

## Priorisierung und Versorgungsforschung - Bessere Ressourcenverteilung oder Rationierung?

Symposium  
"Priorisierung ärztlicher Leistungen -  
notwendig oder überflüssig?"

Bayerische Landesärztekammer

München, 19.11.2011

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe  
www.schrappe.com

## Gliederung

### ➔ Einführung

- ➔ Begriffsdefinitionen
- ➔ Kriterien, speziell Demographie-Debatte
- ➔ Versorgungsforschung und Innovationstransfer
- ➔ Rollenveränderung des ärztlichen Berufes
- ➔ Ausblick und Zusammenfassung

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe  
www.schrappe.com

## CV Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

cv.cdr

### ➔ Berufliche Tätigkeiten

- 1981-2002 Klinische Tätigkeit Innere Medizin, QM Uni Köln
- 2002-2005 Ärztlicher Direktor / VS-Vorsitzender UK Marburg
- 2005-2007 Dekan Med. Fakultät Universität Witten/Herdecke
- 2007-9 Generalbevollmächtigter des AR der UK Frankfurt
- 2009-6/2011 Dir. des Inst. f. Patientensicherheit Uni Bonn, W3

### ➔ Weitere Funktionen

- 2005-7 Mitglied, 2007-11 Stv. Vors. des Sachverständigenrates
- 2009-11 Vorsitzender des Wiss. HTA-Beirates des DIMDI
- 2005-09 Vorsitzender des Aktionsbündnis Patientensicherheit
- 2001 bis 2007 Vorsitzender der GQMG
- 2005-11 Vorstandsmitglied des DNVF
- 2002-05 Vorstandsmitglied des DNEbM

Prof. Dr. M. Schrappe

## Tabuthema Priorisierung

Ärzte, Politiker und Ethiker diskutierten über Pro und Contra einer offenen Priorisierungsdebatte.

Von Priorisierung wollte der bayerische Gesundheitsminister Markus Söder nichts wissen, als die Podiumsdiskussion zu diesem Thema auf dem 69. Bayerischen Ärztetag Mitte Oktober in Fürth eröffnet wurde. Für ihn sei das gleichbedeutend mit Rationierung und daher als unethisch abzulehnen.

Auf anderen Ebenen ist die Auseinandersetzung mit dem Thema jedoch längst im Gange. Die Mehrheit des Deutschen Ethikrats habe eine Arbeitsgruppe dazu gebildet, erklärte Prof. Weyma Lübke, Inhaberin des Lehrstuhls Praktische Philosophie an der Universität Regensburg und Mitglied des



Markus Söder,  
Bayerns Gesundheitsminister,  
wehrt ab, wenn  
es um die Frage  
nach der Notwendigkeit einer  
Priorisierung geht.



### SCHWERPUNKT

Priorisierung im Gesundheitswesen - eine Diskussion nimmt Fahrt auf

### SCHWERPUNKT

Engpässe der medizinischen Versorgung: Rationierung - Allokation - Triage

## Mit Versorgungsorientierung eigene Schwerpunkte setzen

Elsting fasst der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag Beschlüsse zu einzelnen Indikationen. Auf eigene Initiative erprobt er nun ein Konzept, mit dem er komplette Krankheitsbilder strukturieren und Lücken in der Versorgung schließen will.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat sich seit seiner Gründung am 1. Januar 2004 von einem eher unauffälligen Akteur des Gesundheitswesens, der seine Entscheidung quasi „hinter verschlossenen Türen“ traf, zu einer professionell agierenden Organisation mit immer weiterreichenden gesetzlichen Aufgaben entwickelt. Die inzwischen umfassende Zuständigkeit des G-BA für weite Bereiche der medizinischen Versorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung hat zu einer höheren Aufmerksamkeit der Medien und der Öffentlichkeit geführt. Bis in die jüngste Zeit war daher in grundsätzlicher Kritik am G-BA kein Mangel. Neben der Beantragung konkreter Einzelentscheidungen entzündete sich die Kritik auch an den teilweise langen Beratungsverfahren und an der Themenwahl, die als unsystematische Themenbearbeitung auf Zursif apostrophiert wurde.

Auch der G-BA betrachtet die Diskrepanz zwischen den eingebrachten Beratungsthemen und der wahrgenommenen Versorgungssituation als unbefriedigend und überlegt schon seit Jahren, das System weiterzuentwickeln, um vor allem Volkskrankheiten systematisch auf zweckmäßige Weise zu fassen zu können. Bereits Mitte 2008 äußerte der Vorsitzende des G-BA in der Deutschen Ärztschrift die Absicht, die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses stärker an umfassenden Versorgungskonzepten zu orientieren und auf diese



Weise zu einer Punktsetzung zu. Nach einer Gruppe hatte der G-BA genehmigt, um in solche Weiterentscheidungen. Das übergeordnete Konzept ist die Verbesserung der Versorgung der Patienten, koordiniert und effizienter.

**Versorgungsorientiert statt Indikationsbezogen**  
In der Plenarsitzung im April 2010 wurde eine entsprechende Konzeption einstimmig beschlossen und die eigens eingesetzte, beim Plenum angesiedelte Arbeitsgruppe zur Versorgungsorientierung/Priorisierung beauftragt, die Vorgehensweise beispielhaft am Krankheitsbild „Depression“ zu erproben. Mit der Volkskrankheit De-

Auf der Grundlage des § 92 SGB V legt der G-BA die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten fest. Arbeitsgruppen und Unterausschüsse erarbeiten diese Richtlinien teilweise auf der Grundlage von externen Beauftragungen (RWG, AQUA), bevor sie vom Plenum beschlossen werden. Die Beratungen zu einem Thema werden prinzipiell erst aufgenommen,

Um ein Schwerpunktthema für weitere Beratungen aufzuarbeiten, hat sich der G-BA für ein zweistufiges Vorgehen entschieden. Nach der Themenvorgabe durch das G-BA-Plenum, inklusive einer Einsetzung, werden in insgesamt fünf Arbeitsschritten Recherchen durchgeführt. Ergebnis dieser Recherche ist dann ein Bericht mit Handlungsempfehlungen an das Plenum (siehe Grafik). In dem Konzept bleibt die Entscheidung über die Wahl des Schwer-

### Versorgungsorientiert statt Indikationsbezogen

In der Plenarsitzung im April 2010 wurde eine entsprechende Konzeption einstimmig beschlossen und die eigens eingesetzte, beim Plenum angesiedelte Arbeitsgruppe zur Versorgungsorientierung/Priorisierung beauftragt, die Vorgehensweise beispielhaft am Krankheitsbild „Depression“ zu erproben. Mit der Volkskrankheit De-

## Auswahl PSI\*: Priorisierung nach Handlungsbedarf

Organisation, Modell/ Priorisierungskriterium	Schweregrad (individuell, populationsbezogen)	Häufigkeit	Wissenschaftliche Kriterien	Umsetzbarkeit, Praktikabilität (Feasibility)	Kostenfaktoren, Ressourcenorientierung	Versorgungsvariabilität, Versorgungsniveau	Interesse der Öffentlichkeit & Politik	Ausgewogenheit Setting	Ausgewogenheit Qualitätsdimension	Repräsentativität
AQUA/AOK										
ÄZQ										
BQS										
Ethikkommission										
GBA										
Gesundheitsziele										
SVR (2007)										
HTA										
IOM										
AHRQ (EPC)										
AHRQ (s. IOM)										
JCAHO										
NQF (s. IOM)										
OECD										
RAND (McGlynn)										
WHO										

Projekt \*Patientensicherheits-Indikatoren des IFPS, Univ. Bonn, Förderung Bundesministerium für Gesundheit

## Priorisierung in der Diskussion

Priorisierung  
Rationierung

Nutzen  
Bedarf  
Angemessenheit

## Angemessenheit - Definition

"Der Rat ... definiert Angemessenheit als Attribut wirksamer Maßnahmen, in dem deren Effizienz und deren Übereinstimmung mit Grundsätzen, Werten und Präferenzen auf der Ebene von Personen, Gemeinschaften und Gesellschaft zusammenfassend zum Ausdruck kommt."

SVR Gutachten 2007 "Kooperation und Verantwortung" Bd. II, Nr. 579

# Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ **Begriffsdefinitionen**
  - ➔ Kriterien, speziell Demographie-Debatte
  - ➔ Versorgungsforschung und Innovationstransfer
  - ➔ Rollenveränderung des ärztlichen Berufes
  - ➔ Ausblick und Zusammenfassung

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe  
www.schrappe.com

gesoeko\bedarf\priobegriff.cdr

# Priorisierung: Begriff

## ➔ Brockhaus 2001

- nicht enthalten -

## ➔ Mittelstraß (Hrsg.) 2011

- nicht enthalten -

## ➔ Wikipedia 18.11.2011

3 Zeilen: "Vorrangigkeit"

Prof. Dr. M. Schrappe

"Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)"

gesoeko\bedarf\prio\_zeko.cdr

# Priorisierung: Definition ZEKO

## ➔ **Begründung:**

- Ausgaben der GKV steigen (absolut) an (Alterung, Innovation), Finanzierungsgrundlage wird geringer
- Rationalisierung/Effizienzsteigerung kommt an Grenzen
- "Begrenzung oder Veränderung des Leistungsumfanges" der GKV werden diskutiert werden, dürfen aber "nicht planlos oder unter rein tagespolitischen oder wirtschaftlichen Prämissen erfolgen".

## ➔ **Definition Priorisierung:**

- "ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vor anderen"

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) 2007

Prof. Dr. M. Schrappe

323 No. 13

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

911

## THE TROUBLE WITH RATIONING

SUDDENLY everyone is talking about rationing. First brought to public attention by Schwartz and Aaron's study of hospital services in the United States, rationing is widely advocated as the only way to control health care costs.

The argument goes like this: An aging and growing population, rising public expectations, and the continual introduction of new and expensive forms of technology generate a virtually unlimited demand for medical services, which inevitably exhausts the resources we are willing and able to devote to health care. Sooner or later we will be forced to limit expenditures by restricting services, even those that are beneficial. Of course, we are already restricting services through our failure to provide health insurance to many who cannot afford it, but we now must confront the necessity of explicitly denying certain services to insured patients — at least to those whose insurance is subsidized by government or business.

Arnold Reiman  
NEJM 323, 1990, 911

On the surface it is a persuasive argument. Many observers now seem convinced that the question is not whether but how we will ration health services.<sup>3</sup> A

The supposed necessity of rationing rests on the assumption that no other expedient can prevent for long the continued escalation of health costs. Advocates of rationing usually acknowledge the growing evidence of overuse of services, inefficient use of facilities, and excessive overhead and administrative expenses. They may even accept the proposition that substantial elimination of such defects might reduce the cost of health care by as much as 20 or 30 percent. But they maintain that any reforms of this kind would produce only a one-time savings that

## Priorisierung: Definition ZEKO (2)

### ➤ Weitere Ausführungen:

- “Grundsätzlich führt Priorisierung zu einer mehrstufigen Rangreihe.”
- “Nicht nur Methoden, sondern auch Krankheitsfälle, Kranken- und Krankheitsgruppen, Versorgungsziele und vor allem Indikationen (...) können priorisiert werden.”

### ➤ Abgrenzung Rationierung:

- “nicht zu verwechseln mit ihrer tatsächlichen Rationierung, wenn hierunter das (...) Vorenthalten medizinisch notwendiger oder wenigstens nützlicher Leistungen aus Knappheitsgründen verstanden wird.”
- “Priorisierung (...) führt nicht zwangsläufig zu Rationierung.”

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) 2007

Prof. Dr. M. Schrappe

## Rationierung: Begriff

gesoeko/bedarf/ratio2.cdr

### ➤ Gesundheitswesen:

- Perspektive des Vorenthaltes

### ➤ Ökonomie:

- Preismechanismus führt nicht zum Ausgleich von Angebot und Nachfrage, Folge: Nachfrageüberschuss und Zuteilung

### ➤ Wirtschaftspolitik:

- Bewirtschaftung (Folge: Schwarzmarkt)

Prof. Dr. M. Schrappe

## Rationierung

gesoeko/bedarf/ratio.cdr

Verweigerung oder Nichtbereitstellung von Leistungen  
➤ trotz ausgedrückter Nachfrage (demand)

Verweigerung oder Nichtbereitstellung von Leistungen  
➤ trotz ausgedrückter Nachfrage und **ausgedrücktem objektivem Bedarf (need)**

Prof. Dr. M. Schrappe

## Bedarf

### Bedarf

- ➔ Zustand, dessen Behandlung gesundheitlichen **Nutzen** erwarten läßt

## Netto-Nutzen

Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes

./. therapierrelevante Nebenwirkungen

Netto-Nutzen

## Bedarf

### Bedarf

- ➔ Zustand, dessen Behandlung gesundheitlichen Nutzen erwarten läßt

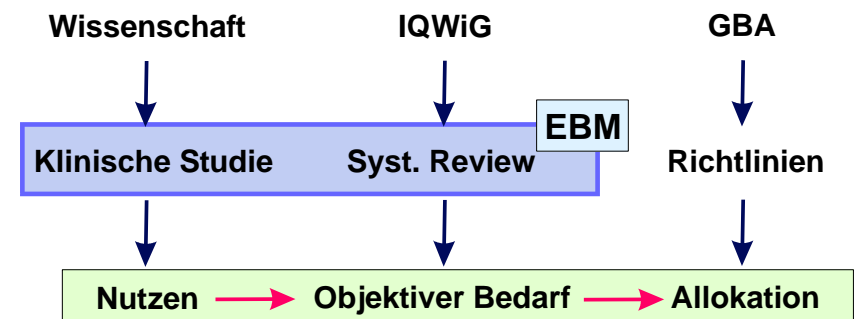
### Objektiver Bedarf

- ➔ **Fachlich bzw. wissenschaftlich bestätigter** Bedarf

### Nachfrage

- ➔ Wunsch nach Versorgung und Zahlungsbereitschaft

## Nutzen, Bedarf, Allokation





## Rationierung

Verweigerung oder Nichtbereitstellung von Leistungen  
 ➔ trotz ausgedrückter Nachfrage (demand)

Verweigerung oder Nichtbereitstellung von Leistungen  
 ➔ trotz ausgedrückter Nachfrage und  
 ausgedrücktem objektivem Bedarf (need)  
 ➔ oder bestehendem latenten Bedarf  
 ➔ bei objektiven Behandlungsoptionen und  
 ➔ **gegebener gesellschaftlich-kultureller  
 Akzeptanz**

## Rationierung und Mangel

- ➔ **Absoluter Mangel:**
  - Transplantationmedizin
  - Impfstoff bei Epidemien
  - Massenunfall / Krieg
  - Ärztemangel
- ➔ **Relativer Mangel:**
  - Ressourcenmangel
  - Unvollständiger Innovationstransfer
  - Organisatorische Fehlfunktion

## Priorisierung: zwei Perspektiven

### ➔ Explizite Priorisierung

- *kann* zur expliziten Rationierung führen
- alternative Folge Rationalisierung
- alternativ Verbesserung der Qualität

### ➔ Rationierungsperspektive

- Rationierung ist Normalzustand
- da Ressourcen immer begrenzt
- Rationierungskriterien werden abgeleitet

## Priorisierung: 3 Fragen

- ➔ Welche Kriterien
- ➔ Welches Ziel
- ➔ Wer führt sie durch

## Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Begriffsdefinitionen
- ➔ Kriterien, speziell Demographie-Debatte
- ➔ Versorgungsforschung und Innovationstransfer
- ➔ Rollenveränderung des ärztlichen Berufes
- ➔ Ausblick und Zusammenfassung

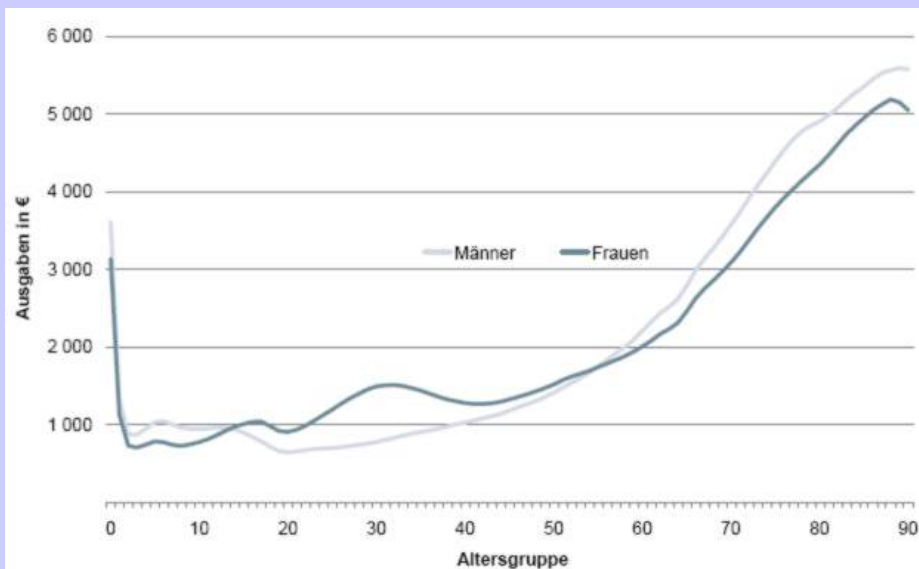
Prof. Dr. med. Matthias Schrappe  
www.schrappe.com

## Rationierung/Priorisierung: Kriterien

- ➔ Alter
  - ➔ Zahlungsbereitschaft
  - ➔ Dringlichkeit
  - ➔ Krankheitsschwere
  - ➔ Relevanz der Erkrankung
  - ➔ Aspekte der Gerechtigkeit
  - ➔ Nutzen der Methode
  - ➔ Krankheitskosten
  - ➔ Kostennutzen-Verhältnis

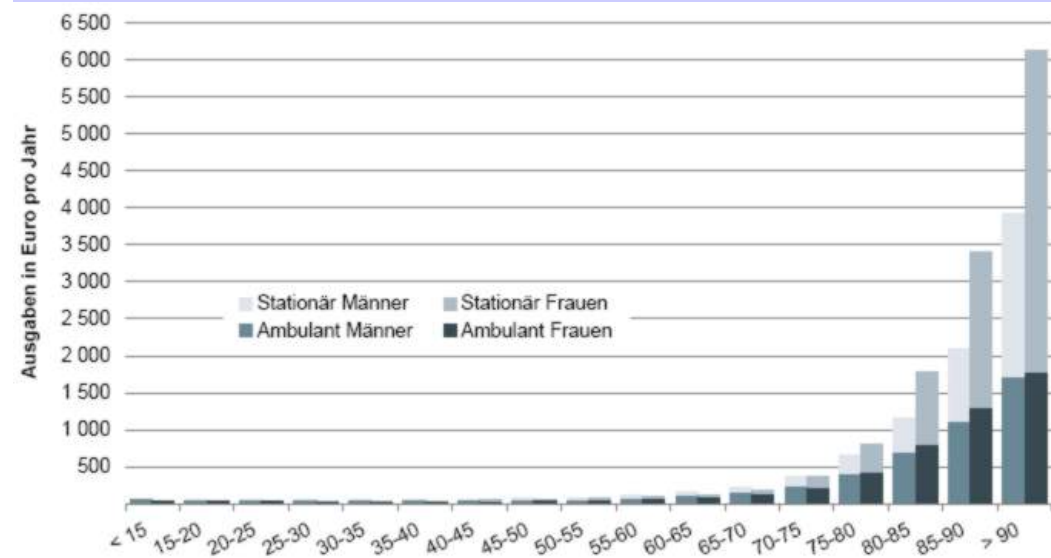
Prof. Dr. M. Schrappe

## Gesundheitsausgaben Deutschland, GKV



SVR Sonder-GA 2009 Nr. 68

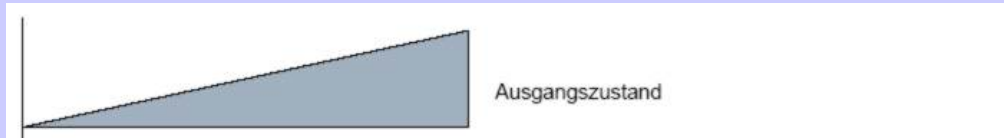
## Ausgaben soziale Pflegeversicherung 2007



SVR Sonder-GA 2009 Nr. 626

## Morbiditätsexpansion versus -kompression

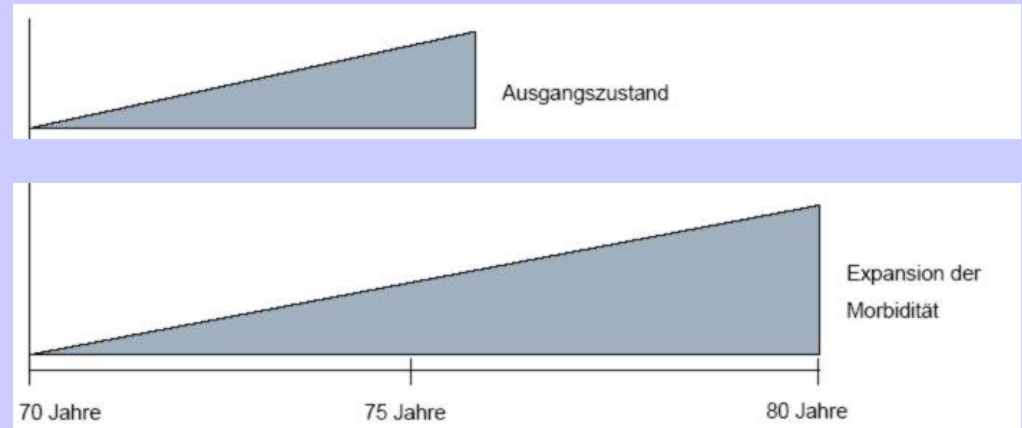
(jeweils absolute Varianten)



SVR Sonder-GA 2009 Nr. 77

## Morbiditätsexpansion versus -kompression

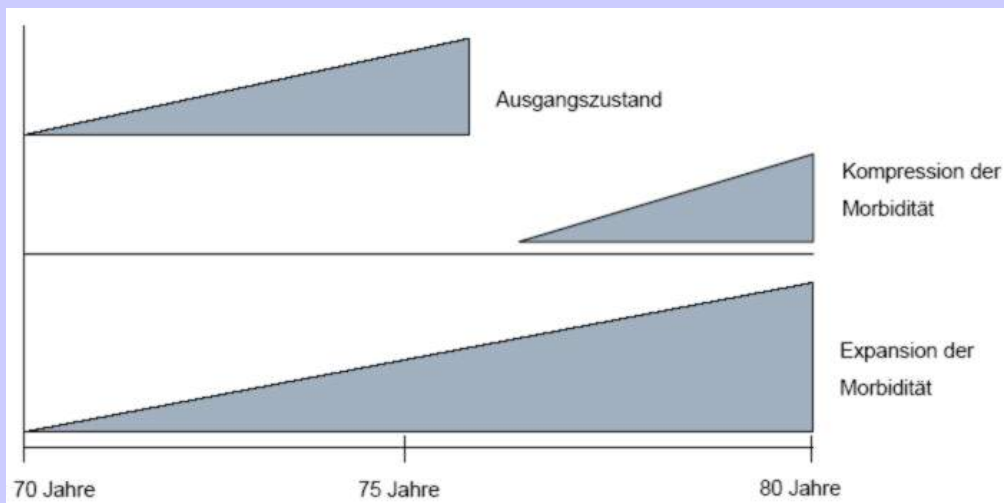
(jeweils absolute Varianten)



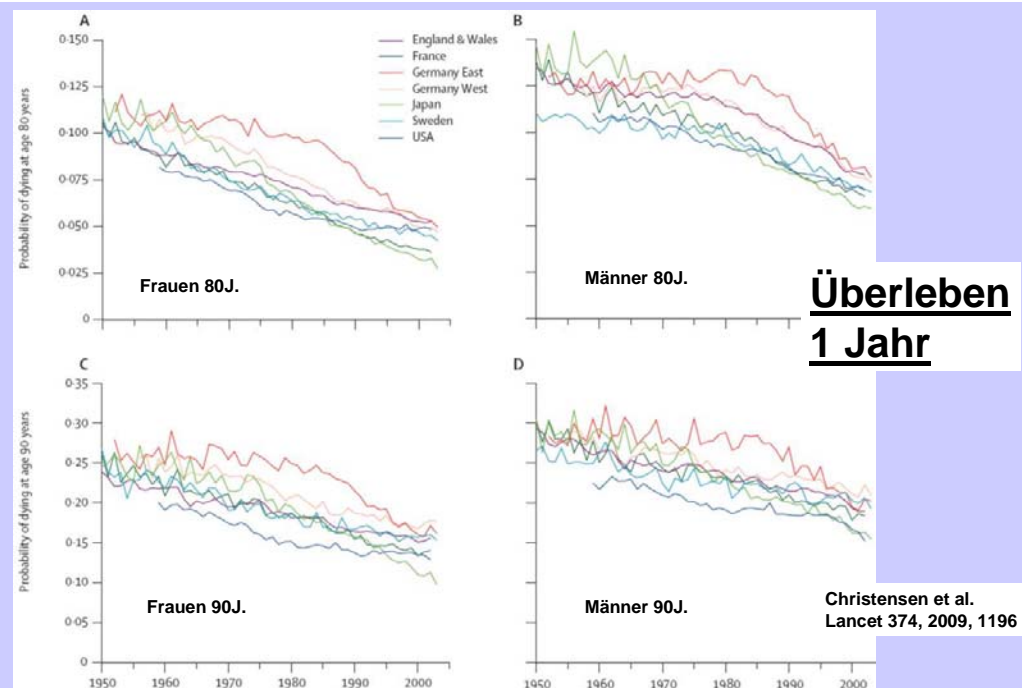
SVR Sonder-GA 2009 Nr. 77

## Morbiditätsexpansion versus -kompression

(jeweils absolute Varianten)



SVR Sonder-GA 2009 Nr. 77



Christensen et al.  
Lancet 374, 2009, 1196



## Rationierung/Priorisierung: Kriterien

- ➔ Alter
- ➔ **Zahlungsbereitschaft**
- ➔ Dringlichkeit
- ➔ Krankheitsschwere
- ➔ Relevanz der Erkrankung
- ➔ Aspekte der Gerechtigkeit
- ➔ Nutzen der Methode
- ➔ Krankheitskosten
- ➔ Kostennutzen-Verhältnis

## Rationierung

**Verweigerung oder Nichtbereitstellung von Leistungen**  
 ➔ trotz ausgedrückter Nachfrage (demand)

Verweigerung oder Nichtbereitstellung von Leistungen  
 ➔ trotz ausgedrückter Nachfrage und  
 ausgedrücktem objektivem Bedarf (need)  
 ➔ oder bestehendem latentem Bedarf  
 ➔ bei objektiven Behandlungsoptionen und  
 ➔ gegebener gesellschaftlich-kultureller  
 Akzeptanz

## Rationierung/Priorisierung: Kriterien

- ➔ Alter
- ➔ Zahlungsbereitschaft
- ➔ Dringlichkeit
- ➔ Krankheitsschwere
- ➔ Relevanz der Erkrankung
- ➔ **Aspekte der Gerechtigkeit**
- ➔ Nutzen der Methode
- ➔ Krankheitskosten
- ➔ Kostennutzen-Verhältnis

## Rationierung

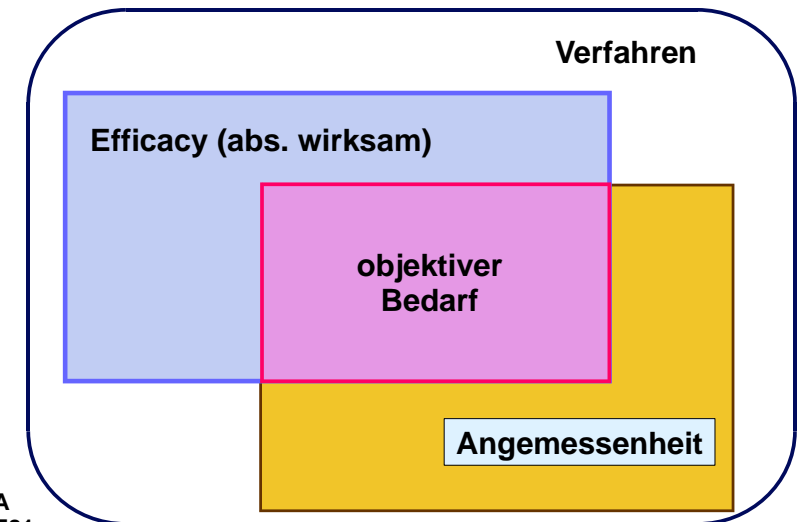
Verweigerung oder Nichtbereitstellung von Leistungen  
 ➔ trotz ausgedrückter Nachfrage (demand)

Verweigerung oder Nichtbereitstellung von Leistungen  
 ➔ trotz ausgedrückter Nachfrage und  
 ausgedrücktem objektivem Bedarf (need)  
 ➔ oder bestehendem latentem Bedarf  
 ➔ bei objektiven Behandlungsoptionen und  
 ➔ **gegebener gesellschaftlich-kultureller  
 Akzeptanz**

## Bedarf

„Die Feststellung von Bedarf schließt also subjektive und gesellschaftliche, professionelle und wissenschaftliche Urteile über einen behandlungsbedürftigen Zustand und über den möglichen bzw. hinreichend gesicherten gesundheitlichen Nutzen (*benefit*) von gegenwärtig verfügbaren Verfahren und Einrichtungen zur Behandlung dieses Zustandes ein.“ (SVR 2001, S. 43)

## Bedarf und Angemessenheit



## Rationierung/Priorisierung: Kriterien

- ➔ Alter
- ➔ Zahlungsbereitschaft
- ➔ Dringlichkeit
- ➔ Krankheitsschwere
- ➔ Relevanz der Erkrankung
- ➔ Aspekte der Gerechtigkeit
- ➔ Nutzen der Methode
- ➔ Krankheitskosten
- ➔ Kostennutzen-Verhältnis

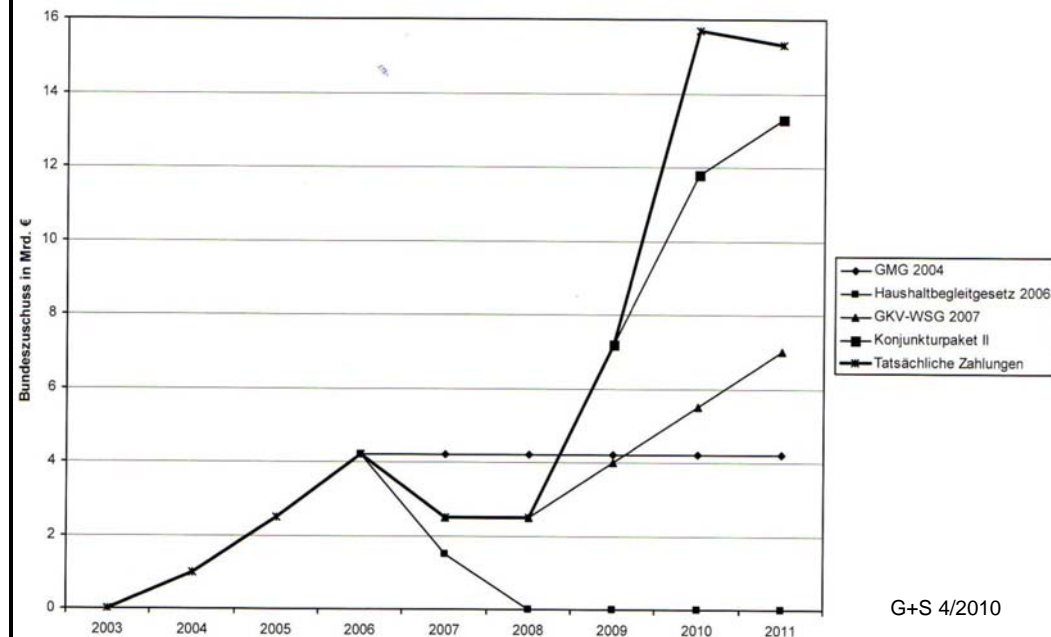
## Nutzen

§35b SGB V: “Bewertung des Nutzens und der Kosten von Arzneimitteln”

Abs. 1: “Das IQWiG kann ... beauftragt werden, den Nutzen oder das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Arzneimitteln zu bewerten. (...) Die Bewertung erfolgt durch Vergleich mit anderen Arzneimitteln und Behandlungsformen unter Berücksichtigung des therapeutischen Zusatznutzens für die Patienten im Verhältnis zu den Kosten. Beim Patienten-Nutzen sollen insbesondere die Verbesserung des Gesundheitszustandes, eine Verkürzung der Krankheitsdauer, eine Verlängerung der Lebensdauer, eine Verringerung der Nebenwirkungen sowie eine Verbesserung der Lebensqualität, bei der wirtschaftlichen Bewertung auch die Angemessenheit und Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Versicherungsgemeinschaft (...) berücksichtigt werden.”

## Rationierung/Priorisierung: Kriterien

- ➔ Alter
- ➔ Zahlungsbereitschaft
- ➔ Dringlichkeit
- ➔ Krankheitsschwere
- ➔ Relevanz der Erkrankung
- ➔ Aspekte der Gerechtigkeit
- ➔ Nutzen der Methode
- ➔ Krankheitskosten
- ➔ Kostennutzen-Verhältnis



## Steuerfinanzierung der GKV

- ➔ **Ökonomie:** GKV-Beiträge entsprechen Steuer
- ➔ **Konzepte der Parteien:**
  - Kopfpauschale: unabhängig vom Arbeitseinkommen  
Folge: Steuerfinanzierung des Sozialausgleichs
  - Bürgerversicherung: auf alle Einkommensarten
  - ➔ Steuer-Charakteristik nimmt zu
- ➔ **Gesetzgebung:**
  - Steigende Steuerzuschüsse decken Defizit der GKV
  - ➔ Konkurrenz zu anderen gesellschaftlichen Aufgaben

## Rationierung/Priorisierung: Kriterien

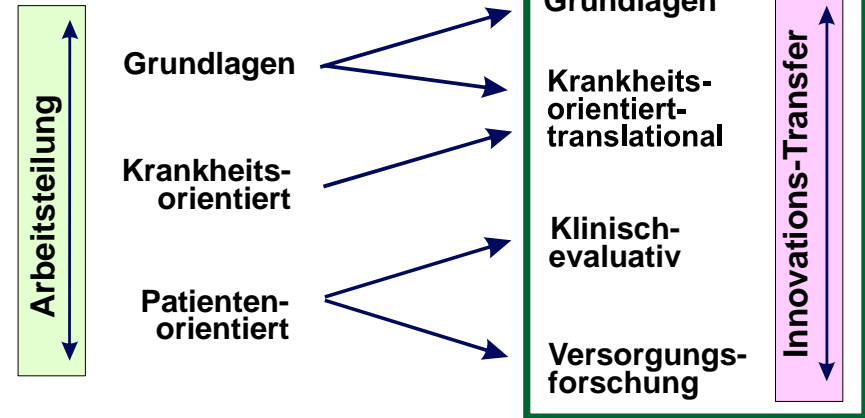
- ➔ Alter
- ➔ Zahlungsbereitschaft
- ➔ Dringlichkeit
- ➔ Krankheitsschwere
- ➔ Relevanz der Erkrankung
- ➔ Aspekte der Gerechtigkeit
- ➔ Nutzen der Methode
- ➔ Krankheitskosten
- ➔ Kostennutzen-Verhältnis

# Gliederung

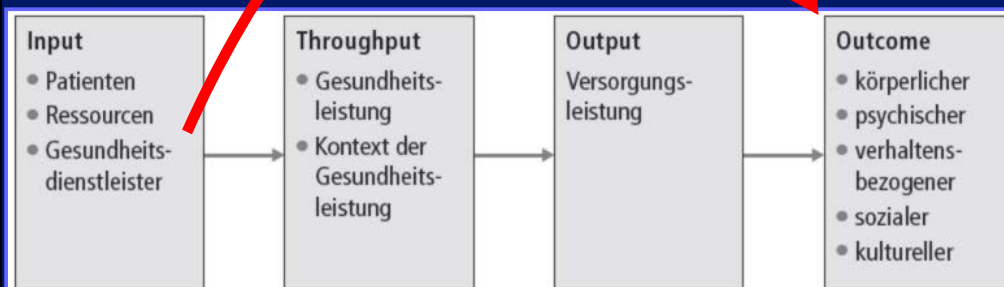
- ➔ Einführung
- ➔ Begriffsdefinitionen
- ➔ Kriterien, speziell Demographie-Debatte
- ➔ **Versorgungsforschung und Innovationstransfer**
- ➔ Rollenveränderung des ärztlichen Berufes
- ➔ Ausblick und Zusammenfassung

# Klinische Forschung

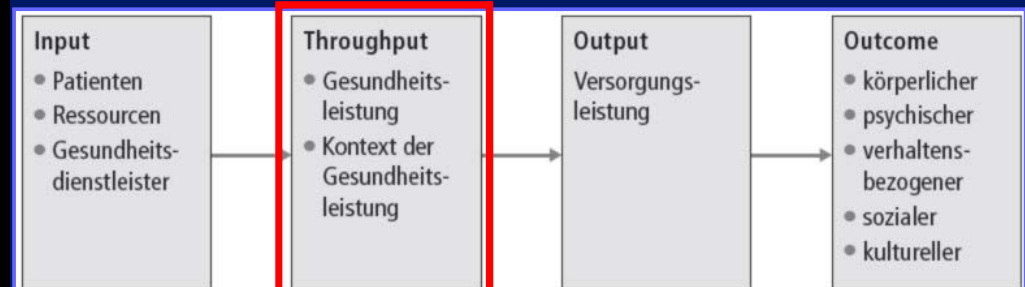
## DFG Denkschrift 1999



# VF: Throughput-Modell



# VF: Throughput-Modell



## Effectiveness Gap: Einflußfaktoren

- ➔ **Patienten-bezogene Faktoren** Alter  
Geschlecht  
Ethnische Zugehörigkeit  
Komorbidität  
Präferenzen
- ➔ **Health Care Professionals** Skills and Knowledge  
Lernbereitschaft  
Einstellungen
- ➔ **Organisationen** Flexibilität  
Innovationsnähe  
Integrationsleistung
- ➔ **Systemfaktoren** Finanzierung  
Sektorenbildung

Prof. Dr. M. Schrappe

## Dimensionen

Validität

Forschung

Wirksamkeit

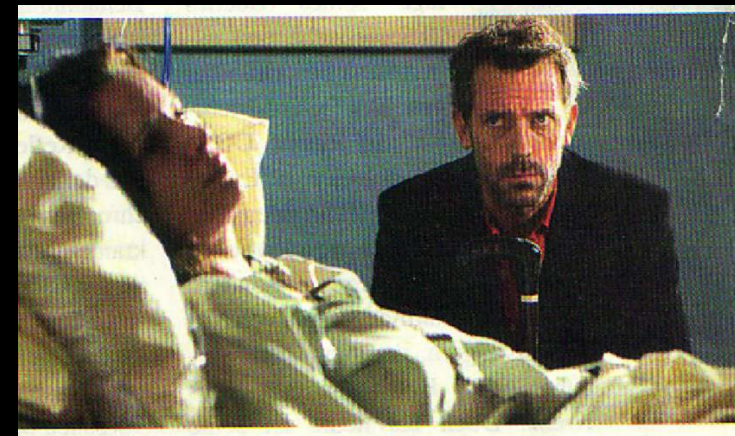
Nutzen

Evidenz-  
basierte  
MedizinKlinisch-  
evaluative  
Forschungefficacy  
(absolute W.)Wissenschaftlich  
u. fachlich  
anerkanntMethodik  
der VF  
[EBHC]Versorgungs-  
forschungeffectiveness  
(relative W.)Angemessen-  
heit

Prof. Dr. M. Schrappe

## Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Begriffsdefinitionen
- ➔ Kriterien, speziell Demographie-Debatte
- ➔ Versorgungsforschung und Innovationstransfer
- ➔ **Rollenveränderung des ärztlichen Berufes**
- ➔ **Ausblick und Zusammenfassung**

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe  
www.schrappe.com





## Health Care Consumerism

“In a competitive system, consumers can then vote with their feet...”

Angell M, Kassirer J: Quality and the medical marketplace - following elephants. NEJM 1996, 335: 883-5

Prof. Dr. M. Schrappe

medführer Gesundheitsportal - Klini...  
 medizinische Transparenz  
 Arzt- & Klinik Suche Ratgeber Gesundheit

Das ganzheitliche Gesundheitsportal

- Arzt- und Klinikinformationen
- Die Deutschen Klinik-Führer
- Ratgeber Gesundheit

Schnellsuche Fachportal  
 Wählen Sie das gewünschte Fachportal aus  
 Fachportal wählen

Kliniken Reha-Kliniken Praxen Zahnmediziner Geriatrie Therapeuten Heilpraktiker Apotheken Pflegeheime Tierärzte

**medführer Arztbewertung**

**Bewerten Sie Ihren Arzt oder Ihre Klinik**

Geben Sie Ihrem Arzt oder Ihrer Klinik eine Rückmeldung. Sie fühlen sich gut aufgehoben bei Ihrem Arzt oder Sie können eine Praxis oder Klinik besonders empfehlen. Dann nutzen Sie die medführer Arztbewertung.

Zur medführer Arztbewertung

## Häufigkeit von Rationierung in Deutschland

Befragung von 507 Krankenhausärzten in Deutschland

Prädiktorvariable	häufig	selten	nie	N
<i>Art der Abteilung</i>				
Kardiologie	40 (17%)	147 (62%)	51 (21%)	238 (100%)
Intensivmedizin	26 (10%)	176 (66%)	63 (24%)	265 (100%)
Gesamt	66 (13%)	323 (64%)	114 (23%)	503 (100%)
<i>Arztfunktion</i>				
Leitend	22 (17%)	61 (48%)	44 (35%)	127 (100%)
Nicht-leitend	43 (12%)	257 (70%)	66 (18%)	366 (100%)
Gesamt	65 (13%)	318 (65%)	110 (22%)	493 (100%)
<i>Trägerschaft</i>				
Öffentlich	25 (12%)	139 (65%)	49 (23%)	213 (100%)
Freigemeinnützig	12 (10%)	86 (68%)	28 (22%)	126 (100%)
Privat	28 (18%)	93 (60%)	34 (22%)	155 (100%)
Gesamt	65 (13%)	318 (64%)	111 (23%)	494 (100%)

Strech et al. DMW 134, 2009, 1261

Häufig: mind. 1x/Woche, selten 1x/Monat



# Rationalisierung und die Zitrone

## ➔ Ergebnisse

- z.B. nosokomiale Infektionen
- z.B. (vermeidbare) unerwünschte Ereignisse
- z.B. mangelnde Anwendung von Leitlinien

## ➔ Prozesse und Strukturen

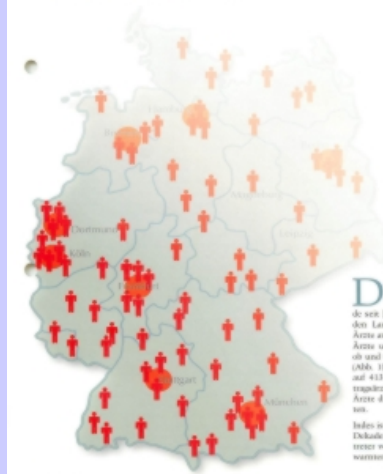
- z.B. Zentrenbildung
- z.B. regionale Strukturen
- z.B. mangelnder Organisationsgrad und Führung

Prof. Dr. M. Schrappe

## Die falsch verteilten Ärzte

Deutschland leidet es nicht an Ärzten. Aber die Mediziner lassen sich nicht gleichmäßig nieder. Sie wollen nicht aufs Land, obwohl dort der Umsatz sicher ist und unternehmerische Chancen locken. Fast alle zieht es stattdessen in die Städte.

Von Claus-Peter Müller von der Grün



Deutschland leidet keinesfalls an Ärzten. Die Zahl der Ärzte steigt kontinuierlich seit Jahrzehnten. 1996 gab es in den Landesärztekammern 143.556 Ärzte an. In den Kassen sind alle Ärzte unabhängig davon Mitglied, ob und wo sie ihren Beruf ausüben (AMK II). Bis 2007 stieg diese Zahl auf 413.686, darunter 137.506 Vertragsärzte, die als unabhängige Ärzte die Kassenleistungen vorbringen.

Indes ist es noch nicht einmal zwei Dekaden her, dass die Bundesminister nur einer „Arzteschere“ warnten. In der Folge wurden Zu-

© Die Ärztezeitung/Deutscher Ärzte-Verlag 2008

The supposed necessity of rationing rests on the assumption that no other expedient can prevent for long the continued escalation of health costs. Advocates of rationing usually acknowledge the growing evidence of overuse of services, inefficient use of facilities, and excessive would soon be nullified by a resumption of the expenses. They may inexorable rise in costs.

that substantial elimin This argument, it seems to me, fails to recognize the crux of the problem. New forms of technology and insatiable demand are not the fundamental causes of cost inflation, nor are overuse, inefficiency, duplication, or excessive overhead expenses. They are simply the manifestations of a system that has built-in incentives for waste and inflation. It is the way we organize and fund the delivery of health care that rewards the profligate use of technology and stimulates demand for nonessential services; it is the system that allows duplication and waste of resources and produces excessive overhead costs. Change certain features of the

## Accountability

- ➔ Gesellschaftliche Ebene
- ➔ Kostenträger
- ➔ Institutionen
- ➔ Individuum

Prof. Dr. M. Schrappe

## Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Begriffsdefinitionen
- ➔ Kriterien, speziell Demographie-Debatte
- ➔ Versorgungsforschung und Innovationstransfer
- ➔ Rollenveränderung des ärztlichen Berufes
- ➔ **Ausblick und Zusammenfassung**

## Priorisierung: 3 Fragen

- ➔ Welche Kriterien
- ➔ Welches Ziel
- ➔ Wer führt sie durch

## Rechtliche Rahmenbedingungen

### ➔ **Verfassungsrecht**

- Sozialstaatsgebot
- Freiheitsrechte
- Gleichheitsrecht
- Rechtsstaatsgebot

### ➔ **Europ. Recht**

### ➔ **Deutsches Gesundheitssystem**

- Gesetzliche Leistungsausschlüsse
- Ermessensentscheidungen der Kostenträger
- Leistungsausschlüsse durch den GBA
- Leistungssteuerung durch die Vergütungsrecht
- Leistungssteuerung durch Infrastrukturecht

## Konsequenzen / Ausgangspunkte

- ➔ **Grundannahmen:**
  - Mittel sind endlich
  - Opportunitätskosten "zählen"
- ➔ **Patienten/Nutzer:**
  - Opportunitätskosten fallen in der Gemeinschaft an
  - Nachfrage ist in der Tendenz unendlich
- ➔ **Alternativen:**
  - A: Patient zahlt selbst
  - B: Gemeinschaft (Staat) reguliert
- ➔ **"Schulen":**
  - Konsequentialismus und Utilitarismus
  - Deontologie und Tugendethik
  - Gerechtigkeitsethik

# Schluß

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !**

Vortragsfolien auf  
[www.schrappe.com/ms/downloads](http://www.schrappe.com/ms/downloads)

Prof. Dr. M. Schrappe