Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Priorisierung ärztlicher Leistungen – notwendig oder überflüssig?

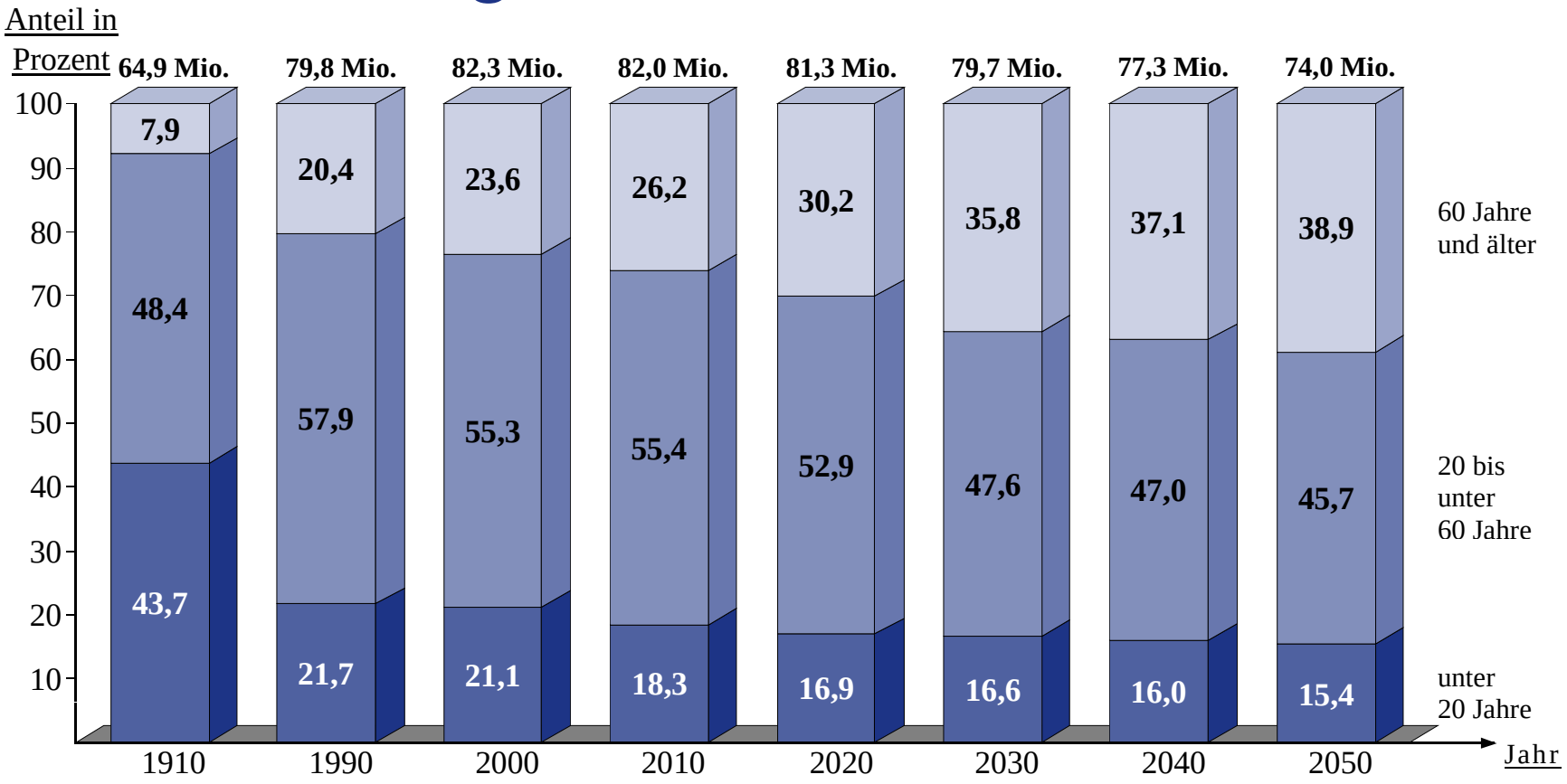
Dr. Frank Ulrich Montgomery
Präsident der Bundesärztekammer

Gliederung

1. Demographischen Herausforderungen
2. Umgang mit Mittelknappheit
3. Vorschläge der Ärzteschaft zu Priorisierung

Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland



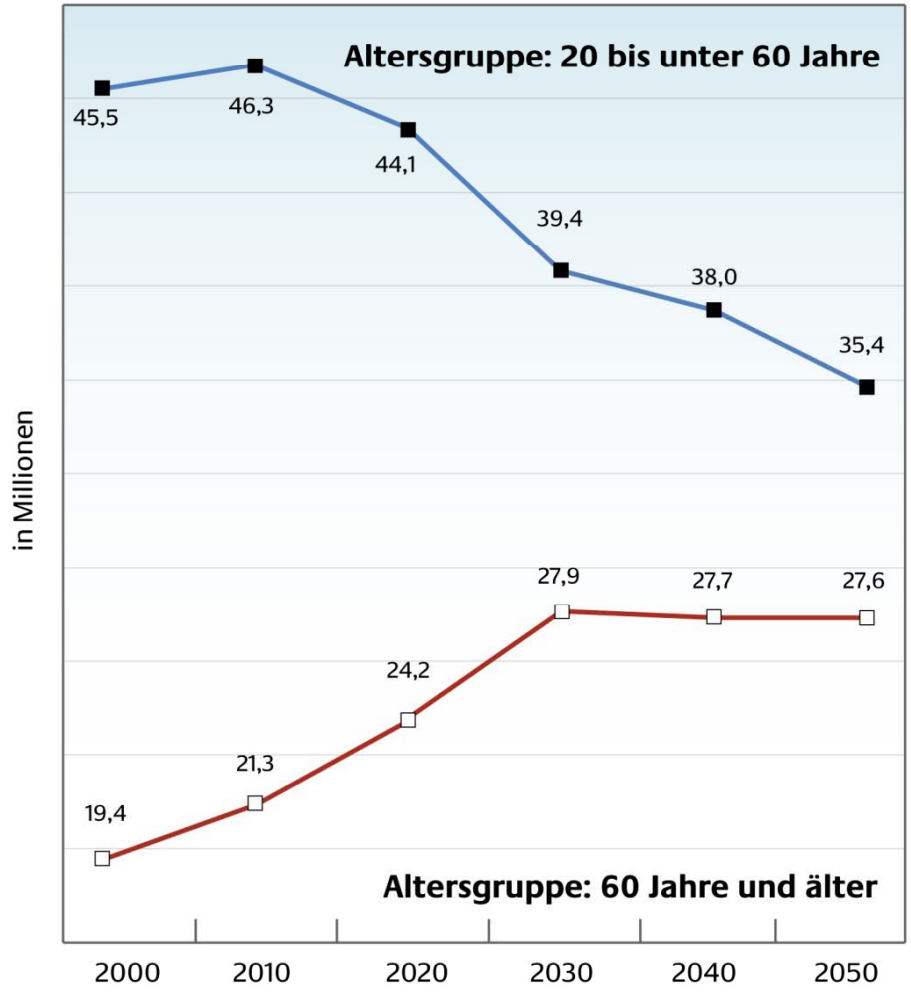
Dr. Frank Ulrich Montgomery - 2. Mai 2012

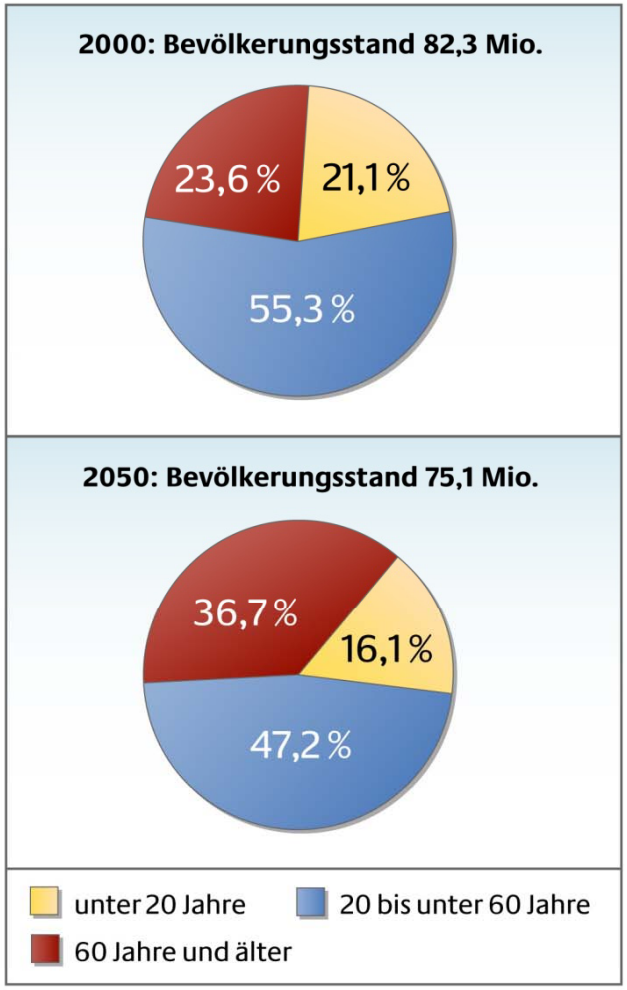
Folie 0481, 082009

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2010 bis 2050: 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung (Variante 1-W2)

Bundesministerium
für Gesundheit

Bevölkerungsentwicklung in Deutschland 2000-2050





Datenquelle: Statistisches Bundesamt

www.die-gesundheitsreform.de

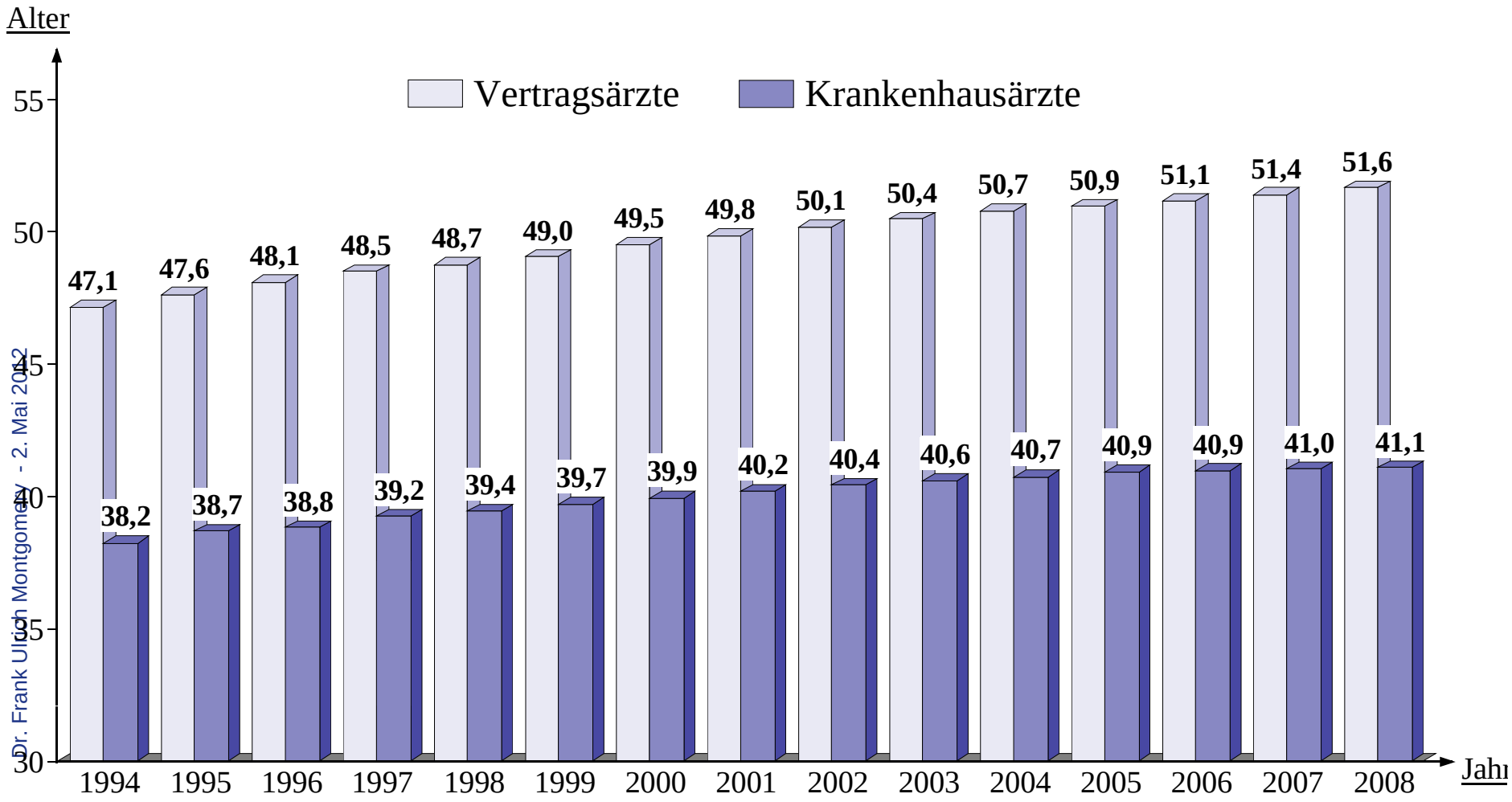
© Bundesministerium für Gesundheit

Wir werden von unserem Erfolg überholt….

- In den nächsten **20** Jahren steigt die durchschnittliche Lebenserwartung um **4** Jahre
  - Jeden Monat, den wir leben, gewinnen wir knapp eine Woche an Lebenserwartung…
  - In den drei Stunden, die wir hier diskutieren, gewinnen wir über 30 Minuten…

Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Durchschnittsalter der Ärzte



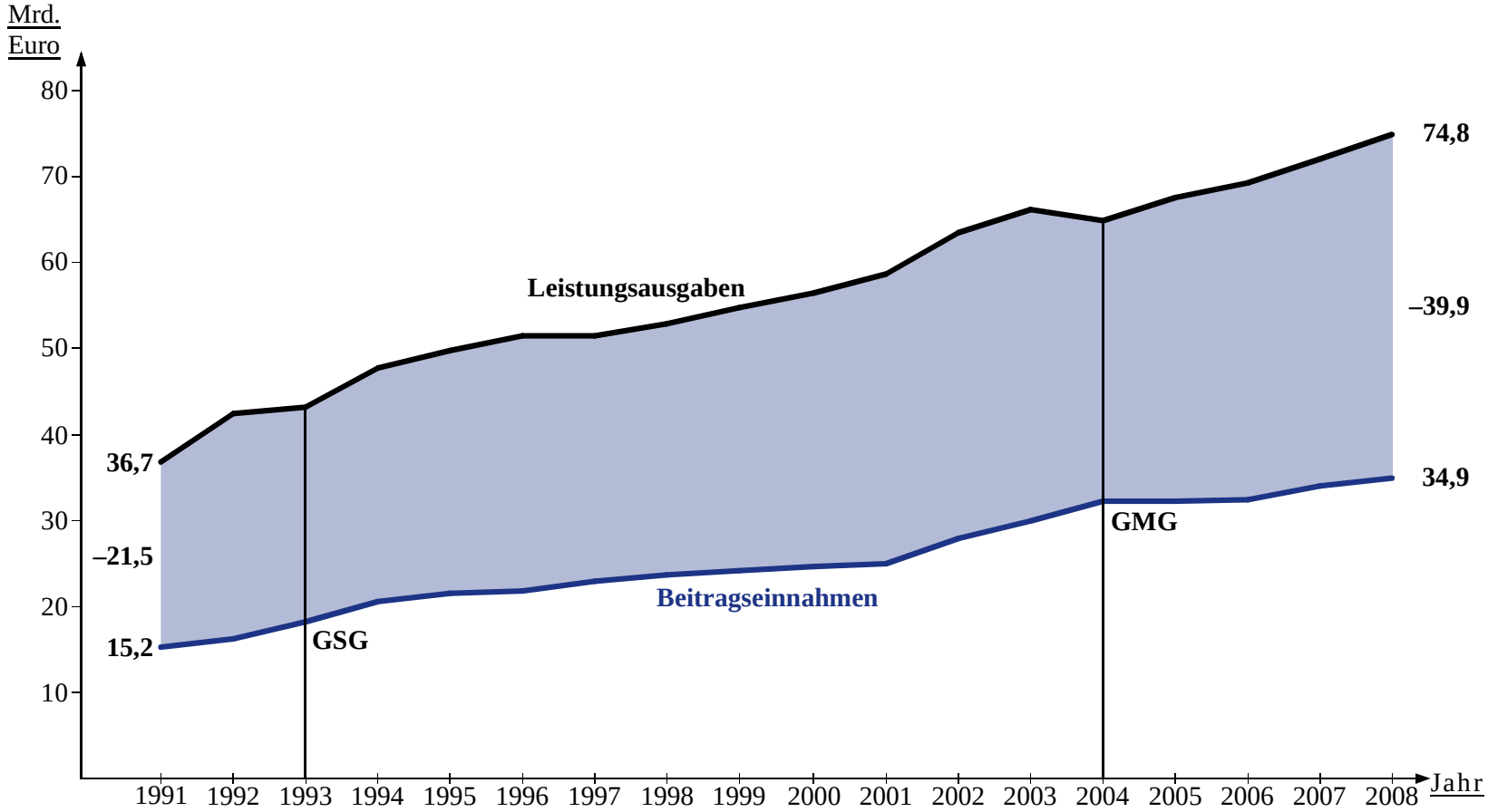
Dr. Frank Ulrich Montgomery - 2. Mai 2002

Basis: Unter 69-Jährige Ärzte

Quelle: Bundesärztekammer, Bundesarztregister der KBV

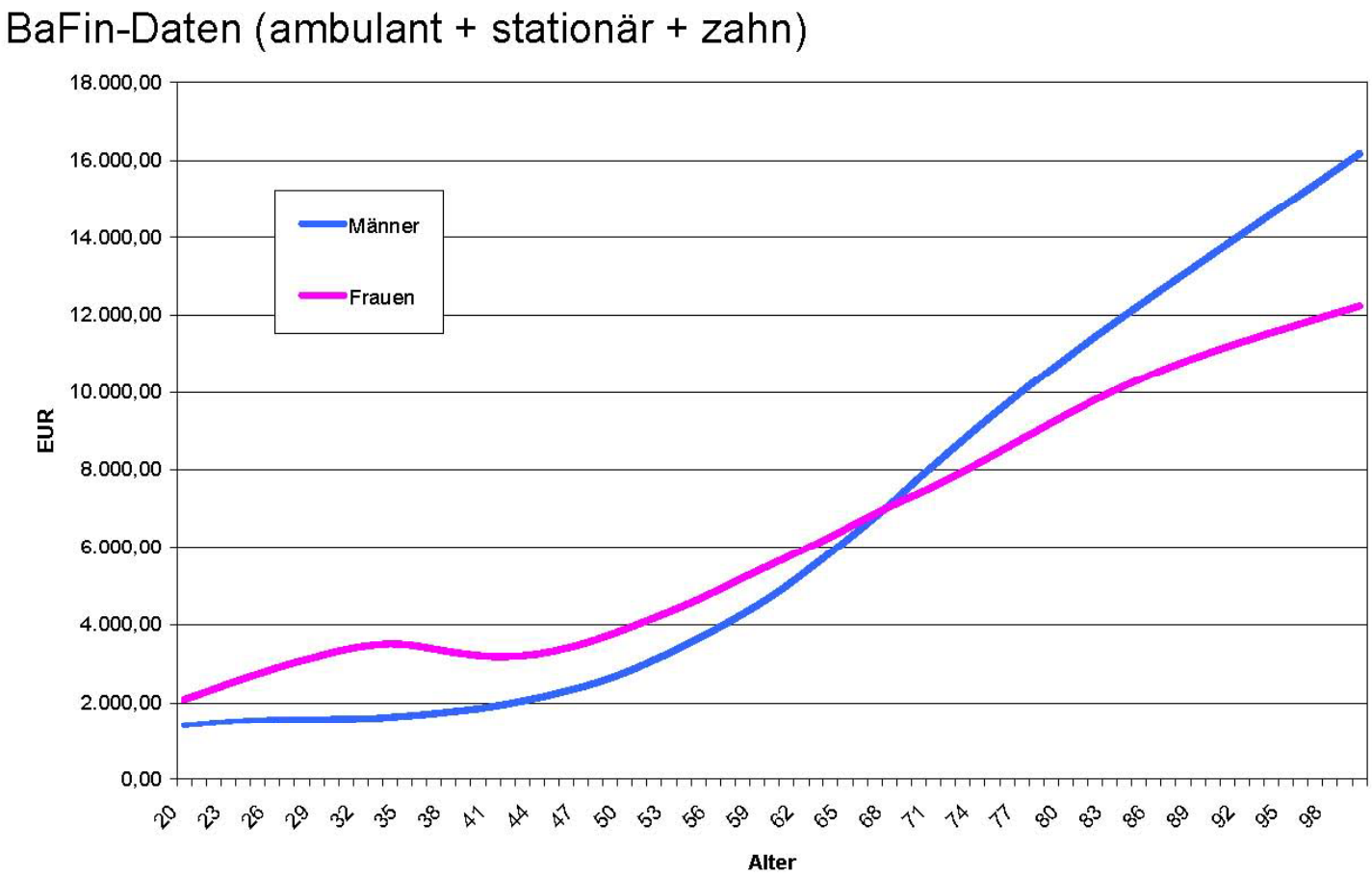
Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben in der Krankenversicherung der Rentner



Quelle: BMG (Arbeits- und Sozialstatistik, Bundesarbeitsblatt, KJ 1, KV 45)

Kosten und Alter…



Krankheit und Alter

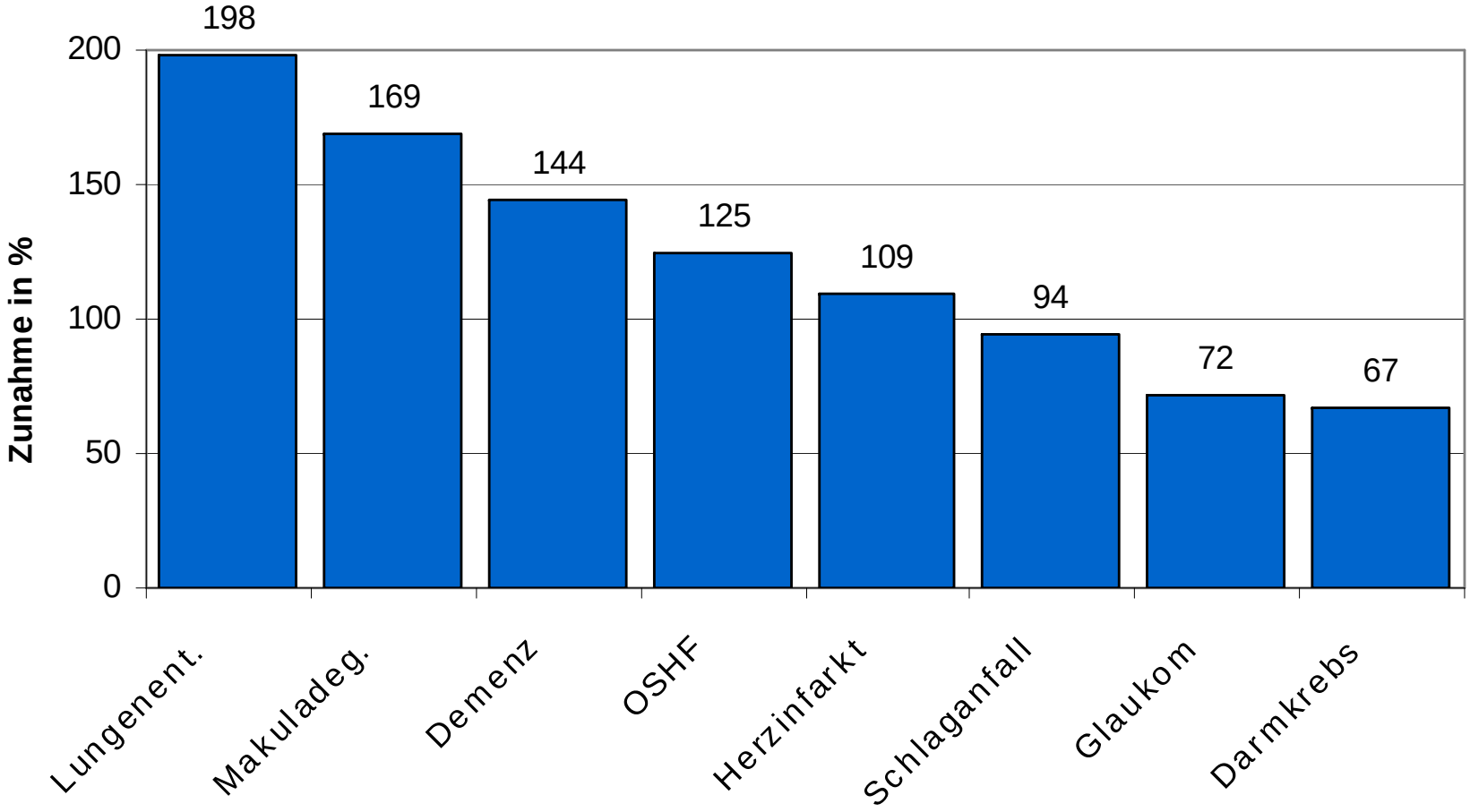
Alter	„Gesund“	„Krank“
20 bis 30	88%	12%
30 bis 40	81%	19%
40 bis 50	75%	25%
50 bis 60	57%	43%
60 bis 70	36%	64%
70 bis 80	22%	78%
80 plus	14%	86%
insgesamt	**63%**	**37%**

Demenz

Altersgruppe	Jahr 2000	Jahr 2010	Jahr 2020	Jahr 2030	Jahr 2040	Jahr 2050
65-69	49,8	52,1	58,8	75,0	54,1	54,4
70-74	100,7	133,4	110,1	140,0	151,9	112,2
75-79	170,1	186,4	197,2	228,6	296,3	216,9
80-84	196,0	295,4	402,5	343,8	447,8	495,7
85-89	260,3	304,8	347,6	379,2	469,4	633,9
90+	176,6	183,1	272,0	394,8	382,3	533,1
Insgesamt	953,5	1.155,2	1.388,2	1.561,4	1.810,8	2.046,2

Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Prozentuale Zunahme Erkrankter pro 100.000 Einwohner von 2007 – 2050



Quelle:Beske et. al (2009) Morbiditätsprognose 2050. Ausgewählte Krankheite.für Deutschland, Brandenburg und Schleswig-Holstein.

Gliederung

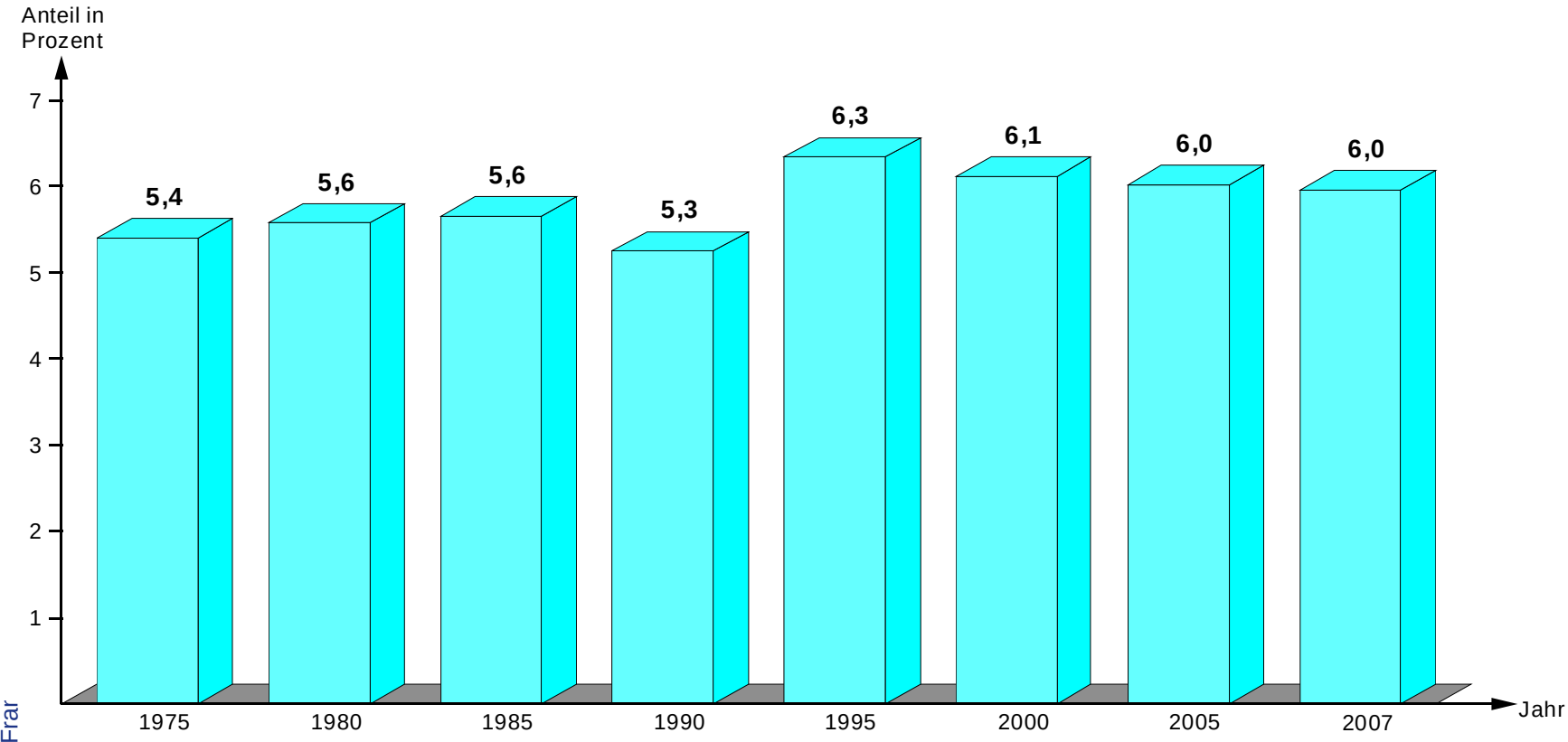
1. Demographischen Herausforderungen
2. **Umgang mit Mittelknappheit**
3. Vorschläge der Ärzteschaft zu Priorisierung

Umgang mit Mittelknappheit

- Erhöhung der Mittel
- Rationalisierung
- Priorisierung
- Rationierung

Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Entwicklung des Anteils der GKV-Leistungsausgaben am Bruttoinlandsprodukt

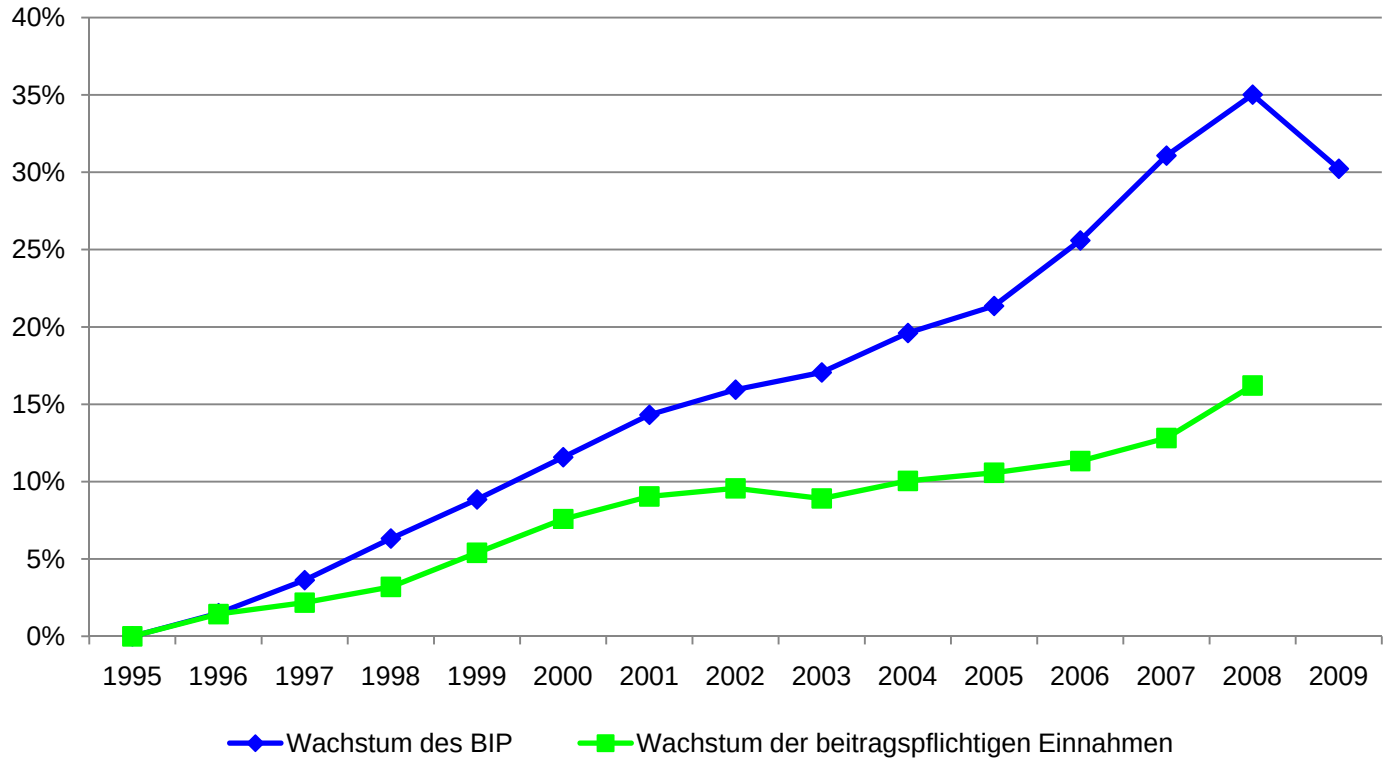


Quelle: BMG, Statistisches Bundesamt
Bis 1990 nur alte Bundesländer

Dr. Frar

Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Vergleich Wachstum BIP und Beitragssatz



Erhöhung der Mittel

- Für ca. 92 % der Bevölkerung stehen etwas mehr als 6% des BIP zur Finanzierung des GKV-Bereichs zur Verfügung.

Gesundheitsfonds

- Es war eine außergewöhnliche Situation, als Phillip Rösler den „alten“ Beitragssatz von 15,5% im Jahre 2010 wieder durchsetzen konnte…

- Der Erfolg des Gesundheitsfonds liegt in der Konjunktur, nicht in seiner Struktur begründet….

Erhöhung der Mittel

- Für ca. 92 % der Bevölkerung stehen etwas mehr als 6% des BIP zur Finanzierung des GKV-Bereichs zur Verfügung.

Problem

- Gesundheitswesen konkurriert mit anderen sozialstaatlichen Aufgaben.
- Erhöhung der GKV-Beiträge politisch schwer umsetzbar

Rationalisierung

Ziel:

- Ausschöpfen von Effizienz- und Produktivitätsreserven in der Gesundheitsversorgung
- Analyse von diagnostischen, therapeutischen Maßnahmen als auch organisatorischen, verwaltungstechnischen Abläufen
- Versorgungsniveau bei gleichen Mitteleinsatz erhöhen bzw. gleiche Versorgungsniveau mit weniger Mitteleinsatz realisieren

Problem:

- Wirtschaftlichkeitsreserven zu identifizieren, zu quantifizieren und zu verlagern

Priorisierung: Definition

Definition (allgemein):

Einordnung nach Vorrangigkeit von zu erledigenden Aufgaben nach ihrer Dringlichkeit und Wichtigkeit.

Definition (im Gesundheitswesen):

Priorisierung im Gesundheitswesen heißt Festlegung einer **Vorrangigkeit** (und damit auch Nachrangigkeit) von z. B.

- Kranken- und Krankheitsgruppen
- Patientengruppen
- Methoden/Verfahren
- Versorgungszielen
- Versorgungsbereiche wie Prävention, Akutmedizin, Reha

Kriterien zur Festlegung von Vorrangigkeit/Dringlichkeit

- (Lebens-)Bedrohlichkeit
- Leidensdruck einer Krankheit
- Gefährdung der Mitbevölkerung
- Dauer der Erkrankung
- Erfolgsaussichten
- Evidenzbasierung
- Wunschmedizin
- Patientenkomfort
- Wellness

Priorisierung: Ziel und Bedeutung

Ziel:

Die begrenzten Mittel, Kapazitäten und Zeit sinnvoll einsetzen.

Bedeutung bei der Zuteilung begrenzter Mittel im Gesundheitswesen:

Erhöhung der Verteilungsgerechtigkeit.

Formen der Priorisierung

Vertikal:

Rangreihenherstellung innerhalb eines definierten Versorgungsbereichs (z. B. Herzerkrankungen, Impfungen)

Horizontal:

Vergleichende Gewichtung von Krankheitsgruppen, Versorgungszielen oder Versorgungsbereichen wie Prävention, Akut-Versorgung und Rehabilitation

Vorteile der Priorisierungsdebatte

- Transparenz durch öffentlichen Diskurs
- Gleichförmigkeit von Verteilungsentscheidungen durch Aufstellung von Regeln und Entscheidungskriterien

Dadurch

- Entscheidungen leichter nachvollziehbar und leichter akzeptiert
- Schutz der Patienten-Arzt-Vertrauensbeziehung

Priorisierung bedeutet nicht …

- mehr Mittel für das Gesundheitssystem
- Sicherung von Arzteinkommen
- Neudefinition des GKV-Leistungskatalogs
- Ausschluss von medizinischen Leistungen
- Befürwortung von Rationierung

Rationierung

Definition:

Vorenthalten medizinisch notwendiger Leistungen

Formen der Rationierung

harte Rationierung:	Ressourcen nicht vermehrbar (z. B. Anzahl von Spenderorganen); Zukauf nicht möglich
weiche Rationierung:	Ressourcenausweitung durch Zukauf möglich
heimliche Rationierung:	ohne Transparenz Leistungen vorenthalten; barmherzige Lüge
offene Rationierung:	transparent und nachvollziehbar

Gliederung

1. Demographischen Herausforderungen
2. Umgang mit Mittelknappheit
3. **Vorschläge der Ärzteschaft zu Priorisierung**

Empfehlungen der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer von 2007

- Vorlage von normativen Kriterien zur Priorisierung im Gesundheitswesen
- Vorschlag von Maßnahmen zur Etablierung eines dauerhaften Prozess in Gesundheitswesen
- Grundsätze:
  - ethisch-rechtlich vor wirtschaftlichen Maßstäben
  - Zugang zur Basisversorgung für die Gesamtbevölkerung
- Unterscheidung zwischen **formalen** und **inhaltlichen** Kriterien bei Prioritätensetzung
- Nachlesbar unter: **www.zentrale-ethikkommission.de/**

Formale Kriterien

- Transparenz
- Begründung
- Konsistenz
- Legitimität
- Offenlegung und Ausgleich von Interessenkonflikten
- Wirksamer Rechtsschutz
- Regulierung
- Partizipationsmöglichkeiten

(ZEKO, 2007)

Inhaltliche Kriterien

- **Medizinische Bedürftigkeit**
  - **1. Stufe:** Lebensschutz und Schutz vor schwerem Leid und Schmerzen.
  - **2. Stufe:** Schutz vor dem Ausfall oder der Beeinträchtigung wesentlicher Organe und Körperfunktionen.
  - **3. Stufe:** Schutz vor weniger schwerwiegenden oder nur vorübergehenden Beeinträchtigungen des Wohlbefindens.
  - **4. Stufe:** Verbesserung und Stärkung von Körperfunktionen

→ Auf der ersten wie zweiten Stufen ist eine Differenzierung nach Art und Umfang des Versicherungsschutzes oder der Zahlungsfähigkeit ausgeschlossen.

(ZEKO, 2007)

Leitfaden zur Priorisierung bei klinischen Maßnahmen in Schweden

Priorisierungs-gruppen	Versorgungsbereich (Quelle: SOU 1995:5; S. 103)
I A	Versorgung von lebensbedrohlichen Erkrankungen und Erkrankungen, die unbehandelt zu permanenter Behinderung oder vorzeitigem Tod führen.
I B	Versorgung von schwer chronischen Erkrankungen. Palliative Versorgung. Versorgung von Menschen mit eingeschränkter Autonomie
II	Individualisierte Prävention in Kontakten mit medizinischen Diensten. Rehabilitation
III	Versorgung von weniger schweren akuten und chronischen Erkrankungen
IV	Grenzfälle
V	Versorgung aus anderen Gründen als Erkrankungen oder Verletzungen

Weitere Grundlagen für Priorisierungsentscheidungen

1. Würde des Menschen (Gleichheit)
2. Bedrohlichkeit
3. Notwendigkeit (von „Not wenden“)
4. Wirksamkeit (EbM)
5. Kosten-Nutzen-Relation
6. Eigenverantwortung

Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Vorbereitung von Priorisierungsentscheidungen

Vorschlag der Ärzteschaft:

unabhängiger, interdisziplinärer Gesundheitsrat

Mögliche Ziele eines Gesundheitsrates

1. Unterversorgung vermeiden
2. Regionale Unterschiede vermeiden
3. Wartelisten vermeiden
4. Ungleichheiten beim Zugang zu Gesundheitsleistungen vermeiden
5. Leistungskatalog festlegen (?)

Aufgaben eines Gesundheitsrates

1. Vorbereitung von Priorisierungsentscheidungen im vorpolitischen Raum zu aktuellen bzw. drohenden defizitären Versorgungsbereichen (ganzheitliche Betrachtung)
2. Folgenabschätzung von Priorisierungsentscheidungen
3. Beratung des Gesetzgebers
4. Benennung von Themen für Versorgungsforschung

Zielgruppe des Gesundheitsrat ist daher

- Makroebene (Gesetzgeber)
- Mesoebene (Selbstverwaltung)

Zusammensetzung des Gesundheitsrates

- Epidemiologie
- Gesundheitsökonomie
- Sozialwissenschaft
- Medizin
- Pflegeberufe
- Rechtswissenschaften
- Ethik
- unter Hinzuziehung von Patientenvertretern
- ….und Politik!

Zusammensetzung des Gesundheitsrates

- Ziel ist die Wiederherstellung einer Einheit von Handeln und Verantwortung….

- Es darf nicht dabei bleiben, dass Politik die Rahmenbedingungen setzt und Ärzte den Mangel dann verwalten müssen….

Hilft die Priorisierungsdebatte der Mikroebene?

- **Nichts Neues**
- **Schaffung von Bewusstsein**
  - bei Ärztinnen und Ärzten
  - bei Politikern/beim Gesetzgeber
  - bei der Bevölkerung
  - → **Gesellschaftlichen Diskurs einleiten**
- **Schaffung von Transparenz und Öffentlichkeit**
  - Identifikation des Zielkonfliktes in der Patientenversorgung (z. B. Haftungs- versus Sozialrecht)
  - Schutz der Patienten-Arzt-Vertrauensbeziehung
- **Abwehr von heimlicher Rationierung**

Fazit

Priorisierungsdebatte

- erzwingt den öffentlichen Diskurs zum Umgang mit Mittelknappheit im Gesundheitswesen
- erleichtert Entscheidungen auf Mikroebene

Danke für Ihre Aufmerksamkeit