

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

Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden?

Nur wenige medizinische Leistungen sind unersetzbar, nicht alle in gleichem Maße zweckmäßig, einige sind von geringem Nutzen, manche überflüssig oder sogar schädlich. Manche Gesundheitsprobleme können gänzlich der Eigenverantwortung überantwortet werden, andere legen eine Selbstbeteiligung der Betroffenen nahe, viele bedürfen solidarisch finanzierter Lösungen.

Unterscheidungen wie diese stützen sich auf heterogene Argumente, teils ethischer und rechtlicher, teils empirischer Art. Sie ermöglichen es, verschiedenen medizi-

nischen Leistungen unterschiedliche Prioritäten zuzuerkennen – unabhängig von den Wünschen und Präferenzen Einzelner. Eine solche Priorisierung schafft eine wesentliche Voraussetzung, um die heute knapper werdenden Mittel möglichst effizient einzusetzen und Kernbereiche der medizinischen Versorgung vor einer undifferenzierten Rationierung zu schützen.

Der folgende Text wird nicht alle Wünsche befriedigen. Es sind andere sozialpolitische Grundpositionen bzw. Gewichtungen, tiefer gehende ethische Reflexio-

nen und eine höhere empirische Bestimmtheit denkbar. Sein Hauptziel ist es, auch in Deutschland eine öffentliche Diskussion anzustoßen.

Die noch vor uns liegende Erarbeitung gesellschaftlich akzeptabler Zuteilungskriterien und -maßstäbe setzt aber eine Vertrautheit mit aktuellen Problemen unserer medizinischen Versorgung, eine klare Terminologie, die Abwägung verschiedener ethischer, rechtlicher und politischer Optionen und eine genaue Analyse empirischer Sachverhalte voraus.

Stellungnahme und Erläuterungen

I. Stellungnahme

1. Gesundheitspolitik, Kostenträger, Ärzte, andere „Leistungserbringer“ und Gesunde wie Kranke sind heute in zunehmender Strenge dem Wirtschaftlichkeitsgebot der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und anderer Sozialversicherungszweige unterworfen. Ständig drohen die Leistungsausgaben die Beitragseinnahmen zu übersteigen, nicht immer ließen sich Defizite vermeiden.

Die Einnahmen der Sozialleistungsträger sind bei stagnierendem Arbeitsmarkt und rückläufiger Lohnquote kaum zu steigern, wenn man am Grundsatz der Stabilität der Sozialversicherungsbeiträge festhält und keine neuen Finanzierungsquellen erschließen will. Gleichzeitig weiten sich – mit unterschiedlicher Dynamik – Angebot, Nachfrage und Bedarf an medizinischen Leistungen aus. Die aktuelle Versorgung vor allem von chronisch Kranken ist bei insgesamt guter Qualität nicht frei von Mängeln. Neben Über- und Fehlversorgung ist besonders bei chronisch Kranken eine nennenswerte Unterversorgung festzustellen.

2. Leben und körperliche Unversehrtheit sind durch unsere Verfassung geschützt (Artikel 2 [2] GG). Gesundheit

steht in Bevölkerungsumfragen immer an erster Stelle der Werthierarchie. Ein Recht auf „notwendige Maßnahmen zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit“ ist allen Sozialversicherten garantiert (§ 4 SGB I). Es ist auch in verschiedenen Chartas von Patientenrechten enthalten. Eine weitere sozialrechtliche Norm (§ 70 SGB V) schreibt eine „bedarfsgerechte und gleichmäßige [...] Versorgung der Versicherten“ vor.

3. In der Bundesrepublik wird immer öfter und offener über eine Begrenzung der durch die GKV bereitgestellten medizinischen Leistungen gesprochen. Rationierung ist gegeben, wenn aus medizinischer Sicht notwendige oder zweckmäßige medizinische Maßnahmen aus finanziellen Gründen offen oder verborgen vorenthalten werden.

Relativ wenige Leistungen der Medizin sind jedoch in einem strengen Sinne notwendig. Als notwendig – im Sinne der absoluten ärztlichen Indikation – können nur Leistungen gelten, die bei einer nicht-trivialen Gesundheitsstörung unentbehrlich sind, sodaß sie – ohne Alternative – eine akzeptable Chance bieten, ein wesentliches Behandlungsziel zu erreichen. Andere sind mehr oder weniger zweckmäßig, also relativ indiziert. Für viele dieser zweckmäßigen Leistungen gibt es Alternativen, die kostengünstiger sind oder die GKV überhaupt nicht belasten. Manche Leistungen sind in ihrer Wirksamkeit

umstritten, erwiesenermaßen unwirksam oder sogar schädlich.

Die hier gegebene enge Definition notwendiger medizinischer Leistungen bedarf weiterer Präzisierungen; sie scheint jedoch geeignet, den inkonsistenten und unbestimmten sozialrechtlichen und politischen Gebrauch des Begriffes „medizinisch“ zu präzisieren.

4. Sofern eine Rationierung bei uns unvermeidlich ist, ist es ethisch geboten, sie in der Peripherie des weniger Zweckmäßigen zu beginnen, um die Bereiche der sehr zweckmäßigen und vor allem der absolut notwendigen Leistungen so lange wie möglich zu schützen. *Damit wird jeder Rationierung eine Diskussion und Feststellung von Prioritäten – gedanklich und zeitlich – vorausgehen müssen.*

5. Wir verstehen unter Priorisierung die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen. Priorisierung ist nicht mit Rationierung, dem faktischen Vorenthalten notwendiger oder zweckmäßiger Leistungen, zu identifizieren, sie kann und sollte dieser vielmehr vorausgehen.

6. Die Zentrale Ethikkommission will mit dieser Stellungnahme und ihren Erläuterungen in Deutschland eine über die Fachöffentlichkeit hinausreichende Diskussion befördern. Eine offene Diskussion über Priorisierung scheint ihr fruchtbarer als eine sich möglicherweise still vollziehende Rationierung unter verborgenen oder unklaren Prioritäten. ▷

7. International ist in der letzten Dekade deutlich geworden, dass die Erarbeitung, Feststellung und Umsetzung von Versorgungsprioritäten ein komplexer, anspruchsvoller, zeitaufwendiger und konfliktreicher Vorgang ist. Er könnte durch die Berücksichtigung prinzipieller inhaltlicher und methodischer Hinweise erleichtert werden:

- Frühzeitig sollte die Klärung ethischer, (sozial)rechtlicher und (sozial)politischer Grundpositionen angestrebt werden. Unterschiedliche Positionen führen zu unterschiedlichen Verfahren und Ergebnissen.

- Die Diskussion bedarf einer genaueren epidemiologischen bzw. gesundheitswissenschaftlichen Analyse der Morbidität, Mortalität und Versorgungswirklichkeit. Dabei sind qualitative und quantitative Merkmale der Krankheitslast herauszuarbeiten und in Beziehung zu setzen zu den Möglichkeiten ihrer Prävention, Heilung und Linderung – unter Berücksichtigung aller direkten, indirekten und weiteren Kosten sowie ihrer für die GKV kostengünstigen oder sogar kostenlosen Alternativen. Hier besteht eine Beziehung zwischen Priorisierung und den Konzepten und Methoden der evidenzbasierten Medizin/gesundheitslichen Versorgung.

- Prioritäten sind bedarfsbezogen zu entwickeln. Medizinischer Versorgungsbedarf ist nicht zu verwechseln mit der jeweils aktuellen Versorgung, ihrer Nachfrage oder ihrem Angebot. Bedarf ist dort gegeben, wo *beides*, eine aktuelle oder drohende gesundheitliche Einschränkung *und* ein verfügbares präventives oder therapeutisches Verfahren vorliegen. Es muss die Chance bieten, ein als relevant akzeptiertes Ziel zu erreichen. Bedarf setzt – im Kontext der GKV – ein Nutzenpotenzial („ability to benefit“) für die Kranken und Gefährdeten voraus.

- Prioritäten können nur multi- und interdisziplinär erarbeitet werden. Der klinischen Expertise von Ärzten und anderen Therapeuten ist ausreichend Raum zu geben, ohne dabei auf den Sachverstand aus den Bereichen Ethik, Recht, klinische und bevölkerungsbezogene Epidemiologie und Gesundheitsökonomie zu verzichten.

- Solche Vorschläge bedürfen einer weiteren fachlichen, besonders aber einer öffentlichen Diskussion, unter Beteiligung aller betroffenen Gruppen (bzw. deren Repräsentanten). Hierfür sind besondere Verfahren zu entwickeln. Die durch Priorisierung erzwungene Bedarfsnormierung bedarf des Konsenses und der demokratischen Legitimation besonders dort, wo sie individuelle Präferenzen in größerem Umfang begrenzt oder ersetzt.

- Priorisierung setzt abgrenzbare Adressaten voraus. In Deutschland handelt es sich – neben politischen Instanzen (z. B. Bundesministerium für Gesundheit, Parlamente) – typischerweise um Institutionen der (z. T. gemeinsamen) Selbstverwaltung (wie Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Rentenversicherungsträger). Sie verfügen in aller Regel über eine sozialrechtlich normierte Strukturverantwortung (manifestiert u. a. in Sicherstellungsaufträgen, Entscheidungsmacht, Kostenträgerschaft) und das Recht wie die Pflicht, einmal festgestellte Prioritäten umzusetzen.

- Prioritäten können sich rasch verändern; sie sind deshalb in periodischen Abständen zu überprüfen. Grundsätzlich sollte ein Verfahren mit Widerspruchsmöglichkeiten für betroffene Gruppen und Einzelpersonen vorgesehen werden. Die therapeutische Freiheit des Arztes ist ebenso zu berücksichtigen wie die Entscheidungsfreiheit des Kranken.

- Im amerikanischen Bundesstaat Oregon wurden alle möglichen präventiven, therapeutischen und rehabilitativen Leistungen in *eine einzige* Rangreihe gebracht. Um die Diskussion in Deutschland konkret werden zu lassen, könnte sie sich anfangs und beispielhaft auf wenige Versorgungs- und Indikationsbereiche mit übersichtlichen Verantwortlichkeiten konzentrieren, bei deren Auswahl sichergestellt sein muss, dass damit keine Vorentscheidung der Priorisierung der Gesamtheit medizinischer Leistungen getroffen wird.

Um das Verfahren und seine Stufen festzulegen, ethische Grundpositionen zu erarbeiten, die Fachgruppen zu begleiten und ihre Ergebnisse auszuwerten, die öffentlichen Diskussionen und Anhörungen zu organisieren und die zahlreichen offenen Fragen zu klären, könnte die Bildung einer nationalen *Parlamentskommission* erwogen werden.

II. Erläuterungen

1. Die Krise der medizinischen Versorgung

Die medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland ist, wie in vielen Ländern, in einer schwierigen Lage. Richard Smith, der Herausgeber des *British Medical Journal*, hat sie durch eine „breitere werdende Kluft zwischen dem“ charakterisiert, „was bei uneingeschränkten Ressourcen möglich wäre, und dem, was man sich tatsächlich leisten kann“ (1). Andere unserer gesellschaftli-

chen Subsysteme, u. a. Bildung und Erziehung, Innere Sicherheit, Verkehrswesen, sind von vergleichbaren Entwicklungen betroffen. Im Gesundheitsbereich sind drei Faktoren wichtig:

① In vielen Ländern werden die für das öffentlich finanzierte Gesundheitssystem durch Zwangsbeiträge oder Steuern aufgebracht Mittel reduziert und/oder in ihrem Wachstum begrenzt – auch in Hinblick auf alternative Verwendungen. Einseitig wird von einer „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ gesprochen (2). Es laufen jedoch weniger die Ausgaben aus dem Ruder; maßgebend sind vielmehr (relative) Einnahmedefizite: Sie ergeben sich in Deutschland aus der Anbindung wichtiger Sozialversicherungsbeiträge an die Arbeitsentgelte. Da die Beiträge zur Kranken- und Rentenversicherung nach allen politischen Vorgaben und sozialrechtlichen Normen nicht weiter steigen sollen (§ 71 SGB V), müssen Kostenträger und „Leistungserbringer“ zunehmend mit knappen und unelastischen Budgets rechnen.

② Gleichzeitig weiten sich – mit unterschiedlicher Dynamik – Angebot, Ansprüche und Nachfrage sowie der Bedarf an medizinischen Leistungen aus. Für die Bedarfsausweitung werden verschiedene Faktoren verantwortlich gemacht: die demographische Entwicklung („Alterung“) der Bevölkerung, die Zunahme chronischer Krankheiten und Residuen, der sich weiter beschleunigende medizinisch-technologische Fortschritt sowie wachsende Ansprüche an solidarisch finanzierte Gesundheitsleistungen.

③ Auch wenn die Qualität der medizinischen Versorgung unserer Bevölkerung im Durchschnitt und auch im europäischen Vergleich gut bis sehr gut ist: epidemiologische Untersuchungen zeigen weiter regionale Versorgungsungleichmäßigkeiten. Besonders bei chronisch Kranken (z. B. mit Diabetes mellitus, koronarer Herzkrankung, Hypertonie, entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, Demenzen, Psychosen oder Somatisierungsstörungen) existieren Unter-, Über- und Fehlversorgung nebeneinander. Die Unterversorgung/Unteranspruchnahme (z. B. aller Vorsorgeuntersuchungen) scheint quantitativ zu überwiegen. Würde man diese Defizite ausgleichen wollen, dürfte dies erhebliche zusätzliche Mittel erfordern.

Ein aktuelles Beispiel gibt der Bereich der medizinischen Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung nach dem sog. Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz von September 1996: Es führte die Gesamtausgaben

zurück, fixierte sie und begrenzte sie in ihrem weiteren Wachstum; zudem erhöhte es (u. a. durch erhöhte Zuzahlungen) die Schwelle zur Antragstellung – im Gegensatz einerseits zum wachsenden rehabilitativen Bedarf und andererseits zur wohlbekannteren rehabilitativen Unterversorgung verschiedener Gruppen chronisch Kranker und Behinderter. Auch wenn im bzw. für das System weitere Wirtschaftlichkeitsreserven aktiviert würden und zusätzliche Finanzierungsquellen erschlossen werden könnten – sie dürften kaum ausreichen, gleichzeitig den wachsenden Bedarf und die existierenden Versorgungsdefizite zu finanzieren.

Durch die o. g. Entwicklung werden nicht nur die Erlöserwartungen der „Leistungserbringer“ begrenzt, sondern auch die neuerdings in den Vordergrund gestellte Funktion des Gesundheitssektors als Wachstums- und Zukunftsbranche (3). So fassen manche eine Zweiteilung der medizinischen Versorgung ins Auge: der solidarisch finanzierte Sektor, der das „medizinisch Notwendige“ abzudecken habe, soll durch einen Leistungsbereich ergänzt werden, der der „Eigenverantwortung“ (d. h. hier der Selbstfinanzierung oder privaten Versicherung) zu überantworten sei. Zu diesem sollen zuerst Leistungen von geringer oder unsicherer Wirksamkeit, zur Förderung der subjektiven Sicherheit bzw. „fitness/wellness/beauty“ und zur Abdeckung selbstgewählter Gesundheitsrisiken (z. B. Fernreisen, Sportarten) gehören – Leistungen, deren private Finanzierung zumutbar erscheint. In diesem Sinne haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und ärztliche Berufsverbände ärztliche empfehlenswerte oder noch vertretbare „individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGEL) definiert. Die Liste enthält aber auch eine Leistung, die in anderen Gesundheitssystemen aus solidarischer Finanzierung bereitgestellt und bei uns in Modellversuchen erprobt wird („Mammographie zur Früherkennung des Mammakarzinoms bei Frauen ohne relevante Risikofaktoren“). Damit scheint sich eine Zweiteilung der Versorgung, ja jeden Arztes abzuzeichnen: hier innerhalb des vertragsärztlichen Rahmens strenge Rationalität und Wirtschaftlichkeit, dort Anbieter-Kunden-Beziehungen, wie wir sie bisher nur von Waren- und Dienstleistungsmärkten her kennen, auf denen Wirtschaftlichkeit und Qualität durch andere Mechanismen eingefordert werden. Es ist nicht auszuschließen, dass diese Entwicklung die mangelnde Bedarfsgerechtigkeit und Ungleichmäßigkeit der Versorgung weiter verstärkt (4).

2. Rationierung – ohne Priorisierung?

In dieser Situation wird auch bei uns verhalten, aber immer deutlicher über eine Rationierung in der Medizin gesprochen (5; 6; 7; 8). Dabei wird unter Rationierung die Verweigerung von „an sich notwendigen“ (9) bzw. „gesundheitlich notwendigen“ (7), gesellschaftlich verfügbaren und aus Patientensicht akzeptablen Leistungen aus Gründen der Mittelknappheit verstanden. Gesamtgesellschaftlich führte dies zu dem Befund, dass „die von der Solidargemeinschaft abgedeckten Leistungen unter dem Niveau des anerkannt medizinisch Notwendigen“ lägen (7).

In Großbritannien ist die Diskussion weiter vorangeschritten. Hier ist offen von „our certain fate: rationing in health care“ die Rede (10), auch unter Bezug auf konkrete Fälle (11).

Relativ wenige Leistungen der Medizin sind jedoch in einem streng kausal-analytischen Sinne notwendig, aus ärztlicher Sicht also „absolut indiziert“. Zu dieser Gruppe gehören nur solche, ohne die ein wesentliches Behandlungsziel im Falle einer nicht geringfügigen Gesundheitsstörung in keinem Fall erreicht werden könnte, die also ohne Alternative sind. Weitaus größer ist in der Medizin der (im SGB V §§ 12, 70 gemeinte) Bereich des mehr oder weniger Zweckmäßigen, des aus ärztlicher Sicht also relativ Indizierten.

Zweckmäßig ist eine Leistung, wenn sie eine ausreichende Chance bietet, ein als wichtig anerkanntes Behandlungsziel tatsächlich zu erreichen. Zweckmäßigkeit (in § 135 SGB V ist auch von Nutzen die Rede) ist mehr als Wirksamkeit. Es geht nicht um irgendeine, z. B. biologisch nachweisbare Wirkung, sondern um die Annäherung an relevante Behandlungsziele. Zweckmäßige Leistungen haben per definitionem Alternativen, u. a. solche, die vergleichsweise kostengünstig oder – bei entsprechenden Eigenleistungen der Betroffenen – für die GKV sogar kostenlos sein können. Schließlich: Zweckmäßigkeit variiert in einem weiten Bereich, je nach Relevanz der Gesundheitsstörung, des Therapieziels und des zu erwartenden therapeutischen Effekts.

Sollte eine Rationierung i. o. g. S. unvermeidlich werden, dann ist es ethisch geboten, sie in der Peripherie des Zweckmäßigen ansetzen zu lassen, nicht im Bereich der absolut notwendigen medizinischen Leistungen. *Ist dies richtig, dann wird jeder Rationierung eine Diskussion und Feststellung von Prioritäten vorausgehen müssen.*

3. Priorisierung: eine allgemeine Definition

In der medizinischen Versorgung versteht man unter Priorisierung die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen. Ihr Gegenteil wird mit Posteriorisierung bezeichnet. In der Regel beinhaltet Priorisierung die Feststellung einer mehrstufigen Rangreihe. An deren oberen Ende steht das, was nach Datenlage und öffentlichem Konsensus höchste Priorität hat, also als absolut unverzichtbar erscheint. Nach unten zu nimmt die Bedeutung ab; am Ende der Rangreihe stehen geringfügige oder selbstheilende Gesundheitsstörungen bzw. Verfahren, die umstritten sind oder keinen nachweisbaren Nutzen oder mehr Schaden als Nutzen stiften, also teils überflüssig, teils unzweckmäßig sind.

Dabei soll sich die angesprochene gesundheitliche bzw. medizinische Versorgung auf Gruppen von Gesundheitsgefährdeten, Kranken oder Patienten beziehen; der Begriff „Verfahren“ auf abgrenzbare technische Leistungen zwischen präventiven Angeboten/Programmen und der palliativen Behandlung Todkranker, ausdrücklich nicht auf Aspekte der Begegnung oder des Umgangs zwischen Kranken und klinisch Tätigen. Humanität im Sinne von § 70 SGB V ist nicht posteriorisierbar.

4. Drei zusätzliche Klärungen

4.1 International gesehen ist Priorisierung kein neues Thema (12; 13): Im US-Staat Oregon (14), in den Niederlanden (15), in Schweden (16), Großbritannien (17), Dänemark (18), Neuseeland (19) und Israel (20) hat diese Diskussion eine teils mehr als zehnjährige Geschichte. Zunehmend wird ihre supranationale, z. B. europäische Dimension bewusst (21). 1996 fand die erste internationale Konferenz zu „Priorities in Health Care“ in Stockholm statt, 1998 die zweite in London, beide annähernd ohne deutsche Beteiligung. Der erste nationale Workshop wurde im Dezember 1998 in der Evangelischen Akademie Loccum durchgeführt, in englischer Sprache („Allocation and Priority Setting in Health Care“). Allerdings hatte sich schon der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1995 (31: S. 47 ff.) mit dem Thema beschäftigt.

4.2 In Oregon (einem US-Staat mit weniger als 3 Millionen Einwohnern) ist

der Versuch gewagt worden (22), rund 700 präventive, therapeutische oder rehabilitative Verfahren in eine einzige Rangreihe zu bringen. Angeführt wird sie von Verfahren, die akute lebensbedrohliche Krankheiten heilen können. Ein vergleichbares Unternehmen erscheint für Deutschland zu komplex, aufwendig und konfliktreich. Um in unserem Land rasch zu einer fruchtbaren und konkreten Diskussion zu kommen, wäre die Konzentration auf ausgewählte Versorgungssektoren und Indikationsbereiche von herausgehobener klinischer, epidemiologischer und/oder ökonomischer Bedeutung zu erwägen. Erleichternd wären übersichtliche Verantwortlichkeiten, wie sie z. B. im Bereich der Rehabilitation durch die Renten- oder Unfallversicherung vorliegen. Hier sind Sicherstellungsauftrag, Struktur- und Finanzierungsverantwortung in einer Hand. So könnte man etwa mit rehabilitativen Leistungen in der Kardiologie oder Orthopädie/Rheumatologie beginnen. Denkbar ist es aber auch, exemplarisch Leistungen der Transplantationsmedizin oder der primärärztlichen Prävention zu priorisieren.

4.3 Prioritäten sind veränderlich. Einmal gebildete Rangreihen tragen ihr Verfallsdatum mit sich. Zu rasch kann sich das Krankheitspanorama verändern, zu rasch die Evidenz für oder gegen eingeführte Leistungen, zu rasch können neues Wissen oder neue Verfahren zu veränderten oder neuen Indikationen führen. Andererseits ist Priorisierung ein relativ langsamer Vorgang. Sie darf nicht zu einem Fortschritthemmnis werden. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass diagnostische, prognostische, therapeutische etc. Fortschritte rasch auf ihre Effektivität und Effizienz hin geprüft werden können – am besten in kontrollierten Studien und innerhalb eines ausreichend finanzierten Bereiches klinisch-evaluativer und Versorgungs-Forschung (23). Dies schützt auch gegen eine unkontrollierte Einführung und Verbreitung neuer Verfahren und die heute zu beobachtende Lancierung von Prioritäten sozusagen durch die Hintertür.

5. Aktuelle Notwendigkeit

Priorisierung versucht die Lösung der oben skizzierten charakteristischen Problemlage: Einerseits werden Global- oder Teilbudgets für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in vielen Ländern eingefroren oder sogar gekürzt – jedenfalls sollen sie (bei uns im Rahmen der GKV) in Zukunft nicht stärker wachsen als die Grundlohnsumme. Anderer-

seits erhöhen sich die Ansprüche an das Gesundheitssystem. Schließlich sind die Unter- und Ungleichversorgung von akut, v. a. aber chronisch Kranken nicht zu übersehen. Daneben entsteht auch bei uns ein Markt für („individuelle“) Gesundheitsleistungen mit erheblichen Beschäftigungseffekten und Wachstumstendenzen und mit unsicheren Abgrenzungen gegen solidarisch zu finanzierende Leistungen. Ungesteuert droht eine Verletzung zentraler ethischer Werte und sozialrechtlicher Normen, vor allem der einer solidarisch finanzierten und in doppelter Hinsicht gerechten, d. h. „bedarfsgerechte(n) und gleichmäßige(n)“ Versorgung der Versicherten (§ 70 SGB V).

Versuche zur Priorisierung medizinischer Leistungen folgen einer einfachen Logik: Wenn sich die Ressourcen für das Gesundheitswesen bei teils ungedecktem, teils wachsendem Bedarf relativ verknappen, dann müssen die vorhandenen Mittel auf das Wesentliche, eben auf das als prioritär Festgestellte, konzentriert werden. Andernfalls wird man die bisher gültigen Werte und rechtlichen Normen fallen lassen, jedenfalls ändern müssen. An Hinweisen hierzu fehlt es nicht (24; 25).

6. Voraussetzungen und Rahmenbedingungen von Priorisierung

6.1 Auf einem freien Markt gibt es keine kollektiven Prioritäten, sondern allein individuelle Präferenzen. Priorisierung setzt eine Solidargemeinschaft und einen Bereich solidarisch finanzierter Leistungen voraus. Dabei spielt es eine untergeordnete Rolle, ob die solidarische Finanzierung über Steuern oder, wie bei uns, durch Zwangsbeiträge erfolgt: Die zur Verfügung stehenden Budgets sind begrenzt und in ihren Umfängen und Zuflüssen nicht beliebig erhöhbar. Unter solchen Bedingungen sind die Interessen Einzelner mit denen anderer Versicherter und der gesamten Solidargemeinschaft in Einklang zu bringen.

6.2 Prioritäten müssen schrittweise – in einem durchsichtigen Verfahren – erarbeitet werden. Priorisierung beruht auch und besonders auf dem Wissen von Experten. Sie bedarf unterschiedlicher Fachleute, v. a. Kliniker aus den jeweiligen Versorgungsbereichen und Disziplinen, aber auch Sozialmediziner und Epidemiologen, Statistiker, Sozialwissenschaftler, Juristen, Ökonomen, Philosophen und Theologen. Mit „Klinikern“ sind ausdrücklich nicht nur Ärzte, sondern Angehörige aller therapeutischen Berufe gemeint (u. a. Psychologen, Phy-

sio- und Ergotherapeuten, Pädagogen, Sporttherapeuten).

6.3 Die ersten Vorschläge weniger Fachleute und Institutionen (z. B. medizinischer Fachgesellschaften, Einrichtungen der Selbstverwaltung) bedürfen der breiten fachlichen, öffentlichen und politischen Diskussion und Prüfung. Hieran sind selbstverständlich auch die Bürger, die Mitglieder der Solidargemeinschaften, die Gesundheitsgefährdeten, Kranken und Patienten (bzw. ihre jeweiligen Repräsentanten) zu beteiligen.

6.4 Priorisierung braucht einen seinerseits legitimierten Adressaten mit einer belastbaren Sicherstellungs-, Struktur- und/oder Finanzierungsverantwortung sowie dem Vermögen, Prioritäten umzusetzen. Solche Zuständigkeitsbereiche, Aufgaben und Verfahren sind bei uns in aller Regel sozialrechtlich normiert, u. a. für die Bereiche der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung. Priorisierungsverfahren und -ergebnisse müssen auch vor den Normen und Grundsätzen solcher Institutionen und schließlich vor dem Gesetz bestehen können, sie bedürfen der rechtlichen und der ethischen Legitimation.

6.5 Priorisierung erfolgt nicht in einem Versorgungsvakuum. Sie muss die Versorgungswirklichkeit eines Landes, nach Möglichkeit auch von Regionen berücksichtigen. Diese Wirklichkeit beruht ihrerseits immer schon auf Prioritäten, Zielen, Werten und Normen, unausgesprochenen wie ausdrücklichen. Die jeweils geltenden Prioritäten müssen möglicherweise verändert und weiterentwickelt werden; jedoch können sie nicht einfach durch neue Prioritäten ersetzt werden. Dazu sind sie zu sehr lebendige Medizin- und Sozialgeschichte, zu tief verwurzelt in einem spezifischen Wertgefüge, einer eigenen Kultur, einer materiellen Infrastruktur, in gewachsenen Institutionen und organisierten Interessen. Man mag Prioritäten europaweit diskutieren – akzeptiert und umgesetzt werden müssen sie in einem nationalen und letztlich in einem regionalen Rahmen.

6.6 Zentral für Priorisierung ist die Kategorie des Versorgungsbedarfs („need“ [26]). Wir setzen voraus, dass Bedarf im Einzelfall und für Bevölkerungen und Gruppen – in Annäherung – objektiviert und abgestuft werden kann. In seine Feststellung geht zweierlei ein: Die Objektivierung eines drohenden oder bestehenden gesundheitlichen Problems und die Vergegenwärtigung eines notwendigen oder zweckmäßigen (s. o.) präventiven, therapeutischen oder rehabilitativen Verfahrens – bei unzureichenden Möglichkeiten der Selbsthilfe. Im englischen Gesundheitswesen wird Bedarf über die individuelle bzw. aggregierte „ability/capa-

city to benefit“, d. h. das Potenzial eines als ausreichend erachteten Nutzens definiert. Auf Bedarf kann nur dort erkannt werden, wo ein bestimmter Typ von gesundheitlichen Problemen mit überlegener Wahrscheinlichkeit verhindert, geheilt, gebessert, in seinem Fortschreiten aufgehalten oder in seinen Folgen gemindert werden kann – im Vergleich zum Abwarten, einer Placebo- oder Standardbehandlung. Wo nicht geholfen werden muss, wo noch nicht oder nicht mehr geholfen werden kann, gibt es keinen Versorgungsbedarf im hier gemeinten technischen Sinne – möglicherweise aber Bedarf an humaner Zuwendung und Begleitung und höchstwahrscheinlich auch Forschungsbedarf. Entsprechend dieser Auffassung wurden in Oregon „condition-treatment pairs“ – in der klinischen Medizin spricht man von Indikationen – in eine einzige Rangreihe gebracht. Dabei ist durchaus, wie in Neuseeland geschehen (17), eine Priorisierung von Patientenuntergruppen innerhalb eines Indikationsbereichs möglich, z. B. dem der endoprosthetischen Versorgung von Patienten mit Hüftgelenksarthrosen.

7. Ethische Grundpositionen und Spannungen

7.1 Fundamental ist das Prinzip einer „bedarfsgerechten“ Versorgung. Bedarf („need“) ist, wie angedeutet, von Nachfrage („demand“), aktueller Versorgung („supply“) und Angebot (in Form leerstehender Betten oder anderer freier Kapazitäten) zu unterscheiden. In der Medizin lässt sich die o. g. „ability to benefit“ vergleichsweise am sichersten aus den Ergebnissen klinisch-evaluativer Forschung abschätzen. Es sind die wissenschaftlich kontrollierten Erfahrungen der Vergangenheit, die uns eine Krankheit für heilbar oder linderbar bzw. ein Verfahren für notwendig, zweckmäßig, wirksam, gefährlich usf. halten lassen. Damit ist Priorisierung auf das Konzept, die Methoden und Techniken der evidenzbasierten Medizin (im Sinne von „evidence-based clinical medicine“ [27], und „evidence-based health care“ [28]) angewiesen. Sie orientiert sich an den positiven und negativen Konsequenzen klinischen und systemischen Versorgungshandelns.

7.2 Dabei kommt es auf die Auswahl adäquater Ergebnisindikatoren („Outcomes“, „Zweckmäßigkeitsindikatoren“) an. In erster Linie sind gewonnene Lebensjahre und/oder gewonnene Lebensqualität zu berücksichtigen, Letztere gemessen an einer Verringerung von Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und sozia-

len Beeinträchtigungen (29; 30) und an der Erfüllung individueller Erwartungen und Präferenzen (Zufriedenheiten).

Dies geht jeder monetären Bewertung medizinischer Verfahren zeitlich, sachlich und ethisch voraus. Es ist darauf zu beharren, dass Medizin der immer kostspielige Versuch ist, das menschliche Leben zu verlängern, krankheitsbedingtes Leid so weit wie möglich und für möglichst alle Betroffenen zu vermindern und die „salus aegroti“ entsprechend zu fördern. Dass dies effizient, d. h. möglichst wirtschaftlich zu geschehen habe, ist ein auch ethisch begründbares Gebot. Die „Swedish Parliamentary Priorities Commission“ (1995) hat als drittes ethisches Prinzip der Priorisierung formuliert: „when choosing between different fields of activity or measures, a reasonable relation between cost and effect, measured in improved health and improved quality of life, should be aimed for“ (14: S. 103). Maßgebend ist der Gesichtspunkt der sog. Opportunitätskosten: Jede Ausgabe an einer Stelle beinhaltet (potenziell) einen entgangenen Nutzen an einer anderen.

7.3 Dennoch plädieren wir dafür, die Priorisierungsdiskussion nicht im engeren Sinne utilitaristisch zu führen (31). Entsprechend der medizinischen Pflichtenlehre (Deontologie) soll die Erreichbarkeit von Versorgungszielen bei definierten (Gruppen von) Kranken maßgebend sein. Eine utilitaristische Orientierung muss dagegen bevorzugt auf den größten Nutzen für die größte Zahl sehen. Dies würde zu einer aktiven Diskriminierung von Kranken führen, die an seltenen Krankheiten leiden, schwerer erkrankt und älter sind. Die hier angeregte sektorbezogene Priorisierungsdiskussion vermeidet – wenigstens vorerst – Vergleiche zwischen heterogenen Versorgungsbereichen. So wäre zuerst „nur“ die Priorität zwischen einer medizinischen Rehabilitation für z. B. Kranke mit einer frühen rheumatoiden Arthritis (bzw. besonderer Untergruppen) vs. Kranke mit unspezifischen Rückenschmerzen (bzw. ihrer Untergruppen) abzuwägen. Die viel schwierigere Frage, ob man nicht alle rehabilitativen Aufwendungen aus utilitaristischen Gründen besser in die Prävention investieren sollte, bliebe erst einmal außer Betracht. Zu ihrer Beantwortung müsste man sich u. a. auf einen einheitlichen Bewertungsmaßstab klinisch heterogener Verfahren geeinigt haben, etwa in Form der umstrittenen „quality adjusted life years (QALY)“.

7.4 Die Bindung von Prioritäten an die Ergebnisse klinisch evaluativer Forschung ist als „empirizistisch“ und „szientistisch“ (32; 33) kritisiert worden. Zu diskutieren wäre deshalb noch einmal,

wie die „Dominanz der Experten“ (34) kontrolliert werden soll. In jüngster Zeit ist eine Betonung von „Patientenrechten“ zu beobachten, auch seitens der Bundesärztekammer (35; 36; 37). In keinem Fall wird man aber auf die wissenschaftlich-kritische Analyse von Forschungsergebnissen und der sich daraus ableitenden empirischen Evidenz verzichten können. Alle historisch bekannten Alternativen sind nicht besser, sondern undurchschaubarer, undemokratischer, unzuverlässiger.

7.5 Gleichen Bedarf vorausgesetzt, gilt nach § 70 SGB V das Prinzip der Versorgungsgleichmäßigkeit. Dem entspricht ein vielfältiges Diskriminierungsverbot, etwa nach Alter, Wohnort, sozialer Schicht, ethnischer Zugehörigkeit, religiöser Gruppe und vor allem auch Zahlungsfähigkeit. Versorgungsprioritäten dürfen auch nicht auf die Häufigkeit von Krankheiten bzw. Indikationen und auch nicht auf ihre Genese sehen. Etwas kann nicht allein deswegen als nachrangig eingestuft werden, weil es – wie bestimmte Stoffwechselstörungen (z. B. Morbus Wilson) – selten vorkommt. Problematisch wäre es auch, „selbst verschuldete“ oder verhaltensgebundene Krankheiten prinzipiell zu priorisieren; dieses Verbot gilt wenigstens für solche Gesundheitsstörungen, die selbst auf eine Krankheit vom Typ der Sucht zurückgehen, etwa auf Alkoholismus, Essstörungen, Drogenabhängigkeit oder Nikotinabhängigkeit.

7.6 Die Verwirklichung beider Prinzipien (Bedarfsgerechtigkeit und Gleichmäßigkeit der Versorgung) setzt die Existenz und Anerkennung von Solidargemeinschaften voraus. Typischerweise werden in ihnen individuelle Präferenzen, Pläne und Vorkehrungen durch kollektive und strukturelle teils ersetzt, teils flankiert. Insofern enthält Priorisierung immer auch „paternalistische“ Elemente, die die Autonomie der Mitglieder der Gemeinschaften (Patienten wie Leistungserbringer) aus einer Verantwortung für das Wohl aller Schutzbefohlenen bzw. -berechtigten einschränken. Der Freiheitsverlust ist differenziert zu sehen.

GKV-Versicherte können nicht jede beliebige Leistung auf Kosten der Gemeinschaft erwarten oder fordern. Sie können aber jeden Leistungsvorschlag ablehnen. Jede Behandlung ist grundsätzlich an ihre Zustimmung nach Aufklärung gebunden. Es gibt bisher keine sanktionsbewehrte Mitwirkungspflicht, wenn man von den vielfältigen Zuzahlungspflichten (u. a. Medikamente, Krankenhausbehandlung, stationäre Rehabilitation) einmal absieht. Es wäre zu erwägen, Zuzahlungen mit abnehmender

Zweckmäßigkeit bzw. Priorität von Leistungen ansteigen zu lassen. Zusätzlich haben Kranke und Gesunde selbstverständlich das Recht, und es muss erhalten werden, sich individuell präferierte, kollektiv aber posteriorisierte Leistungen zu kaufen, z. B. durch direkte Zahlungen oder gesonderte Versicherungen.

Gebunden sind auch die sog. Leistungserbringer. Im Kontext von SGB V dürfen sie nicht jede mögliche Leistung auf Kosten der Versichertengemeinschaft veranlassen. Ihre solidarisch finanzierten Leistungen müssen vielmehr notwendig, nützlich und wirtschaftlich sein (§ 135 SGB V). Sie sind zudem durch die *lex artis*, das Berufs- und Haftungsrecht und die ärztliche Ethik eingeschränkt. Mit abnehmender Evidenz für bestimmte Indikationen und Verfahren wachsen die Wahlmöglichkeiten von Ärzten. Weichen sie von den entsprechenden Leitlinien, Standards oder Richtlinien ab, ergibt sich im Streitfall ein Rechtfertigungsbedarf proportional zur Stärke der Empfehlung und ihrer Evidenz und dem Ausmaß der Abweichung. Nur innerhalb dieser Grenzen gilt der Grundsatz der „Therapiefreiheit des Arztes“ (38).

Angesichts der vielfältigen Unsicherheiten plädieren wir für Widerspruchsrechte und Widerspruchsverfahren. Sie sollten es ermöglichen, die Feststellung von Prioritäten generell und im Einzelfall anzugreifen und einer zweiten Prüfung zu unterziehen.

7.7 Ethisch keineswegs neutral sind zahlreiche offene Fragen der Priorisierung. Einige seien beispielhaft genannt: Sollen potenziell lebensrettende Verfahren grundsätzlich Vorrang haben (wie in Oregon)? Soll bei prinzipiell gleichartiger Indikation (z. B. Nierentransplantation bei terminaler Niereninsuffizienz) die voraussichtliche Prognose und Dauer des Erfolgs (etwa bei unterschiedlich alten Kranken) berücksichtigt werden und, wenn ja, wie? Welches Gewicht erhalten die unerwünschten Wirkungen, welches die monetären Kosten? Wie groß muss der Abstand (auf welchen Dimensionen, in welchen Einheiten, unter welchen Messfehlern) zwischen zwei Indikationen sein, um sie als unterschiedlich wichtig anzusprechen? Schließlich sei noch einmal auf alle die Probleme hingewiesen, die beim Vergleich heterogener Indikationen (Prävention vs. Kuration vs. Rehabilitation, Herzkrankheiten vs. Rheumaleiden, „killing vs. crippling diseases“ etc.) entstehen.

7.8 Offen ist auch, wo die Grenze gegenüber den Verfahren zu ziehen ist, die man von der solidarischen Finanzierung ausschließen möchte. Für solche Leistungen wäre eine vollständig private Finan-

zierung bzw. Vorsorge vorzusehen – ohne für den solidarisch finanzierten Bereich auf verschiedene Formen der Selbstbeteiligung verzichten zu wollen. In der holländischen Diskussion hat als nachgeordnetes Kriterium eine Rolle gespielt, welche Versorgungsleistungen „may be left to individual responsibility and individual payment“ (13). Auch wir kennen das sog. Subsidiaritätsprinzip, bisher besonders im Bereich der Sozialhilfe. Im Bereich der GKV und RV (§ 1 SGB V, § 9 [2] SGB VI) ist von Eigen- und Mitverantwortung bzw. von Mitwirkungspflicht die Rede. In der GKV ist der angedeutete Weg u. a. durch den Verordnungs-Ausschluss einiger Arznei-, Heil- und Hilfsmittel beschritten. Diese richten sich gegen weit verbreitete und/oder rasch vorübergehende „geringfügige Gesundheitsstörungen“, sind von geringem oder umstrittenem Nutzen oder verursachen nur geringfügige Kosten (§ 34 SGB V). Hier scheint eine Weiterentwicklung möglich – unter strikter Beachtung der Belastbarkeit der einzelnen Versichertengruppen und der Beobachtung ihrer Reaktionen.

8. Ein Verfahren zur Entwicklung von Prioritäten

In der internationalen Diskussion hat bereits die „zweite Phase der Priorisierung“ (39) begonnen. Die Entwicklung von Prioritäten ist als ein komplexer, anspruchsvoller und konfliktträchtiger Vorgang erkannt worden.

Die Stellungnahme hat in Abschnitt 6 für die deutsche Diskussion inhaltliche und methodische Hinweise gegeben. Einige Punkte seien in der folgenden Übersicht noch einmal herausgehoben, einer näher kommentiert:

Acht Schritte einer Priorisierungsdiskussion innerhalb eines begrenzten Versorgungsbereichs

1. Klärung der zugrunde gelegten ethischen, rechtlichen und politischen Prinzipien
2. Feststellung der Aufgaben und Ziele des Versorgungsbereichs
3. Darstellung und Bewertung der aktuellen Versorgungssituation und ihrer impliziten/expliciten Prioritäten
4. Qualitative und quantitative Merkmale der Krankheitslast (Schweregrad, Prognose, Dringlichkeit)
5. Zweckmäßigkeit der auf sie bezogenen Interventionen (Evidenzgrade?)
6. Alternativen, Risiken und unerwünschte Wirkungen

7. Direkte und indirekte Kosten, Effizienz
8. Interessen, Erwartungen und Präferenzen aller (potenziell) Beteiligten

Als achter Punkt ist in der Übersicht die Berücksichtigung der Interessen, Erwartungen und Präferenzen aller potenziell Beteiligten genannt (40). Wir erinnern an die 1996 von der WHO veröffentlichte Charta von Ljubljana und ihre Forderung, „auf das Wort der Bürger (zu) hören und ihre Entscheidungen (zu) respektieren“. Zu einer systematischen Bürgerbeteiligung sind international eine Reihe von Verfahren vorgeschlagen und z. T. schon empirisch geprüft worden. In einer nationalen Studie ist deutlich geworden (41), dass wenigstens zwei Drittel der Erwachsenden „in Entscheidungen über Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen“ einbezogen werden wollen. Als weiter Einzubeziehende werden dann zuerst und mit weitem Abstand Ärzte genannt. Auch dies ist ein Hinweis auf die hier für notwendig gehaltene, offenbar auch von der Bevölkerung erwartete und schließlich vom Sozialrecht gestützte Bedeutung der ärztlich-klinischen Expertise in der Priorisierungsdiskussion. Dennoch gilt, dass Priorisierungsentscheidungen mit Rationierungswirkungen nur in transparenten demokratischen Verfahren und von hierzu ermächtigten Institutionen getroffen werden können.

Diese Entscheidungen anzuleiten und konzeptionell, inhaltlich und methodisch vorzubereiten, könnte (nach schwedischem Vorbild) auch bei uns die Aufgabe einer eigenen Parlamentskommission werden.

Literatur

1. Smith R: Plädoyer für eine offene Rationierungsdebatte. Dt. Ärztebl 1998; 95: A-2453–2458 [Heft 40].
2. Braun B, Kühn H, Reiners H: Das Märchen von der Kostenexplosion. Frankfurt, Fischer, 1998.
3. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Sondergutachten 1997. Baden-Baden, Nomos, 1997/98.
4. Höffe O: Besonnenheit und Gerechtigkeit: Zur Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen. In: Schlicht (Hrsg.): Gesundheit für alle. Fiktion oder Realität. Hofmann-Verlag, Schattauer, 1999.
5. Höffe O: Besonnenheit, Gerechtigkeit und Zivilcourage. ZEE, 2000 (im Druck).
6. Ribhegge H: Rationierung und kollektive Entscheidungen im Bereich des Gesundheitswesens. Veröffentlichungsreihe des Berliner Zentrums Public Health, 1997.
6. Feuerstein G, Kuhlmann E (Hrsg.): Rationierung im Gesundheitswesen. Wiesbaden, Ullstein medical, 1998.
7. Nagel E, Fuchs C (Hrsg.): Rationalisierung und Rationierung im deutschen Gesundheitswesen. Stuttgart, Thieme, 1998.

8. Moormann T: Rationierung im deutschen Gesundheitswesen? Entwicklung, Status quo und Perspektiven. Stuttgart, Thieme, 1999.

9. Fuchs C: Was heißt Rationierung im Gesundheitswesen? Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript für das 34. Sozialmedizinische Kolloquium, Institut für Sozialmedizin der MÜL, 1998.

10. Maynard A, Bloor K: Our certain fate: Rationing in health care. London, Office of Health Economics, 1998.

11. Ham C, Pickard S: Tragic choices in health care. London: King's Fund Publishing, 1998.

12. Ham C: Setting priorities for health care: Why government should take the lead. Belfast, Northern Ireland Economic Development Office, 1998.

13. Coulter A, Ham C (eds): The global challenge of health care rationing. Buckingham, Philadelphia, Open University Press, 2000.

14. Kitzhaber JA: Prioritising health services in an era of limits: the Oregon experience. In: BMJ Publishing Group (eds.): Rationing in action. Plymouth, BMJ 1993; 35–48.

15. Scheerder RLJM: Dutch choices in health care. In: BMJ Publishing Group (ed.): Rationing in action. Plymouth, BMJ 1993; 49–58.

16. Swedish Parliamentary Priorities Commission: Priorities in Health Care. The Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm Offsetcentral, 1995.

17. Royal College of Physicians of London: Setting priorities in the NHS. London, 1995 (new: 1997).

18. Danish Council of Ethics: 9th Annual Report. Kopenhagen, 1997.

19. Hadorn DC, Holmes AC: The New Zealand priority criteria project. Part I: Overview. BMJ 1997; 314: 131–134.

20. Chinitz D, Shalev C, Galai N, Israeli A: Israel's basic basket of health services: the importance of being explicitly implicit. BMJ 1998; 317: 1005–1007.

21. Weil O, McKee M: Setting priorities for health in Europe. European J Public Health 1998; 8: 256–258.

22. Bodenheimer T: The Oregon Health Plan – Lessons for the Nation. Part I. N Engl J Med 1997; 337: 651–655.
Bodenheimer T: The Oregon Health Plan – Lessons for the Nation. Part II. N Engl J Med 1997; 337: 720–723.

23. Hiatt H, Goldman L: Making medicine more scientific. Nature 1994; 371: 100.

24. Baier H: Kundenorientierung statt Rationierung. Dt Ärztebl 1996; 93: A-2683–2686 [Heft 42].

25. Baier H: Ärzte und Patienten als Kunden des Gesundheitswesens. Dt Ärztebl 1998; 95: A-876–878 [Heft 15].

26. Stevens A, Raftery J (eds.): Health care needs assessment. Oxford, Redcliff Medical Press, 1994.

27. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB: Evidence-Based Medicine. How to practice and teach EBM. New York, Edinburgh, London, Churchill Livingstone, 1997.

28. Gray JAM: Evidence-based healthcare. New York, Edinburgh, London, Churchill Livingstone, 1997.

29. WHO: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. World Health Organization Geneva, 1980.

30. Matthesius R-G, Jochheim K-A, Barolin GS, Heinz C (Hrsg.): Die ICIDH – Bedeutung und Perspektiven (Teil 1). WHO (Hrsg.): Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (Teil 2) Berlin, Wiesbaden, Ullstein Mosby, 1995.

31. Lindholm LA, Emmelin MA, Rosén ME: Health maximation rejected. European J Public Health 1997; 7: 405–410.

32. Evans JG: Evidence-based and evidence biased Medicine. Age and Ageing 1995; 24: 461–463.

33. Klein R: The NHS and the new scientism: solution or delusion? Q J Med 1996; 89: 85–87.

34. Freidson E: Dominanz der Experten. in: Rohde J (Hrsg.): Medizin- und Sozialwissenschaften 3, München–Berlin–Wien, Urban & Schwarzenberg, 1975.

35. Bundesärztekammer: Entwurf einer Charta der Patientenrechte. vgl. homepage „bundesaeztekammer.de“; Sept. 1999.

36. Francke R, Hart D: Charta der Patientenrechte. Baden-Baden, Nomos, 1999.

37. Annas GJ: A national bill of patient's rights. N Engl J Med 1998; 338: 695–699.

38. Laufs A: Therapiefreiheit des Arztes. ZaeFQ 1997; 91: 586–592.

39. Holm S: Goodbye to the simple solutions: The second phase of priority setting in health care. BMJ 1998; 317: 1000–1004.

40. Mullen P, Spurgeon P: Priority setting and the public. Oxon, Radcliffe Medical Press, 2000.
Mullen PM: Public involvement in priority setting: Are the methods used appropriate and valid? Paper presented at the Second International Conference on Priorities in Health Care, 1998.

41. Westphal R: Die Bedeutung ausgewählter präventiver, therapeutischer und rehabilitativer Leistungen im Spiegel eines Bevölkerungssurveys. Medizinische Dissertation, MÜL, 2000.

Mitglieder der Zentralen Ethikkommission

- Prof. Dr. med. Doerfler, Köln
 Prof. Dr. med. von Ferber, Düsseldorf
 Prof. Dr. med. Helmchen, Berlin
 Prof. Dr. phil. Höffe, Tübingen (Enthaltung)
 Prof. Dr. Dr. med. Hofschneider, Martinsried
 Prof. Dr. theol. M. Honecker, Bonn
 Prof. Dr. med. Jäger, Jena
 Prof. Dr. jur. Laufs, Heidelberg
 PD Dr. med. Dr. phil. Nagel, Hannover
 Prof. Dr. med. Dr. dent. Pichlmaier, Köln
 Prof. Dr. med. Dr. phil. Raspe, Lübeck
 Prof. Dr. med. J. Reich, Berlin
 Prof. Dr. theol. habil. Reiter, Mainz
 Frau Prof. Dr. med. Schroeder-Kurth, Eibelstadt
 Prof. Dr. phil. Siep, Münster
 Dr. med. Skoblo, Berlin (Ablehnung)
 Prof. Dr. jur. Taupitz, Mannheim
 Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Thews, Mainz

Korrespondenzadresse

Zentrale Ethikkommission
 bei der Bundesärztekammer
 Geschäftsführung
 Herbert-Lewin-Straße 1
 50931 Köln

**33. Internationaler Seminarkongress
 in Grado (Italien)**

veranstaltet vom Collegium Medicinae Italo-Germanicum unter
 Mitwirkung von Bundesärztekammer und Österreichischer Ärztekammer
 20. bis 25. August 2000

Kongresseröffnung

Prof. Dr. Dr. h.c. Karsten Vilmar/Bremen: Patient und Arzt zwischen Wissenschaft und Fremdbestimmung – Gesundheitliche Versorgung zwischen Humanität und Kostendruck

Seminare

Allergologie in der Praxis, Endokrinologie, Gastroenterologie, Immunologie, Neurologie, Notfallmedizin, Sportmedizin, Interdisziplinäre Gespräche, Aktuelles aus dem ärztlichen Alltag

Kurse und Praktika

Akupunktur-Kurse, EKG-Refresher- und Langzeit-EKG-Kurs, Gruppentherapie mit chronischen Schmerzpatienten, Integrationsversorgung und Ärzte-Netzwerke, Manuelle Medizin, Notfall-Refresherkurs, Sonographie-Grundkurs, Sport – Theorie und Praxis, Einzelveranstaltungen

Sozial-, Gesundheits- und ärztliche Berufspolitik

Aktuelle Probleme, Grundlagen der medikamentösen Schmerztherapie bei Tumorpatienten, Theologie und Medizin: Brauchen wir eine neue Ethik? – Ärzte zwischen Rationierung und Menschenwürde.

Programmanforderung

Collegium Medicinae Italo-Germanicum, c/o Bundesärztekammer, z. Hd. Frau Schindler, Herbert-Lewin-Straße 1, 50931 Köln, Telefon: 02 21/40 04-4 17, Fax: 02 21/40 04-3 88, E-Mail: ingrid.schindler@baek.dgn.de oder cme@baek.dgn.de