

# Ökonomie und Ethik, zwei Seiten einer Medaille

Prof. Dr. Dr. Daniel Strech

VKD-Frühjahrstagung

Stuttgart, 18.3.2014



Medizinische Hochschule  
Hannover

# Agenda

- Die **Medaille** Metapher
- **Zentrale Begriffe** der Ökonomie-Ethik-Diskussion
  - ... und deren Wechselbeziehung
- Wann ist eine Rationierung **unvermeidbar**?
- **Status quo** der Priorisierungs-Rationierungs-Debatte in Deutschland
- **Fazit & Ausblick**

# Zwei Seiten einer „ethischen Ökonomie“

- Synonym für (richtig verstandene) „Rationalisierung“

- Seite 1 der Medaille

- Abbau von Über-/Unter-/Fehlversorgung
- Ziel: Förderung von Patientenwohl, Patientenautonomie, Gerechtigkeit

- Seite 2 der Medaille

- Gewinnmaximierung (wünschenswerter, legitimer „Begleiteffekt“)

- Gerechte Rationierung?

# Agenda

- Die **Medaille** Metapher
- **Zentrale Begriffe** der Ökonomie-Ethik-Diskussion
  - ... und deren Wechselbeziehung
- Wann ist eine Rationierung **unvermeidbar**?
- **Status quo** der Priorisierungs-Rationierungs-Debatte in Deutschland
- **Fazit & Ausblick**

# Was meint **Rationalisierung**?



- Verminderung von **Über-/Unterversorgung**
- Z.B. Vermeidung von Maßnahmen **ohne** (Netto-) Nutzen für den jeweiligen Patienten
  - Krebs-Früherkennung bei Patienten mit fortgeschrittenem Krebs<sup>1</sup>
  - Linksherzkatheter Diagnostik oder Bildgebung bei ... <sup>2</sup>
- Z.B. Vermeidung von Maßnahmen, die **teurer** sind als Alternativen **mit gleichem** (Netto-) Nutzen für den jeweiligen Patienten
  - §12 SGB V: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“

1. Sima (2010) Cancer screening among patients with advanced cancer. *JAMA*
2. American College of Cardiology (2013) Five Things Physicians and Patients Should Question, <http://www.choosingwisely.org/doctor-patient-lists/american-college-of-cardiology/>

# Was meint **Priorisierung**?



- ❑ Bestimmung der Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder medizinischen Maßnahmen vor anderen
- ❑ Ein gedanklicher Prozess, der auf eine Klärung und Gewichtung zielt
  - Sinnvoll auch ohne Mittelbegrenzung → Überversorgung

The Swedish National  
Board of Health and  
Welfare's Guidelines  
for Cardiac Care 2004

Support for Decisions In Setting Priorities



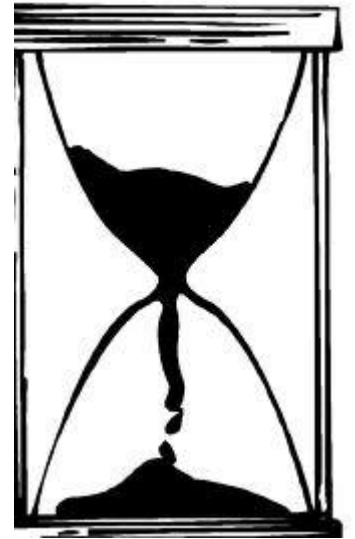
# Was meint **Rationierung**?



- ❑ Vorenthalten einer medizinisch nützlichen Maßnahme aus Kostengründen
  
- ❑ Achtung strafbar! Versicherung?
  - Relativ klar bei Arzneimitteln, Medizinprodukten
  - Relativ unklar bei Personal

*Wann ist Rationierung  
unvermeidbar?*

*Wenn alle die Alternativen  
bestmöglich ausgereizt sind,  
die mit der Ärztlichen Berufsethik  
besser vereinbar sind*



# 1. Alternative: Rationalisierung

- Z.B. Vermeidung/Abbau von Überversorgung
- Nachteile
  - Zeitliche Latenz
  - Keine Erfolgsgarantie

# Exkurs: Choosing Wisely Initiative



*The* NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

- ❑ Brody H (2012) From an ethics of rationing to an ethic of waste avoidance

 **Choosing  
Wisely®**

*An initiative of the ABIM Foundation*

## □ Overuse

- "30 percent of care delivered is duplicative or unnecessary and may not improve people's health"

## □ Top-5 Listen

- hinsichtlich Überversorgung

1

### Don't perform electroencephalography (EEG) for headaches.

EEG has no advantage over clinical evaluation in diagnosing headache, does not improve outcomes and increases cost. Recurrent headache is the most common pain problem, affecting 15% to 20% of people.

2

### Don't perform imaging of the carotid arteries for simple syncope without other neurologic symptoms.

Obstructive carotid artery disease does not cause fainting but rather causes focal neurologic deficits such as unilateral weakness. Thus, carotid imaging will not identify the cause of the fainting and increases cost. Fainting is a frequent complaint, affecting 40% of people during their lifetime.

3

### Don't use opioid or butalbital treatment for migraine except as a last resort.

Opioid and butalbital treatment for migraine should be avoided because more effective, migraine-specific treatments are available. Frequent use of opioid and butalbital treatment can worsen headaches. Opioids should be reserved for those with medical conditions precluding the use of migraine-specific treatments or for those who fail these treatments.

4

### Don't prescribe interferon-beta or glatiramer acetate to patients with disability from progressive, non-relapsing forms of multiple sclerosis.

Interferon-beta and glatiramer acetate do not prevent the development of permanent disability in progressive forms of multiple sclerosis. These medications increase costs and have frequent side effects that may adversely affect quality of life.

5

### Don't recommend CEA for asymptomatic carotid stenosis unless the complication rate is low (<3%).

Based on studies reporting an upfront surgical complication rate ranging from 2.3% (ACAS) to 3.1% (ACST) among patients undergoing carotid endarterectomy (CEA) for asymptomatic stenosis of ~60%, and an absolute risk reduction for stroke or death of roughly 5–6% in the surgical group at 5 years, several specialty societies (Goldstein et al, 2011; Brott et al, 2011; Chaturvedi et al; Ricotta et al) have recommended that surgery for asymptomatic patients should be reserved for those with a perioperative complication risk of <3% and a life expectancy of greater than 3–5 years. The cited 3% threshold for complication rates may be high because more recent studies have reported lower stroke rates with improvements in both surgical (Brott, 2010) and medical (Marquardt) management. However, there are no recent randomized trials comparing these treatments. Given this, the more recent AHA guidelines (Brott 2011) state that it is "reasonable" to perform CEA for asymptomatic patients with >70% stenosis if the surgical complication rate is "low."

Reported complication rates vary widely by location (Kresowik), and are dependent on how complications are tracked (self-report vs. neurologist's evaluation vs. administrative data (Wolff T). Despite calls for rigorous monitoring 15 years ago (Goldstein), most patients will likely need to rely on the surgeon's self-reported rates.

# Top 5: American College of Neurology

1

## Don't perform electroencephalography (EEG) for headaches.

EEG has no advantage over clinical evaluation in diagnosing headache, does not improve outcomes and increases cost. Recurrent headache is the most common pain problem, affecting 15% to 20% of people.

2

## Don't perform imaging of the carotid arteries for simple syncope without other neurologic symptoms.

Occlusive carotid artery disease does not cause fainting but rather causes focal neurologic deficits such as unilateral weakness. Thus, carotid imaging will not identify the cause of the fainting and increases cost. Fainting is a frequent complaint, affecting 40% of people during their lifetime.

3

## Don't use opioid or butalbital treatment for migraine except as a last resort.

Opioid and butalbital treatment for migraine should be avoided because more effective, migraine-specific treatments are available. Frequent use of opioid and butalbital treatment can worsen headaches. Opioids should be reserved for those with medical conditions precluding the use of migraine-specific treatments or for those who fail these treatments.

4

## Don't prescribe interferon-beta or glatiramer acetate to patients with disability from progressive, non-relapsing forms of multiple sclerosis.

Interferon-beta and glatiramer acetate do not prevent the development of permanent disability in progressive forms of multiple sclerosis. These medications increase costs and have frequent side effects that may adversely affect quality of life.

- 1. American Academy of Allergy, Asthma & Immunology**
- 2. American Academy of Family Physicians**
- 3. American College of Cardiology**
- 4. American College of Physicians**
- 5. American College of Radiology**
- 6. American Gastroenterological Association**
- 7. American Society of Clinical Oncology**
- 8. American Society of Nephrology**
- 9. American Society of Nuclear Cardiology**

1. AMDA – Dedicated to Long Term Care Medicine
2. American Academy of Allergy, Asthma & Immunology
3. American Academy of Dermatology
4. American Academy of Family Physicians
5. American Academy of Hospice and Palliative Medicine
6. American Academy of Neurology
7. American Academy of Ophthalmology
8. American Academy of Orthopaedic Surgeons
9. American Academy of Otolaryngology — Head and Neck Surgery Foundation
10. American Academy of Pediatrics
11. American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus
12. American College of Cardiology
13. American College of Chest Physicians and American Thoracic Society
14. American College of Emergency Physicians
15. American College of Medical Toxicology and American Academy of Clinical Toxicology
16. American College of Obstetricians and Gynecologists
17. American College of Occupational and Environmental Medicine
18. American College of Physicians
19. American College of Radiology
20. American College of Rheumatology
21. American College of Rheumatology – Pediatric Rheumatology
22. American College of Surgeons
23. American Gastroenterological Association
24. American Geriatrics Society
25. American Headache Society
26. American Psychiatric Association
27. American Society for Clinical Pathology
28. American Society for Radiation Oncology
29. American Society for Reproductive Medicine
30. American Society of Anesthesiologists
31. American Society of Anesthesiologists - Pain Medicine
32. American Society of Clinical Oncology
33. American Society of Echocardiography
34. American Society of Hematology
35. American Society of Nephrology
36. American Society of Nuclear Cardiology
37. American Urological Association
38. Commission on Cancer
39. Critical Care Societies Collaborative - Critical Care
40. Endocrine Society and American Association of Clinical Endocrinologists
41. Heart Rhythm Society
42. North American Spine Society
43. Society for Cardiovascular Magnetic Resonance
44. Society for Maternal-Fetal Medicine
45. Society for Vascular Medicine
46. Society of Cardiovascular Computed Tomography
47. Society of General Internal Medicine
48. Society of Gynecologic Oncology
49. Society of Hospital Medicine – Adult Hospital Medicine
50. Society of Hospital Medicine – Pediatric Hospital Medicine
51. Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging
52. The Society of Thoracic Surgeons

Stand: 13.3.2014

## Support: Verbraucherschutz

- ❑ **Consumer Reports**
- ❑ Alliance Health Networks
- ❑ The Leapfrog Group
- ❑ Midwest Business Group on Health
- ❑ Minnesota Health Action Group
- ❑ National Business Coalition on Health
- ❑ National Business Group on Health
- ❑ National Center for Farmworker Health
- ❑ National Hospice and Palliative Care Organization
- ❑ National Partnership for Women & Families
- ❑ The Wikipedia Community



### Imaging tests for heart disease

When you need them—and when you don't

Imaging stress tests take pictures of the heart while it is working hard. Ultrasound and echocardiography tests take pictures with sound waves. Nuclear cardiology tests use a small amount of a radioactive substance to get pictures.

You may need an imaging stress test if you have symptoms of heart disease, like chest pain. Or you may need one if you already have heart disease, or if you have a high risk for heart disease. These tests can help your doctor decide the best treatment for you.

But if you are a healthy person without symptoms, you should think twice about having these tests. Here's why:

#### The tests aren't always useful.

An imaging stress test is best used to manage severe heart disease. The test can help your doctor find out if blood flow to your heart is blocked. It can also show where any suspected blockages are and how severe they are. It can help you and your doctor make decisions about treatment.

However, if you are at low risk and don't have symptoms, the test has limited benefits.



**Imaging stress tests can lead to other tests that are not needed or have risks.**

An imaging stress test is usually safe and can be done using little or no radiation. But the test can cause anxiety. And it can lead to other tests and treatments that do have risks. For example, if something looks wrong on the imaging stress test, your doctor may order a CT scan and an angiogram.

These expose you to radiation. Risks from radiation exposure can add up, so it is best to avoid it when you can. Excess testing can lead to unnecessary treatment with drugs as well.

## 2. Alternative: Preisregulierung

- Preisverhandlungen
  - Z.B. Frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln (AMNOG 2011)
  - Zusatznutzen: Gering, Beträchtlich, Erheblich?
- Nachteile
  - Begrenztes Einsparpotential
  - Fehlanreize an z.B. forschende Arzneimittelhersteller
  - Erst ab einem bestimmten Ausmaß an Preisregulierung!!!
- Offene Frage: Preisregulierung in anderen Leistungen

### 3. Alternative: “Mehr Geld ins System”

#### □ Beitragssteigerung der GKV

- führt zu finanziellen Einschränkungen der Versicherten



#### □ Umschichtung vorhandener Mittel

- Vorsicht: Führt zu Einschränkungen in anderen sozialstaatlichen Bereichen
  - Evtl. höhere Relevanz für die Gesundheit der Bevölkerung
  - Insbesondere für Gruppen mit u.a. geringem sozio-ökonomischen Status



# Last Choice: Rationierung

- Rationierung ist **unvermeidbar**,
- wenn ...
  1. ... **Rationalisierung/Priorisierung** allein nicht ausreicht oder noch nicht ausreichend wirksam ist,
  2. ... adäquate **Preisregulierung** ausgereizt ist,
  3. ... **Mittelerhöhungen** mit guten Gründen begrenzt werden
- Achtung: Rationierung nur parallel zu 1-3



***Status quo der  
Priorisierungs-Rationierungs-Debatte  
in Deutschland***

# „Ulmer Papier“ der Bundesärztekammer, Mai 2008

## 4. Mit Mittelknappheit verantwortungsbewusst umgehen

- Budgetmedizin ist zu beenden

Die völlig unzureichenden Budgets zur Finanzierung des Gesundheitswesens haben zu Wartelisten, Unterversorgung und Rationierung geführt. Die Ärzteschaft kann nur noch Sorge dafür tragen, die knappen Mittel möglichst effizient für die Patienten einzusetzen. Durch Rationalisierung lässt sich Rationierung jedoch nicht mehr umgehen. Dies muss transparent gemacht werden.

Kommentar von Ulla Schmidt (damalige Gesundheitsministerin):  
**„Ziemlich menschenverachtend“**

## LÜBECKER BÜRGERKONFERENZ

# Über Priorisierung sprechen – insbesondere mit den Betroffenen

Die Bürger wollen und können sich an der Debatte um Priorisierung in der medizinischen Versorgung beteiligen. Lübecker Bürger haben nach vier Wochenenden intensiver Beratungen ein gemeinsames Votum formuliert.

**S**eit einiger Zeit wird in Deutschland über Prioritätensetzung in der medizinischen Versorgung kontrovers diskutiert. Bislang findet die Debatte fast ausschließlich in Fachkreisen statt, obwohl das Thema die gesamte Gesellschaft betrifft. Denn Bürger sind nicht nur als Beitrags- und Steuerzahler für die

Um diese Fragen zu beantworten, hat das Institut für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck 2010 die erste deutsche Bürgerkonferenz zum Thema Priorisierung einberufen. Eine Bürgerkonferenz zeichnet sich dadurch aus, dass die Teilnehmer sich intensiv in eine Thematik einarbeiten und nach dem Austausch von

sorgung insgesamt, Bewertungen inhaltlicher Priorisierungskriterien und Wünsche zu Entscheidungsprozessen im Gesundheitswesen. Die meisten Befragungsteilnehmer zeigten sich generell zufrieden mit der medizinischen Versorgung in Deutschland. Für die Zukunft erwarten jedoch mehr als die Hälfte der Antwort-

tenden Leistungseinschränkungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Einer Priorisierung nach den Kriterien Krankheitsschwere, erwarteter Nutzen der Behandlung und wissenschaftlicher Wirksamkeitsnachweis stimmten jeweils deutlich mehr als 50 Prozent zu. Eine eindeutige Mehrheit lehnt eine Priorisierung nach den Kriterien Alter, Kosten-Nutzen-Verhältnis oder politisch-gesellschaftlicher Stellung ab. Ob der individuelle Lebensstil oder die Verantwortung für die



# Stimmen aus der Politik

2008

U. Schmidt (SPD) lehnt Diskussion als „**menschenverachtend**“ ab.

2010

P. Rößler (FDP) ist „**nicht bereit**, diese Diskussion zu führen.“

M. Söder (CSU) findet, „Rationierung ist als **unethisch** abzulehnen.“

2011

D. Bahr (FDP) will die Versorgung verbessern, dann wird Debatte „**unnötig**“

2014

H. Gröhe (CDU) ???

# Empirie zur Rationierung am Krankenbett

- Tiefeninterviews mit leitenden Klinikärzten in 2007<sup>1</sup>
- Umfragestudie unter Klinikärzten in 2008<sup>2</sup>
  - 1137 Kliniker
  - Rücklauf: 46%

1. Strech D et al. (2008): Ärztliches Handeln bei Mittelknappheit, **Ethik in der Medizin**
2. Strech D et al. (2009) Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern **DMW**

# Ergebnisse der Tiefeninterviews\*

## A) Wunsch nach Entlastung der klinischen Praxis durch Rationierungs-Entscheidungen oberhalb der individuellen Arzt-Patienten-Beziehung

- Fehlende Legitimität zur Rationierung
- Unvorbereitetheit und fehlende gesundheits-ökonomische Kompetenz
- Eingeständnis der Willkür und Unehrlichkeit
- Emotionaler Stress
- Gewissenskonflikte
- Anwalt des individuellen Patienten
- Falsches Bild in der Gesellschaft

\* Strech D et al. (2008) Ärztliches Handeln bei Mittelknappheit, **Ethik in der Medizin**

# Ergebnisse der Tiefeninterviews

## B) Eingeschränkte Standardisierbarkeit der medizinischen Rationierung

- Eingeschränkte Einzelfallsensibilität
- Eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit
- Beeinträchtigung der Arzt-Patienten-Beziehung
- Probleme der unzureichenden Studienlage
- Problem der Grenzwert-Bestimmung
- Öffentlicher Widerstand
- Mangelnde Compliance bei Ärzten

# Rationierung als Reaktion auf Mittelbegrenzung

GPs: Italien, Norwegen,  
Schweiz, UK: 2004<sup>2</sup>

<input type="checkbox"/> Nie:	44%	
<input type="checkbox"/> Seltener als monatlich:	26%	
<input type="checkbox"/> Monatlich:	14%	
<input type="checkbox"/> Wöchentlich:	11%	} <b>56%</b>
<input type="checkbox"/> Täglich:	5%	

**16%**

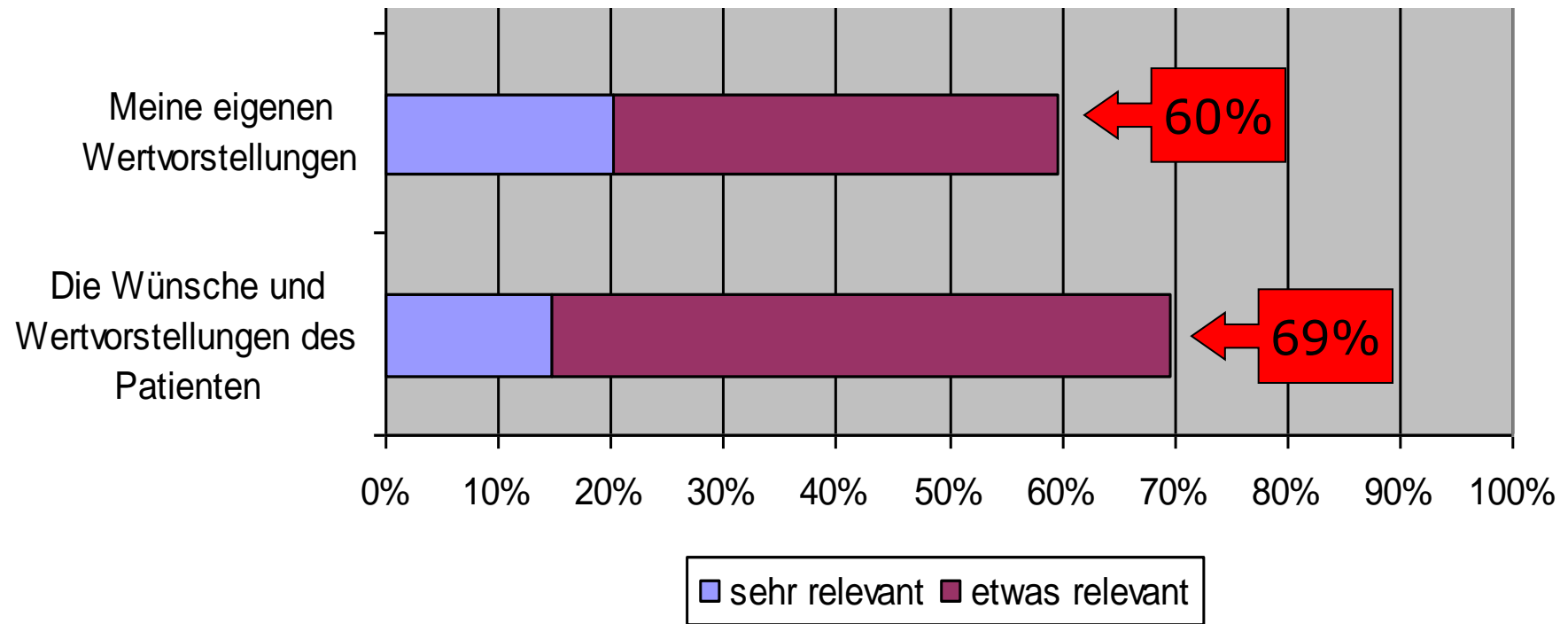
Kliniker: BRD: 2008<sup>1</sup>

<input type="checkbox"/> Nie:	22%	
<input type="checkbox"/> Seltener als monatlich:	32%	
<input type="checkbox"/> Monatlich:	33%	
<input type="checkbox"/> Wöchentlich:	11%	} <b>78%</b>
<input type="checkbox"/> Täglich:	2%	

**13%**

1. Strech D et al. (2009). "Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern" Dtsch Med Wochenschr
2. Hurst S et al. (2006). "Prevalence and Determinants of Physician Bedside Rationing: Data from Europe." J Gen Intern Med

# Kriterien für die ärztliche Rationierung



# Zwischenfazit zum Status quo in BRD

- Es wird rationiert!
  - Strategien und Kriterien unterscheiden sich von Ärztin zu Arzt
  - Strukturelle Benachteiligung einzelner Patientengruppen möglich
  - Ambivalenz unter den Ärzten
    - a) Abnahme der Entscheidungen erwünscht
    - b) Standardisierungen unerwünscht



# Gerechte Rationierung. Kriterien & Prozesse

- Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2007)\*
  - Erwarteter medizinischer Nutzen
  - Kosteneffektivität
  - Medizinische Bedürftigkeit: Schweregrad der Erkrankung, Dringlichkeit des Eingreifens
  - *Transparenz*
  - *Partizipation*
  - *Evidenzbasierung*



\* ZEKO (2007) Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). **Deutsches Ärzteblatt**

# Fazit

- Ethische Ökonomie = Bei Verwendung ökonomischer Kompetenz zur Verbesserung von
  - Primär: Über-/Unter-/Fehlversorgung, ungleiche Verteilung von Patientennutzen
  - Sekundär: Gewinnmaximierung
  - Wenn „unvermeidbar“: Gerechte Rationierung

# Ausblick

- ❑ Konkret: Abbau von Über-/Unterversorgung
  - Kann die Ärzteschaft mit sich zufrieden sein?
  - Rolle von Leitlinien (S3/NVL)?
  - Deutsche Choosing Wisely Initiative?
  - Welcher Akteur? Fachspezifischer Konsens möglich?
  
- ❑ Konkret: Gerechte Priorisierung/Rationierung
  - Bevölkerungsweiter Konsens zu Kriterien möglich?
  - Umsetzung der Kriterien in der Praxis?
  - Nur Makroebene (GBA)?
  - „Ärztliche“ Rationierung vermeidbar?

*Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!*

Prof. Dr. Dr. Daniel Strech

VKD-Frühjahrstagung

Stuttgart, 18.3.2014



Medizinische Hochschule  
Hannover