

PRIORISIERUNG

Individuelle Rangfolgen – Kosten ein

Gesundheitsbezogene Lebensqualität – der Begriff der Priorisierung kann auch unter

Birgitta Bayerl, Daniel Friedrich, Walter A. Wohlgenuth



Bei den Debatten um Priorisierung medizinischer Leistungen werden zahlreiche Kriterien darauf geprüft, ob sie zur Rangfolgenbildung geeignet sind. Unter den dabei bisher diskutierten und teilweise in anderen Ländern bereits umgesetzten Kriterien findet man immer wieder auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität (gLQ), meist als Selbsteinschätzung der gesundheitlichen Befindlichkeit durch den Patienten in einem Fragebogen. So fließt die gLQ in Form von Quality Adjusted Life Years (QALYs) in die Kosten-Nutzen-Bewertung medizinischer Leistungen zum Beispiel in England schon heute ein.

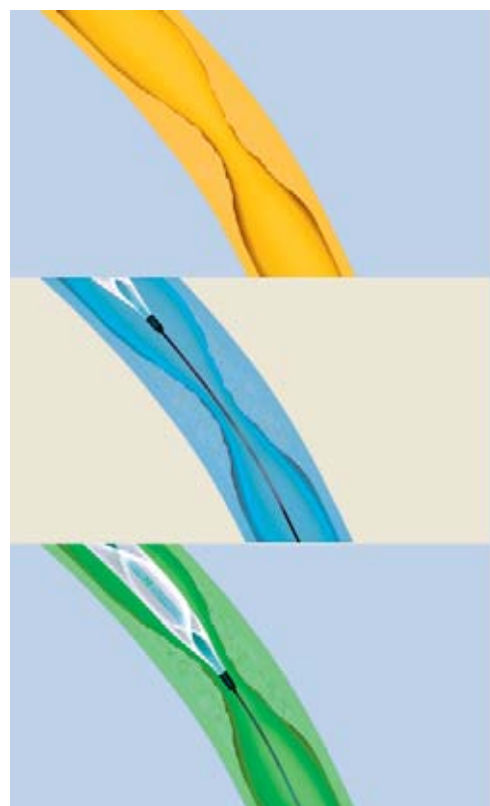
In Deutschland orientiert sich das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bei der Nutzenbewertung medizinischer Maßnahmen an der gLQ (§ 35 b SGB V), da diese im Gegensatz zu Surrogatparametern, wie zum Beispiel Laborwerten, einen patientenrelevanten Parameter darstellt (1). Bei der Bewertung durch das IQWiG werden außerdem die Verbesserung des Gesundheitszustands, die Verkürzung der Krankheitsdauer, die Verlängerung der Lebensdauer und die Verringerung von

Nebenwirkungen berücksichtigt. Da der gesundheitsbezogenen Lebensqualität eine gewisse Bedeutung unter den diskutierten Priorisierungskriterien eingeräumt wird, soll diese genauer am klinischen Beispiel der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK) untersucht werden.

Die Analyse wird sich dabei auf die Claudicatio intermittens (CI), also das Stadium II der PAVK nach Fontaine, konzentrieren, denn hier besteht keine absolute Therapieindikation für invasive Maßnahmen (wie perkutane transluminale Angioplastie [PTA] oder Bypassoperationen), und die Therapieentscheidung kann maßgeblich durch die gLQ des Patienten mitbeeinflusst werden (2). Das Leitsymptom der Claudicatio intermittens ist der belastungsabhängige Schmerz. Je nach Länge der schmerzfreien Gehstrecke ist dadurch der Bewegungsradius des Patienten mehr oder minder stark eingeschränkt.

Mit der gLQ sollen subjektive Einschätzungen der Patienten hinsichtlich ihrer körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit, ihrer Erkrankungen und möglichen Therapiemaßnahmen abgebildet werden. In einer meist weniger strukturierten Form wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität im persönlichen Arzt-Patienten-Gespräch schon immer mit der Frage „Wie geht es Ihnen?“ miterfasst. Die Beurteilung der aktuellen gLQ erfolgt hier durch die persönliche Interpretationsleistung des Arztes, der die Antwort des Patienten bewertet.

Diese Bewertung auf der individuellen Arzt-Patienten-Ebene (Mikroebene) wird jedoch im Rahmen einer Priorisierungsdebatte langfristig nur schwer Bestand haben können, da die meisten Experten aus Gerechtigkeits- und Transparenzrouten eine offene, auf der gesell-



schaftlichen Makroebene stattfindende Priorisierung favorisieren; diese bezieht neben Ärzten und Patienten auch andere Interessengruppen in die Entscheidung ein.

Lebensqualität messen

Seit mehr als 30 Jahren wird versucht, die gLQ auch systematisch mithilfe speziell entwickelter Messinstrumente objektivierbar und reliabel zu erfassen und dabei die Befragten möglichst wenig zu belasten (Praktikabilität). Man geht davon aus, dass diese Zielgröße besser als die sogenannten Surrogatparameter geeignet ist, das tatsächliche Wohlbefinden eines Patienten abzubilden, da die Surrogate nur indirekt Relevanz für die Patienten haben (1). Aus diesem Grund findet man die gLQ auch zunehmend in klinischen Studien zur Beurteilung

DÄ-ARTIKELSERIE

Die Artikelserie im DÄ befasst sich mit verschiedenen Aspekten zum Thema „Priorisierung im Gesundheitswesen“. Bisher erschienen:

- „Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – was ist gemeint?“ (DÄ, Heft 12/2009)
- „Öffentlicher Diskurs erforderlich“ (DÄ, Heft 14/2009)

Zusätzlich ist ein Diskussionsforum auf www.aerzteblatt.de/foren eingerichtet.

Universität
Bayreuth/Klinikum
Augsburg, Institut für
Medizinmanagement
und Gesundheits-
wissenschaften:
Dipl.-Soz. Bayerl MPH
Universität Münster,
Institut für Ethik,
Geschichte und Theorie
der Medizin:
Friedrich M. A.
Universität
Bayreuth/Klinikum
Augsburg, Institut für
Medizinmanagement
und Gesundheits-
wissenschaften:
Priv.-Doz. Dr. med.
Dr. rer. pol. habil.
Wohlgenuth

sparen oder Qualität verbessern?

Qualitätsaspekten sinnvoll verwendet werden.



Foto: picture-alliance/medscape (m) (Abstr. einer Ballonkatheter)

von medizinischen Interventionen. Dabei wird sie als mehrdimensionales Konstrukt operationalisiert, bei dem meist die physische, die psychische und die soziale Dimension berücksichtigt werden (3). Die Messinstrumente lassen sich, meist in Form von selbst auszufüllenden Fragebögen, in allgemeine generische und in krankheitsspezifische Messinstrumente einteilen. Generische Messinstrumente sind für eine breite Anwendung konzipiert worden. Mit ihnen kann man verschiedene Arten und Schweregrade von Krankheiten vergleichend bewerten. Krankheitsspezifische Messinstrumente dagegen sind zur Bewertung spezieller diagnostischer Gruppen oder Patientenpopulationen entwickelt worden und können kleinere Veränderungen besser wahrnehmen. Allerdings besteht

aufgrund der krankheitsspezifischen Ausrichtung die Gefahr, unerwartete Effekte zu übersehen. Auch sind die Ergebnisse nicht über Krankheitsgruppen hinweg vergleichbar (4).

Für die PAVK hat sich als generisches Messinstrument der SF-36-Fragebogen zum Gesundheitszustand bewährt, als krankheitsspezifische Messinstrumente lassen sich zum Beispiel Claudicatio-Scale (CLAU-S) (5), der Walking Impairment Questionnaire (WIQ) (6), der PAVK-86-Fragebogen (7), die Scala Sigma-Tau (8) oder der FLQKI (9, 10) nennen, die zum Beispiel auf den Claudicatio-schmerz, die Gehstrecke und -geschwindigkeit oder auch spezifische Therapieebenenwirkungen abzielen. Die große Anzahl der vorhandenen Messinstrumente, gerade auch bei der PAVK, zeigt jedoch ein allgemeines Problem der gLQ-Messung in der Priorisierungsdebatte auf: Die Fragebögen zielen konstruktionsbedingt auf unterschiedliche Dimensionen von gesundheitlicher Lebensqualität ab und bewerten diese unterschiedlich. Dabei scheint nicht sofort einsichtig zu sein, welche dieser Dimensionen (zum Beispiel Schmerz, körperliche Funktionsfähigkeit, psychische Befindlichkeit) als vorrangig anzusehen ist. Die letztendliche Entscheidung hierüber wird dann wieder eine normative Setzung auf individueller Patientenebene sein.

Bei Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit ist das Ausgangsniveau der gLQ nicht nur im physischen Bereich, sondern – im Vergleich zur gesunden Bevölkerung – auch in den psychischen und sozialen Dimensionen eingeschränkt. Die schlechtere Befindlichkeit der Patienten ergibt sich vor allem in den Bereichen der körperlichen Funktionen und Integrität, der Vitalität, bei der Selbstversorgung und den täglichen Aktivitäten. Neben Schmerzen treten

auch vermehrt Störungen des Schlafs und des Soziallebens sowie Einschränkungen im emotionalen Erleben auf (11).

Alternative Entscheidung

Bei der Claudicatio intermittens stehen prinzipiell zwei Therapieoptionen zur Verfügung: Der Patient kann konservativ, zum Beispiel durch die Gabe von vasoaktiven Substanzen oder mittels eines strukturierten Gehtrainings, behandelt werden, oder invasiv, indem man eine Aufdehnung der Arterie (zum Beispiel durch eine PTA) oder eine Bypass-OP durchführt. Bei der CI sind diese invasiven Maßnahmen jedoch nicht absolut indiziert. Im Prinzip sind konservative Therapieoptionen mit vasoaktiven Substanzen oder mit einem strukturierten Gehtraining ausreichend (12). Durch die Entwicklung von neueren vasoaktiven Substanzen, wie zum Beispiel Cilostazol, wird die Indikation zu invasiven Verfahren möglicherweise noch weiter relativiert. Studien, die die gLQ der Patienten als Zielparame-ter mitefassen, haben jedoch gezeigt, dass sich unter rein konservativen Therapieoptionen die gLQ der Patienten nicht verbessert oder sogar weiter verschlechtert (11). Erst durch invasive Verfahren, wie eine PTA (wenn möglich das bei der CI bevorzugte Verfahren gegenüber einer Bypass-OP), ist eine messbare Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Betroffenen selbst unter Berücksichtigung einer höheren Komplikationsrate zu erzielen (11).

Die stärksten Verbesserungen ergeben sich dabei bei der körperlichen Befindlichkeit und beim Schmerzempfinden, etwas weniger deutliche Verbesserungen lassen sich bei der sozialen und emotionalen Dimension ausmachen. Deshalb wird die In-

dikation zur endovaskulären Therapie oft bereits im Stadium II gestellt, ohne dass die Extremität dabei vital gefährdet ist (13). Die aktuellen Therapieempfehlungen zur PAVK befürworten dagegen, den Patienten zunächst konservativ zu behandeln und ihn erst dann einer invasiven Maßnahme zuzuführen, wenn die konservativen Therapiemaßnahmen nicht erfolgreich waren und sich eine starke krankheitsbedingte Einschränkung im Beruf oder in der Lebensführung abzeichnet (14).

Die Leitlinien überlassen dabei dem behandelnden Arzt (und auch dem Patienten im Sinn einer Arzt-Patienten-Konsensfindung) die Entscheidung darüber, welche Therapiemaßnahme angemessen ist. Diese Vorgehensweise erlaubt im Prinzip eine patientenbezogene Entscheidung, die die persönliche Lebenssituation des Patienten und seine Nutzenaffinität und Risikoaversität berücksichtigen kann. Ein solcher Entscheidungsprozess vollzieht sich allerdings auf der „Mikroebene“ der Patienten-Arzt-Beziehung, was den Bestrebungen vieler entgegensteht, eine Priorisierung möglichst explizit und transparent zu gestalten und möglichst auf der gesellschaftlichen „Makroebene“ zu konzeptionalisieren.

Keine einfachen Antworten

Verwendet man nun die gLQ, um zwischen den invasiven und konservativen Maßnahmen zu priorisieren, so würde sich eine klare Indikationsstellung zu invasiven Maßnahmen ergeben. Dadurch würde man bei PAVK-Patienten insgesamt eine Steigerung der Lebensqualität erzielen und somit insgesamt mehr Patienten haben, die ihren Zustand aufgrund ihrer Behandlung als besser beschreiben. Aus medizinischer Sicht ist auf Grundlage eines patientenrelevanten Outcomeparameters die Durchführung der invasiven Maßnahme wünschenswert. Gleichzeitig findet aber eine Umverteilung von finanziellen Mitteln aus anderen Bereichen der Medizin statt, da die Ressourcen begrenzt und die invasiven Maßnahmen teurer sind. Die Kostenträger würden wegen knapper Kassen wahrscheinlich eine andere Priorisierung favorisieren.



„Schaufensterkrankheit“ nennt sie der Volksmund – die Störung der arteriellen Durchblutung der Extremitäten.

Das Beispiel macht deutlich, dass die Berücksichtigung von gLQ als Kriterium für Priorisierungsentscheidungen keineswegs immer zur Kostendämpfung beiträgt, sondern hier vielmehr der Optimierung der Behandlungsqualität beziehungsweise des Outcomes dient. Es ergeben sich also konfligierende Interessen. Betrachtet man Priorisierung rein vor dem Hintergrund der Kostenersparnis, so erscheint zumindest anhand dieses Beispiels eine Entscheidung nach gLQ nicht zielführend, wohingegen für eine Rangfolgenbildung nach medizinischer Wichtigkeit das Gegenteil gilt. Auf die Frage, wie mit diesem Konflikt umgegangen wird, gibt es keine einfache Antwort.

Letztlich sind trotz vorliegender valider Messinstrumente zur gLQ wieder grundsätzliche Entscheidungen über mehr Behandlungsqualität oder mehr Ressourcenschonung zu treffen. Es müssen die gleichen Interessen in Einklang gebracht werden, die auch bei der Kosten-Nutzen-Bewertung (KNB) im Fokus stehen. Das Konzept der QALYs bietet hier eine praktikable Lösung, da es die beiden Größen gLQ und Kosten in eine miteinander verrechenbare Beziehung setzt und damit sogar eine Vergleichbarkeit über Krankheitsgruppen hinweg ermöglicht. Die KNB aber sind mit einer Reihe ethischer Probleme behaftet (15, 16). So beruhen KNB auf utilitaristischen Erwägungen, das heißt auf einer summarischen Maximierung des Allgemeinwohls. Es gilt

allerdings als völlig offen, ob eine solche Maximierung für Gesundheitsleistungen überhaupt wünschenswert ist, wenn dabei vollkommen unklar bleibt, wer an dieser maximierten Summe teilhat.

Das Beispiel der PAVK zeigt aber auch eine Kontroverse innerhalb der Priorisierungsdiskussion auf, bei der es darum geht, wie das Konzept von Priorisierung prinzipiell zu verstehen ist. Einige plädieren dafür, dass die Idee der Priorisierung nicht von der Rationierung zu trennen sei. Danach ist das Ziel einer Priorisierung letztlich immer die Einsparung der posteriorisierten Leistungen, die Rangfolge dient also letztlich dem optimierten Einsatz der knappen finanziellen Ressourcen. Andere sehen Priorisierung als ein eigenständiges Konzept an, das Rangfolgenbildung auch unabhängig von Kosteneinsparungsgesichtspunkten zulässt und in dem Rangfolgen zum Beispiel auch nach Qualitätsgesichtspunkten gebildet werden.

Die hier vorgestellte Analyse spricht für letztere Position. Sie zeigt, dass der Begriff der Priorisierung auch unter Qualitätsaspekten sinnvoll verwendet und angewandt werden kann. Priorisierung nach Qualitätsgesichtspunkten würde unter Einbeziehung der gLQ zu einem deutlich breiteren Einsatz von invasiven Therapiemaßnahmen bei der CI führen. Damit wird es unerlässlich, Priorisierungskriterien nach dem jeweils zugrunde liegenden Ziel zu kategorisieren (zum Beispiel Leistungsqualität oder Verteilungsgerechtigkeit). Diese Kriterien sind nicht für alle Ziele gleichermaßen geeignet. So würde unter dem Blickwinkel von Kostendämpfung die gesundheitsbezogene Lebensqualität als nicht zielführend ausscheiden, wohingegen sie unter Behandlungsqualitätsaspekten ein relevantes Priorisierungskriterium ist.

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2009; 106(17): A 820–2

Anschrift für die Verfasser
Dipl.-Soz. Birgitta Bayerl MPH
Klinikum Augsburg
Stenglinstraße 2
86156 Augsburg

 **Literatur im Internet:**
www.aerzteblatt.de/lit1709

LITERATURVERZEICHNIS HEFT 17/2009, ZU:

PRIORISIERUNG

Individuelle Rangfolgen – Kosten einsparen oder Qualität verbessern?

Gesundheitsbezogene Lebensqualität – der Begriff der Priorisierung kann auch unter Qualitätsaspekten sinnvoll verwendet werden.

Birgitta Bayerl, Daniel Friedrich, Walter A. Wohlgemuth

LITERATUR

1. IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Allgemeine Methoden. Version 3.0 vom 27.05.2008.
2. Norgren L, Hiatt WR: Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007; 33(1): 1–75.
3. Blitzer EM: Die Perspektive der Patienten – Lebensqualität und Patientenzufriedenheit. In: Schwartz FW et al.: *Das Public-Health-Buch*. München: Urban & Fischer 2003; 453–61.
4. Radoschewski M: Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Konzepte und Maße. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2000; 43(3): 165–89.
5. Dietze S, Kirchberger I et al.: Die Claudicatio-Skala (CLAU-S), ein krankheitsspezifischer Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität von Patienten mit Claudicatio intermittens: Entwicklung und Validierung. *Gefäßchirurgie* 1997; 2: 11–7.
6. Regensteiner J, Steiner J et al.: Evaluation of walking impairment by questionnaire in patients with peripheral arterial disease. *J Vasc Med Bio* 1990; 2: 142–52.
7. Bullinger M, Cachovan M et al.: Entwicklung eines krankheitsspezifischen Instruments zur Erfassung der Lebensqualität von Patienten mit arterieller Verschlusskrankheit (pAVK-86 Fragebogen). *VASA* 1996; 25(1): 32–47.
8. Silvestro A, Bacchieri A et al.: Un nuovo questionario per la valutazione della qualità della vita nel paziente affetto da claudicatio intermittens. *Minerva Cardioangiol* 2000; 48: 455–65.
9. Wohlgemuth WA, Olbricht W et al.: Krankheitsspezifisches Messinstrument zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK) im Stadium der kritischen Ischämie (FLQK): Methodische Entwicklung und psychometrische Bestimmung der Validität, internen Konsistenz und Reliabilität (Teil 1). *Fortschritt Röntgenstrahlen* 2007; 179: 1251–7.
10. Wohlgemuth WA, Olbricht W et al.: Krankheitsspezifisches Messinstrument zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit im Stadium der kritischen Ischämie (FLQK): Psychometrische Bestimmung der Responsiveness und der Praktikabilität (Teil 2). *Fortschritt Röntgenstrahlen* 2007; 179: 1258–63.
11. Wohlgemuth WA: Die Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit. *RöFo* 2003; 175: 169–75.
12. Ollenschläger G: *Kompendium Evidenzbasierte Medizin*. Bern: Huber Verlag 2004.
13. Florek H-J: Gefäßoperationen bei älteren Patienten: Oberstes Ziel ist es, die Gliedmaßen zu erhalten. *Geriatrics-Report* 2007; 3: 15–6.
14. ACC/AHA: ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease (Lower Extremity, Renal, Mesenteric, and Abdominal Aortic). *Journal of the American College of Cardiology* 2006; XX(X): 1–75.
15. Nord E: *Cost-value Analysis in Health Care*. Cambridge: University Press 1999.
16. Brock D: Ethische Probleme von Kosten-Effektivitäts-Analysen bei der Priorisierung im Gesundheitswesen. In: Schöne-Seifert BA, Ach J: *Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen*. Paderborn: Mentis; 2006: 183–214.