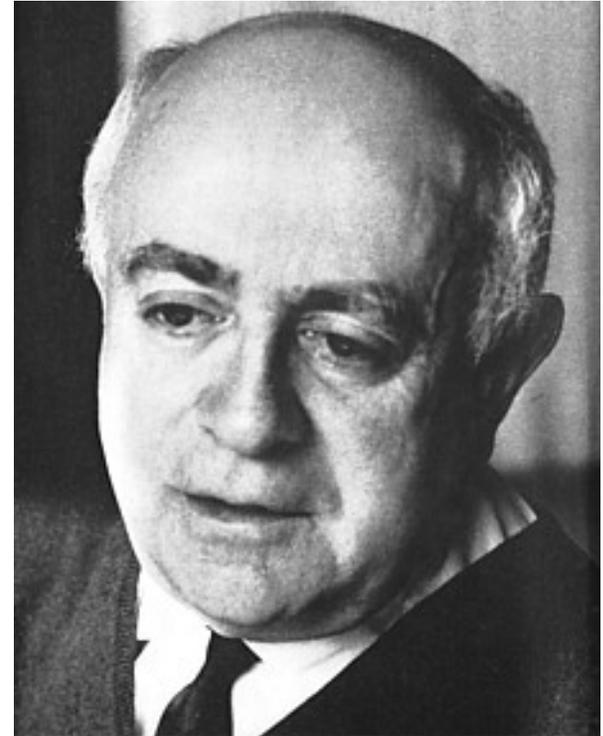


# **Nutzen für die Gesellschaft oder für den Einzelnen ?**

Dr. Stefan Etgeton,

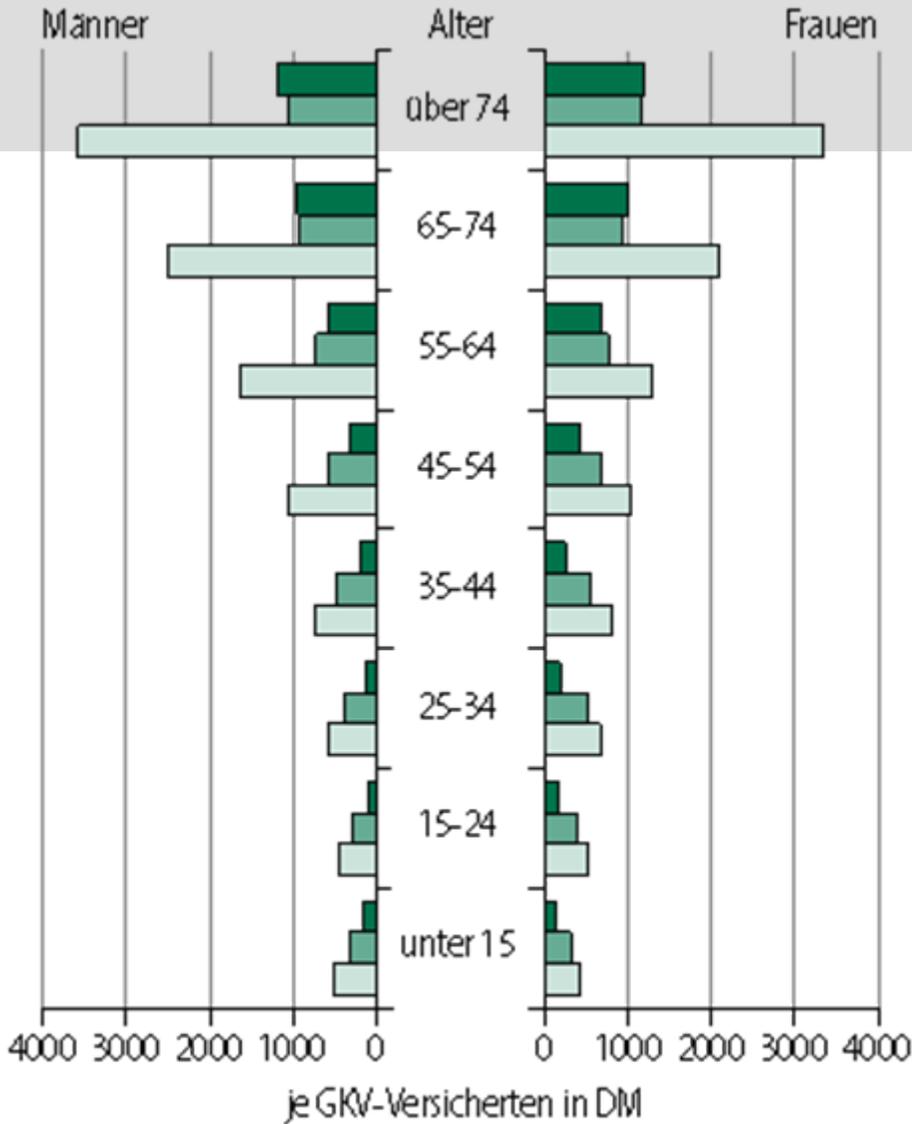
Verbraucherzentrale Bundesverband

„die Gesellschaft ist keine von Menschen unmittelbar, sondern die Beziehungen zwischen diesen haben sich verselbständigt, treten allen Einzelnen übermächtig entgegen ...  
viel Zeit würde vergehen, bis das gesellschaftlich Allgemeine wahrhaft der Inbegriff der individuellen Bedürfnisse wäre“



## These I

Die solidarische Krankenversicherung ist eine wesentliche gesellschaftliche Bedingung dafür, dass kollektiver und individueller Nutzen soweit möglich in Einklang gebracht werden können.

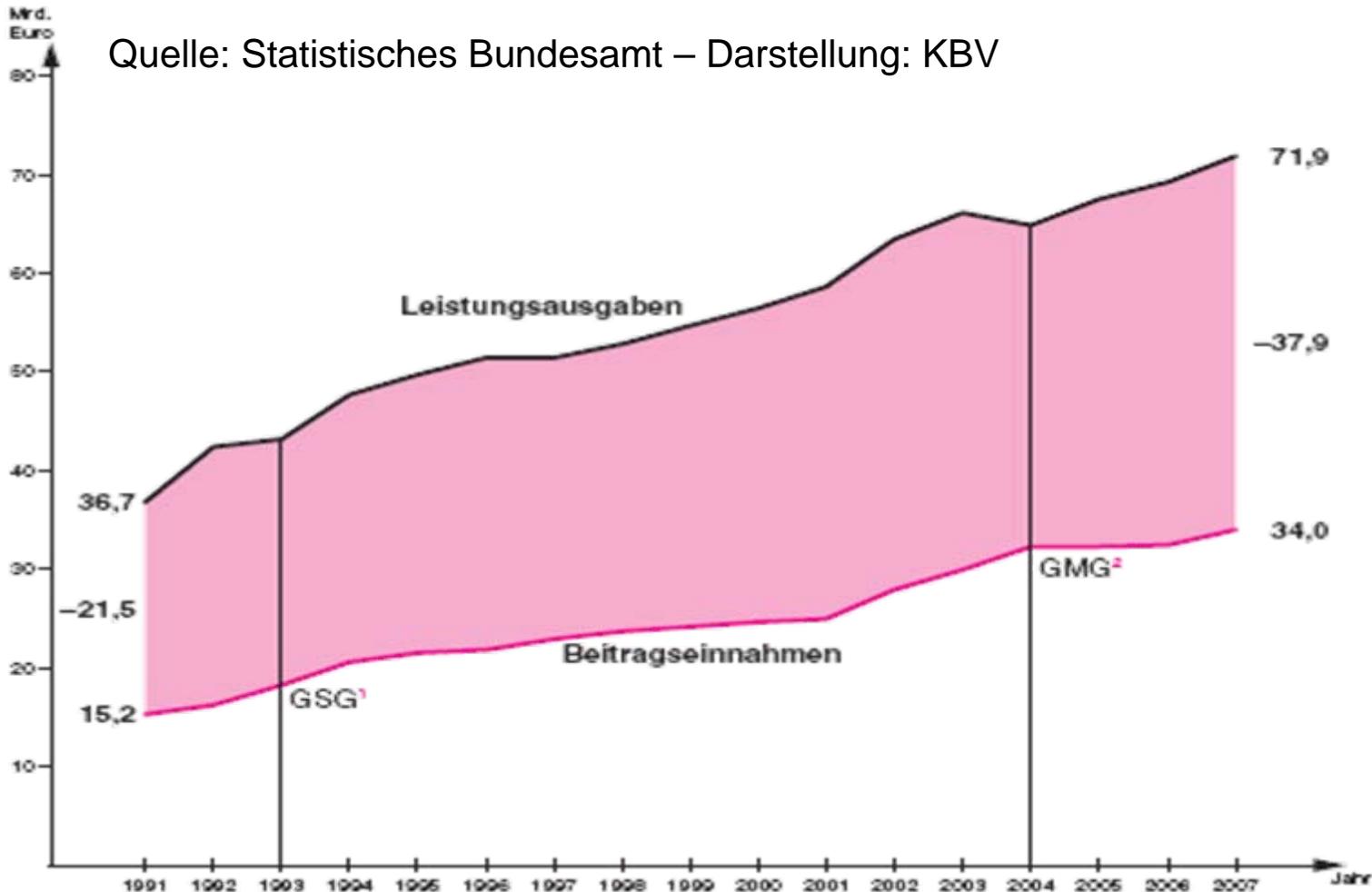


**80% Leistungen -  
20% Versicherte**

Quellen: Erbsland, Wille 1995

- Arzneimittel
- ambulante ärztliche Behandlung
- stationäre Behandlung

# Einnahmen / Ausgaben Rentner



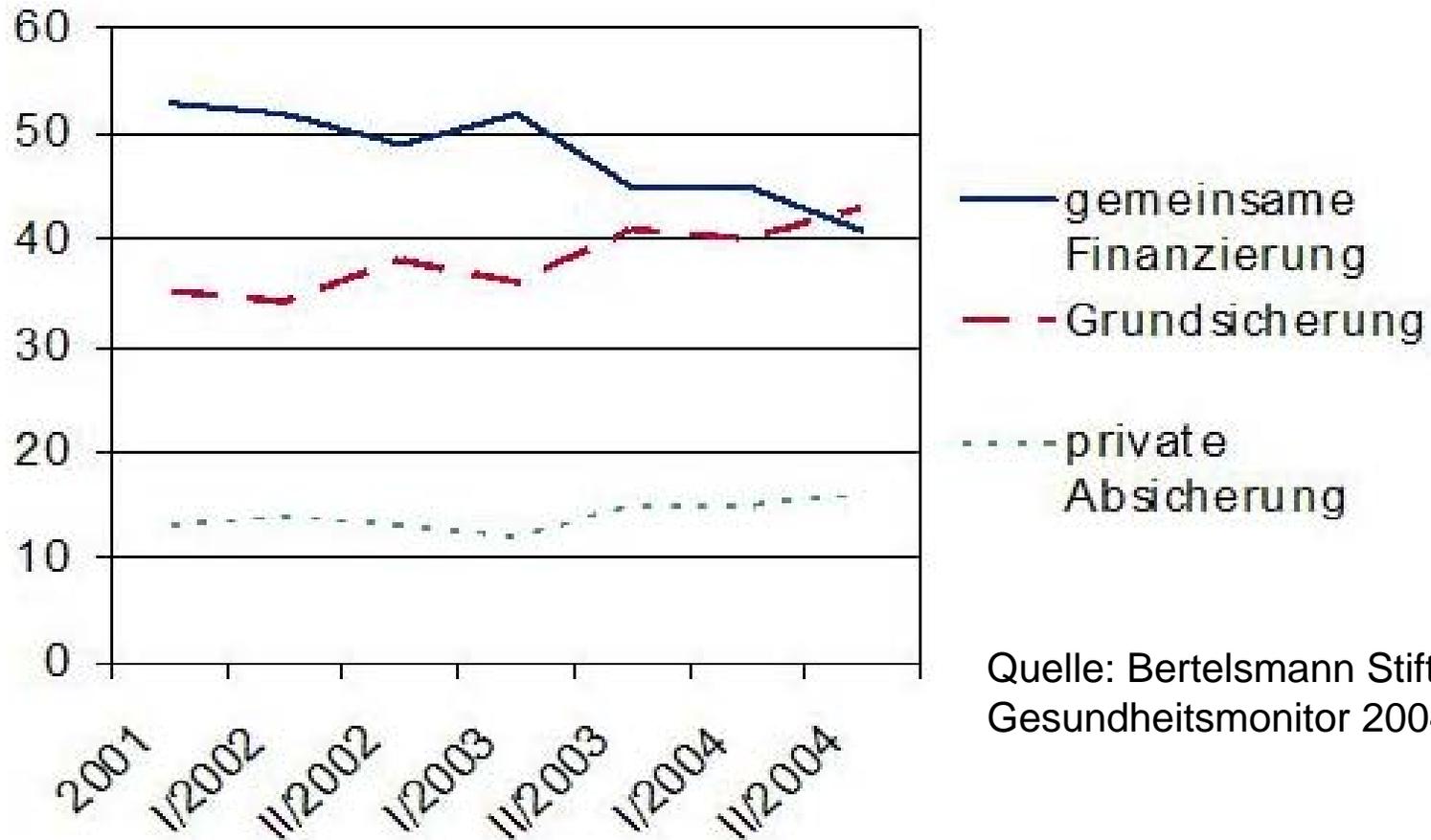
# Solidarbewusstsein

Wenn Sie mehr bezahlen müssen, welcher Versorgungsbereich sollte verbessert werden?

Quelle: Bertelsmann Stiftung Gesundheitsmonitor 2004



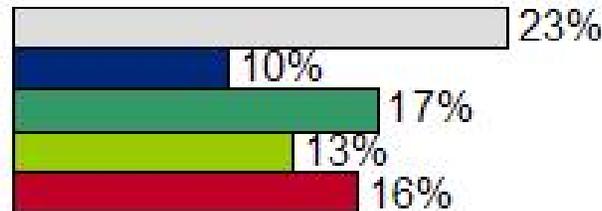
# Solidarische Finanzierung I



Quelle: Bertelsmann Stiftung  
Gesundheitsmonitor 2004

# Solidarische Finanzierung II

private  
Absicherung

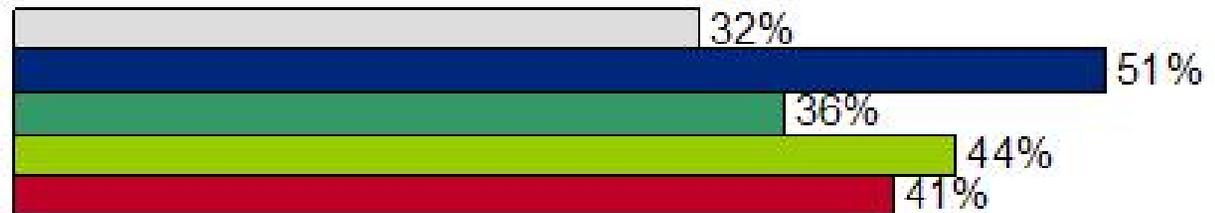


Quelle: Bertelsmann Stiftung  
Gesundheitsmonitor 2004

solidarische  
Grundsicherung



solid. Kranken-  
versicherung



■ alle ■ krank ■ gesund ■ < 1.000 Euro ■ > 3.000 Euro

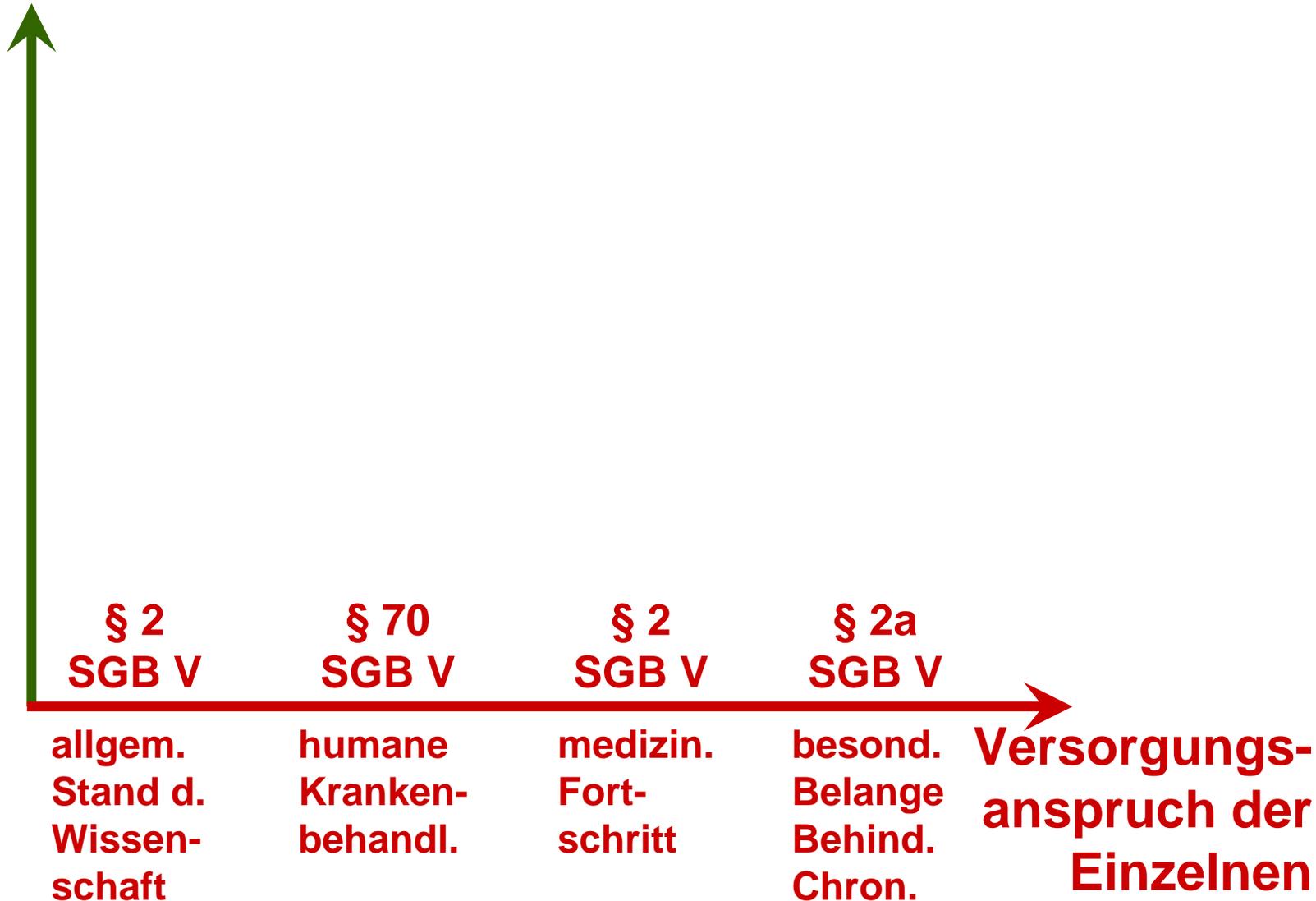
## These II

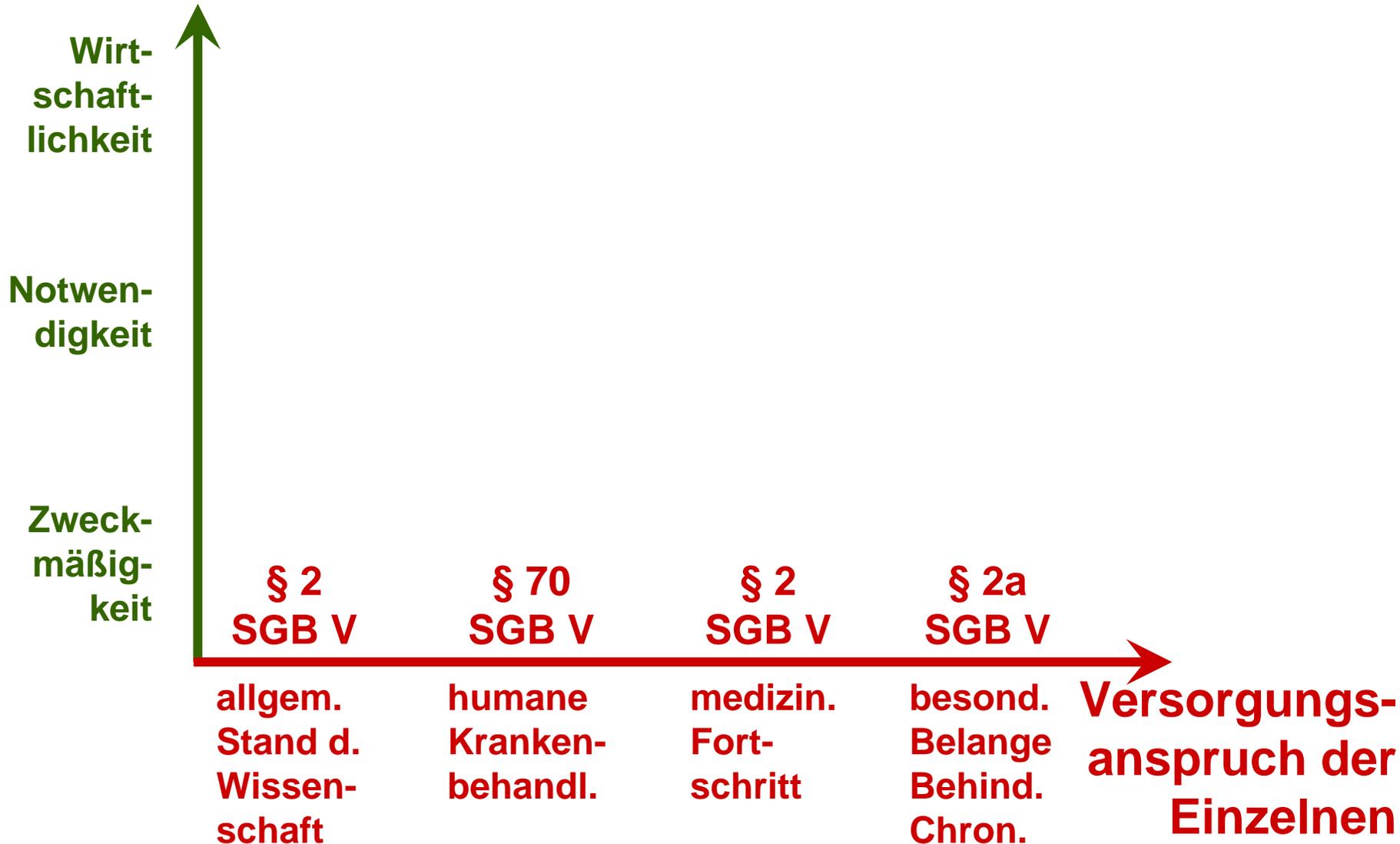
Der Auftrag zur Nutzenbewertung und die Berücksichtigung der Relation von Kosten, Schaden und Nutzen in der Bewertung medizinischer Methoden ergibt sich aus dem *Solidar- und Sachleistungsprinzip* der Gesetzlichen Krankenversicherung.

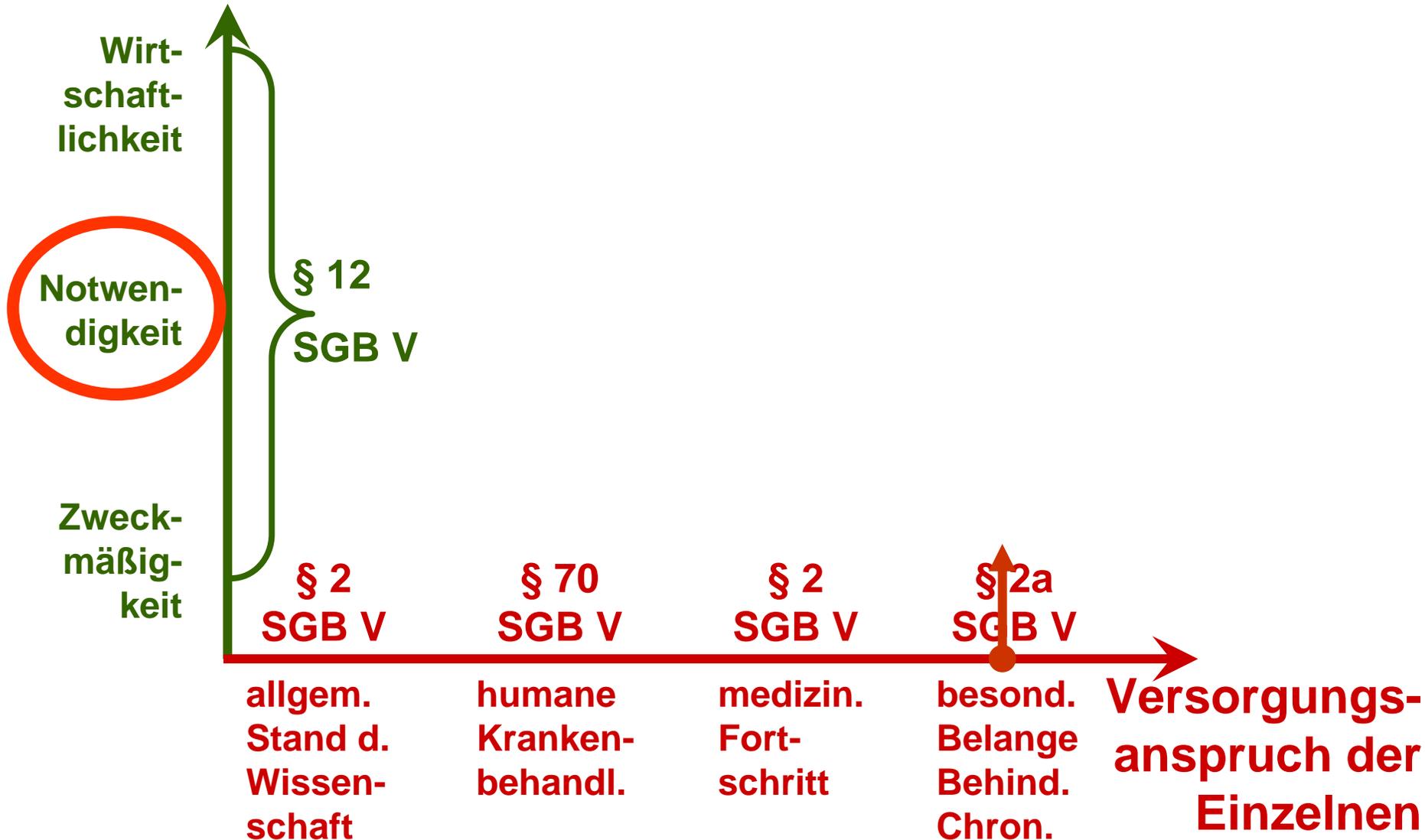


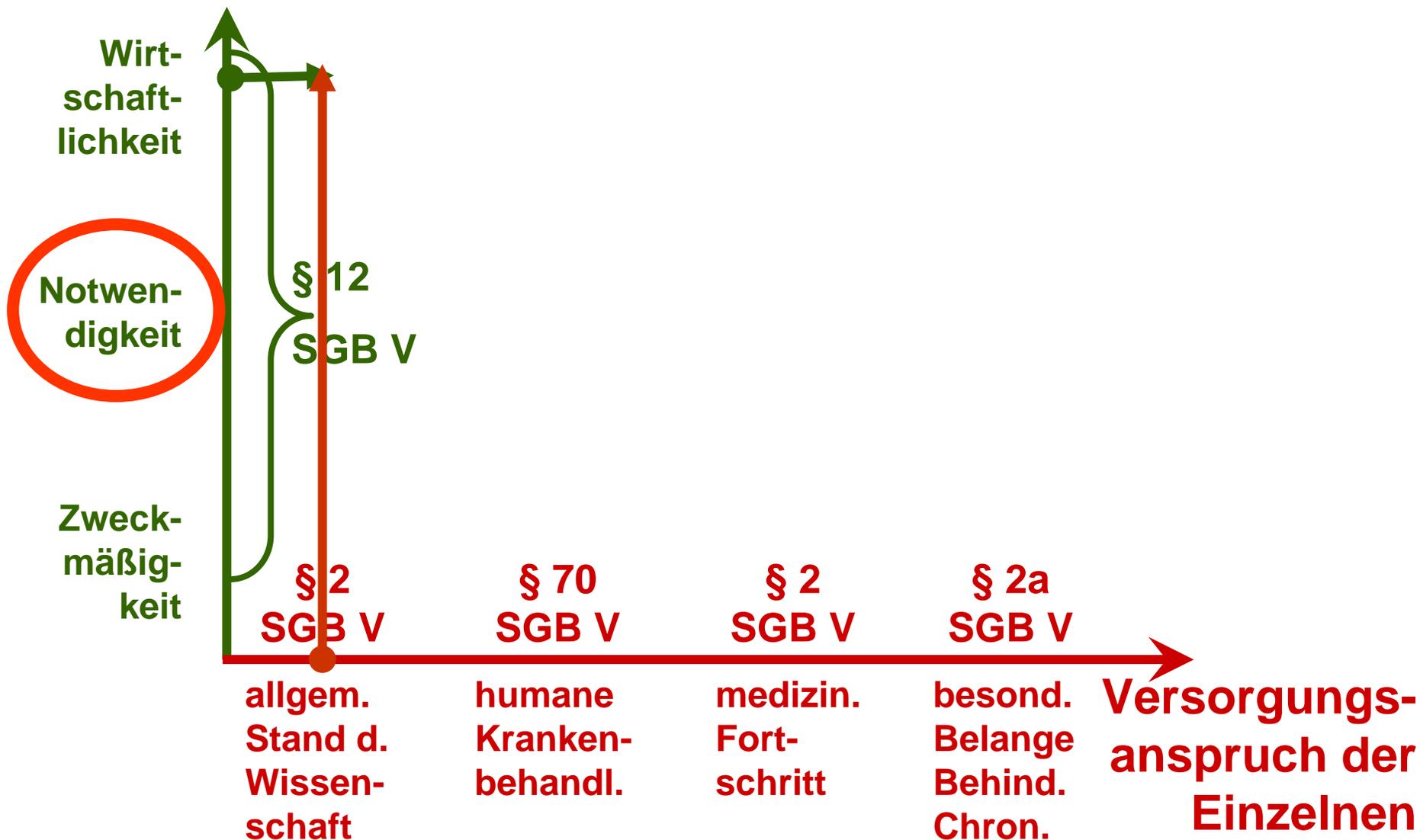
**Versorgungs-  
anspruch der  
Einzelnen**

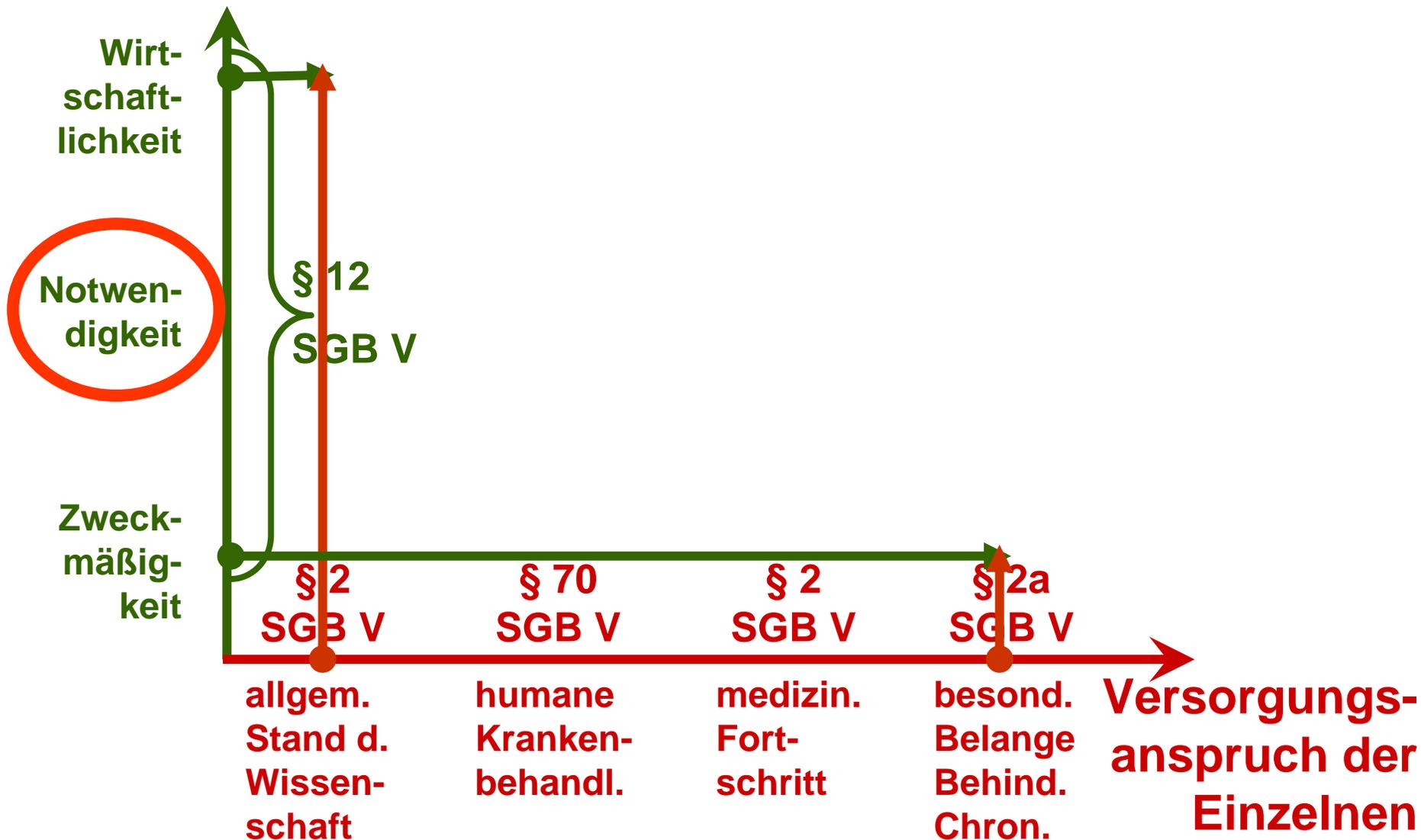


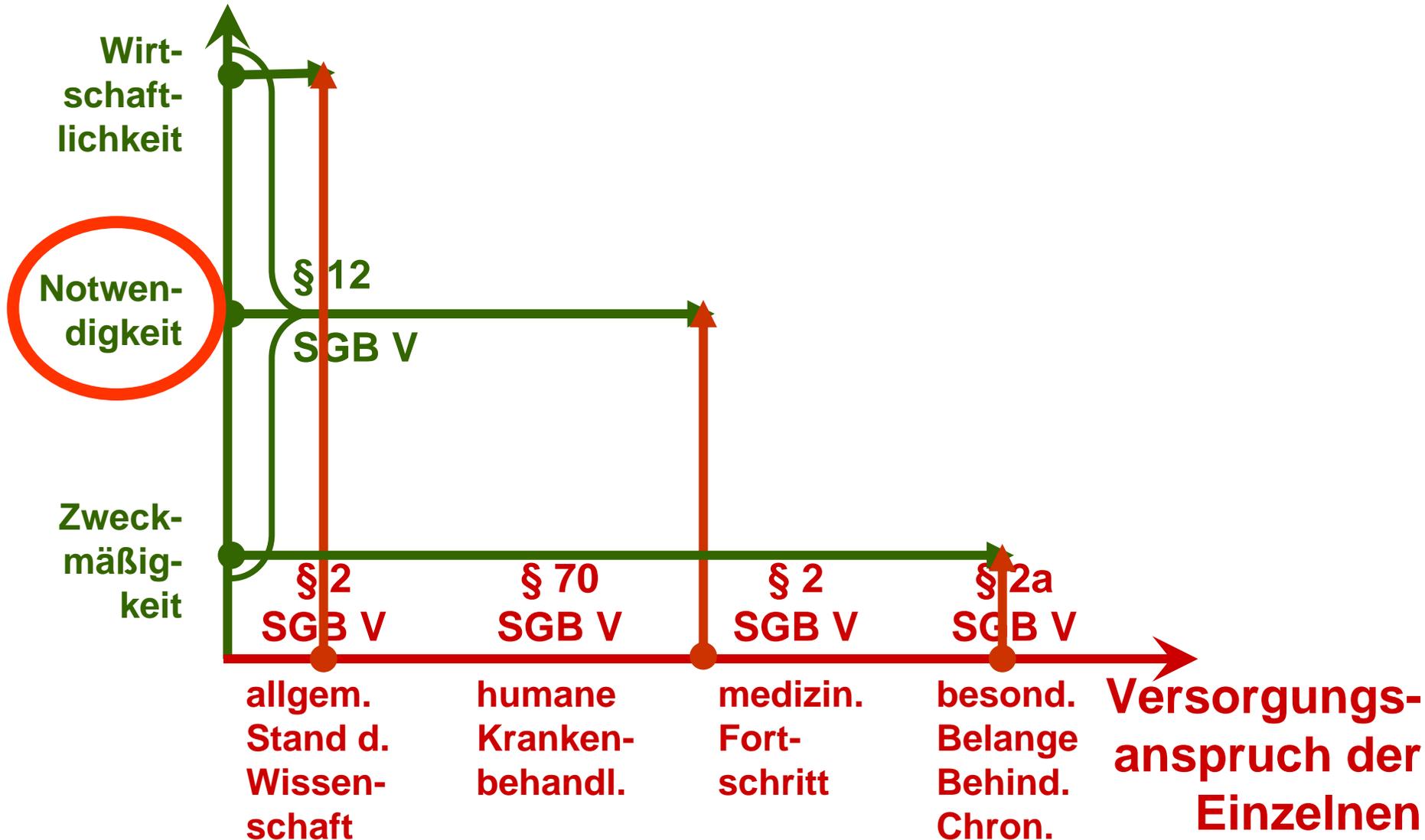






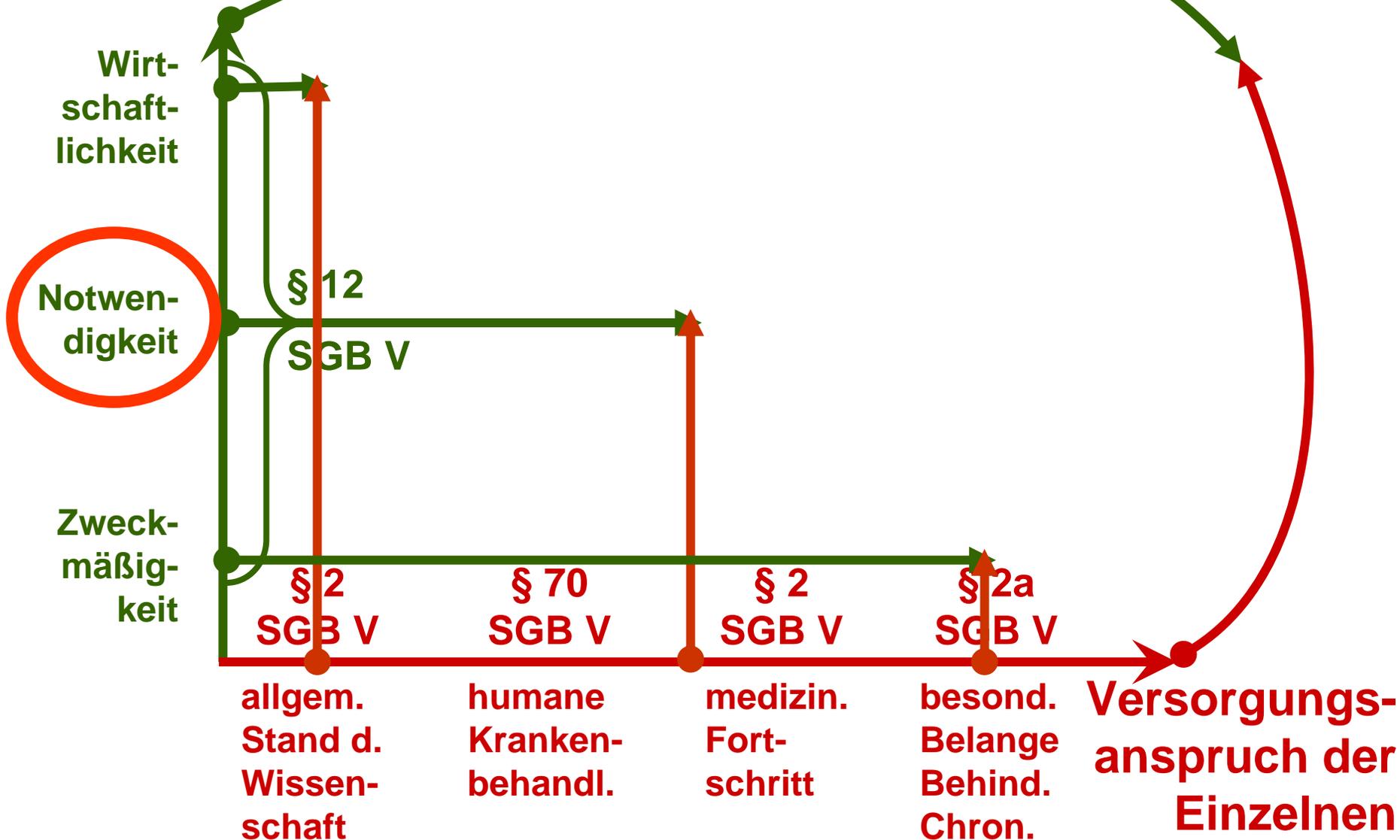






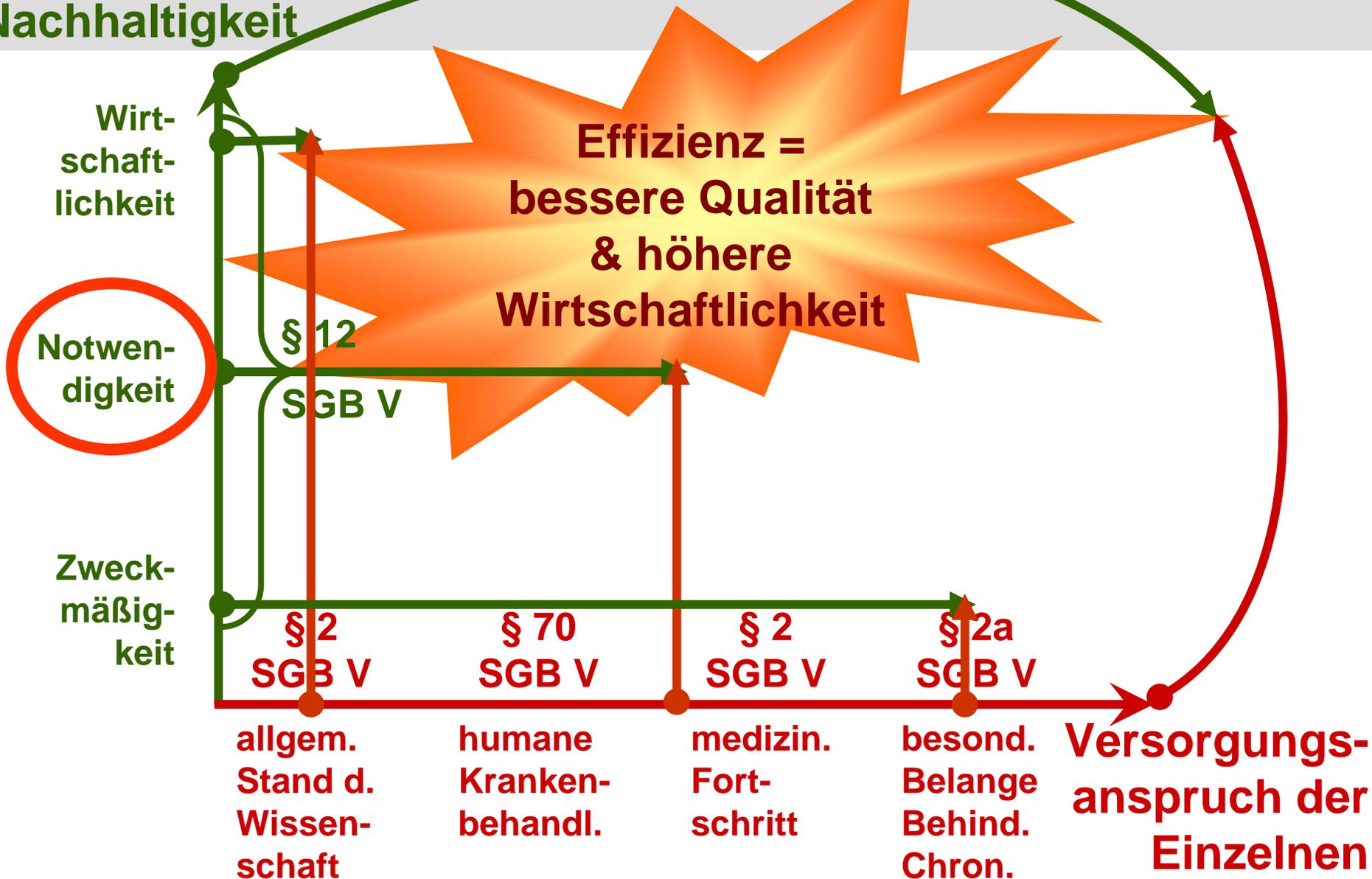
# Soziale Nachhaltigkeit

verbraucherzentrale Bundesverband



# Soziale Nachhaltigkeit

verbraucherzentrale Bundesverband



## These III

„Nutzen“ ist eine mehrdimensionale Kategorie; je komplexer und umfassender der *Begriff des Nutzens* angelegt ist, desto mehr von der Kosten-Nutzen-Relation ist darin *aufgehoben*.

# Nutzendefinitionen des IQWiG

## Methoden 2.0 (2006)

- ❖ Mortalität
- ❖ Morbidität (Beschwerden und Komplikationen)
- ❖ gesundheitsbezogene Lebensqualität
- ❖ interventions- und erkrankungsbezogener Aufwand
- ❖ Patientenzufriedenheit

## Methoden 3.0 (2007)

- ❖ Mortalität
- ❖ Morbidität (Beschwerden und Komplikationen)
- ❖ gesundheitsbezogene Lebensqualität
- ❖ Ergänzend können der interventions- und erkrankungsbezogene **Aufwand** und die **Patientenzufriedenheit** berücksichtigt werden. Solche Aspekte kommen allerdings in der Regel nur **als sekundäre Zielgrößen** in Betracht.

# Medizinischer Nutzen

- ❖ Beseitigung von Symptom und Ursache einer Erkrankung (Heilung)
- ❖ Minderung krankheitsbedingter Schmerzen und Beeinträchtigungen
- ❖ Geringst mögliche therapiebedingte Schmerzen und Beeinträchtigungen
- ❖ Sicherheit und Unbedenklichkeit (= Zulassung)
- ❖ Positive Bilanz der kurz- und langfristigen Relation zwischen Nutzen, Belastung, Risiko

# Krankheitsbezogene Lebensqualität

- ❖ Krankheitsbewältigung (psychisch, sozial)
- ❖ Qualität & Gewichtung der Nebenwirkungen
  - ❖ Individuelle Bekömmlichkeit der Therapie
  - ❖ Einpassung der Behandlung in den Alltag
- ❖ Stigmatisierungsrisiko (Diagnose/Therapie)
- ❖ Behandlungsaufwand (Zeit, Kosten)
  - ❖ Darreichung, Dosierung, Therapieregime
  - ❖ therapiebedingte Orts- bzw. Zeitbeschränkung

# Ökonomischer Nutzen

- ❖ Zeitsouveränität und Mobilität des Patienten (allgemeine „Lebensqualität“)
- ❖ Effizienter Einsatz von Zeit und Geld im Zuge der Behandlung (Patient, Behandler, direkter Kostenträger)
- ❖ Schonung der kollektiven Ressourcen (Ausgaben anderer Kostenträger)
- ❖ Erhaltung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (Einnahmen der Sozialversicherung)

# Nutzendimensionen

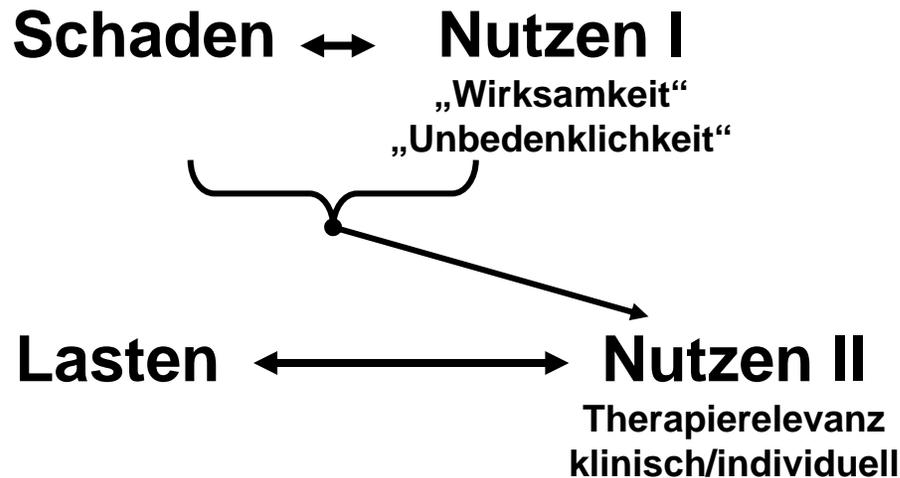
Schaden ↔

„Wirksamkeit“  
„Unbedenklichkeit“



Risikobewertung

# Nutzendimensionen



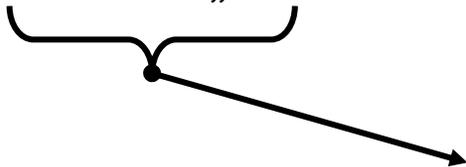
Risikobewertung

Nutzenbewertung

# Nutzendimensionen

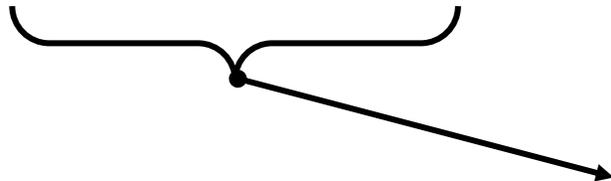
Schaden ↔ Nutzen I

„Wirksamkeit“  
„Unbedenklichkeit“



Lasten ↔ Nutzen II

Therapierelevanz  
klinisch/individuell



Kosten ↔ Nutzen III

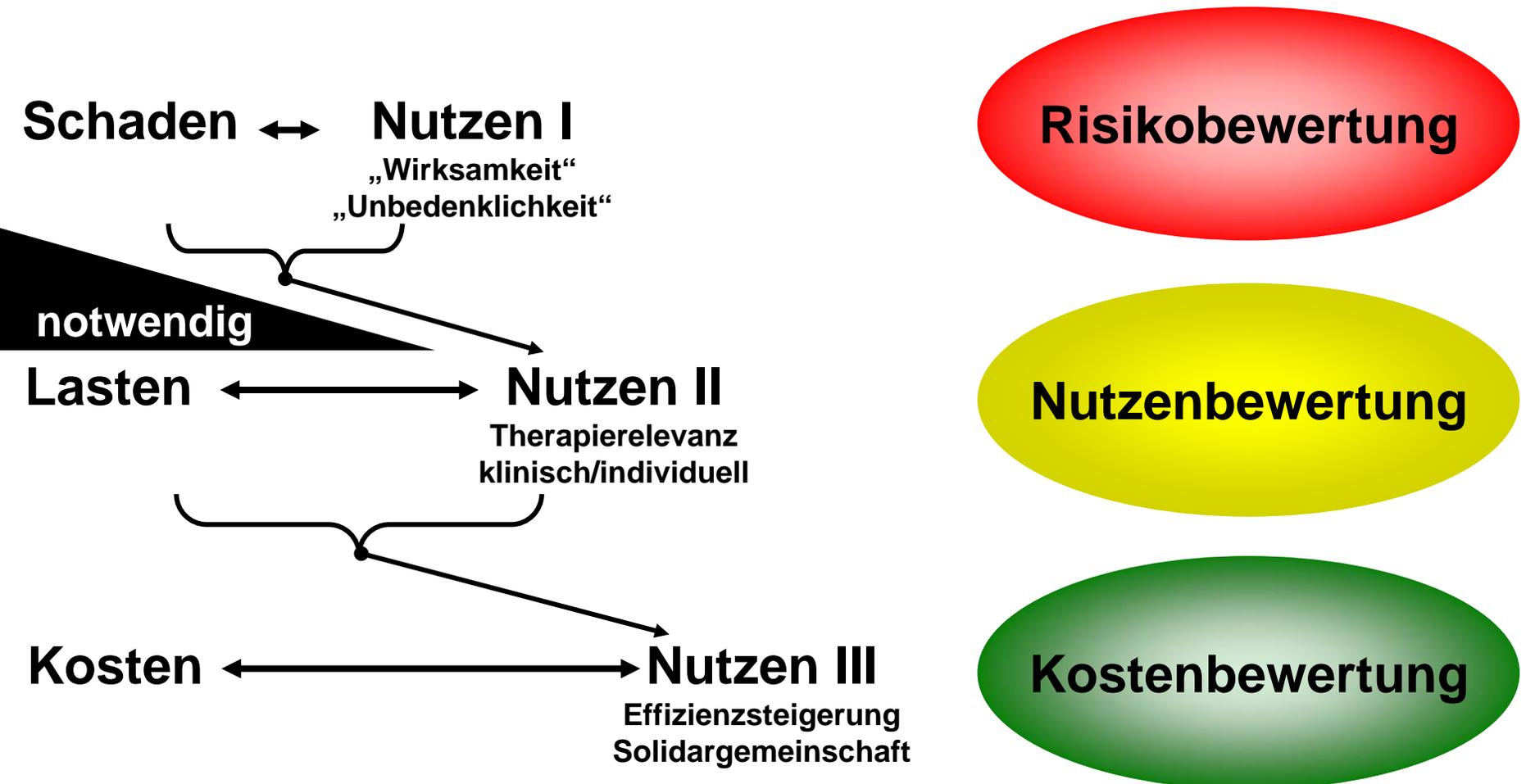
Effizienzsteigerung  
Solidargemeinschaft

Risikobewertung

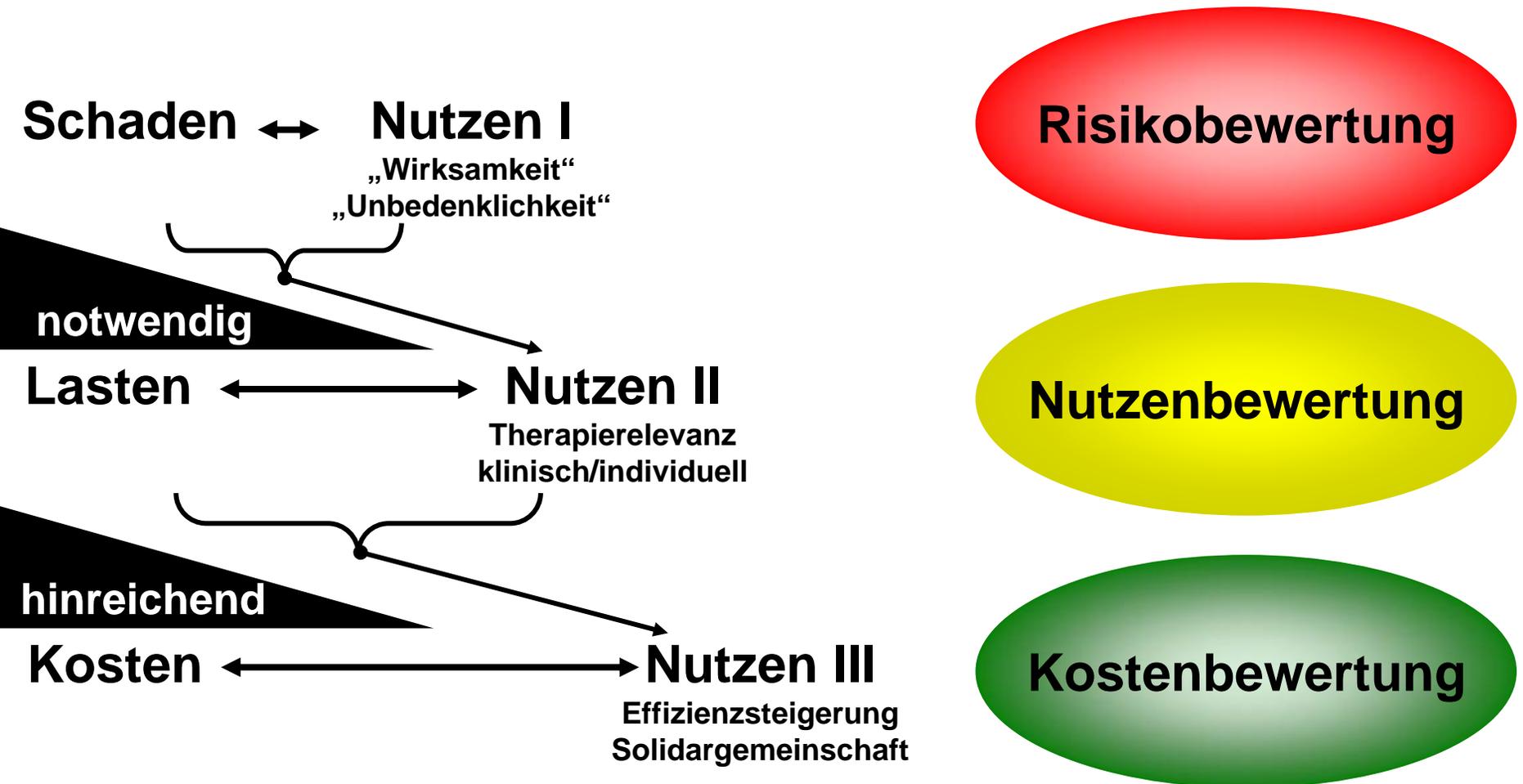
Nutzenbewertung

Kostenbewertung

# Nutzendimensionen



# Nutzendimensionen



## These IV

Leitkriterium bei der wissenschaftlichen Bewertung medizinischer Leistungen ist die *Gegenstandsangemessenheit*, deren Ermittlung immer auch eine *diskursive* Komponente enthält.

# Evidenzbasierung – Diskursivität

- ❖ Ein- und Ausschluss von Evidenzen erfolgt in Relation zum Gegenstand, seinem Nutzen- und Risikopotenzial, und zur methodischen Entwicklung
  - ❖ Evidenzstufen = weder *scholastisches System* noch *stochastischer Automat*
- ❖ *Diskurs* gründet auf Regeln und Verfahren, die alle daran Beteiligten gleichermaßen bindet
  - ❖ Beteiligung ist *kein Aushandlungsprozess* („Kuhhandel“)
- ❖ Die *Geltung* und *Bindungswirkung* von Empfehlungen lässt sich durch *Einbindung* und *Beteiligung* der Betroffenen nachhaltig erhöhen.

## These V

Die methodischen Probleme der Kosten-Nutzen-Bewertung haben ihren Grund in der Sache selbst: Die Konflikte, die bei der gesellschaftlichen Verteilung des „Gutes Gesundheit“ notwendig auftreten, lassen sich wissenschaftlich allein nicht befrieden.

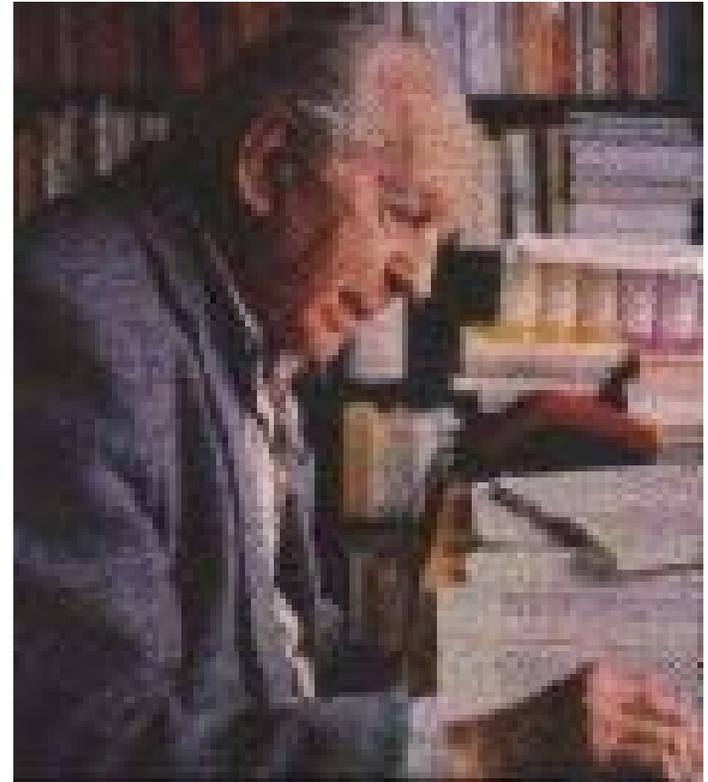
# Kritikpunkte der Ökonomen

- ❖ Keine Modifikationen bei der Nutzenbewertung (RCT, ohne Versorgungssituation) → verkürzte Kosten-Nutzen-Relation
- ❖ Maßstab für „Kosten“ = nur Preisniveau in der Indikation → unerwünschte Investitionsanreize
- ❖ „Kosten“ = GKV + Eigenleistung, ohne andere Sozialversicherungen bzw. gesamtgesellschaftliche Kostenrechnung
- ❖ Bewertung nur innerhalb der jeweiligen Indikation ( $\neq$  QALYs) → keine Public-Health-Perspektive

## Quality adjusted life years (QUALYs)

- ❖ Entwicklungsstand zur Erfassung von allgemeiner und krankheitsbezogener Lebensqualität?
- ❖ Lassen sich die Aspekte krankheitsbezogener Lebensqualität gleichsetzen/vergleichen und gegeneinander aufrechnen?
- ❖ Wie weit geht die methodische Austauschbarkeit individueller Krankheitserfahrungen (Qualität = Quantität)?
- ❖ QUALYs = „allgemeine Wertform“ für *Gesundheit*?

„Die  
Wertkategorie  
ist eine Ausrede  
für die in ihr  
enthaltenen  
Widersprüche“



*Alfred Sohn-Rethel*

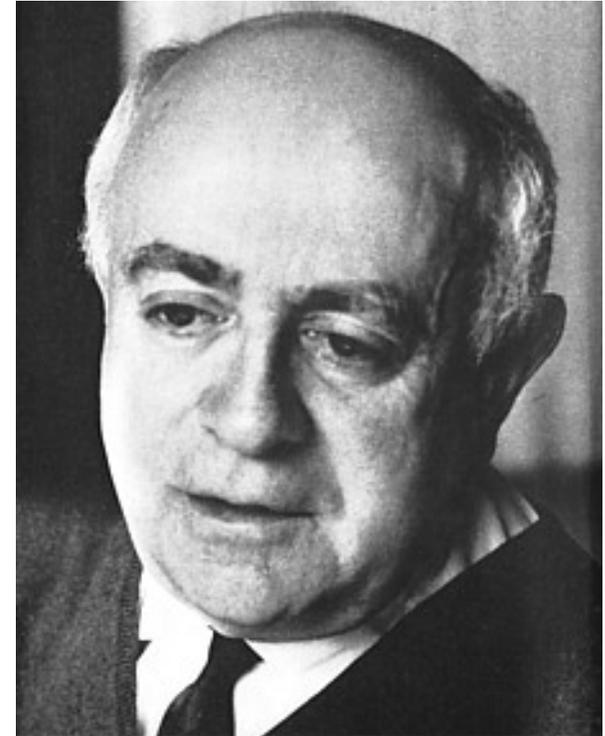
# Public-Health-Perspektive

- ❖ „Werden die begrenzten Mittel vorwiegend für solche Verfahren eingesetzt, bei denen mit vergleichsweise wenig Aufwand ‚viel Gesundheit‘ erzielt wird, kann der Gesundheitszustand der Bevölkerung stärker verbessert werden, als wenn die Mittel für Maßnahmen mit geringeren gesundheitlichen Erträge eingesetzt werden.“  
(Jürgen Wasem, Ärzteblatt 29. II. 2008)
- ❖ „viel Gesundheit“ = Gesundheit für viele oder auch gravierende Verbesserungen für wenige?

# Systemkohärenz als Kompromiss

- ❖ Indikationsbezogene Bewertungsperspektive
  - ❖ Von welchem Standpunkt aus sollen Indikationen und Interventionen priorisiert werden?
- ❖ Kosten bezogen auf *alle* Sozialversicherungen
  - ❖ Keine „gesamtgesellschaftliche Kostenrechnung“
  - ❖ Opt-Out-Modell (Begründungspflicht!)
- ❖ Grenznutzen als Hinweis auf besonderen Diskussionsbedarf im Abwägungsprozess
- ❖ Keine Gleichsetzung von Unvergleichbarem im Sinne einer stringenter Rationierung (QUALYs)

**„Identität  
ist die  
Urform von  
Ideologie“**



*Theodor W. Adorno*

## These VI

Die Kosten-Nutzen-Bewertung soll die notwendigen Verteilungsentscheidungen mit einem höheren Grad an *Rationalität* ausstatten. Es geht nicht um „*Rationierung*“!

# Kosten-Nutzen-Bewertung

- ❖ ist *kein* Instrument, um Wartelisten für planbare Operationen oder medizinische Behandlungen zu begründen
- ❖ bietet *keine* Argumente dafür, Menschen aufgrund ihres Alters oder Krankheitszustandes Leistungen vorzuenthalten
- ❖ dient *nicht* der Einschränkung des gesetzlichen Leistungskataloges – das ist Aufgabe der Gesetzgebers
- ❖ löst *nicht* das Problem der Verschwendung im Gesundheitswesen

# Fazit

- ❖ Indikationsbezogene Bewertungsperspektive
  - ❖ Keine Rationierung nach „mehr“ oder „weniger“ öffentlicher Gesundheit
  - ❖ Kein Aufrechnen von Krankheitsbelastung/Leiden zwischen verschiedenen Erkrankungen (= „QUALYs“)
- ❖ Kosten bezogen auf *alle* Sozialversicherungen
  - ❖ Keine Verkürzung allein auf GKV-Kosten
  - ❖ Opt-Out-Modell (Begründungspflicht!)
  - ❖ Berücksichtigung der individuellen Kosten des Patienten
- ❖ Versorgungsrelevante Entscheidungen trifft nicht das IQWiG, sondern der Bundesausschuss!