

Auszug (mit neuen Seitenzahlen) aus

Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem

Dokumentation des Symposiums am 21. Januar 2016

der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina

Impressum

Herausgeber

Prof. Dr. Jörg Hacker
Präsident der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina
– Nationale Akademie der Wissenschaften –
Jägerberg 1
06108 Halle (Saale)

Redaktion

Dr. Kathrin Happe, Dr. Stefanie Westermann
Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina

Kontakt

politikberatung@leopoldina.org
Datum: Oktober 2016

Sektion 4: Problemfeld Indikationsstellung: dem Individuum oder/und dem Patienten-kollektiv verpflichtet?

Impulsbeitrag Heiner Raspe

„Der Managed-Care-Ansatz der 90er Jahre war von Ökonomen erfunden und von Versicherungschefs mit MBA-Abschlüssen getrieben, hat aber die Ärzte fast wie Sklaven behandelt. Das war falsch. Managed Care klappt nur, wenn die Ärzte in den Fahrersitz gesetzt werden.“⁸

1. **Ökonomisierung** ist im Folgenden gemeint als ein marktgesellschaftlicher Prozess, in dem soziale Teilbereiche (wie die klinische Medizin, Sport, Kunst, Erziehung), die bisher nach eigener Logik gearbeitet haben, ökonomischer Begrifflichkeit, ökonomischen Modellen, Zielen und Handlungsweisen unterstellt werden. Dies berührt damit nicht das Wirtschaftlichkeitsgebot der Gesetzlichen Krankenversicherung.

2. Der „Konfrontation der beiden Systeme Ökonomie und Medizin“ (Ankündigungstext) liegt ein antagonistischer Widerspruch zugrunde. Allenfalls sind Kompromisse denkbar. Solche setzen jedoch **gleich starke Verhandlungspositionen** voraus. Diese sind aktuell nicht gegeben. Die indikationsbasierte Medizin ist in der Defensive.

3. Was ist und wie stellt man eine **Indikation**? In Indikationen verbinden Ärzte und andere Kliniker den klinischen Zustand eines Patienten mit der inneren Wahl einer Untersuchungs- bzw. Behandlungsmethode in Hinblick auf ein definiertes Behandlungsziel. Die Indikationsstellung bildet ein Zentrum klinisch-professionellen Handelns.

Ihre Qualität ergibt sich aus **drei Faktorenbündeln**: 1. der Wahrnehmung, dem Verständnis und der Bewertung der klinischen und psychosozialen Situation des Patienten, 2. aus der Vergegenwärtigung realistisch erreichbarer, legitimer und möglichst gemeinsam geteilter Ziele und 3. aus der Verfügung über evident wirksame, nützliche, sichere und ihrerseits wiederum legitime Heilmittel. In ihr verbinden sich – variabel und kaum auflösbar – Tatsachenwissen, Vermutungen, theoretische Kenntnisse, statistische Schätzungen und normative Erwägungen. In der Behandlung des Einzelfalls sind Singuläraussagen und der „allgemein anerkannte aktuelle Stand der medizinischen Erkenntnisse“ (§ 2 Abs. 1 SGB V) zu verbinden – im angenommenen „besten Interesse“ des Patienten.

4. Die klinische Indikationsstellung folgt professionell erarbeiteten **Indikationsregeln**, wie sie heute in klinischen **Praxisleitlinien** formuliert und gewichtet werden – zur Zeit ohne wesentliche Berücksichtigung ökonomischer Implikationen und Ziele.

Eine zentrale Rolle spielt jedoch die jede Indikationsregel fundierende **Evidenz** aus evaluativer klinischer und Versorgungsforschung. Sie bildet mittlere Effekte größerer Patientenkollektive ab und erlaubt Aussagen zur generellen Wirksamkeit isolierter Verfahren. Es bedarf Wissen,

⁸ Vgl. U. Reinhardt (2014) in: Monitor Versorgungsforschung 2014, 7(2):8

Erfahrung und Urteilskraft, um das Problem eines konkreten Patienten rasch und sicher einer in aller Regel komplexen Evidenzlage zuzuordnen. Eine regelgestützte aber dennoch individualisierte Behandlungsplanung ist eine notwendige Bedingung eines erfolgreichen Versorgungsverlaufs.

5. Vor diesem Hintergrund ist die Indikationsstellung in der Klinik immer sowohl am einzelnen Patienten wie an einem **Patientenkollektiv** orientiert. Ihr klinisches Resultat hat zudem für spätere Patienten Bedeutung. Es ist das Wesen von Erfahrung, dass sie an einem Einzelfall hier und jetzt gemacht wird, aber meist erst nachfolgenden vergleichbaren Patienten zugutekommt. Dies gilt besonders dann, wenn die guten oder schlechten Erfahrungen veröffentlicht werden, einer wissenschaftlichen Prüfung standhalten und in die Weiterentwicklung der betreffenden Indikationsregeln eingehen.

6. Ob eine Indikation dann **realisiert** wird und mit welchem Erfolg, hängt zunächst vollständig von der Zustimmung und Mitwirkung des Patienten ab. Und für diese sind v.a. seine Ziele, Hoffnungen, Ängste, Vorerfahrungen, familiäre und nachbarliche Beratungen maßgebend – am wenigsten wohl die heute gern genannten „Präferenzen“. Der Begriff ist der Ökonomie entlehnt und bezeichnet ein Bündel von Annahmen, die Personen klare Alternativen in Hinblick auf ihren Nutzwert entscheiden lassen.

7. Alle für die Indikationsstellung relevanten Variablen und Urteile sind mit z.T. erheblichen **Unsicherheiten** behaftet. Alle sind z.T. raschen Veränderungen unterworfen. Oft sind individuelle arzt- und patientenseitige Kontexte zu beachten. Das Verständnis und die Mitarbeit der Patienten sind nicht immer ideal.

8. Es wundert daher nicht, dass **Indikationsregeln** aus guten medizinischen Gründen erweitert, verengt, sonst **modifiziert** oder aufgegeben werden können und müssen. Eine auf Gewinnmaximierung zielende betriebswirtschaftlich motivierte Modifikation steht im Widerspruch zu unseren professionellen Werten und Normen und gefährdet das Vertrauen in die klinische Medizin und in die in ihr Handelnden.

9. Zusammengenommen erschweren die skizzierten Unsicherheiten die routinemäßige Beurteilung und mehr noch die **Messung** der Indikationsqualität. Für Einzelfälle dürfte wohl nur ein aufwendiges „Peer Review“ zu befriedigenden Ergebnissen führen. Zur routinemäßigen Beurteilung komplexer therapeutischer Indikationen auf der Basis fallbezogener (valider?) Sekundärdaten werden eindeutige Algorithmen nur selten zur Verfügung stehen. Hier und in weiteren Fällen sinnvoll sind angesichts aller Unsicherheiten Benchmarking-Verfahren auf der Basis vergleichbarer Patientenkollektive und mit Hilfe allein von Aggregatdaten und Referenzbereichen.

10. Eine enge Beziehung zwischen gestellter Indikation und erwünschtem **Behandlungsergebnis** ist vor allem dann zu erwarten, wenn ein deutlich wirksamer und unbedenklicher Indikator in guter Prozessqualität tatsächlich realisiert wird und nicht mit negativ interferierenden Faktoren zu rechnen ist. Jedoch wird auch eine weite Indikationsstellung unter Einschluss zunehmend gesünderer Patienten zu guten Ergebnissen, d.h. Pseudoerfolgen führen. Hier kommt es auf eine angemessene Risikoadjustierung an.

11. Will man eine Medizin, die die Indikationsstellung *lege artis medicinae* als zentrales Stellglied klinischen Handelns anerkennt, dann wird man ihre Bedeutung neu wahrnehmen, bekräftigen,

schützen und an manchen Stellen auch aktiv zurückerobert werden müssen. Dabei befände man sich in völliger Übereinstimmung mit diversen rechtlichen Vorschriften.

12. Hier wartet eine ernste und dringende Aufgabe auf die Kliniker, ihre Aus-, Weiter- und Fortbildung, ihre Kammern und Wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Ob sie angegangen wird? In Deutschland ist die internationale Diskussion um den **medical professionalism in the new millenium** nie in Gang gekommen. Die Bundesärztekammer hat sich geweigert, die entsprechende Charta nordamerikanischer und europäischer Fachverbände zu unterzeichnen.

Jedoch wird die Klinik, auch die Ärzteschaft ihr Terrain und ihre Logik nur von einer starken professionellen Position aus behaupten können. Anders ist sie nicht konflikt- und nicht kompromissfähig. Dies ist sicher ein „idealistischer“ Ansatz – aber Ansätze, die materielle Vorteile versprechen, wie z.B. *pay for performance*, werden die Ökonomisierung eher befördern; und sie werden die professionelle Identität, Würde und Widerstandsfähigkeit eher schwächen.

13. Die aktuellen **klinischen Praxisleitlinien** erscheinen als Kataloge von evidenzbasierten und/oder konsentierten Indikationsregeln. Sie beinhalten eine professionell abgestimmte Objektivierung und eine Bewertung sogenannte *Condition-Intervention-Pairs* (CIPs): die Objektivierung in der Feststellung der einen Krankheitszustand und seine Behandlung verbindenden Regel, die Bewertung in der meist dreistufigen Stärke ihrer Empfehlung.

Die professionelle Position würde erheblich gestärkt werden, käme zur fachlichen noch eine weitere soziale Objektivierung und Bewertung hinzu.

Dies leistet die **Priorisierung**. Ihr Gegenstand sind (in Schweden und Oregon/USA) knapp formulierte Indikationsregeln in Form von CIPs, wie in unseren Praxisleitlinien (z.B. Vorhofflimmern bei höherem Schlaganfallrisiko – Gerinnungshemmung).

Ihre normative Kraft (die der Praxisleitlinien ist erschreckend gering) bezieht die Priorisierung jedoch aus einem gesamtgesellschaftlichen und politischen Prozess; er begann z.B. 1992 in Schweden mit einer Parlamentskommission und einer ethischen Debatte und führte über eine Gesetzesänderung zu einer breit akzeptierten Axiologie und Kriteriologie. Heute gibt es ein konsolidiertes Praxismodell. Ab 2004 werden Leitlinien für die Priorisierung von CIPs innerhalb enger Versorgungsbereiche (z.B. Versorgung Herzkranker, aktualisiert 2015) veröffentlicht. Die Bedeutung eines CIP wird mit Hilfe einer Numerischen Ratingskala (1 hoch – 10 niedrig) ausgedrückt (das genannte CIP: 2/10). Hier wird – in für mich idealer Weise – das erfüllt, was die Professionalismus-Charta als *medicine's contract with society* bezeichnete.

Denn in der Erarbeitung solcher „Prio-Leitlinien“ konvergieren die gesellschaftliche und die professionelle Perspektive. Ein Beispiel: Die Kriterien-Liste zur Bewertung eines CIPs wird vom aktuellen Schweregrad und der Prognose des Krankheitszustandes angeführt – entsprechend der klinischen Deontologie. Es folgen der Nettonutzen der zugeordneten Intervention und dann die Kosten pro zu erwartendem Effekt (die volkswirtschaftliche Perspektive; cf. § 35 b SBG V). Schließlich spielt die Evidenzlage zu jedem Kriterium eine Rolle (epistemisches Kriterium).

14. Damit unterscheidet sich dieses skandinavische Modell von jeder betriebswirtschaftlich motivierten Priorisierung (wie sie sich bei uns ausbreitet). Es unterscheidet sich auch von utilitaristischen Modellen angelsächsischer Prägung. Bei diesen geht es um die medizinisch erreichbare Maximierung der Gesamtsumme an Gesundheit, dort zuerst um die Sorge um schwer und prognostisch ungünstig Erkrankte – unter bewusster Inkaufnahme von

Effizienzverlusten. Dahinter steht das ethische Prinzip einer „klinischen“ Solidarität: schwerkranke und gefährdete Patienten haben Vorrang in der Versorgung.

15. § 70 SGB V fordert eine „bedarfsgerechte und gleichmäßige Versorgung“ der GKV-Versicherten. Eine angemessene Indikationsstellung arbeitet der ersten Forderung zu. Um die zweite (Gleichmäßigkeit) im Rahmen immer begrenzter Ressourcen zu erfüllen, ist es unvermeidbar, sich intensiver mit den organisatorischen und finanziellen Konsequenzen von Indikationsregeln zu beschäftigen. Genau dies geschieht in Schweden, sogar mit einer Prognose der entsprechenden zukünftigen Entwicklungen.

Die Prio-Leitlinien dienen ausdrücklich der „Unterstützung der Führung und Lenkung“ bei der Allokation der zur Verfügung stehenden Ressourcen. Sie richten sich also an Systemverantwortliche. Hohe Prioritäten sollen höhere Anteile ihrer Ressourcen bekommen, für niedrige kommt auch ein *disinvestment*, also eine Rationierung in Frage – gestützt auf gesellschaftlich verabredete Werte, Kriterien und Prioritäten.

Damit kann die mit dem Titel aufgegebene Frage beantwortet werden: Die klinische Indikationsstellung ist dem individuellen Patienten (und seinen Nachfolgern) verpflichtet – jedoch im Rahmen einer gesellschaftlichen Priorisierung, die sich Patientenkollektiven und begrenzten Ressourcen verpflichtet weiß.

Dabei ist Gleiches gleich zu behandeln. Dies wird von englischen Kostenträgern im National Health Service (NHS) so formuliert: Sie „*should [...] not agree to fund treatment for one patient which cannot be afforded for, or openly offered to, all patients with similar clinical circumstances and needs*“ (NHS Sandwell and West Birmingham CCG 2013).⁹ –

⁹Core principle 10 in NHS Commissioning Board (2013): Commissioning Policy: Ethical frame-work for priority setting and resource allocation, <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/04/cp-01.pdf> (Stand: 29.09.2016).