

Inhalt

| | |
|--|-----------|
| 1. TEIL: EINFÜHRUNG UND GRUNDLAGEN | 1 |
| § 1. Einleitung | 3 |
| § 2. Terminologie | 7 |
| I. Definitionen..... | 7 |
| 1. Priorisierung..... | 7 |
| 2. Rationalisierung..... | 12 |
| 3. Rationierung..... | 12 |
| 4. Allokation..... | 13 |
| 5. Abgrenzung und Verhältnis der Begriffe untereinander..... | 13 |
| II. Priorisierungsformen und Allokationsebenen..... | 15 |
| 1. Priorisierungsformen..... | 15 |
| 2. Allokationsebenen..... | 16 |
| 2. TEIL: PRIORISIERUNGSERFAHRUNGEN IN ANDEREN GESUNDHEITSSYSTEMEN | 19 |
| § 3. Vereinigtes Königreich | 21 |
| I. England..... | 22 |
| 1. National Health Service..... | 22 |
| 2. National Institute for Clinical Excellence..... | 23 |
| 3. Jüngste Entwicklungen: Health Reform Act 2012..... | 27 |
| 4. Fazit..... | 29 |
| II. Schottland, Wales und Nordirland..... | 30 |
| § 4. Schweden | 31 |
| I. Das schwedische Gesundheitssystem..... | 31 |
| II. Priorisierung in Schweden..... | 34 |
| III. Explizite Leistungsausschlüsse: Östergötland..... | 40 |
| 1. Methodik..... | 41 |
| 2. Öffentlichkeit und Kritik..... | 42 |
| 3. Jüngere Entwicklungen in anderen Landkreisen..... | 45 |
| IV. Fazit..... | 47 |
| § 5. Norwegen | 53 |
| I. Lønning-I-Kommission..... | 53 |
| II. Lønning-II-Kommission..... | 56 |
| III. Fazit..... | 59 |
| § 6. Oregon | 61 |
| I. Das Gesundheitssystem der USA..... | 61 |
| 1. Grundsatz der privaten Versicherung..... | 61 |
| 2. Öffentliche Versicherungen..... | 62 |

| | |
|--|------------|
| a) MEDICARE | 63 |
| b) MEDICAID | 64 |
| c) Regelungstradition und Hintergrund..... | 66 |
| d) Kostendruck..... | 67 |
| II. Das MEDICAID-Programm im Staate Oregon..... | 67 |
| III. Fazit..... | 71 |
| § 7. Niederlande..... | 73 |
| I. Das Gesundheitssystem der Niederlande: Drei Säulen | 73 |
| 1. Pflegeversicherung und allgemeine Sozialversicherungen..... | 74 |
| 2. Zweite und Dritte Säule: Basispaket und Zusatzversicherung..... | 75 |
| II. Priorisierung in den Niederlanden..... | 77 |
| III. Fazit..... | 80 |
| § 8. Weitere Länder | 81 |
| I. Dänemark | 81 |
| II. Finnland..... | 84 |
| III. Neuseeland | 86 |
| IV. Israel..... | 88 |
| V. „Unscharfe“ Systeme | 90 |
| 3. TEIL: FOLGERUNGEN: SYSTEME UND STEUERUNGEN | 93 |
| § 9. Systembewertungen und Kategorisierungen..... | 95 |
| I. Einordnung der Systeme und Unschärfen des Priorisierungsbegriffes.... | 95 |
| II. „Leistungsbestimmende“ versus „steuernde“ Priorisierungsansätze..... | 97 |
| 1. Leistungsbestimmende Priorisierung..... | 98 |
| 2. Steuernde Priorisierung | 99 |
| 3. Fazit..... | 102 |
| III. Priorisierungskriterien | 104 |
| IV. Entscheidungsträger und Öffentlichkeit | 106 |
| V. Kreis der Versicherten..... | 106 |
| VI. Konkurrierende und ergänzende Mechanismen | 107 |
| 1. Dezentralisierung..... | 108 |
| 2. Leitlinien..... | 109 |
| 3. HTA-Bewertung | 111 |
| VII. Das ärztliche Haftungsrecht | 113 |
| 4. TEIL: RAHMENBEDINGUNGEN UND BESONDERHEITEN IN DEUTSCHLAND.. | 117 |
| § 10. Maßstab des Verfassungsrechts..... | 119 |
| I. Verfassungsrechtliche Vorgaben an das Gesundheitssystem | 119 |
| 1. Bereitstellung eines Gesundheitssystems | 119 |
| 2. Gewährleistung eines Existenzminimums | 120 |
| 3. Eigentumsgarantie | 123 |
| 4. Pflichtmitgliedschaft und Zwangsbeiträge | 123 |
| 5. Gleichheitsgrundsatz | 125 |

| | |
|---|------------|
| II. Priorisierungskriterien im Lichte des Verfassungsrechts | 126 |
| 1. Dringlichkeit | 126 |
| 2. Erfolgsaussicht | 127 |
| 3. Wartezeit | 128 |
| 4. Patientenverhalten | 129 |
| 5. Kosten-Nutzen-Aspekte | 130 |
| 6. Alter | 132 |
| 7. Fazit | 133 |
| § 11. Verfahren und Öffentlichkeit | 135 |
| I. Deliberation, deliberative Demokratie und Partizipation | 136 |
| II. Deliberation und Partizipation in der repräsentativen Demokratie | 139 |
| III. Präferenzenerhebung | 142 |
| IV. Fazit | 144 |
| § 12. Divergenzen zwischen Leistungs- und Haftungsrecht | 147 |
| I. Leistungsbeschränkungen | 147 |
| 1. Grundlagen | 147 |
| 2. Standardbegriffe | 148 |
| 3. Divergenzen: Kostendruck und Standard | 150 |
| 4. Konsequenzen der Unterschreitung des zivilrechtlichen Standards <i>de lege lata</i> | 156 |
| a) Die Pflichten bei der Ausübung ärztlicher Tätigkeit | 156 |
| b) Zeitpunkt der Pflichtenentstehung | 157 |
| c) Fazit | 160 |
| 5. Harmonisierungslösungen | 161 |
| a) Systemmodifizierende Harmonisierung | 163 |
| b) Haftungsmodifizierende Harmonisierung | 163 |
| aa) Modifikation des medizinischen Standards | 163 |
| bb) Abkopplung des haftungsrechtlichen vom medizinischen Standard | 165 |
| cc) Kompensation durch Information | 166 |
| c) Leitlinienbasierte Harmonisierung | 167 |
| II. „Leistungsexzesse“ | 169 |
| 1. Auswirkungen der Rechtsprechung des BVerfG | 169 |
| 2. Überbehandlung | 172 |
| a) Sozialrecht | 174 |
| b) Haftungsrecht | 175 |
| aa) Indikation und Einwilligung | 175 |
| bb) Klinische Studie und Heilversuch | 177 |
| c) Fazit | 179 |
| III. Priorisierung als Ausweg? | 181 |
| 1. Harmonisierungswirkungen | 181 |
| 2. Hinderungs- und Folgewirkungen von Priorisierung | 184 |
| 3. Ersetzung der Haftpflicht durch Versicherungsschutz | 185 |
| 4. Fazit | 187 |

| | |
|--|------------|
| 5. TEIL: WESENTLICHE ERGEBNISSE | 191 |
| § 13. Zusammenfassung | 193 |
| Literaturverzeichnis | 201 |
| Abbildungsverzeichnis..... | 225 |



<http://www.springer.com/978-3-662-45076-5>

Priorisierung in der Medizin

Erfahrungen und Perspektiven

Schmitz-Luhn, B.

2015, X, 225 S. 11 Abb., 2 Abb. in Farbe., Hardcover

ISBN: 978-3-662-45076-5