versorgungsbereich
I	Behandlung lebensbedrohlicher akuter Erkrankungen sowie Erkrankungen, die unbehandelt zu dauerhafter Behinderung oder frühzeitigem Tod führen. Behandlung schwerer chronischer Erkrankungen. Palliativmedizinische Versorgung am Lebensende. Versorgung von Patienten mit eingeschränkter Autonomie.
II	Prävention mit nachgewiesenem Nutzen. Rehabilitation entsprechend der Definition im „Health and Medical Services Act“.
III	Behandlung weniger schwerer, akuter und chronischer Erkrankungen.
IV	Grenzfälle
V	Behandlung bei anderen Ursachen als Krankheit oder Verletzung.

Quelle: SOU, Priorities in Health Care, 1995:5

Prinzip der Menschenwürde			EVIDENZ
Bedarf nach medizinischer Intervention („Bedürftigkeit und Solidarität“)			
Schwere der Erkrankung	Nutzen für den Patienten (Effekt der Intervention)	Kosteneffektivität	
Aktueller medizinischer Zustand <ul style="list-style-type: none"> – Symptome – Funktionsvermögen – Lebensqualität Risiko für <ul style="list-style-type: none"> – Vorzeitigen Tod – Chronische Erkrankung/Verletzung – Verschlechterung der Lebensqualität Reduzierte Autonomie	Effekt auf den aktuellen Gesundheitszustand <ul style="list-style-type: none"> – Symptome – Funktionsvermögen – Lebensqualität Effekt auf das Risiko für <ul style="list-style-type: none"> – Vorzeitigen Tod – Chronische Erkrankung/Verletzung – Verschlechterung der Lebensqualität Risiko für unerwünschte Nebenwirkungen und ernsthafte Komplikationen durch die Intervention	Direkte Kosten <ul style="list-style-type: none"> – der medizinischen Intervention – nicht-medizinischer Interventionen Indirekte Kosten <ul style="list-style-type: none"> – Produktionsverlust – intangible Kosten ... in Relation zum Patientennutzen	
Prävention → Diagnose → Behandlung → Rehabilitation			

Quelle: SOU, Priorities in Health Care, 1995:5

Aufbau der Bewertung einer therapeutischen Maßnahme am Bsp. der primär-prophylaktischen Implantation eines Defibrillators (C 56 und C 58)

Krankheit	Patient mit hohem Risiko für SCD, EF \leq 35%, NYHA II-III
Maßnahme	Prophylaktische ICD-Implantation
Schweregrad/Bedarf	Hohe Mortalität resp. hohes Risiko
Effekt der Maßnahme	Mäßige bis erhebliche Senkung der Mortalität Effekt auf Lebensqualität uneinheitlich Kleines bis mäßiges Risiko des Eingriffes
Evidenz für Effekt	Evidenzgrad 1 für Mortalität resp. hohes Risiko
Kosten pro QALY	Maßig bis hoch
Gesundheitsökonomische Evidenz	Gut
Priorität	4

Quelle: J. Carlsson, 2007



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!