

Priorisierung und Rationierung – in der Medizin künftig unvermeidbar?

Georg Marckmann

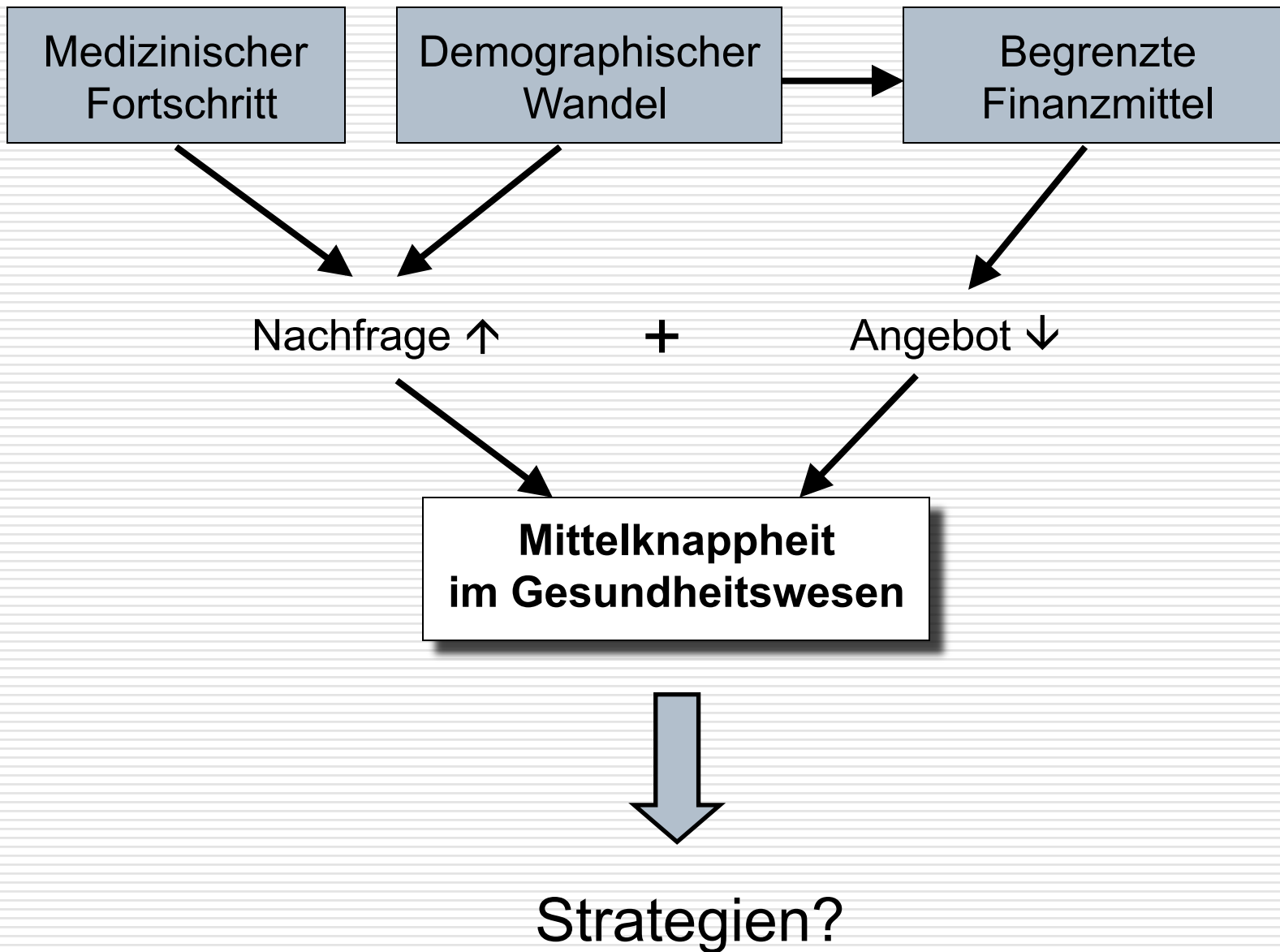
Ludwig-Maximilians-Universität München
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

Management-Forum 2012 Klinikum Augsburg
„Führung im Dialog“

Kloster Holzen, Allmannshofen
20. Juli 2012

Gliederung

- Problemhintergrund
- Strategien zum Umgang mit der Mittelknappheit
- Situation im Krankenhaus
 - Personal (v.a. Pflegebereich)
 - Leistungen
- Handlungsoptionen im Krankenhaus
 - Makroebene: Finanzierung der Krankenhäuser
 - Mesoebene: Wertemanagement, Ethikkomitee/ Ethikberatung, kostensensible Leitlinien
 - Mikroebene: „Ethisches Kostenbewusstsein“



Medizinischer Fortschritt

Demographischer Wandel

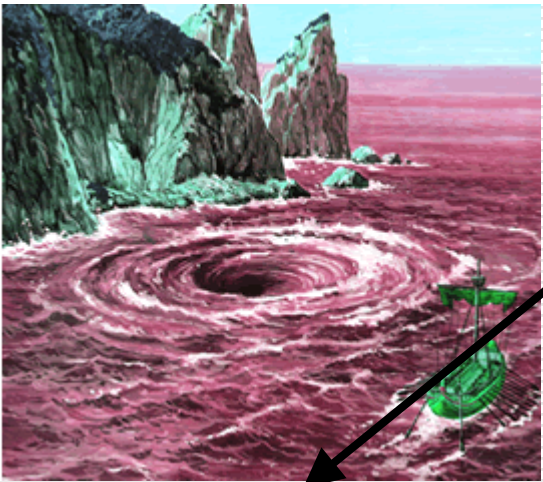
Begrenzte Finanzmittel

Nachfrage ↑

+

Angebot ↓

Mittelknappheit im Gesundheitswesen



Erhöhung der Mittel im Gesundheitswesen

Effizienzsteigerungen (Rationalisierungen)

Leistungsbegrenzungen (Rationierungen)

Charybdis

Skylla

Leistungsbegrenzung: Empirische Daten

- BMBF-Forschungsverbund Allokation: Repräsentative Umfrage 2008 unter 1137 Klinikern in D aus Intensivmedizin & Kardiologie, Rücklauf: 507 Bögen (45%)
- Frage: *Wie häufig haben Sie in den letzten 6 Monaten eine für den Patienten nützliche Maßnahme aus Kostengründen nicht durchgeführt bzw. durch eine preiswertere und zugleich weniger effektive Leistung ersetzt?*

□ Nie:	22%
□ Seltener als monatlich:	32%
□ Monatlich:	33%
□ Wöchentlich:	11%
□ Täglich:	2%

78%

13%

Strech, D. et al. (2009) Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern. **DMW** 2009;134:1-6.

Ethische Entscheidungskonflikte

- „Weil die finanziellen Mittel im Gesundheitswesen begrenzt sind, können bereits **heute** nicht mehr alle medizinisch nützlichen Leistungen bei GKV-Versicherten erbracht werden“.
 - 72% Stimme voll zu/Stimme eher zu

- „Jeder Arzt ist dazu **verpflichtet**, allen Patienten **unabhängig von den entstehenden Kosten** stets die bestmögliche Diagnostik und Therapie anzubieten“.
 - 83% Stimme voll zu/Stimme eher zu

Wer soll entscheiden?

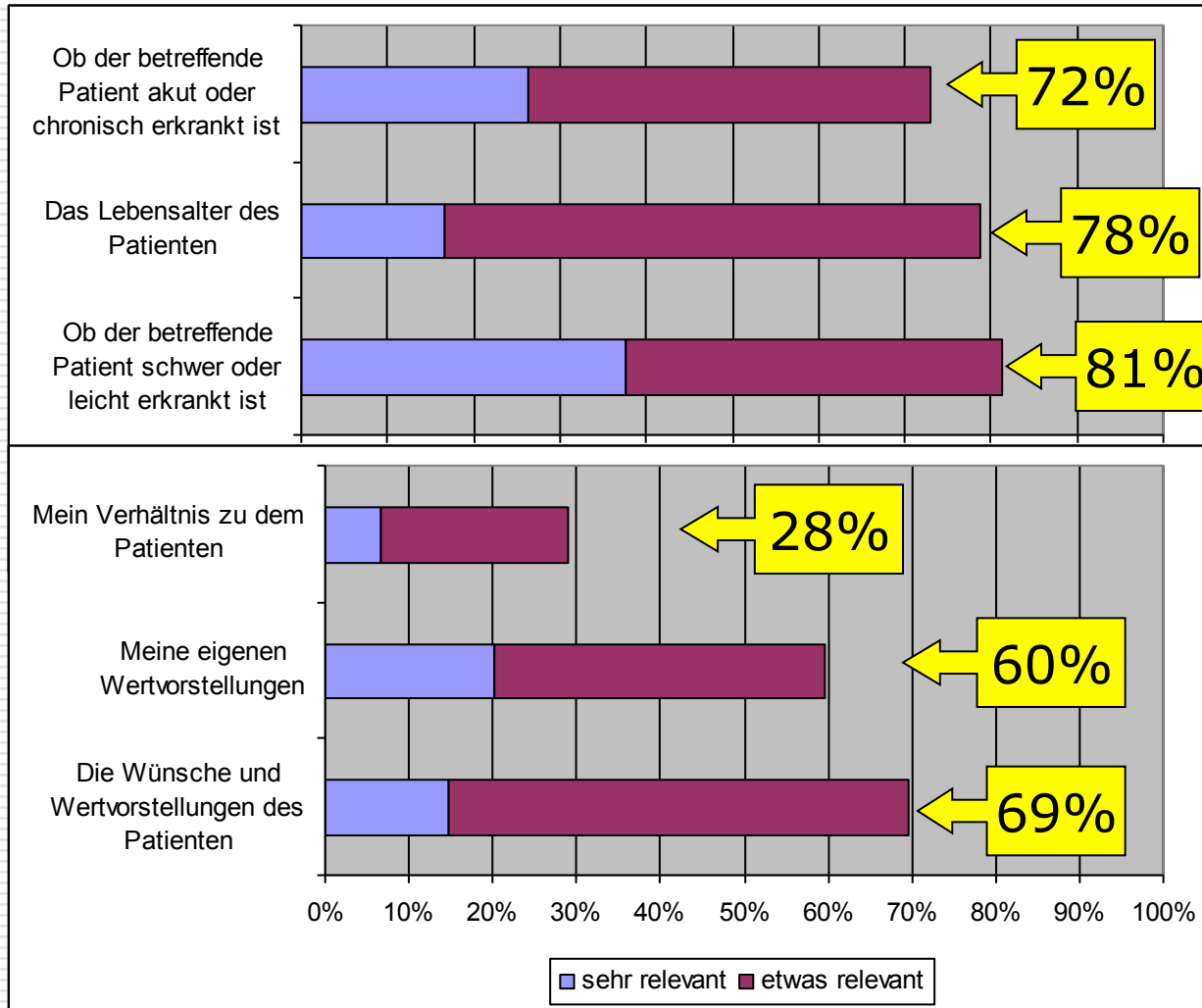
- Wenn in einem Gesundheitssystem nicht alle medizinisch nützlichen Leistungen finanziert werden können, sollten Ärzte jeweils **im Einzelfall** entscheiden, welcher Patient welche Leistungen erhält.
 - 53% (stimme voll zu + stimme eher zu)

- Wenn in einem Gesundheitssystem nicht alle medizinisch nützlichen Leistungen finanziert werden können, sollte „oberhalb“ der individuellen Arzt-Patient-Beziehung **in allgemeinen Regeln** (z.B. in Positivlisten, Leitlinien oder ähnlichem) festgelegt werden, welche Leistungen bei welcher Indikation durch die GKV erstattet werden.
 - 74% (stimme voll zu + stimme eher zu)

- Vergleichbare Ambivalenz in den Tiefeninterviews!

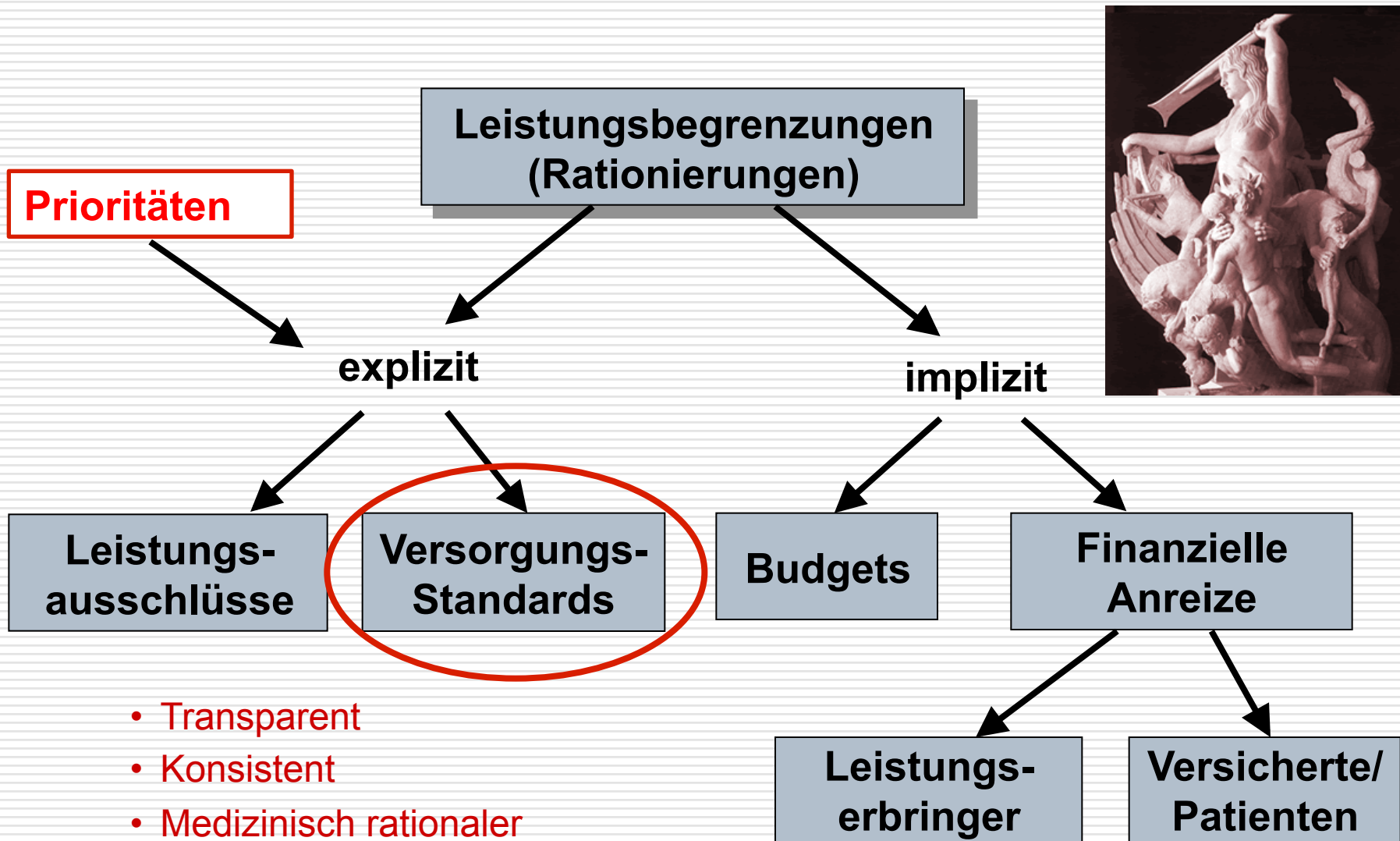
Strech, D. et al. (2009) Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern. **DMW** 2009;134:1-6.

Kriterien ärztlicher Entscheidung bei Mittelknappheit



Zwischenfazit

- Die Frage ist nicht *ob* rationiert werden muss, sondern *wie* dies in einer expliziten, transparenten Art und Weise geschehen kann.
- Explizite Rationierung & Priorisierung
 - ⇒ gezielte Allokation begrenzter Ressourcen
 - ⇒ *Wohlfahrtsgewinne* gegenüber ungesteuerter Allokation



Prioritäten

**Leistungsbegrenzungen
(Rationierungen)**

explizit

implizit

**Leistungs-
ausschlüsse**

**Versorgungs-
Standards**

Budgets

**Finanzielle
Anreize**

**Leistungs-
erbringer**

**Versicherte/
Patienten**

- Transparent
- Konsistent
- Medizinisch rationaler
- Gerechter (Gleichbehandlung)
- Entlastet A-P-Beziehung
- Simultane Steuerung von Kosten und Qualität

Vergütungsformen

- DRGs
- Kopfpauschalen
- Bonus-/Malus-System

Zuzahlungen

- Fixbetrag
- Prozentual
- Selbstbehalt

Rahmenbedingungen im Krankenhaus

- Prospektive Vergütung mit Fallpauschalen (DRGs) ⇒ steigender Kostendruck für Krankenhäuser
- Reaktion der Krankenhäuser (u.a.)
 - ⇒ (Enge) Budgetvorgaben für die Abteilungen
 - ⇒ Produktivität ↑ ⇒ Leistungsverdichtung
 - Fallzahl ↑
 - Verweildauer der Patienten ↓
 - ⇒ Rationalisierungsbemühungen
 - Umstrukturierung von Abteilungen
 - Optimierung organisatorischer Abläufe
 - Outsourcing
 - ⇒ Einsparungen durch Personalabbau
 - v.a. im Pflegebereich!
 - ⇒ Implizite Rationierung von medizinischen & Pflegeleistungen

Konsequenzen für Pflegepersonal

- Anstieg der Mehrarbeitsstunden: 745.000h (2003) ⇒ 850.000h (2006) (2006 = ~5.000 Vollzeitstellen)
- Erhöhte Arbeitsbelastung (Pflege-Thermometer 2007)
 - 92%: Arbeitsbelastung von 2005 nach 2006 gestiegen
 - 84,4%: Aufwand für Koordination, Administration und Dokumentation ↑
 - Patientenzahlen ↑ ⇒ Therapie, Diagnostik, Patiententransporte, Anforderungsscheine ↑ ⇒ Verwaltungs- & Transportaufgaben für Pflegenden ↑
 - 69,6%: Betreuungsleistung für Angehörige ↑
 - 91,3%: Aufwand für direkte Patientenversorgung ↑ durch höhere Pflegebedürftigkeit der Patienten
- Belastung der Pflegenden: Burnout ↑, Arbeitszufriedenheit ↓ (z.B. NEXT-Studie, Aiken et al. 2002)
- Schlechtere Bedingungen für Ausbildung & Einarbeitung neuer MitarbeiterInnen

Wo liegt das Problem?

- Vordergründiger Konflikt:
Ökonomische Interessen des KH ↔
Wohlergehen der Mitarbeiter
- Ethische Relevanz des Personalabbaus:
Auswirkungen auf Wohlergehen der Patienten??
 - Effizienzgewinn oder Qualitätsverlust??
- Empirische Fragestellung
 - IQWiG-Bericht 2006, Nr.: Für D keine hinreichenden empirischen Daten (noch aktuell?)
 - Aber: verschiedene Internationale Studien belegen Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Versorgungsqualität!

Auswirkungen auf Versorgungsqualität

- Aiken et al. 2002
 - ⇒ Jeder zusätzliche Patient pro Pflegekraft erhöht die Sterbewahrscheinlichkeit (30d) der Patienten um 7%!
- Needleman et al. 2002: Höherer Anteil an höher qualifizierten Pflegekräften („registered nurses“)
 - ⇒ Harnwegsinfektionen ↓
 - ⇒ Obere GI-Blutungen ↓
 - ⇒ Pneumonien ↓
 - ⇒ Verweildauer ↓ (!!)
- Übersicht der Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF 2005)
 - ⇒ 5/7 Studien: höhere Mortalität bei niedrigerer Pflegekapazität
 - ⇒ 3 Übersichtsarbeiten belegen Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Patientensicherheit

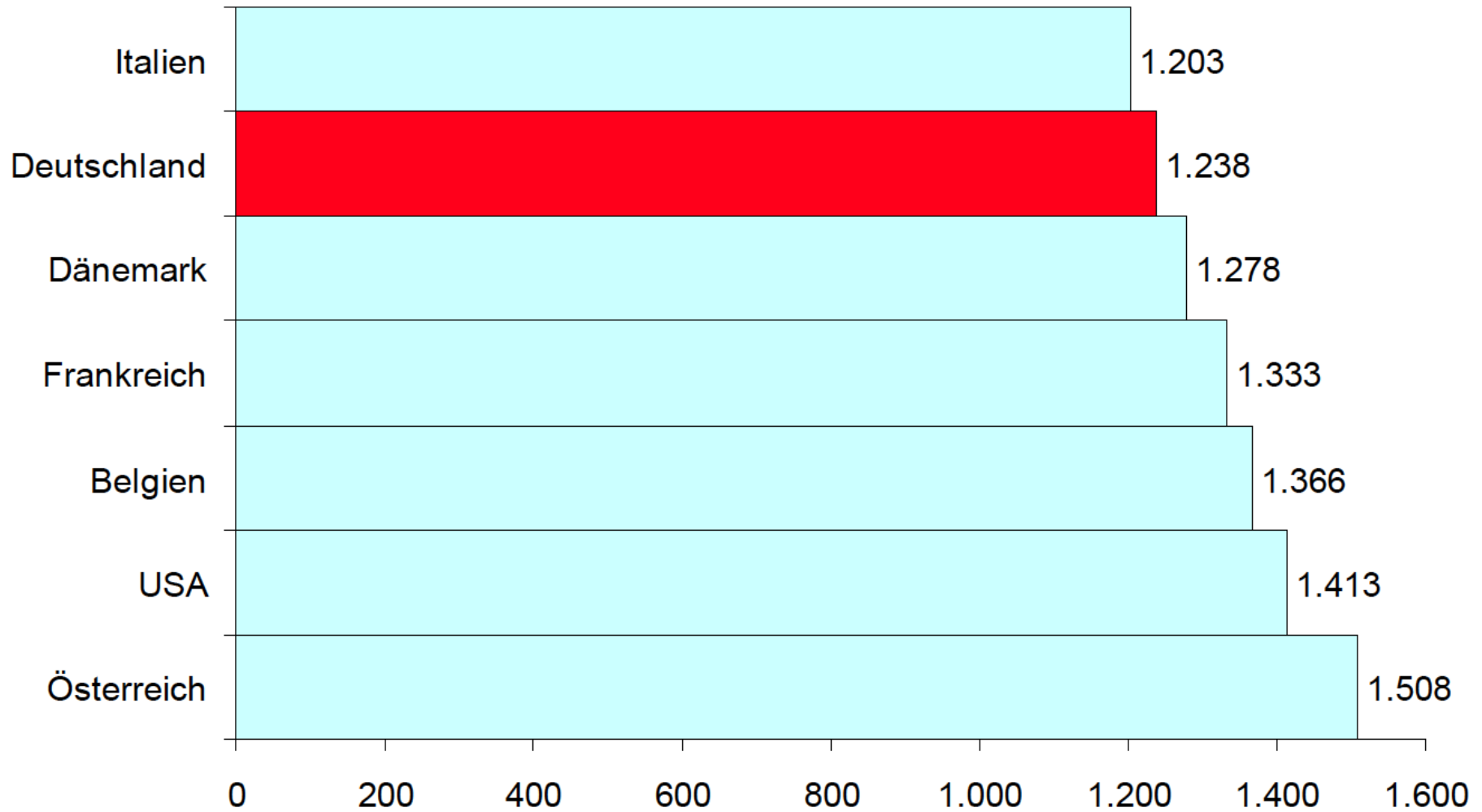
Wie viele Pflegende benötigt ein KH?

- Erforderlich: Objektivierung des Pflegebedarfs
- Strukturdaten über Personalzahlen sind vorhanden, inhaltliche Erfassung bislang nur ansatzweise
 - Daten über pflegerische Interventionen
 - Daten über Fähigkeitseinschränkungen der Patienten (Pflegebedürftigkeit)
- Leistungserfassung in der Pflege (LEP)?
 - Möglich: Erfassung des *Ist*-Zustandes
 - (Fern-)Ziel: Definition eines *Soll*-Wertes für den Pflege-Personalschlüssel!
 - Bessere Abbildung des Pflegebedarfs in den DRGs
- Aktuelle Herausforderung: Handeln ohne die gewünschte sichere Datengrundlage

Handlungsoptionen

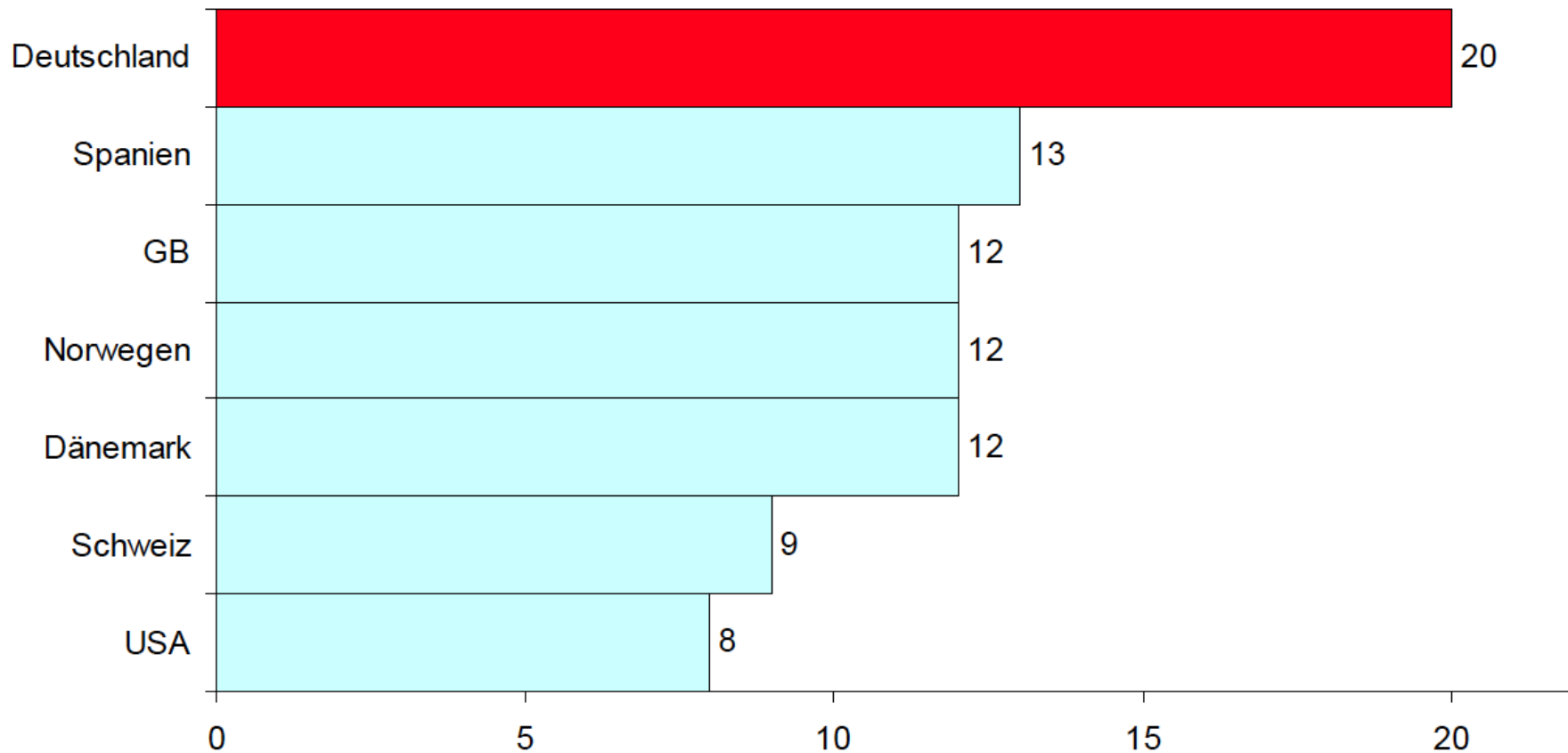
- Makroebene: Finanzierung der KHS verbessern

Krankenhausausgaben je Einwohner, 2007 in EUR, Kaufkraft adjustiert



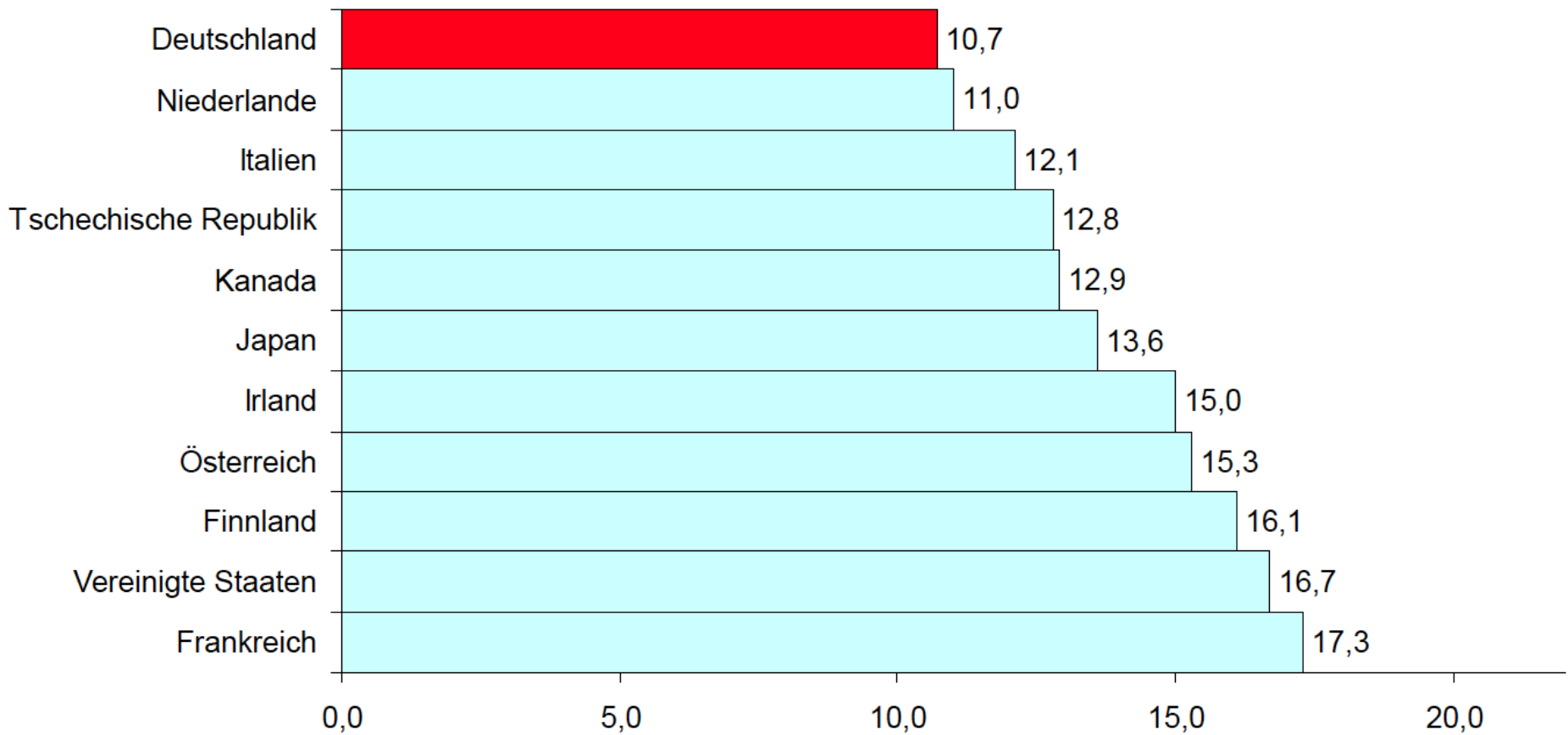
Quelle: OECD Health Data 2009, Abbildung: Rudolf Kösters (Vortrag 25.-26.03.12)

Entlassungen pro Krankenhausmitarbeiter



Quelle: OECD Health Data 2005, McKinsey-Kalkulation, Abbildung: Rudolf Kösters (Vortrag 25.-26.03.12)

Krankenhauspersonal je 1.000 Einwohner 2007



Quelle: OECD Health Data 2009, Abbildung: Rudolf Kösters (Vortrag 25.-26.03.12)

Handlungsoptionen

- Makroebene: Finanzierung der KHS verbessern
 - Wie viel ist erforderlich? Realistisch?
- Mesoebene: Krankenhausorganisation
 - Optimierung des Wertemanagements im KH
 - Ethikkomitee / Ethikberatung bei Allokationsfragen
 - Kostensensible Leitlinien
- Mikroebene: Entscheidungen im Einzelfall
 - Kostenbewusstes Handeln der Akteure im Einzelfall fördern
 - ⇒ Modell „Ethisches Kostenbewusstsein“

Handlungsoptionen

- Makroebene: Finanzierung der KHS verbessern
 - Wie viel ist erforderlich? Realistisch?
- Mesoebene: Krankenhausorganisation
 - Optimierung des Wertemanagements im KH
 - Ethikkomitee / Ethikberatung bei Allokationsfragen
 - Kostensensible Leitlinien
- Mikroebene: Entscheidungen im Einzelfall
 - Kostenbewusstes Handeln der Akteure im Einzelfall fördern
 - ⇒ Modell „Ethisches Kostenbewusstsein“

Wertemanagement im KH (1)

□ Hintergrund

- Zunehmende Unzufriedenheit der MA durch steigenden ökonomischen Druck („Diktat der Ökonomie“)
- ⇒ Motivation der MA ↓, Krankenstand ↑
- ⇒ Effizienz & Wettbewerbsfähigkeit ↓
- Leitbilder („Werteorientierung“): im Unternehmen wenig wirksam, da von konventionellem *operativem* Controlling nicht erfasst
- Prozesse im Krankenhaus nur begrenzt regelbar ⇒ Bedeutung des Faktor „Mensch“

□ Handlungsoption: „Normatives Controlling“

- Umsetzung der normativen Vorgaben („Leitbild“) systematisch messen, analysieren und steuern
- Zentrales Instrument: (wiederholte) Mitarbeiterbefragungen
- Vgl. **CGIFOS | MikroControlling** (Stuttgart)

Wertemanagement im KH (2)

- Normative Vorgaben klären ⇒ Qualitätsregeln („Leitbild“)
 - Patienten-/Kundenorientierung
 - Mitarbeiterorientierung
 - Führung
 - Strukturen, Prozesse
 - Umgang mit Ressourcen
- Messung durch Mitarbeiterbefragung
 - führungsrelevante Informationen gewinnen
 - „Klimaindices“ für „interne Qualität“ des KH
- Analyse der Ergebnisse
 - Profile, Schwachstellen
- Steuerung
 - Zielvorgaben
 - Maßnahmen (Transparenz, Klimazirkel, Fortbild., Anreizsysteme...)
 - Wirkungskontrolle durch erneute Mitarbeiterbefragung

Quelle: **CGIFOS | MikroControlling**

Handlungsoptionen

- Makroebene: Finanzierung der KHs verbessern
 - Wie viel ist erforderlich? Realistisch?
- Mesoebene: Krankenhausorganisation
 - Optimierung des Wertemanagements im KH
 - Ethikkomitee / Ethikberatung bei Allokationsfragen
 - Kostensensible Leitlinien
- Mikroebene: Entscheidungen im Einzelfall
 - Kostenbewusstes Handeln der Akteure im Einzelfall fördern
 - ⇒ Modell „Ethisches Kostenbewusstsein“

Mögliche Aufgaben eines KEK

1. Fortbildung
2. Identifizierung der hausinternen Kernprobleme
3. Entscheidungsunterstützung im Einzelfall (Verwaltung, Patientenversorgung)
4. Unterstützung bei der Entwicklung von Leitlinien
5. Evaluation

Co-Author dieses Abschnittes: Daniel Strech, MHH

3. Entscheidungsunterstützung im Einzelfall - Möglichkeiten

- Beratung der Geschäftsführung bei wichtigen strategischen Entscheidungen zur Mittelallokation
 - Hinweis auf Knappheitsprobleme & Rationalisierungsreserven
 - Herausforderung: Begründete Allokation knapper Mittel im Klinikum aufgrund fehlender Outcome-Daten & Benchmarks
 - „Wann ist eine Abteilung unterfinanziert?“
 - „Welcher Personalschlüssel ist gerecht?“
- Beratung bei kostenrelevanten klinischen Einzelfallentscheidungen: “Kosten-Fallbesprechungen“
 - Vor allem bei teuren Maßnahmen mit geringem/fraglichem Grenznutzen für den Patienten
 - Anwendung ethisch vertretbarer Zuteilungskriterien sicherstellen
 - Konsistenz der Entscheidungen sichern
 - Fallbezogene Fortbildung der Mitarbeiter

4. Leitlinien-Entwicklung

- Unterstützung der Entwicklung von Leitlinien zum Umgang mit knappen Mitteln
 - (1) Allgemeine Grundsätze
 - Entwicklung eines „Leitbildes“ zum Umgang mit knappen Ressourcen
 - Vgl. Modell „Ethisches Kostenbewusstsein“
 - (2) Mitarbeit bei der Entwicklung von *indikationsbezogenen* kostensensiblen Leitlinien
 - Konkrete Vorgaben für einzelne Leistungsbereiche
 - Z.B. Einsatz von teuren Reserveantibiotika in der Intensivmedizin
 - Ziel: kostenbewusster Einsatz kostspieliger Interventionen, Entlastung des einzelnen Entscheidungsträger

Handlungsoptionen

- Makroebene: Finanzierung der KHS verbessern
 - Wie viel ist erforderlich? Realistisch?
- Mesoebene: Krankenhausorganisation
 - Optimierung des Wertemanagements im KH
 - Ethikkomitee / Ethikberatung bei Allokationsfragen
 - Kostensensible Leitlinien
- Mikroebene: Entscheidungen im Einzelfall
 - Kostenbewusstes Handeln der Akteure im Einzelfall fördern
 - ⇒ Modell „Ethisches Kostenbewusstsein“

Kostensensible Leitlinien

- Ziel: Patienten möglichst geringen (Zusatz-)Nutzen vorenthalten
- ⇒ Maßnahmen begrenzen mit
 - geringem Grenznutzen für den Patienten
 - bei hohen Grenzkosten
- Effekte
 - ⇒ Optimiert den gesundheitlichen Gesamtnutzen
 - ⇒ Minimiert den „Schaden“ für den Einzelnen
- Umsetzung in der Praxis: Kostensensible Leitlinien (KSL) **(KSL)**
 - BMBF-Forschungsverbund „Allokation“ (2006-2010)
 - Grundlage: Evidenz zum Nutzen und Kosten-Nutzen-Verhältnis medizinischer Maßnahmen
 - Nutzensgewinn variiert ⇒ Patienten-Subgruppen identifizieren
 - Einschränkung: Ausschluss von Patienten, die (im Vergleich zur Alternative) nur wenig profitieren
 - (Ggf. Festsetzung von Höchstpreisen)

Beispiel: DES vs. BMS bei KHK

Kosteneffektivitäts-Verhältnisse	Preisdifferenz DES – BMS	
	400 €	800 €
Alle Patienten	98.000 €/QALY	227.000 €/QALY
Lange Läsionen (>15mm)	62.000 €/QALY	167.000 €/QALY
Kleine Gefäße (< 3mm)	33.000 €/QALY	126.000 €/QALY

Kostenübernahme nur wenn (vgl. NICE TA 152):

- das zu behandelnde Zielgefäß einen Durchmesser von weniger als 3 mm hat oder die Läsion länger als 15 mm ist **und**
- der Preisunterschied zwischen DES und BMS nicht mehr als 400 Euro beträgt.

(Ausführlichere Version: www.ieg.m.uni-tuebingen.de/allokation)

Handlungsoptionen

- Makroebene: Finanzierung der KHS verbessern
 - Wie viel ist erforderlich? Realistisch?
- Mesoebene: Krankenhausorganisation
 - Optimierung des Wertemanagements im KH
 - Ethikkomitee / Ethikberatung bei Allokationsfragen
 - Kostensensible Leitlinien
- Mikroebene: Entscheidungen im Einzelfall
 - Kostenbewusstes Handeln der Akteure im Einzelfall fördern
 - ⇒ Modell „Ethisches Kostenbewusstsein“

Modell „Ethisches Kostenbewusstsein“

- Ethisch gebotener Umgang mit knappen Mitteln erfordert Rationalisierung und Rationierung
- Widerspricht nicht notwendig den traditionellen ethischen Verpflichtungen gegenüber dem Patienten!
 - Partielle Konvergenz zwischen Ethik und Ökonomie
- Wichtig: Grenzen zwischen Rationalisierung und Rationierung sind durch die häufig unsichere Evidenz nicht scharf!
 - Nutzen für den Patienten ungewiss
- ⇒ Genau dort muss man ansetzen!
 - „Schaden“ für den Einzelnen am geringsten
 - Insgesamt: Nutzenmaximierung

Marckmann G, in der Schmitt J, Wie können Ärzte ethisch vertretbar Kostenerwägungen in ihren Behandlungsentscheidungen berücksichtigen? Ein Stufenmodell. Ethik in der Medizin 2011;23(4):303-314

Ethisches Kostenbewusstsein

Individual- ethischer Therapie- verzicht

- (1) Berücksichtigung der Evidenz zu Wirksamkeit/Nutzen & Risiken der Maßnahmen ⇒ Nutzen/Nichtschaden
- (2) Konsequente Berücksichtigung individueller Patientenpräferenzen ⇒ Respekt der Autonomie
- (3) Minimierung des Ressourcenverbrauchs für das Erreichen eines Therapieziels ⇒ Nichtschaden

Sozial- ethischer Therapie- verzicht

- (4) Unterlassung von teuren Maßnahmen mit geringem/fraglichem Nutzengewinn bei Verfügbarkeit kosteneffektiverer Alternativen ⇒ Gerechtigkeit
 - a) Lokale Versorgungsstandards
 - b) Im Einzelfall
 - Berücksichtigung prozeduraler Mindeststandards
 - Durchführung von Kosten-Fallbesprechungen
 - Beratung durch klinisches Ethik-Komitee

Ethisches Kostenbewusstsein

Individual- ethischer Therapie- verzicht

- (1) Berücksichtigung der Evidenz zu Wirksamkeit/Nutzen & Risiken der Maßnahmen ⇒ Nutzen/Nichtschaden
- (2) Konsequente Berücksichtigung individueller Patientenpräferenzen ⇒ Respekt der Autonomie
- (3) Minimierung des Ressourcenverbrauchs für das Erreichen eines Therapieziels ⇒ Nichtschaden

Sozial- ethischer Therapie- verzicht

- (4) Unterlassung von teuren Maßnahmen mit geringem/fraglichem Nutzengewinn bei Verfügbarkeit kosteneffektiverer Alternativen ⇒ Gerechtigkeit
 - a) Lokale Versorgungsstandards
 - b) Im Einzelfall
 - Berücksichtigung prozeduraler Mindeststandards
 - Durchführung von Kosten-Fallbesprechungen
 - Beratung durch klinisches Ethik-Komitee

Berücksichtigung v. Patientenpräferenzen

- Klinisch-ethische Beratung ⇒ konsequente Berücksichtigung von Wohl & Wille (Präferenzen) des Patienten
- Randomisierte kontrollierte Multicenter-Studie von Schneiderman et al. (JAMA 2003;290(9):1166-72):
 - 551 ICU-Patienten
 - 2 Arme: klinische Ethikberatung ja/nein
- Mortalität: kein Unterschied
- Im KHS versterbende Patienten mit Ethikberatung:
 - Krankenhaustage ↓ (-2.95 d, p=.01)
 - ICU - Tage ↓ (-1.44 d, p=.03)
 - Beatmungstage ↓ (-1.7 d, p=.03)
- klinisch-ethische Beratung fördert individuelle ethischen Therapieverzicht (+ kann Kosten in Todesnähe reduzieren!)

Ethisches Kostenbewusstsein

Individual- ethischer Therapie- verzicht

- (1) Berücksichtigung der Evidenz zu Wirksamkeit/Nutzen & Risiken der Maßnahmen ⇒ Nutzen/Nichtschaden
- (2) Konsequente Berücksichtigung individueller Patientenpräferenzen ⇒ Respekt der Autonomie
- (3) Minimierung des Ressourcenverbrauchs für das Erreichen eines Therapieziels ⇒ Nichtschaden

Sozial- ethischer Therapie- verzicht

- (4) Unterlassung von teuren Maßnahmen mit geringem/fraglichem Nutzengewinn bei Verfügbarkeit kosteneffektiverer Alternativen
 - a) Lokale Versorgungsstandards ⇒ Gerechtigkeit
 - b) Im Einzelfall
 - Berücksichtigung prozeduraler Mindeststandards
 - Durchführung von Kosten-Fallbesprechungen
 - Beratung durch klinisches Ethik-Komitee

Ethisches Kostenbewusstsein

Individual- ethischer Therapie- verzicht

- (1) Berücksichtigung der Evidenz zu Wirksamkeit/Nutzen & Risiken der Maßnahmen ⇒ Nutzen/Nichtschaden
- (2) Konsequente Berücksichtigung individueller Patientenpräferenzen ⇒ Respekt der Autonomie
- (3) Minimierung des Ressourcenverbrauchs für das Erreichen eines Therapieziels ⇒ Nichtschaden

Sozial- ethischer Therapie- verzicht

- (4) Unterlassung von teuren Maßnahmen mit geringem/fraglichem Nutzengewinn bei Verfügbarkeit kosteneffektiverer Alternativen ⇒ Gerechtigkeit
 - a) Lokale Versorgungsstandards
 - b) Im Einzelfall
 - Berücksichtigung prozeduraler Mindeststandards
 - Durchführung von Kosten-Fallbesprechungen
 - Beratung durch klinisches Ethik-Komitee

Medizinische Innovationen

Demographischer Wandel

Begrenzte Finanzmittel

Nachfrage ↑

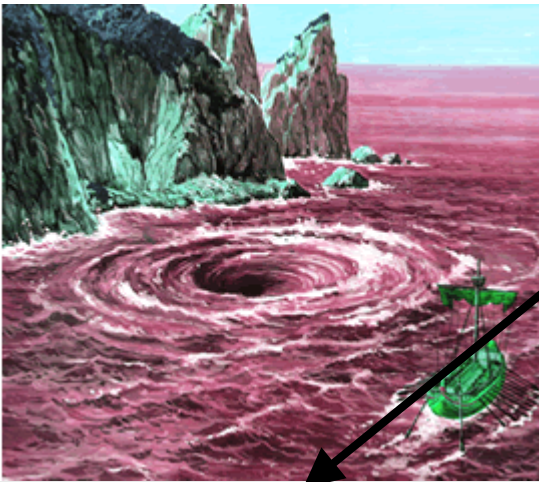
+

Angebot ↓

Charybdis

Skylia

**Mittelknappheit
im Gesundheitswesen**



Erhöhung der Mittel im
Gesundheitswesen

Effizienzsteigerungen
(Rationalisierungen)

Leistungsbegrenzungen
(Rationierungen)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

- Literatur:
- Marckmann G, Gesundheit und Gerechtigkeit. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2008;51(8):887-894
- Strech D, Danis M, Löb M, Marckmann G, Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern. Ärztliche Einschätzungen aus einer repräsentativen Umfrage. Deutsche Medizinische Wochenschrift (DMW) 2009;134:1261-1266
- Marckmann G, in der Schmitten J, Wie können Ärzte ethisch vertretbar Kostenerwägungen in ihren Behandlungsentscheidungen berücksichtigen? Ein Stufenmodell. Ethik in der Medizin 2011;23(4):303-314
- Kontakt: marckmann@lmu.de

