



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

7. Forum Palliativmedizin
Äskulap-Akademie

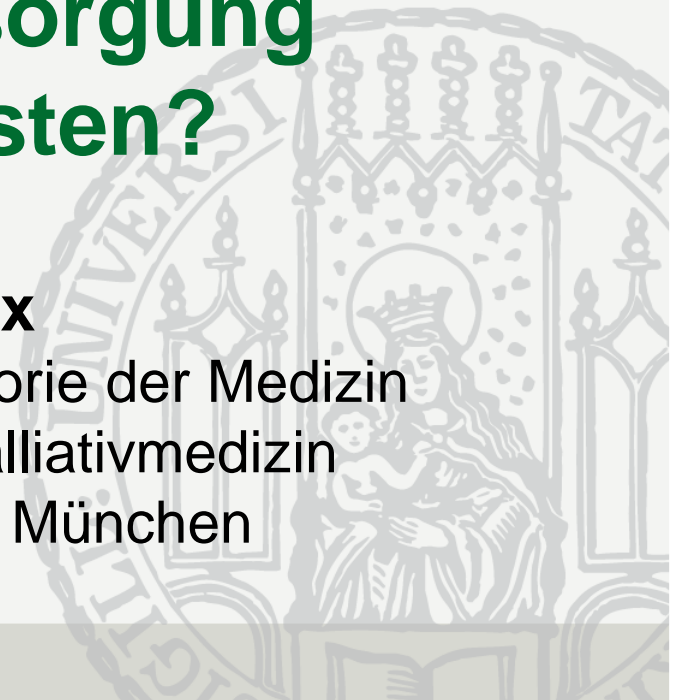
Berlin, 7.-8. November 2013

R.J. Jox - Ökonomie & Ethik der Palliativversorgung

**Ethik und Ökonomie:
wie viel Palliativversorgung
wollen wir uns leisten?**

PD Dr. Dr. Ralf J. Jox

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin
& Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin
Ludwig-Maximilians-Universität München



1. Ökonomische Rahmenbedingungen
2. „Was kostet das Sterben?“
3. Ethische Überlegungen



Demographischer Wandel



- Höhere Lebenserwartung
- Höherer Anteil älterer Menschen
- Mehr chronisch(degenerative) Erkrankungen

Medizinischer Fortschritt



- Erweiterte Behandlungsmöglichkeiten
- Divergenz: Hocheffektive Notfall- und Intensivmedizin (Lebenserhaltung) vs. weniger erfolgreiche Langzeitmedizin (Heilung, Rehabilitation)



Sterben

- 2/3 absehbar nach längerem Krankheitsverlauf & Versuchen der Lebensverlängerung
- 1/2 nach Verzichtsentscheidungen
- Unter palliativmedizinischer Begleitung



Individualethische Frage:

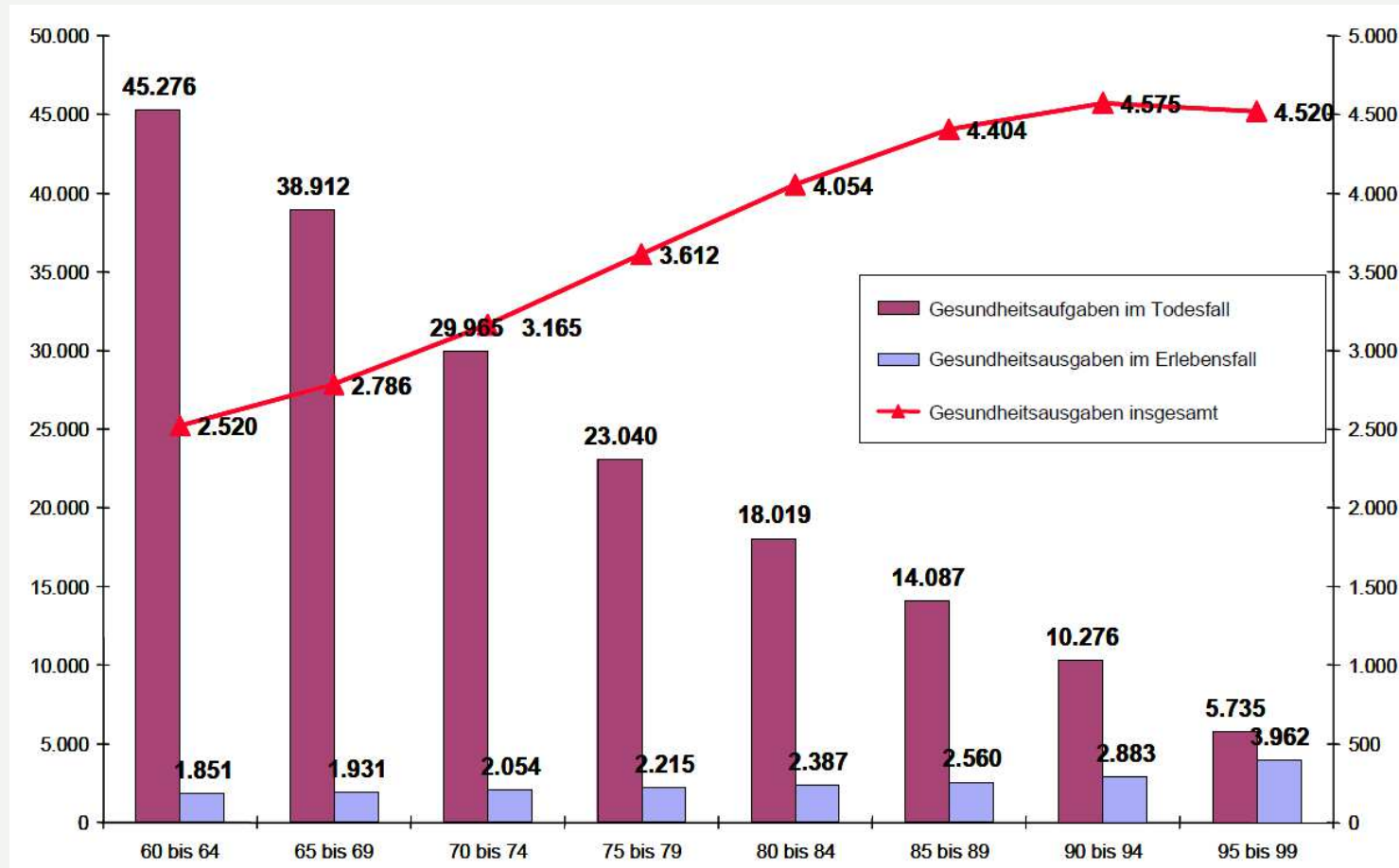
Wann ist der richtige Zeitpunkt zum Sterben gekommen?



Gerechtigkeitsethische Frage:

Wie können die begrenzten Ressourcen gerecht (am Lebensende) verteilt werden?

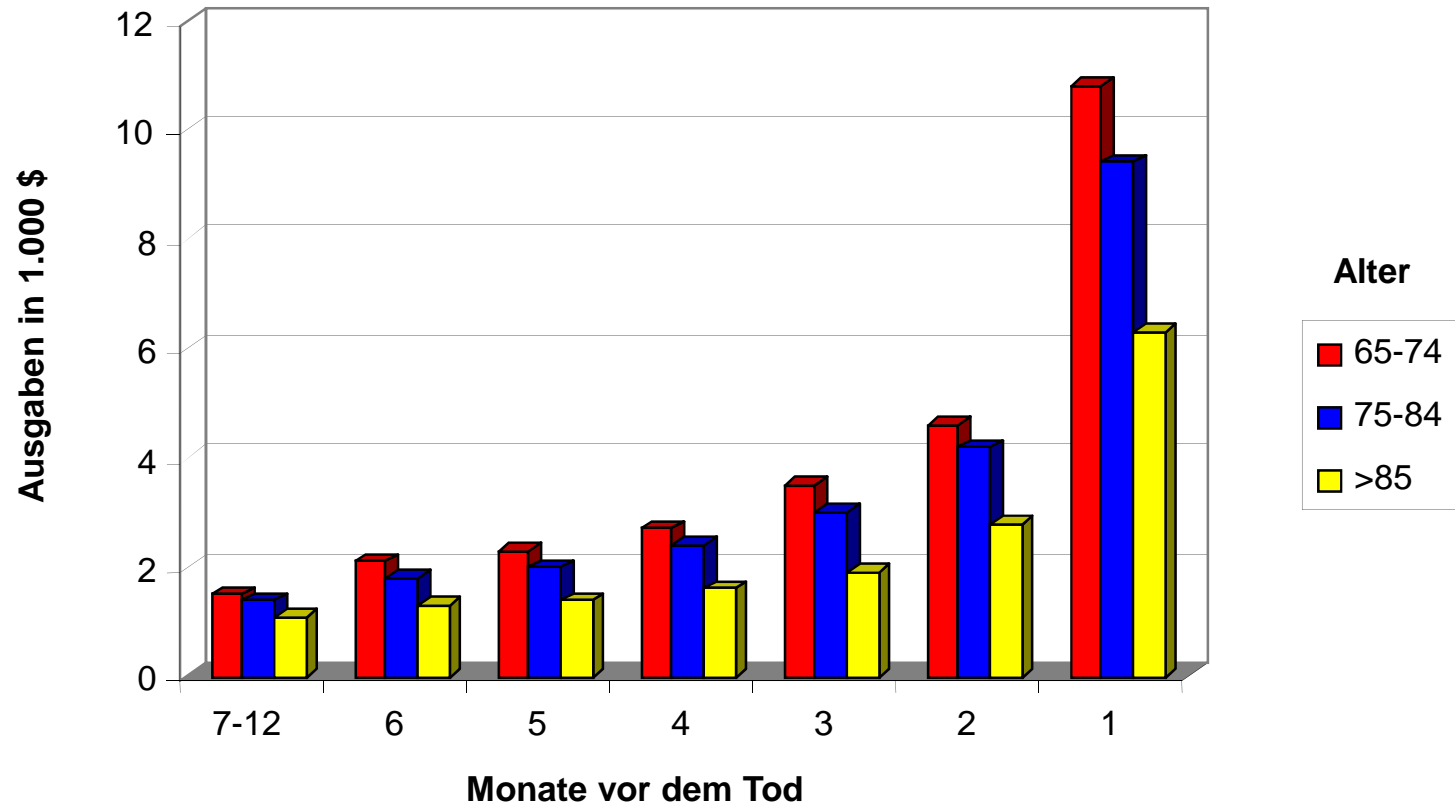




Leistungsausgaben pro Versichertem in Abhängigkeit vom Lebensalter (Quelle der Abbildung: Henke und Reimers 2006, Quelle der Daten: Kruse 2003, nach Breyer 1999)



1. Ökonomische Rahmenbedingungen
- 2. „Was kostet das Sterben?“**
3. Ethische Überlegungen



Gesundheitsausgaben für Medicare-Begünstigte im US-Staat Massachusetts im letzten Lebensjahr (nach Levinski et al. 2001)

Was kostet die letzte Lebensphase?



- Letztes Lebensjahr kostet 7 mal so viel wie jedes andere Lebensjahr
- 30-40% aller lebenslangen Behandlungskosten entfallen auf das letzte Lebensjahr, 10-15% auf den letzten Lebensmonat

*nach Lubitz et al (1993) NEJM 328:1092
und Zweifel P et al (1999) Health Economics 8:485*

- Gründe:
 - *Komplexe lebenserhaltende Maßnahmen (z.B. Tx, Chemo...)*
 - *Experimentelle/neue und daher teure Therapien*
 - *Lange stationäre (oft intensivmed.) Behandlung*
 - *Hohe Kosten für Pflege, Hilfsmittel etc.*



Macht Palliativversorgung die Behandlung am Lebensende kostengünstiger?

- Smith et al 2013 (Review): Zahlreiche Studien zeigen konsistent eine Kostenersparnis stationär und ambulant
- 4/6 RCT sowie 9/11 Kohortenstudien zeigen Kostenersparnis
- Einsparungen durch weniger Intensivtherapie (Penrod et al. 2010), reduzierten Einsatz von Medikamenten & Diagnostik (Morrison et al. 2008), und Verhinderung stationärer Therapie
- Entscheidend sind frühzeitige Therapieziel-Entscheidungen
→ Unterstützung: Ethikberatung und Advance Care Planning

Smith S et al. Palliat Med 2013, online first



Prospektive, multizentrische randomisiert-kontrollierte Studie
Schneiderman LJ et al. (2003) JAMA 290(9):1166

- USA: 7 Kliniken, Erwachsenen-Intensivstationen
- 11/2000-12/2002, 551 „Fälle“ mit ethischen Konflikten
- 278 usual care, 273 ethische Fallberatung
- Mortalität ohne Unterschied
- Bei den letztlich Verstorbenen:
 - Krankenhaustage ↓ (-2.95 d, p=.01)
 - Intensiv-Tage ↓ (-1.44 d, p=.03)
 - Beatmungstage ↓ (-1.7 d, p=.03)
- Kalkulation: Einsparung von \$ 5000 pro Patient (Gilmer T 2005)
- 87% Zufriedenheit bei Ärzten, Pflegenden, Angehörigen

Patientenverfügung: Probleme



ärztlicherseits nicht befolgt

nicht verlässlich (valide)

nicht aussagekräftig / belastbar (*Notfall!*)

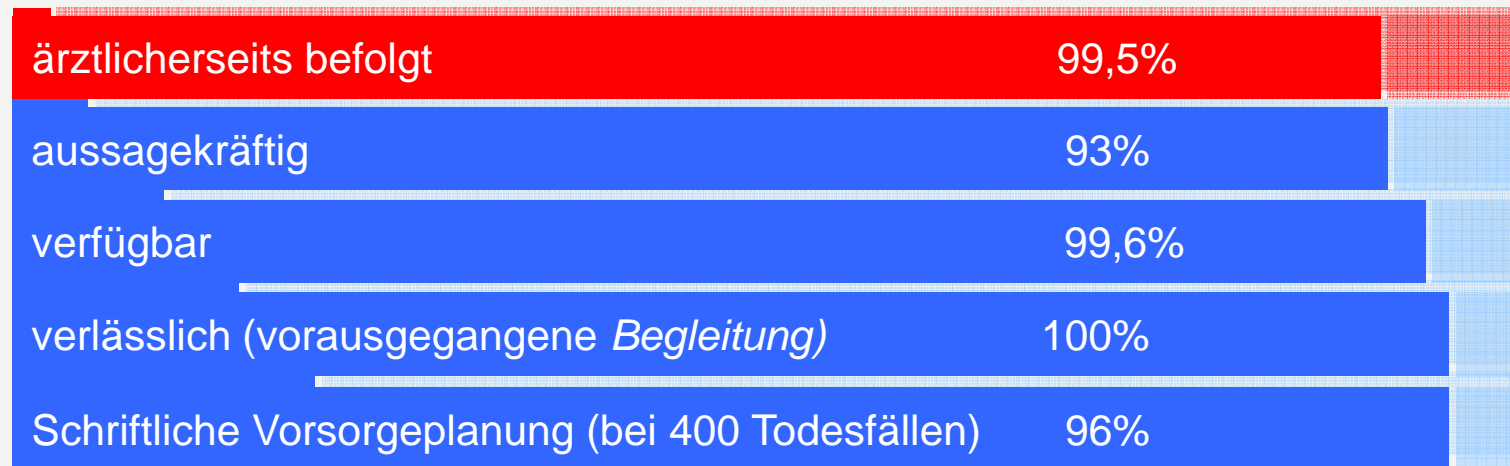
nicht auffindbar

nicht vorhanden (Prävalenz ca. 20-25%)

Advance Care Planning: *Respecting choices* (LaCrosse)

- (1) Professionell begleiteter Gesprächsprozess (*facilitation*)
 - (2) Regionale Implementierung ⇒ Standards, Routinen
- (vgl. „Palliative-Lebens-Kultur“ in Tü, *beizeiten begleiten bei D*)

Evaluationsstudie (*Hammes et al. JAGS 2010*):




Krankenhaustage (Versterbende): 13,5 vs. 23,6 d (US-Mittel)

Gesamtkosten in den letzten 2 Jahren: \$ 18.359 vs. 25.860 (US-Mittel)

1. Ökonomische Rahmenbedingungen
2. „Was kostet das Sterben?“
- 3. Ethische Überlegungen**



- Was volkswirtschaftlich sinnvoll ist, muss nicht auch betriebswirtschaftlich funktionieren
- Problem: falsche Anreize!!
- Beispiel Krankenhaus:
 - DRG-System → Fälle ↑
 - Tagessätze → Liegedauer ↑ **Leistungen ↑
Übertherapie**
- DRG-Logik: Chemotherapie, Operation oder mehr Beatmungstage kann für die Klinik profitabler sein als Verlegung auf Palliativstation
- Alternative: **Pay for Performance** (USA): Vergütung an Qualität (+Patientenzufriedenheit) koppeln



- „Rule of rescue“ ist dominantes Paradigma
- Lebenserwartung ist dominanter Outcome-Parameter in Studien (Lebensqualität oft nur als Alibi genannt)
- Phase-II-Studie zu Cetuximab (+ Chemo) bei NSCLC:
11,3 vs 10,1 Monate Überleben
„Addition of cetuximab represents to platin-based chemotherapy a new treatment option for patients with advanced small-cell lung cancer“

Pirker et al. Lancet 2009

- Überbewertung des Neuen und Technologischen
- Unterbewertung der Kommunikation



Schweden: 4 Priorisierungsgruppen:

1. Lebensbedrohliche akute Krankheiten, Krankheiten mit Risiko dauerhafter Invalidisierung oder vorzeitigem Tod, schwere chronische Krankheiten, **Palliative Versorgung**, Versorgung von Pat mit herabgesetzter Autonomie
2. Prävention, Rehabilitation
3. Weniger schwere akute/chron. Krankheiten
4. Anderes als Krankheit

Befragung von 2500 britischen Bürgern zur Priorisierung:

Höchste Priorität:

1. Therapie von Kindern
2. Palliativtherapie bei Sterbenden

Bowling A (1996) BMJ 312:670

Zusammenfassung: 5 Thesen



1. Palliativversorgung **spart Gesundheitsausgaben**.
2. Damit ist sie nicht nur durch die Prinzipien Nutzen, Nichtschaden und Autonomierespekt geboten, sondern auch durch das **Prinzip Gerechtigkeit**.
3. Falsche Anreize führen zu einer **Übertherapie**, v.a. zu Gunsten lebenserhaltender Therapie.
4. **Kommunikation und Entscheidungssupport** (z.B. Ethikberatung, ACP) muss besser finanziert werden.
5. „Palliativmedizin wird systematisch posteriorisiert.“ (N. Schmacke) → **Bürger** präferieren eine Korrektur dieser Rangordnung.

Dank an: Prof. Dr. Georg Marckmann



**Danke für Ihre
Aufmerksamkeit!**

ralf.jox@med.lmu.de