

Ethisch vertretbare Kosten-Nutzen-Bewertung – eine Illusion?

Thesen zum Vortrag von Georg Marckmann beim 15. VFA-Round-Table zur Nutzen- und Kosten-Nutzen-Bewertung am 19.09.2008 in Berlin

Hintergrund

Medizinische Innovationen und demographischer Wandel werden die Finanzierungsprobleme der deutschen GKV weiter verschärfen. Die im System noch vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven sind vordringlich zu mobilisieren, werden aber nicht ausreichen, um den zunehmenden Kostendruck nachhaltig zu kompensieren. Da das Gesundheitssystem mit anderen sozialstaatlich finanzierten Bereichen um prinzipiell begrenzte Finanzmittel konkurriert, ist eine weitere Erhöhung der solidarisch aufgebracht Mittel für die Gesundheitsversorgung nur sehr eingeschränkt vertretbar.

These 1: Wenn nicht ausreichend Effizienzreserven mobilisierbar sind und es gute Gründe gibt, die Finanzmittel der GKV nicht weiter zu erhöhen, sind Leistungseinschränkungen („Rationierungen“) unvermeidlich.

Anm.: Unter Rationierung verstehe ich das vorübergehende oder dauerhafte Vorenthalten eines medizinischen Netto-Nutzens aus Kostengründen.

These 2: Die Frage lautet demnach nicht, ob wir rationieren müssen, sondern wie wir die *unausweichlichen* Rationierungen in einer ethisch wie medizinisch vertretbaren und ökonomisch sinnvollen (!) Art durchführen können. Diese Frage ist offen und konstruktiv in Politik und Gesellschaft unter Beteiligung wichtiger stake-holder im Gesundheitswesen zu diskutieren.

These 3: Bei der Allokation knapper Gesundheitsressourcen ist es ethisch *unvertretbar*, das Kosten-Nutzen-Verhältnis medizinischer Maßnahmen *nicht* zu berücksichtigen. Die Durchführung von Kosten-Nutzen-Bewertungen (KNB) ist folglich ethisch geboten!

These 4: Nutzen- und Kosten-Nutzen-Bewertungen können einen Beitrag sowohl zur *Rationalisierung* (Identifizierung kostengünstigerer Maßnahmen mit gleichem oder größerem Nutzen) als auch zur *Rationierung* (Vorenthalten von Maßnahmen mit einem schlechten Kosten-Nutzen-Profil) leisten. Dies macht das Instrument – auch aus ethischer Sicht – attraktiv für Allokationsentscheidungen im Gesundheitswesen.

These 5: Eine *allein* am Kosten-Nutzen-Verhältnis orientierte Zuteilung knapper Gesundheitsressourcen ist aber ethisch ebenfalls *unvertretbar*, da Patienten, denen nur mit einer teuren Maßnahme geholfen werden kann, vollständig von der medizinischen Versorgung ausgeschlossen würden. Anzustreben ist vielmehr eine *„Nutzenmaximierung mit gerechtigkeitsethischen Constraints“*, die neben dem Kriterium der Kosteneffektivität weitere ethische Kriterien berücksichtigt.

These 6: Die Allokation knapper medizinischer Ressourcen sollte sich deshalb an den folgenden drei ethischen Kriterien orientieren:

1. *Medizinische Bedürftigkeit* (gemessen am Schweregrad der Erkrankung und der Dringlichkeit der Behandlung)
2. *Erwarteter individueller medizinischer Nutzen*
3. *Kosteneffektivität* bzw. Kosten-Nutzen-Verhältnis

Als Metakriterium ist die *Evidenzstärke* des erwarteten Nutzens und des Kosten-Nutzen-Verhältnisses zu berücksichtigen. Die große ethische Herausforderung besteht darin, bei der Anwendung das relative Gewicht der drei Kriterien zu bestimmen.

These 7: Aus den Thesen 5 & 6 folgt, dass eine KNB mit einem festen Kosteneffektivitäts-Grenzwert (z.B. 35.000€/QALY) ethisch nicht vertretbar. Vielmehr sind in Abhängigkeit von der medizinischen Bedürftigkeit und dem erwarteten individuellen medizinischen Nutzen für den Patienten *unterschiedlich* hohe Kosten-Nutzen-Verhältnisse akzeptabel.

These 8: Ethisch ebenfalls nicht vertretbar sind Leistungseinschränkungen auf der Grundlage eines QALY-League-Tables, bei dem alle medizinischen Maßnahmen in einer Liste mit steigendem inkrementellem Kosten-Effektivitäts-Quotient angeordnet und nur bis zu einem bestimmten maximalen Kosten-Effektivitäts-Quotient in den Leistungsumfang der GKV aufgenommen werden (vgl. die erste Prioritätenliste im US-Staat Oregon).

These 9: Die KNB sollte *indikationsbezogen* durchgeführt werden, d.h. es sollten Maßnahmen für die Behandlung der gleichen Erkrankung miteinander verglichen werden. Das Ergebnis der KNB muss aber einen *indikationsübergreifenden* Vergleich der Kosten-Nutzen-Verhältnisse erlauben, um eine begründete Entscheidung über die Angemessenheit des Kosten-Nutzen-Verhältnisses zu erlauben. Dies setzt voraus, dass der medizinische Nutzen zusätzlich zu den indikationsspezifischen Effektmaßen auch mit einem *generischen* (krankheitsunabhängigen) Nutzenmaß erfasst wird (z.B. LYS oder QALY).

These 10: Der Vergleich des Kosten-Nutzen-Verhältnisses mit den bereits bestehenden Kosten-Nutzen-Verhältnissen *innerhalb* eines Indikationsbereichs, wie es die Effizienzgrenzen im Methodenvorschlag des IQWiG vorsehen, erlaubt hingegen keine ethisch hinreichend begründete Entscheidung über die Angemessenheit des Kosten-Nutzen-Verhältnisses.

These 11: Die Quality Adjusted Life Years (QALYs) stellen das national wie international am weitesten verbreitete, methodisch am besten etablierte *generische* Instrument zur Bewertung des medizinischen Nutzen dar, das Auswirkungen auf die Lebensqualität und die Lebenserwartung erfasst. Zwar weisen die QALYs verschiedene methodische Probleme auf, eine umsichtige, klug abgewogene Anwendung der QALYs (z.B. Sensitivitätsanalysen für unterschiedliche Wertannahmen) ist eher vertretbar als vollständig auf indikationsübergreifende Vergleiche zu verzichten.

These 12: Pragmatisch scheint mir die Annahme eines „Signal-Grenzwertes“ für das Kosten-Nutzen-Verhältnis sinnvoll – z.B. bei 35.000-50.000€/QALY –, oberhalb dessen eine besondere Begründung erforderlich ist, um das Kosten-Nutzen-Verhältnis bzw. den Preis zu akzeptieren. Als legitime Gründe kommen neben den bereits erwähnten ethischen Kriterien der medizinischen Bedürftigkeit und des individuellen medizinischen Nutzens auch das Innovationspotential und der erwartete Budget-Impact in Frage. Eine Leistung darf nur bei Verfügbarkeit einer kostengünstigeren Alternative aufgrund eines schlechten Kosten-Nutzen-Verhältnisses ausgeschlossen werden („gerechtigkeitsethischer Constraint“).

Literatur:

Marckmann G. Zwischen Skylla und Charybdis: Reformoptionen im Gesundheitswesen aus ethischer Perspektive. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2007;12(1):96-100.

Marckmann G. Kosteneffektivität als Allokationskriterium aus gesundheitsethischer Sicht. In: Zimmermann-Acklin M, Halter H (Hg.) Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz. Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag 2007, S. 213-224.

Marckmann G. Gesundheit und Gerechtigkeit. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2008;51(8):887-94.

Kontakt: georg.marckmann@uni-tuebingen.de URL: www.iegmi.uni-tuebingen.de