



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

# Priorisierung in der Medizin - und einige Missverständnisse

Heiner Raspe

Seniorprofessur für Bevölkerungsmedizin

Universität Bremen: Gesundheitspolitisches Kolloquium

Bremen, 21. Mai 2014

# Priorisierung: unsere Definition



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Allgemein lässt sich Priorisierung definieren als die ausdrückliche Feststellung der **Rangfolge** aller Elemente einer **Menge** von miteinander zu vergleichenden **Objekten**.

In der **Medizin** kann es sich dabei um Gesundheits- oder Versorgungsziele, um Kranken- oder Krankheitsgruppen, Krankheitszustände, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, einzelne Krankheitsfälle und auch **Indikationen** handeln.

Grundsätzlich führt Priorisierung zu einer **mehrstufigen Rangreihe**. An deren oberen Ende steht, was nach Maßgabe gesellschaftlich geklärter Ziele, Werte, Normen und Kriterien sowie nach Datenlage und fachlichem Konsens in einem **geordneten Verfahren** als dringend behandlungsbedürftig oder unverzichtbar beurteilt wird, am Ende das, was keiner medizinischen Behandlung bedarf, kaum oder nicht wirkt bzw. mehr schadet als nützt.

Priorisierung nach einem **schwedischen Modell** endet in begründeten (veränderlichen) **Empfehlungen**, die **Allokationsentscheidungen** legitimierter Dritter **informieren** – aber nicht vorwegnehmen.



**Rationierung ist** dagegen das systematische tatsächliche **Vorenthalten** medizinisch indizierter, d.h. wenigstens überwiegend nützlicher (und prinzipiell verfügbarer) medizinischer Leistungen aus **Knappheitsgründen**

- regelhaft verbunden mit dem Ziel einer gerechten **Zuteilung** noch ausreichender **Rationen** unter Anerkennung unterschiedlicher Bedarfe.




UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

10

	9	10	11	12	13	14	15
MEAT		3				4	
EGGS		3					4
FATS	B						
	M	3					4
	CF						
CHEESE		3					4
BACON		3					4
SUGAR	X	X	X	X	X	X	X

1

MINISTRY  OF FOOD

# RATION BOOK

(GENERAL) 1944-45

Surname POOLE

Other Names N.E.T.

Address "Yermside" Portsmouth  
(as on Identity Card)  
clean Keswick

NATIONAL REGISTRATION NUMBER DBKR 1176 : 2

FOOD OFFICE CODE No. **G**

R.B.1  
7 GENERAL

Serial No. of Ration Book **CX 748762**

**N.W. 70 B.**

M.F.

IF FOUND RETURN TO ANY FOOD OFFICE



# Priorisierung - Rationierung

Meine These:

Priorisierung beinhaltet ein definitiv anderes Reflexions- und Handlungsprogramm als Rationierung.

Aber: Keine Rationierung ohne vorherige Priorisierung !



1. Phase

2. Phase

3. Phase

Bürgerbeteiligung

**normative Basis für Priorisierung innerhalb jeweiliger nationaler Settings**

- Ziele der Medizin
- grundlegende Werte
- „inhaltliche“ Kriterien
- „prozedurale“ Kriterien

normative Fragen und Wertentscheidungen erfordern gesellschaftlichen Diskurs

**Vorbereitung des Priorisierungsprozesses**

- Ziele und Adressaten der Priorisierung
- Art und Ebene der Objekte der Priorisierung
- Operationalisierung inhaltlicher Kriterien
- Umsetzung prozeduraler Kriterien

Vorbereitung konkreter Priorisierungsprozesse erfordert inhaltliche Arbeit von Fachleuten in enger Abstimmung mit Zielgruppen und Betroffenen im Rahmen der vorher geklärten Normen und Werte

- Identifikation der Objekte
- Informationen zu jedem Objekt (nach inhaltlichen Kriterien)
- Bewertung der Objekte (Rangreihenbildung)

**Erarbeitung konkreter Priorisierungsvorschläge**

Sammlung und Bewertung von Daten erfordert multidisziplinären Expertendiskurs (ggf. mit Beteiligung von Patienten)

öffentliche / (fach-)mediale Diskussion



## Priorisierung: unvermeidlich auch ein politisches Thema

- Priorisierung berührt immer normative Fragen nach der Organisation und Ausgestaltung eines Gemeinwesens.
- Ihre kollektive Beantwortung hängt ab von
  - gesellschaftlichen / kulturellen Traditionen
  - politischen Richtungsentscheidungen.



Damit ist Priorisierung stets ein auch politisches Thema.

In verschiedenen Gesellschaften sind unterschiedliche Orientierungen denkbar. Ihre Klärung erfordert eine breite gesellschaftliche Diskussion.





UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

## Lübecker Bürgerkonferenz

„Was ist uns wichtig  
in der medizinischen Versorgung –  
wie können wir über Prioritäten  
entscheiden?“

Erste Bürgerkonferenz zur Prioritätensetzung in der medizinischen Versorgung



**BÜRGERKONFERENZ  
LÜBECK 2010**

Kontakt:  
Institut für Sozialmedizin  
Universität zu Lübeck  
Ratzeburger Allee 160  
23538 Lübeck  
Telefon: 0451 500-5825  
E-mail: sabine.stump@uk-sh.de

IM FOCUS DAS LEBEN



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK



**BÜRGERKONFERENZ  
LÜBECK 2010**



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Bürgervotum  
zur  
Prioritätensetzung in der  
medizinischen Versorgung

05. Juli 2010



Verfasst von der Lübecker Bürgerkonferenz:  
„Was ist uns wichtig in der medizinischen Versorgung –  
wie können wir über Prioritäten entscheiden?“





UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

## Priorisierung begann in **Europa** in Norwegen 1985

Norwegens Sozialministerin richtete im Mai 1985 ein rein wissenschaftliches Komitee ein, dessen Führung dem Osloer Theologen Prof. Inge Lønning übertragen wurde.

Im Juni 1987 wurden von der Staatskommission (!)

***Guidelines for prioritizations in the Norwegian health service***

vorgelegt. Sie fanden die Zustimmung des Parlaments.



## Angesichts des bereits fließenden Nordsee-Öls ...

„The committee is of the opinion that the guidelines for prioritizations in the health service should be formulated in such a way that they may be applied independently of whether the health sector's total financial resources increase, are reduced or remain stable.“

„In the opinion of the [Lønning I] committee, the major challenge facing Norwegian health policy will be to find acceptance for the fact that some, in themselves, desirable forms of care and treatment will have to be pushed to the back of the queue.“

„...invite the broadest possible participation in the debate.“

(NOU 1987: 23: Summary)



Probleme der Kostenbegrenzung im Gesundheitswesen durch Prioritätensetzung – ein Blick über die Grenzen.\*

von Kurt Fleischbauer

Ungesucht sehr verschärfte Mechanismen der Steuerung des Anstiegs der Kosten des Gesundheitswesens durch die höheren Erwartungen an die Diagnostik und die Behandlung zwingt zu neuartigen Mitteln.

Priorisierung von rehabilitativen Leistungen: Anlässe, Methoden, Probleme

Professor Dr. med. Dr. phil. Heiner Raspe, Lübeck

Der zentrale Punkt, die Mittel für Rehabilitationsleistungen enger zu begrenzen, liegt im Vordergrund, da es möglich ist, eine Priorisierung von rehabilitativen Leistungen vorzunehmen. In Deutschland ist die Priorisierung von Rehabilitationsleistungen ein zentraler Punkt der Gesundheitspolitik. Die Priorisierung von Rehabilitationsleistungen ist ein zentraler Punkt der Gesundheitspolitik. Die Priorisierung von Rehabilitationsleistungen ist ein zentraler Punkt der Gesundheitspolitik.

1997

Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission)

Prioritäten in der medizinischen Versorgung

im S

BEKANNTGABEN DER HERAUSGEBER

BUNDEPÄRTEIKAMMER

Bekanntmachungen

Stellnahmen

der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission)

Priorisierung medizinischer Versorgung

der Gesetzlichen

Stellung

Vorwort

Auch wenn die gesundheitspolitischen Entscheidungen in den letzten Jahren nicht immer vollständig reibungslos verliefen, so doch kein Zweifel, dass die Reformen des gesetzlichen Krankenkassenrechts in erheblichem Maße zur Verbesserung der Versorgung beigetragen haben.

Deutscher Bundestag  
15. Wahlperiode

Drucksache 15/5980

06.09.2005

2005

Bericht  
der Enquete-Kommission  
Ethik und Recht der modernen Medizin

Über den

FOR 655  
PRIORI

seit 2007



2009

zunehmend Debatte in Fachgesellschaften u. Wissenschaft: u. A. Arbeitsgruppe bei der BÄK

2012/13

Ärztlich unterstützte Priorisierung ist notwendig und hilfreich

Die Öffentlichkeit ist zunehmend besorgt über die Kosten des Gesundheitswesens. Die Priorisierung von Leistungen ist eine notwendige Maßnahme, um die Kosten zu begrenzen. Die Priorisierung von Leistungen ist eine notwendige Maßnahme, um die Kosten zu begrenzen.

# Meilensteine der deutschen Debatte



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

In Deutschland begann die öffentliche Diskussion nicht mit den ZEKO-Stellungnahmen 2000 und 2007, sondern mit der ....

Mainz, 19. Mai 2009

**Rede des Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, zur Eröffnung des 112. Deutschen Ärztetages**

**Verteilungsgerechtigkeit durch Priorisierung –  
Patientenwohl in Zeiten der Mangelverwaltung**

(Es gilt das gesprochene Wort.)



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Priorisierung nur zur „Mangelverwaltung“ ?



## Deutsche Gesundheitspolitiker reagieren ...

„Dass es eine Liste von Krankheiten gibt, die man behandelt und andere nicht, stimmt nicht mit meinem Verständnis von Humanität und dem Artikel 1 des **Grundgesetzes** überein.“ (U. Schmidt, Gesundheitsministerin SPD, Juli 2009)

... Drittens kann ich eine solche Rangfolge auch mit meinen **ethischen Vorstellungen** als Arzt nicht in Einklang bringen. Deshalb wundere ich mich, dass diese Diskussion von Ärzten angestoßen wird. Eine Rangfolge zu bilden heißt doch, Wertigkeiten einzuführen. Ich möchte aber Menschen und Krankheiten nicht bewerten. **Deshalb bin ich auch nicht bereit, diese Diskussion zu führen**“ (Dr. Rösler, FDP, Februar 2010)

„Priorisierung lässt sich **ethisch nicht vertreten**“ (J. Graalmann, Vorstand AOK BV, Oktober 2011)

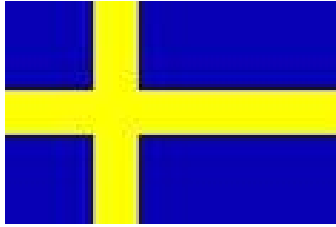




## „Unethisch“? Norwegen 1987 ...

„In its discussion of objectives, principles and guidelines for the future process of prioritization within the Norwegian health service, the committee has based its work on generally-accepted values in Norwegian society... [→ *nationale Moralität*]

...(the) social responsibility for socially-deprived and underprivileged individuals in the health sector should manifest itself as a prioritized obligation in respect of the weakest individuals in society.“



## Schweden als Modell

Gesetzlicher Rahmen  
ab 1.7.1997:

„Die Menschen mit dem größten Bedarf an Gesundheitsleistungen haben Vorrang in der Versorgung“



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

# Priorities in health care

Ethics, economy, implementation



SOU  
1995:5

1995 !

Final report by  
The Swedish Parliamentary  
Priorities Commission



# Ethische Kriterien der Priorisierung

„in ranking order“

„Humanist view of man“ „rooted in Christian values“ „in the welfare society“

„The Commission [of the Swedish Parliament 1995] proposes three principles on which priorities should be based:

*The principle of **human dignity**: all people are equal in dignity regardless of personal characteristics and functions in society.*

*The principle of **need and solidarity**: resources should be committed to the person or activity most in need of them.*

*The principle of **cost-efficiency**: ... a reasonable relation between cost and effect ... should be aimed for“*



# Solidarität

„Solidarity signifies shared practices reflecting a collective commitment to carry ‚costs‘ (financial, social, emotional or otherwise) to assist others“

(Prainsack and Buyx 2011; RZ 30)

## ***Eine Option für die Schwachen und Vulnerablen***

**Grenzen:** Minimale Wirksamkeit, Budgetbelastung, verweigerter Mitwirkung, Patientenautonomie ???



# Solidarität hat in unserem System viele Anker

- Gesetzliche „Krankenversicherung als Solidargemeinschaft“ (§ 1 Satz 1 SGB V) mit 6 einzelnen Solidaritäten
- Ökumenische Ethik
- Starke Präferenz der Bevölkerung
- Klinische Grundhaltung (Deontologie)
- Wiederbelebung in der Bioethik (s.o.) nach jahrelanger Betonung der Patienten/“Kunden“-Autonomie





# South Central Ethical Framework (NHS)

Priorities Support Unit 2008

The ethical framework is especially concerned with the following:

1. Evidence of clinical and cost effectiveness
2. Equity
3. Health care need and benefit: *Health care should be allocated justly and fairly to need and capacity to benefit, such **that the health of the population is maximised** within the resources available. The Committees will consider the health needs of people and populations according to their **capacity to benefit** from health care interventions.”*
4. Cost of treatment and opportunity cost
5. Needs of the community
6. Policy drivers
7. Exceptional need





UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

## „More for Less“ 2010 Summary of misuse, overuse, underuse, and under-coordination ....

This IMPRESS paper is produced by primary and secondary care clinicians with a respiratory interest, facilitated by a Health Foundation-supported London School of Economics team. It aims to guide commissioners working within the limits of respiratory programme budgets to allocate resources to the interventions for a population with COPD that offer the most value, defined as outcomes divided by cost. It also aims to introduce health economic concepts and literature that may be unfamiliar to many. It builds on our previous work on More for Less ([Appendix 1](#)) which

IMPRESS Guide to the relative value of  
COPD interventions



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

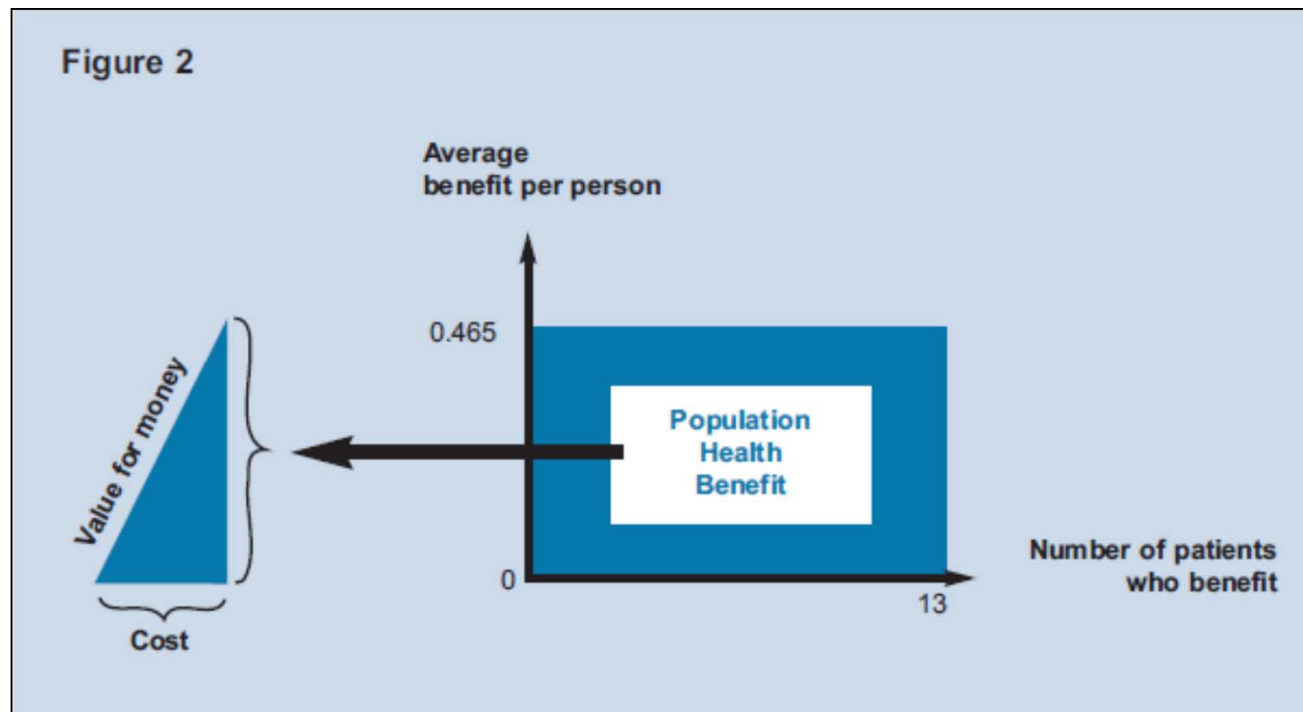
At a decision conference, for each category of disease severity, describe how and how much an archetypal patient would benefit from an intervention (to create an index on the y axis). We scored the benefit using a visual analogue scale of 0-100 as used in economic evaluations,<sup>19</sup> zero being no benefit, and 100 being maximum benefit. We also discussed the risk of harm in terms of side-effects and mortality and subtracted that but did not calculate disbenefits (ie use a negative number index). Note that because we used three categories of patients, and started with the most severe, the index did extend beyond 100 in the mild-moderate group for stop smoking: patient benefits are assessed on a scale where 100 is the benefit from smoking cessation to the severe category (smoking cessation for patients in the mild-moderate category is 130 because the patients will be younger and so will have greater residual life expectancy and fewer accumulated pack years).



**IMPRESS Guide to the relative value of COPD interventions**



Figure 2





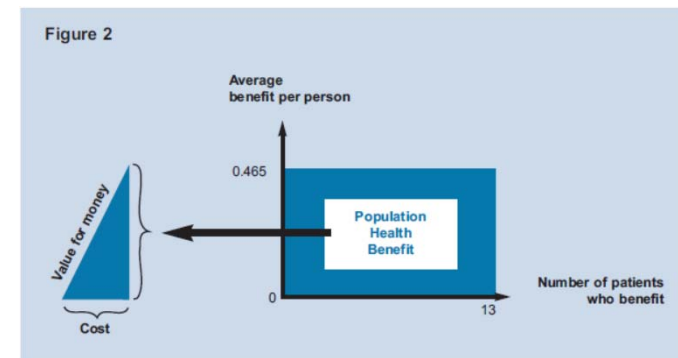


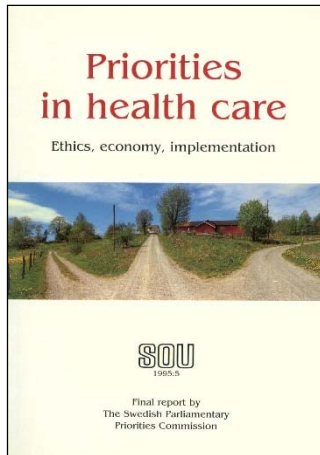
UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

At a decision conference, for each category of disease severity, describe how and how much an archetypal patient would benefit from an intervention (to create an index on the y axis). We scored the benefit using a visual analogue scale of 0-100 as used in economic evaluations,<sup>19</sup> zero being no benefit, and 100 being maximum benefit. We also discussed the risk of harm in terms of side-effects and mortality and subtracted that but did not calculate disbenefits (ie use a negative number index). Note that because we used three categories of patients, and started with the most severe, the index did extend beyond 100 in the mild-moderate group for stop smoking: patient benefits are assessed on a scale where 100 is the benefit from smoking cessation to the severe category (smoking cessation for patients in the mild-moderate category is 130 because the patients will be younger and so will have greater residual life expectancy and fewer accumulated pack years).

IMPRESS Guide to the relative value of COPD interventions

- Beginnt mit „benefit“ und 0 – 100/130 Punkten
- Jüngere und leichtere Fälle profitieren mehr
- Leichtere Fälle sind häufiger
- Leichtere Fälle sind kostengünstiger
- Sozialgradient von Prävalenz und Nutzen ?





UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

## „viewpoint of the individual not of the national economy“

„... the Commission rejects a benefit principle implying that the choice in prioritisation situations must fall on whatever confers the most benefit to the greatest number of people. In that case the benefit principle rests on the possibility of aggregating the benefit of care for many people with small needs in such a way as to counter balance great benefit to a small number. This can mean, for example, deciding to devote resources to helping a large number of people with mild hip disorders instead of a few with severe traffic injuries. The benefit principle in this sense is incompatible with the principle of need and solidarity.“ (SOU 1995:5:20,110)

“An important standpoint in the national model is that if conflicts arise between collective benefit and individual benefit, the collective benefit should never be given greater weight.“ (Broquist et al 2011, 36)



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

# National Model for Transparent Prioritisation in Swedish Health Care

Revised Version



2011:4

Mari Broqvist Maria Branting Elstrand  
Per Carlsson Kristina Eklund Anders Jakobsson

 Linköping University

„Vertikale“ Priorisierung  
Innerhalb einzelner  
Versorgungsbereiche

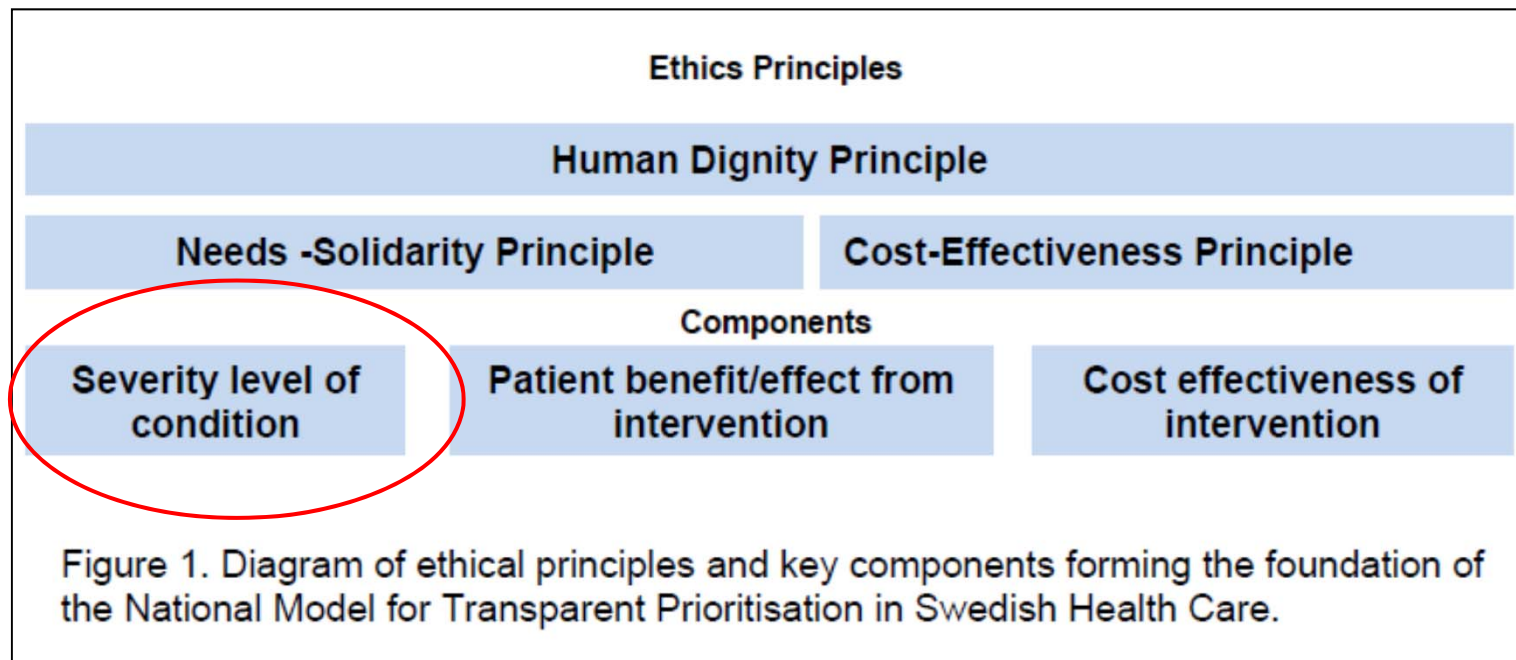
Priorisierung von fixen  
Verbindungen von  
Krankheitszuständen  
und Interventionen  
(CIPs)

Indikationen - Bedarfe





# Werte- und Kriterienbasierte Priorisierung in Schweden





Vorzeitiger Tod  
Leiden  
Behinderung  
Lebensqualität

Condition	Intervention	Condition's severity level	Patient benefits	Quality of knowledge base	Costs/ effects	Quality of knowledge base	Ranking	Comments/ consequences

Figure 3. Worksheet for documenting the steps in the National Model for Transparent Prioritisation in Swedish Health Care.

**Klinische und gesellschaftliche  
Perspektive**

**Häufigkeit irrelevant  
„Selbstverschulden“ irrelevant**

# Priorisierungskriterien



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Lübeck, postalischer Survey 2009/10, n = 1360 – 46%

<b>Es sollen bevorzugt werden ....</b>	<b>Eindeutig Ja %</b>	<b>Eher Ja %</b>	<b>Gesamt %</b>	<b>Unter den 3 wichtigsten</b>
Behandlungen mit großem Nutzen	55	28	<b>84</b>	43
Behandlungen mit eindeutigem wissenschaftlichen Nachweis	48	31	<b>78</b>	48
Patienten mit schweren Erkrankungen	45	29	<b>74</b>	83
Kinder	32	25	<b>57</b>	32
Patienten mit großer familiärer Verantwortung	21	26	<b>47</b>	28
Patienten mit gesundem Lebensstil	24	22	<b>46</b>	23
Behandlungen mit günstigem KNV	18	19	<b>37</b>	23
Patienten mit großer gesellschaftlicher Verantwortung	3	7	<b>10</b>	4



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

# Priorisierungsleitlinien

Ein Werkzeug der Versorgungsberatung



# Am Ende: ein mildes Werkzeug der Versorgungsberatung: Leitlinien



## Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012

Osteoporos, artros, inflammatorisk  
ryggsjukdom och ankyloserande spondylit,  
psoriasisartrit och reumatoid artrit

Stöd för styrning och ledning

Unterstützung,  
nicht Vorschrift

Nationella riktlinjer för  
rörelseorganens sjukdomar  
2012

Osteoporos, artros, inflammatorisk  
ryggsjukdom och ankyloserande spondylit,  
psoriasisartrit och reumatoid artrit

Stöd för styrning och ledning



3. Kategorie:  
Icke göra / tu es nicht

	Tillstånd/Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
	Hög risk för fall hos äldre i särskilt boende och sjukhusmiljö <i>Fallpreventiva åtgärder</i>	Avgörande för rekommendationen är att ålder i sig är en riskfaktor för fall. Risken för fall är högre bland äldre i särskilt boende och sjukhusmiljö än bland dem som bor i ordinärt boende.	4
A21.01	Måttlig risk för fall hos äldre i ordinärt boende <i>Fallpreventiva åtgärder</i>	Avgörande för rekommendationen är att ålder i sig är en riskfaktor för fall. Risken för fall är dock lägre bland äldre i ordinärt boende än bland dem som bor i särskilt boende och sjukhusmiljö.	6
A22.01	Hög risk för fall och frakturer hos äldre <i>Höftskydd</i>	Avgörande för rekommendationen är att det finns andra åtgärder som har bättre effekt och därför bör användas i första hand för att förebygga frakturer hos äldre.	8
A23.01	Måttlig till hög risk för fall och frakturer hos äldre <i>Balansträning</i>	Avgörande för rekommendationen är tillståndets svårighetsgrad samt att patientnyttan bedöms som måttlig.	6
A19.01	Måttlig risk för frakturer hos kvinnor med låg bentäthet <i>Vibrationsträning</i>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av åtgärden är otillräckligt. Framtida forskning förväntas tillföra ny kunskap. Det finns andra åtgärder som har god effekt och därför bör användas i första hand.	FoU





# Priorisierung in der kardiologischen AHB

## Eine erste deutsche Priorisierungsleitlinie

(05.11.2013)

NR	Condition	Intervention (sofern keine Kontraindikation)	Maßstab für Bewertung	Krankheits- schwere	Netto- nutzen	Eviden- zen	relative Kosten	vorläufi- ger Rang	
	Kammerflimmern	Defibrillation	E-D	sehr hoch	sehr hoch	sehr gut	sehr nied- rig	M	1

### Relevante Condition-Intervention-Pairs für die Anschlussrehabilitation (AHB / AR) nach ACS und/oder koronarer Intervention (122 CIPs )

Basisversorgung (BV)									
NR	Condition	Intervention (sofern keine Kontraindikation)	Maßstab für Bewertung	Krankheits- schwere	Netto- nutzen	Eviden- zen	relative Kosten	vorläufi- ger Rang	
BV1	Basisdiagnostik	körperliche und technische kardiologische Basisdiagnostik unter Berücksichtigung von Vorbefunden, inkl. Verlaufskontrolle	SE-M					M	2
BV2		systematisches psychosoziales Assessment	SE-M					M	2
BV3		Assessment von kardiovaskulären Risikofaktoren unter Berücksichtigung von Vorbefunden <sup>1</sup>	SE-M					M	2
BV4		individuelle Zielvereinbarung	SE-M SE-mV					M	2
BV5	Atherosklerotische Herzkrankheit	aerobes Ausdauertraining mit definierter Belastung und/oder Monitoring	E-D	hoch	hoch	gut? <sup>2</sup>	sehr nied- rig	M	2
BV6		gerinnungshemmende Medikation	E-D	hoch	hoch	sehr gut?	moderat	M	2
BV7		Informationsaustausch mit weiterbehandelnden Ärzten und Therapeuten (aus ETM 14)	SE-M					M	2
BV8 FB		Nachsorgeprogramm, Nachsorgeorganisation	SE-R					M	2
BV9		Schulung/Seminar zur krankheitsbezogenen Selbstpflege <sup>3</sup>	SE-mV					M	3
BV10		Vortrag/Seminar zur Gesundheitsbildung (aus ETM 06) (insb. Infos über Folgen von Rauchen, Stress, Bewegungsmangel, Fehlernährung)	SE-mV					S	4
BV11		Cholesterinsenker (Statine)	E-D	hoch	hoch	sehr gut?	moderat	S	4
BV12		Empfehlung und Information zur Teilnahme an einer (koronaren) Herzsportgruppe	E-D/E	hoch	hoch	mäßig?	sehr nied- rig	S	4
BV13 FB		Patientenschulung Koronare Herzkrankheit in der Gruppe <sup>4</sup> (aus ETM 04)	SE-mV					S	5
BV14		Empfehlung und Information zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe, Selbsthilfeorganisation	SE-R					K	7



# Unsere Kriterien und Skalierungen

Kriterium	Skalierung
Schwere (aktueller SG, Prognose)	Sehr hoch – hoch – moderat - niedrig (führend)
Patientenurteil (Survey)	Professionelle Unterschätzung?
(Netto)Nutzenpotential	Sehr hoch – hoch – moderat – niedrig (führend)
Schadenrisiken	Bei rehatypischen Interventionen zu vernachlässigen
Dringlichkeit (in/nach Reha)	Ja – nein (nachgeordnet)
Relative Kosten (Personal)	Hoch – moderat – niedrig – sehr niedrig (nachgeordnet)
Evidenzlage (Metakriterium)	Sehr gut – gut – mäßig – schwach – fehlend (nachgeordnet)



# Evidenz-Typen

- Evidenz aus empirischer Forschung („Nutzen-idealisation“ – dünne Datenlage, öfter Expertenurteil)
- „Evidenz“ aus rechtlichen oder ethischen Vorgaben (Selbstbestimmung, Nachteilsausgleich)
- „Evidenz“ aus der Handlungslogik der Medizin (Assessment vor Therapie, Intervention)
- „Evidenz“ aus der Systemlogik der Rehabilitation (Rehaziele, Nachsorge)



## Vergabe der Ränge

(„... the priority level should be viewed as a **qualitative appraisal**“; Broqvist et al 2011, 44)

Qualitatives konsentiertes professionelles Urteil

Referenz: gesamte Kardiologie (Beginn bei „2“)

Kriterien: Schweregrad, Nettonutzen, Dringlichkeit, Kosten, Evidenzlage

3 Rangbereiche: **M** = muss (prima facie Pflicht, 1 – 3) –

**S** = soll (4 – 6) – **K** = kann (7 – 10)

man vorschlagen/realisieren

(dazu: nicht machen – FuE)

# 5 Bereiche



Basisversorgung (BV)										
NR	Condition		Intervention (sofern keine Kontraindikation)	Maßstab für Bewertung	Krankheits- schwere	Netto- nutzen	Eviden- zen	relative Kosten	vorläufi- ger Rang	
BV1	heit	Basisdiagnostik	körperliche und technische kardiologische Basisdiagnostik unter Berücksichtigung von Vorbefunden, inkl. Verlaufskontrolle	SE-M					M	2
BV2			systematisches psychosoziales Assessment	SE-M					M	2
BV3			Assessment von kardiovaskulären Risikofaktoren unter Be-	SE-M					M	2

(Direkte) Folgen der Grundkrankheit und ihrer Behandlung (F)										
F1	Zustand nach Myokardinfarkt		angepasste medikamentöse Therapie	E-D	sehr hoch	sehr hoch	sehr gut	moderat	M	2
F2 FB	leichte Herzinsuffizienz (NYHA I- II)		an Belastbarkeit angepasstes körperliches Training (insb. aerobes Ausdauertraining)	E-D	hoch	hoch	sehr gut	niedrig	S	4
F3			angepasste medikamentöse Therapie (Einleitung und Opti-	E-D	hoch	hoch	sehr gut	moderat	S	5

Komorbiditäten, Risikofaktoren und Prognosefaktoren (KPR) <sup>5</sup>										
KRP1	Adipositas (BMI 30-35)		regelmäßiges aerobes Ausdauertraining auch zur Förderung der Bewegungsorientierung (aus ETM 01 und 03)	E-D/E	niedrig	gering	gut	niedrig	K	7
KRP2			zielorientiert angepasste Ernährungsberatung theoretisch und praktisch (aus ETM 07 und 08)	E-D/E	niedrig	gering	mäßig	niedrig / hoch	K	7
KRP3			spezielle Patientenschulung (aus ETM 05)	E-D/E	niedrig	gering	gut	sehr nied-	K	8

Sozioökonomische und psychosoziale Kontextfaktoren (SP)										
SP1	soziale Isolation / sozialer Rückzug		Vermittlung von Selbsthilfegruppen (aus ETM 14)	SE-R E-E	moderat	moderat	?	niedrig / moderat	S	6
SP2			problemorientierte Gruppenarbeit: soziales Kompetenztraining (aus ETM 09)	E-E	moderat	gering	?	sehr nied- rig	K	7

Erfolgsbarrieren in der Anschlussrehabilitation (EB)										
EB1	Probleme beim Lernen und der Wissensanwendung		angepasstes Informationsvermittlung (auch Einzelinterventionen)	E-E SE-R	hoch	gering	?	sehr nied- rig	M	3
EB2			individualisierte Nachsorgeunterstützung (z. B intensivierte Beratung und Hilfestellung)	E-E SE-R	hoch	gering	gut	niedrig / moderat	S	6





UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

# Die Rangbildung in Oregon 2013

	Impact Health Life		
	+ Impact on Suffering		Need for
Catetory	+ Population Effects	X Effectiveness	X Service
Weight X	+ Vulnerable of Population Affected		
	+ Tertiary Prevention (categories 6 & 7 only)		
		+ Net Cost	





# Situationen, in denen Priorisierung nützlich werden kann



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

**Tatsächliche Ressourcenknappheit, vor Rationierung (als Vorenthalten und Zuteilen)**

**Ausmusterung verzichtbarer Methoden** (vgl. CWI der ABIM Foundation)

**Werte- und Kriterien-basierte Einordnung eines neues Medikaments,  
einer neuen Medizintechnik oder Leistung**

**Re-Distribution von Ressourcen von der Über- zur  
(technischen und humanen) Unterversorgung**

**Klärung des Auftrags, Budgetverhandlung**

**Qualitätssicherung unter professioneller Führung**

**Weiterentwicklung klinischer Praxisleitlinien**

**Personalentwicklung: „was uns wichtig ist“**

**Darstellung nach außen**

**Verteilung von Ressourcenzuwächsen, auch in Form von  
Rationalisierungsgewinnen**



## Beispiele aus NVL KHK (August 2013)

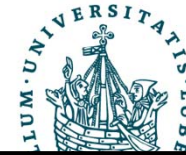
Alle Patienten mit stabiler KHK sollen 100 mg Acetylsalicylsäure (ASS) pro Tag erhalten	↑↑
Alle Patienten mit KHK sollen ... mit einem Statin behandelt werden	↑↑
Bei linkskoronarer signifikanter Hauptstammstenose soll die operative Revaskularisation (ACB) angestrebt werden	↑↑
Die Durchführung einer multidisziplinären Reha soll nach ST-Hebungsinfarkt empfohlen werden	↑↑
Auch Angehörige betroffener Patienten sollen in die Beratungen und Schulungen einbezogen werden	↑↑
In Herbst wird jedem KHK-Patienten die Grippeimpfung angeboten	↑↑

**Alles gleich wichtig („soll“) im Licht der genannten Kriterien ?**



# Lektionen aus der bisherigen Arbeit

- Für Proponenten
  - Priorisieren ist ein (auch) politisches Projekt und
  - eine Aufgabe (auch) der Ärzteschaft („professionalism in action“).
  - Sie erfordert eine sichere ethische Basis und sozial-medizinische Kriterien und
  - eine systematische Bürger- und Patientenbeteiligung.
- Für Opponenten
  - Priorisieren ist etwas anderes als Rationieren.
  - Sie ist nicht nur in Zeiten knapper sinnvoll.
  - Sie kann (und u.E. sollte) Solidarität als zentralen Wert wählen und kriteriell umsetzen,
  - sie ist - in Schweden – versorgungswirksam.



<b>Merkmal</b>	<b>Klinische PraxisLL</b>	<b>PriorisierungsLL</b>
Gemeinsamkeiten	Systematisch, multiprofessionell und partizipativ entwickelt, evidenzbasiert, Empfehlungscharakter, unterschiedliche Empfehlungsstärken	
Fokus	Klinische Probleme	Indikationen, CIPs
Ziel	E-b klinische Medizin	Wertegeleitete und E-b Ressourcenallokation
Maßstab	Evidenz [ $\uparrow\uparrow$ *)], Klinik	Klinik erweitert, Evidenz, Gesellschaft
Beobachtungseinheit	Einzelner Patient	Patientengruppe
Adressat	Kliniker, Patient	Politiker, Verwaltung, Klinikleitung

*\*) DGRh LL Frühe RA (3.2011): „Diesen Empfehlungen liegen Studien mit großer Ergebnissicherheit zugrunde, die einen eindeutigen Nutzen gegenüber Risiko belegen.“*

*„Accuracy in appraising the evidence underlying the priority level is important, but high accuracy per se does not ensure a high priority level for the intervention.“*

*(Broqvist et al 2011, S. 44)*



## The limits to demand for health care

Stephen Frankel, Shah Ebrahim, George Davey Smith

The demand for health care must be finite: the population is finite and only a proportion of the population can benefit from and want treatment.<sup>33</sup>

**Frankel, S.: The epidemiology of indications. JECH 1991;45:257-9**

### Summary points

The rationing debate has been conducted almost exclusively through assertion and political analysis

Conventional assumptions of an imbalance between demand and supply are not supported by evidence

Pessimism about adverse future trends in demand arising from an ageing population, the costs of innovation, and rising public expectations are similarly unsupported by good evidence

Many perceived deficiencies in health care are attributable to issues other than overwhelming demand, such as the unwillingness of the public to accept the limits of effectiveness and the self interest of professionals

The proposition that the limits to demand lie within the capacity of a properly resourced NHS should be tested explicitly