

Die Zukunft der Versorgung im Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Ethik

Georg Marckmann

Ludwig-Maximilians-Universität München
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

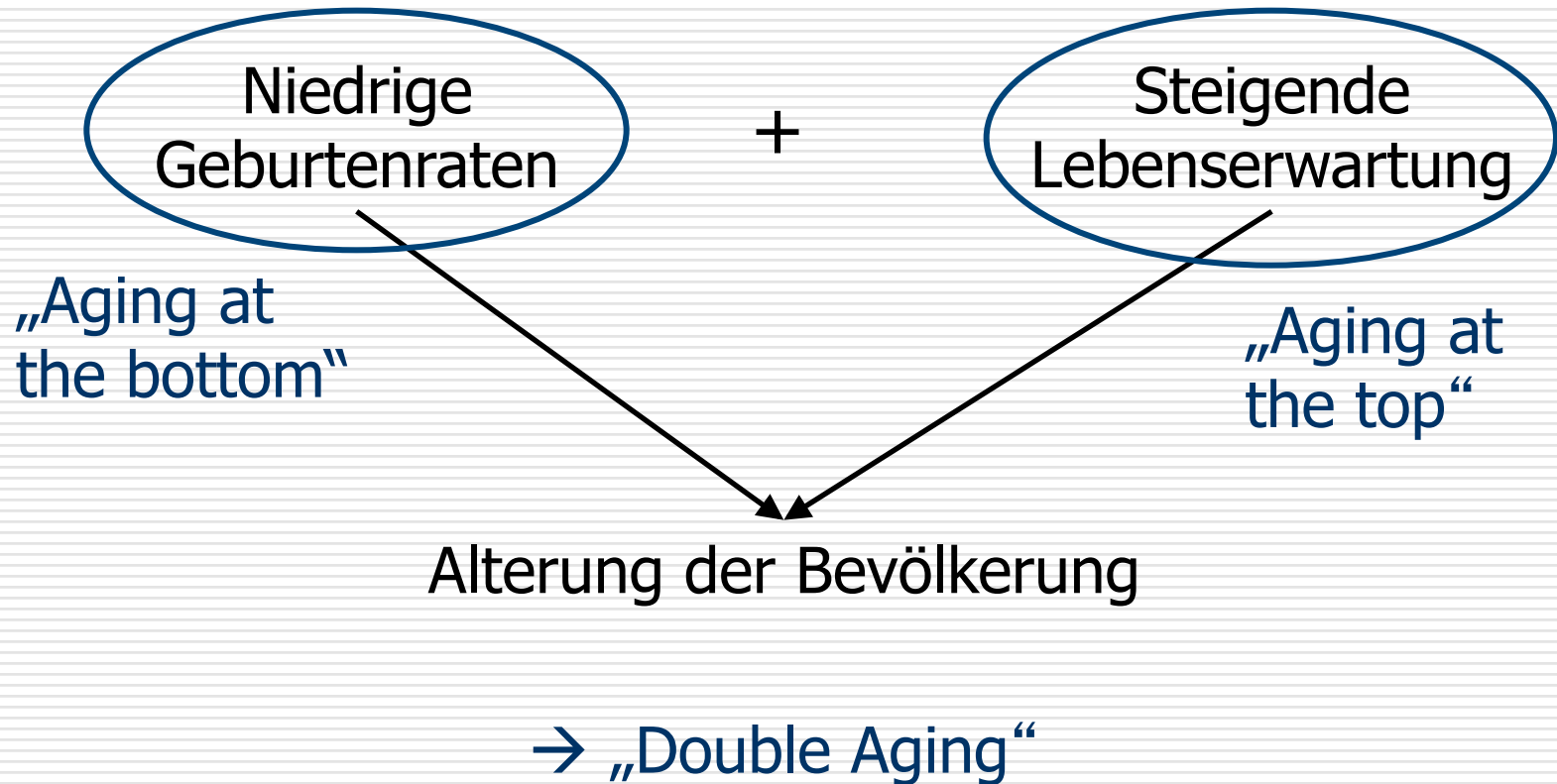
Augsburger Perspektiven – Klinikmanagement & regionale Versorgung

Augsburg, 05.12.12

Gliederung

- Hintergrund: Demografischer Wandel
 - ⇒ Versorgungsbedarf
 - ⇒ Gesundheitsausgaben
- Perspektiven: Zukünftige Versorgung
 - ⇒ Medizinisch-pflegerische Anforderungen
 - ⇒ Ökonomische Anforderungen
 - ⇒ Ethische Anforderungen

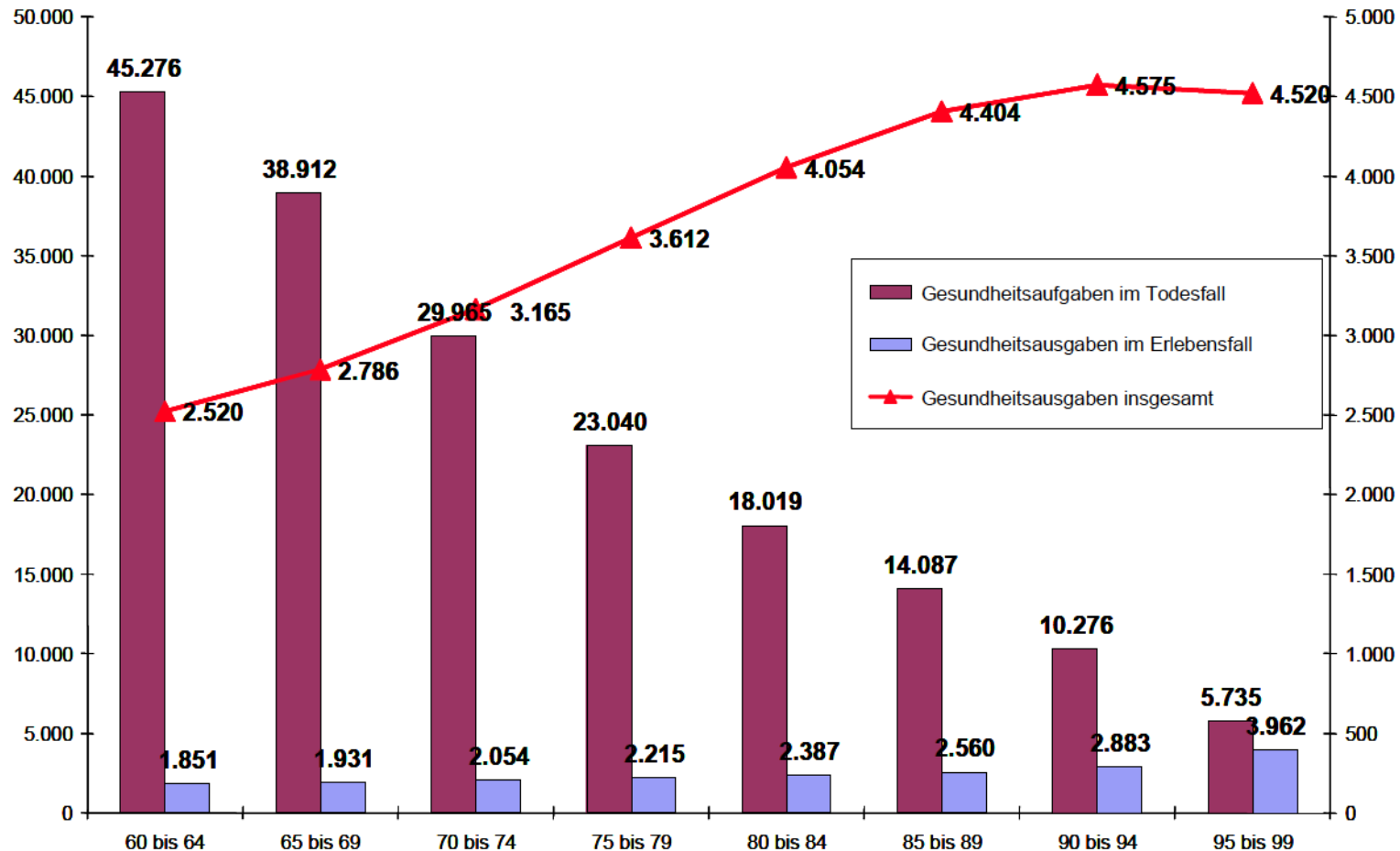
Demografische Entwicklung



Auswirkungen: Versorgungsbedarf

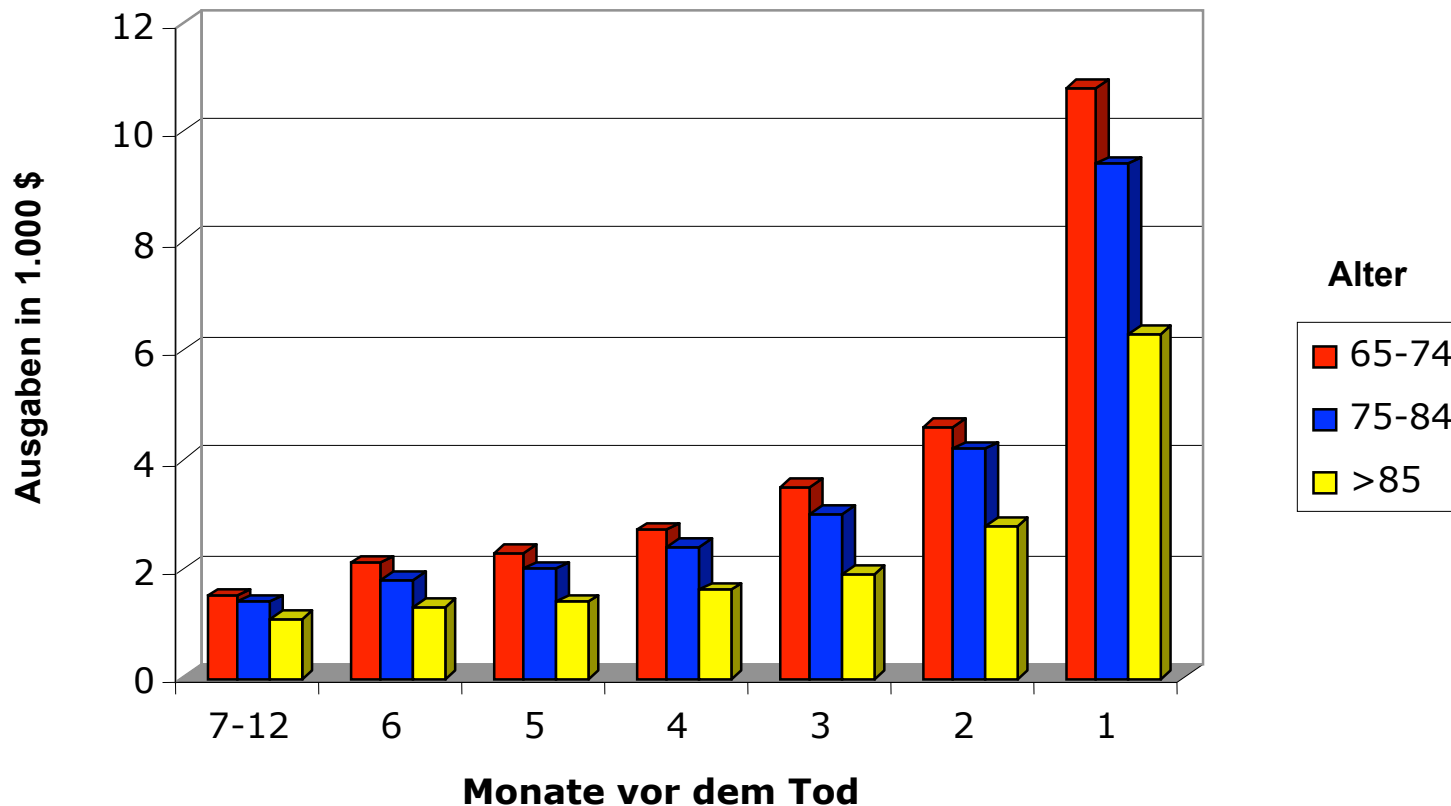
- Ältere Bevölkerung
 - Chronische & chronisch-degenerative Erkrankungen ↑
 - Multimorbidität ↑ (Diagnosenanzahl ↑)
 - Funktionelle Einschränkungen ⇒ Hilfe und Pflegebedarf↑
 - Steigender Versorgungsbedarf zu erwarten für:
 - Obstruktive Lungenerkrankungen
 - Herz-Kreislauf-Erkrankungen
 - Krebserkrankungen
 - Erkrankungen des Bewegungsapparates
 - Gerontopsychiatrische Versorgung (Demenz)
- ⇒ Neue Prioritäten erforderlich!

Ökonomische Auswirkungen



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

Ausgaben im letzten Lebensjahr



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

Alter und Gesundheitsausgaben

- ❑ Ältere Patienten nehmen mehr Ressourcen in Anspruch
- ❑ Gesundheitsausgaben korrelieren v.a. mit der verbleibenden Restlebenslebenszeit
- ❑ Gesundheitsausgaben im letzten Lebensjahr sinken mit zunehmendem Alter
- ❑ Aber: Kosten für Überlebende steigen
 - zunehmende Anzahl multimorbider, chronisch Kranker
 - Steigender Pflegebedarf durch chronisch-degenerative Erkrankungen (z.B. Alzheimer Demenz)
 - Interaktion mit medizinischem Fortschritt
 - Versteilerung des altersabhängigen Ausgabenprofils
- ❑ **Einnahmerückgang** in der GKV durch steigenden Altenquotient
 - Prognostizierter Beitragssatz 2040: 25,6% (Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“)

Zwischenfazit

- ❑ *Qualitativ* veränderter und *quantitativ* steigender Versorgungsbedarf durch demografischen Wandel
- ❑ Schlechtere finanzielle Rahmenbedingungen in der GKV durch steigenden Altenquotient
- ⇒ Steigenden Versorgungsbedarf mit weniger finanziellen Ressourcen decken
- ⇒ „*Quadratur des Kreises*“??

- ⇒ Medizinische, ökonomische & ethische Anforderungen an die zukünftige Versorgung

Medizinische Anforderungen

- ❑ Neuorientierung der Versorgungsprozesse im Hinblick auf die Versorgung multimorbider, älterer Patienten
 - ⇒ Ziel: möglichst lange ein selbstständiges, selbstbestimmtes Leben führen
- ❑ Aktuell: fragmentierte Versorgung, sequentielles Krankheitsmodell
 - ⇒ Lösung: Prävention, Kuration, Rehabilitation & Pflege gleichzeitig in einer patientenzentrierten „Versorgungslandschaft“ anbieten
 - ⇒ Zentral: Koordinierung der Versorgung, Fallmanagement (auch durch nicht-ärztliche Berufe)
 - ⇒ Geriatriische Fachabteilungen mit multiprofessionellem Team ⇒ Verbesserung/Erhalt der Alltagsaktivitäten
 - ⇒ **Neue kooperative Versorgungsstrukturen über Sektorengrenzen hinweg**
 - ⇒ Vgl. Bericht des Gesundheitsrats Südwest

Gesundheitsförderung & Prävention

- ❑ Ausgangsthese: unzureichend genutztes Potential (nicht nur) bei älteren Menschen
- ❑ Modellprojekte
 - Präventive Hausbesuche in DK (ab 75J. 2x/Jahr):
Mobilität↑, bessere Ernährung, Kompensation von Behind.
 - Hamburger Modellprojekt zur Gesundheitsförderung:
Information zu Ernährung, Bewegung, soziale Teilhabe
- ❑ Ergebnisse
 - ⇒ Abbau mentaler, physischer & sozialer Fähigkeiten gebremst ⇒ Erhalt der Selbständigkeit, Vermeidung von (frühzeitiger) Pflegebedürftigkeit
 - ⇒ Inzidenz schwerwiegender Erkrankungen (Herzinfarkt, Insulte, Malignome) nicht gesenkt
 - ⇒ Kosten: Evaluation der Langzeiteffekte steht noch aus; Arzneimittelkosten↓, aber auch Kostenverlagerung

Häusliche & Ambulante Versorgung

- Ausgangsthese: Integration von Prävention, Behandlung, Pflege & Rehabilitation ⇒ Koordination, Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe
- Modellprojekte
 - AGnES: Delegation ärztlicher Tätigkeiten v.a. bei Hausbesuchen an med. Fachangestellte, E-Health
 - HomeCare Nürnberg (⇒ QuE): koordiniert integrierte Versorgung im Praxisnetz Nürnberg Nord (Behandlung, Pflege, Altenhilfe, alltagsprakt. Dienste), Fallmanagement
- Ergebnisse
 - ⇒ Einbeziehung anderer Gesundheitsberufe: Vorteile für eine wohnortnahe, integrierte Versorgung der Patienten
 - ⇒ Hohe Akzeptanz bei Patienten und Ärzten (!)
 - ⇒ Fallmanagement ⇒ sektorenübergreifende Versorgung, bessere Abstimmung auf individ. Bedürfnisse; Kosten↓

Ökonomische Anforderungen

- Steigender Kostendruck zu erwarten!
- Prospektives Vergütungssystem: DRGs
 - ⇒ Verkürzte Verweildauer, Leistungs-Intensivierung
 - ⇒ Medizinische Behandlung↑, pflegerische & psychosoziale Versorgung↓
 - ⇒ Diagnose-Orientierung ⇒ Krankheits-Orientierung
- Herausforderung: Angemessene Abbildung des Ressourcenverbrauchs für multimorbide, chronisch kranke älterer Pat. in den DRGs
 - ⇒ Cave: Patientenselektion!
 - ⇒ Poststationäre Versorgung verbessern!
- ⇒ Sicherung der Inneren Qualität (⇒ Leitbild) in den Krankenhäusern (⇒ „*operationalisierte Ethik*“)
 - ⇒ systematische Erfassung und Steuerung der Umsetzung der normativen Vorgaben im Leitbild: durch Befragung der Mitarbeiter!

Ethische Anforderungen

- ❑ KHS: Immer mehr Patienten in der letzten Lebensphase
- ❑ Begrenzung lebensverlängernder Behandlungsmaßnahmen?
- ⇒ Herausforderungen
 - Nicht-einwilligungsfähige Patienten
 - Pluralität von Wertüberzeugungen, Lebensstilen ⇒ Selbstbestimmung am Lebensende
- ⇒ Umfassende Vorausplanung
 - V.a. in der ambulanten Versorgung!
 - Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht
- ⇒ Entscheidungsunterstützung durch klinisches Ethikkomitee (KEK)

Konvergenz von Ethik und Ökonomie? (1)

- ❑ Hintergrund: Unzureichende Berücksichtigung von Patientenpräferenzen am Lebensende
- ❑ Teno et al. 2002: Übereinstimmung der Behandlung mit Patientenwünschen:
 - Wunsch = palliative Versorgung $\Rightarrow$ 41%
 - Wunsch = „aggressive Behandlung“ $\Rightarrow$ 86%
- ❑ Multicenter-Studie von Schneiderman et al. (2003):
 - 551 ICU-Patienten $\Rightarrow$ 2 Gruppen: Ethikberatung ja/nein
- Mortalität: kein Unterschied
- Im KHS versterbende Patienten mit Ethikberatung:
 - Krankenhaustage $\downarrow$ (-2.95 d, $p=.01$)
 - ICU – Tage $\downarrow$ (-1.44 d, $p=.03$)
 - Beatmungstage $\downarrow$ (-1.7 d, $p=.03$)
- Berücksichtigung von Patienteninteressen kann Kosten in Todesnähe reduzieren (Gilmer et al. 2005: 5.000\$/Pat.)!

Konvergenz von Ethik & Ökonomie (2)

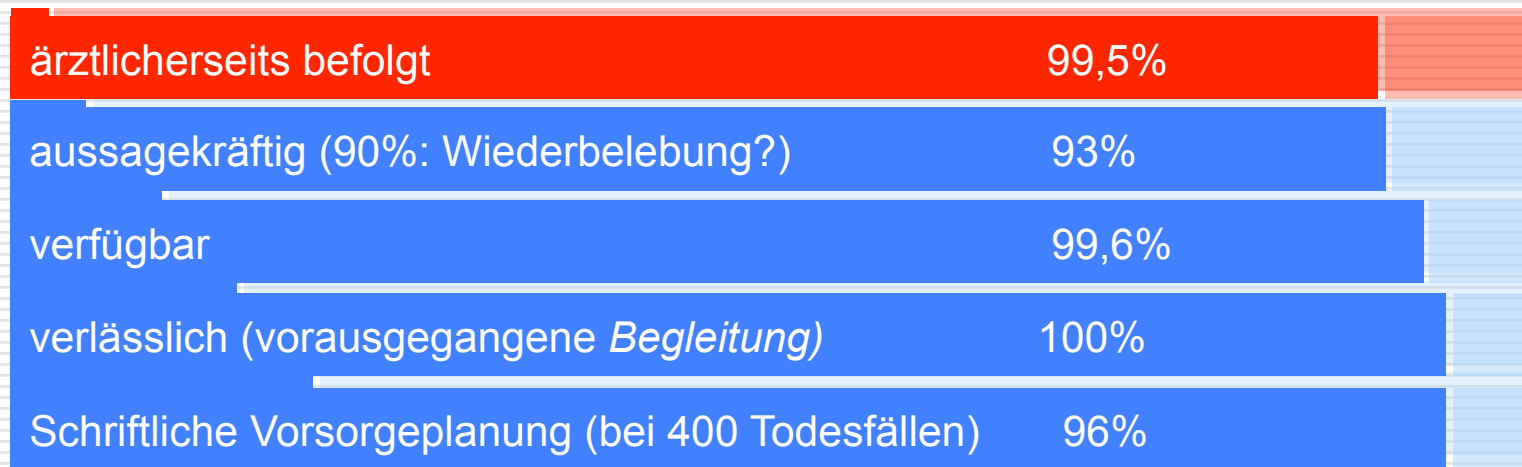
Patientenverfügungen: Ungelöste Probleme



Gesundheitliche Vorausplanung

- ❑ Advance Care Planning: *Respecting choices* (LaCrosse)
- (1) Professionell begleiteter Gesprächsprozess (*facilitation*)
- (2) Regionale Implementierung ⇨ Standards, Routinen
- ❑ Pilotprojekt *beizeiten begleiten* in Grevenbroich

Evaluation der Effektivität von RC (Hammes et al. JAGS 2010):



Gesamtkosten in den letzten 2 Jahren: 18.359 vs. 25.860 US\$ (US-Mittel)
Krankenhaustage (Versterbende): 13,5 vs. 23,6 d (US-Mittel)

Erfolgsfaktoren

- ❑ Vernetzte, sektorübergreifende *regionale* Versorgung
- ❑ Kooperation & Abstimmung der Gesundheitsberufe
- ❑ Ausbildung des Gesundheitspersonals
- ❑ Überwindung berufspolitischer Egoismen
- ❑ Sicherung einer breiten „Wertebasis“
- ⇒ Qualitativ hochwertige, bezahlbare & humane Versorgung

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!



Folien:
www.dermedizinerethiker.de

05.12.12

marckmann@lmu.de