

Georg Marckmann, Vizepräsident Landesethikkomitee
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

Angemessenheit als ethisches Grundprinzip der Gesundheitsversorgung

Tagung

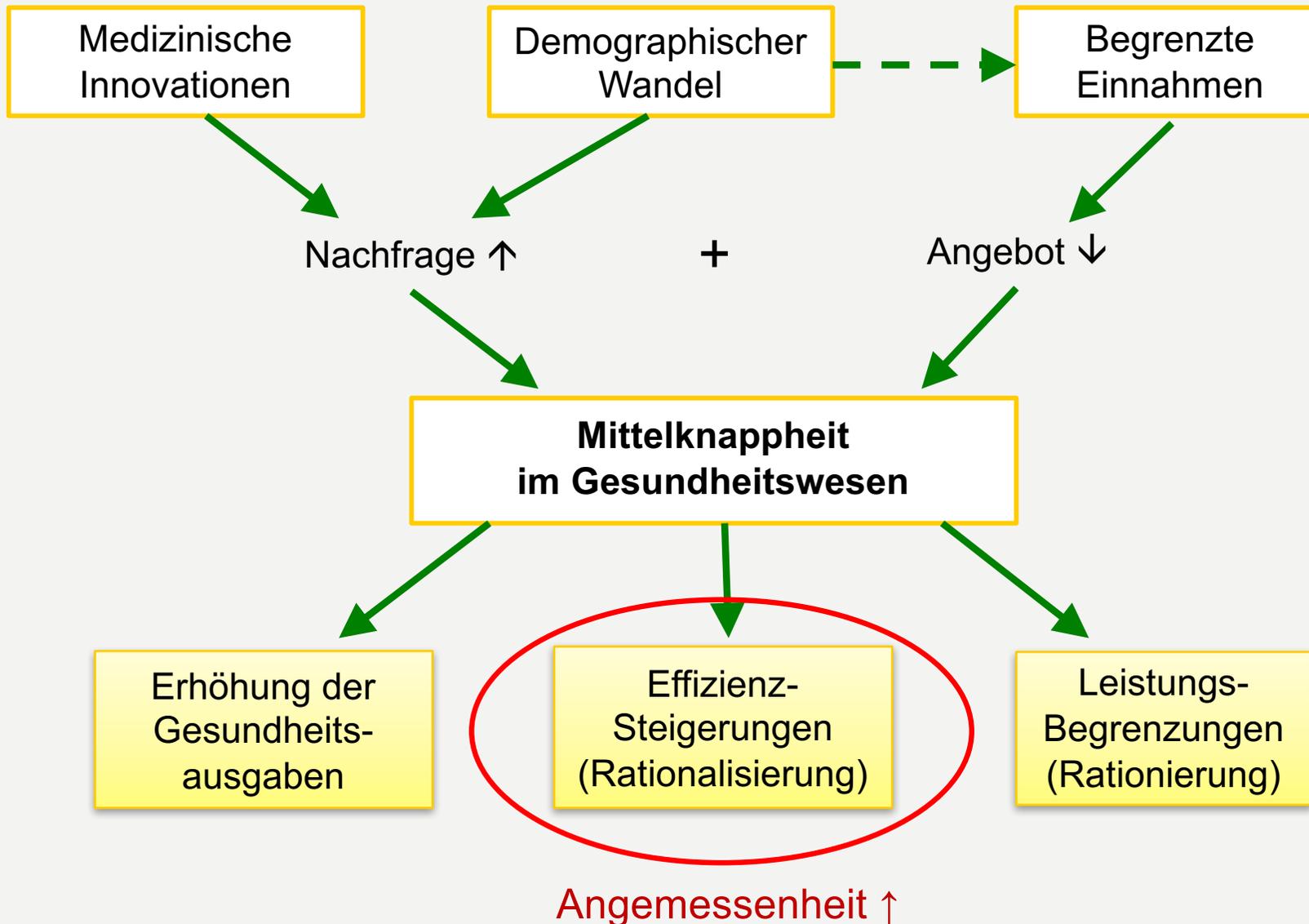
„Angemessenheit in der Gesundheitsversorgung: Zwischen
Patientenwohl und Wirtschaftlichkeit“

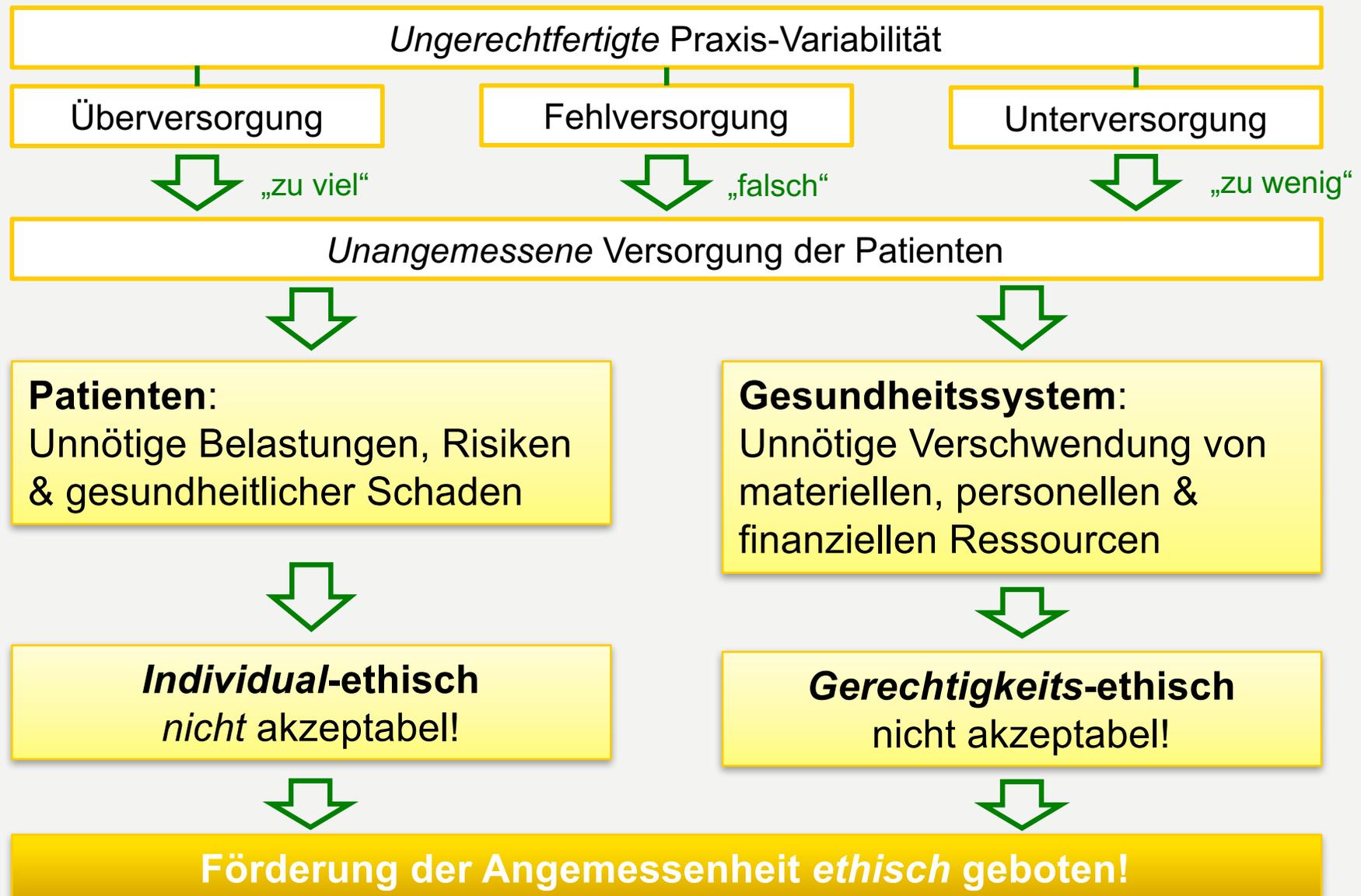
Autonome Provinz Bozen-Südtirol/Landesethikkomitee

Bozen, 28.09.2016



- Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung
- Hintergrund: Über-, Fehl- und Unterversorgung
- Angemessenheit: Definition
- ⇒ Anforderungen in der Praxis
- ⇒ Umsetzung
- Beispiele: Choosing wisely & Advance Care Planning
- Herausforderungen & Konfliktpotenziale
- Fazit





Angemessenheit: Herausforderungen in verschiedenen Versorgungsbereichen (vgl. WHO-Report)

- **Gesundheitsförderung & Prävention:** Anti-Rauchen-Kampagnen
 - **Diagnostik:** Akute Bauchschmerzen – ein Symptom, 1001 diagnostische Möglichkeiten...
 - **Invasive-Therapie:** Herzkatheder-Interventionen – PTCA
 - **Operationen:** Operation der Leistenhernie, Wirbelsäule, Knie
 - **Nicht-invasive Therapie:** Behandlung der Hypertonie
- ⇒ *Ursachen* für unangemessene Versorgung?
- Unzureichendes Wissen
 - Unzureichende Nutzung verfügbaren Wissens
 - Finanzielle Anreize
 - Unangemessene Strukturen & Prozesse in der Versorgung

Angemessene Gesundheitsversorgung ist... (vgl. CMA 2015)

- die richtige *Versorgung/Leistung*
 - erbracht vom richtigen *Leistungserbringer*
 - beim richtigen *Patienten*
 - am richtigen *Ort*
 - zur richtigen *Zeit*
 - mit dem Ergebnis *optimaler Versorgungsqualität!*
- ⇒ „**Medizin mit Augenmaß**“: Nicht zu viel, aber auch nicht zu wenig!

Geht es (auch) ums *Geld*? Primär *nicht*, aber sekundäre Effekte!

- ⇒ Bei Reduktion von Überversorgung ⇒ Einsparungen
- ⇒ Bei Reduktion von Unterversorgung ⇒ Kostensteigerungen
- ⇒ Bei Reduktion von Fehlversorgung ⇒ kommt drauf an...

Dennoch: primärer *Anlass*, sich um mehr Angemessenheit zu kümmern, sind oft steigende Gesundheitsausgaben!

- ⇒ Ausgaben-Krise als Chance für die *Qualität* der Patientenversorgung



Angemessene Gesundheitsversorgung erfordert:

- (1) **Evidenzbasierung**: Konsequente Berücksichtigung der Literatur zu Effektivität & Nutzen medizinischer Maßnahmen, auch bei Unterlassung! (⇒ Leitlinien, systematische Übersichten)
- (2) **Leistungsanbieter** besitzt angemessene Voraussetzungen für die Versorgung, insbes. Qualifikation
- (3) Versorgung berücksichtigt **Individualität & Präferenzen des Patienten** ⇒ „shared decision making“
- (4) Angemessenes **Versorgungs-Setting** (z.B. ambulant vs. stationär)
- (5) Angemessenes „**Timing**“ der Versorgung (z.B. vertretbare Wartezeiten)



- Herausforderung: Wo ist die Versorgung unangemessen?
 - ⇒ Identifizierung von Über-, Unter- und Fehlversorgung
 - Beispiel: Herzkatheder-Interventionen (PTCA) in D – sehr hohe Interventionsraten, keine bessere kardiale Mortalität (Outcome)
 - ⇒ Hinweis auf Überversorgung insgesamt: Aber in welchen Fällen ist die PTCA angemessen??
 - ⇒ *Obergrenzen* für die Anzahl der PTCA's:
 - ⇒ Was ist die *angemessene* Anzahl von PTCA's??
 - ⇒ Obergrenzen können die Angemessenheit *im Einzelfall* nicht sicherstellen!
 - Förderung der Angemessenheit im Einzelfall v.a. eine **ärztliche Aufgabe**
 - ⇒ Evidenzbasierung & Patientenpräferenzen
 - ⇒ Ärzte: *mehr Verantwortung* für Angemessenheit im Einzelfall (& für Strukturen & Prozesse) ⇒ ärztliche Berufsfreiheit bewahren, Regulierung vermeiden!
 - ⇒ **Medical Professionalism** - Stärkung ärztlicher Berufspflichten
 - Vgl. Physician Charter on Medical Professionalism (Lancet 2002;359(9305):520-2)



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Brody H (2012) From an ethics of rationing to an ethics of waste avoidance

Overuse

- as much as 30 percent of care delivered is duplicative or unnecessary and may not improve people's health

Top-5-Listen

- hinsichtlich Überversorgung
- von Ärzten erstellt
- "list of things to question"

**Choosing
Wisely**[®]

An initiative of the ABIM Foundation

The mission of the ABIM Foundation is to advance medical professionalism to improve the health care system.

Fifteen Things Physicians and Patients Should Question

1

Don't do imaging for low back pain within the first six weeks, unless red flags are present.

Red flags include, but are not limited to, severe or progressive neurological deficits or when serious underlying conditions such as osteomyelitis are suspected. Imaging of the lower spine before six weeks does not improve outcomes, but does increase costs. Low back pain is the fifth most common reason for all physician visits.

2

Don't routinely prescribe antibiotics for acute mild-to-moderate sinusitis unless symptoms last for seven or more days, or symptoms worsen after initial clinical improvement.

Symptoms must include discolored nasal secretions and facial or dental tenderness when touched. Most sinusitis in the ambulatory setting is due to a viral infection that will resolve on its own. Despite consistent recommendations to the contrary, antibiotics are prescribed in more than 80 percent of outpatient visits for acute sinusitis. Sinusitis accounts for 16 million office visits and \$5.8 billion in annual health care costs.

3

Don't use dual-energy x-ray absorptiometry (DEXA) screening for osteoporosis in women younger than 65 or men younger than 70 with no risk factors.

DEXA is not cost effective in younger, low-risk patients, but is cost effective in older patients.

4

Don't order annual electrocardiograms (EKGs) or any other cardiac screening for low-risk patients without symptoms.

There is little evidence that detection of coronary artery stenosis in asymptomatic patients at low risk for coronary heart disease improves health outcomes. False-positive tests are likely to lead to harm through unnecessary invasive procedures, over-treatment and misdiagnosis. Potential harms of this routine annual screening exceed the potential benefit.

5

Don't perform Pap smears on women younger than 21 or who have had a hysterectomy for non-cancer disease.

Most observed abnormalities in adolescents regress spontaneously, therefore Pap smears for this age group can lead to unnecessary anxiety, additional testing and cost. Pap smears are not helpful in women after hysterectomy (for non-cancer disease) and there is little evidence for improved outcomes.



Herausforderung: Überversorgung durch nutzlose/ungewollte lebensverlängernde Maßnahmen in der letzten Lebensphase

⇒ Belastung/Schaden für Patienten, exponentieller Kostenanstieg vor dem Tode

Lösungsansatz: Advance Care Planning (ACP) – Behandlung im Voraus planen (BVP)

- Qualifizierte Gesprächsbegleitung zur Erstellung von Patientenverfügung

⇒ Effektive Wahrung der Selbstbestimmung am Lebensende (2 Reviews)

Auswirkungen auf die Kosten der medizinischen Versorgung?

- Prospektive kanadische Studie im Altenheim (Molloy et al. 2000)

- Krankenhaus-kosten: 1.772 vs. 3.869 \$Cdn, Arzneimittel 1.606 vs. 1.370 \$Cdn

- Gesamteffekt: Kostenvorteile für Patientenverfügungs-Programm

- Systematische Übersicht (Klingler et al. 2016): 6 von 7 Studien: signifikante Kosteneinsparungen durch ACP

- ACP-Programmkosten: nur 6, 11, 15% der Einsparungen!!

Advance Care Planning-Programm „*Respecting choices*“

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

Fazit: ACP/BVP fördert *angemessene* Versorgung in der letzten Lebensphase & spart – als sekundärer Effekt! – Kosten



- (1) Definition der Angemessenheit erfordert unvermeidlich **Werturteile**
- ⇒ Konfliktpotenzial!
 - Sehr teure Therapien mit geringem Nutzengewinn für die Patienten
 - z.B. neue Medikamente in der Onkologie
 - Zeitliche & örtliche Verfügbarkeit von Leistungen
 - z.B. Krankenhaus-Dichte, Verfügbarkeit von Fachabteilungen in den Krankenhäusern
 - ⇒ Frage der **Prioritätensetzung**: Gesundheit vs. andere öffentliche Bereiche & innerhalb der Gesundheitsversorgung (Opportunitätskosten!)
 - ⇒ **Öffentliche/politische Deliberation**: „Welche Gesundheitsversorgung wollen wir uns in Südtirol leisten?“
- (2) Gefahr: *Dominanz von Kostenerwägungen* bei Festlegung von Kennzahlen/Obergrenzen für medizinische Leistungen
- ⇒ *Begründung* der Obergrenzen einfordern (idealerweise: empirischer belegte Über-, Unter- oder Fehlversorgung ⇒ schlechtere Outcomes!)
 - ⇒ Medizinisch rationale *Umsetzung* sicherstellen ⇒ angemessene Versorgung *im Einzelfall* ⇒ Nutzen für Patient maximieren, Risiken minimieren!

- Förderung der Angemessenheit der medizinischen Versorgung *ethisch* geboten
- Primär: im Interesse des einzelnen Patienten, sekundär: Förderung eines vernünftigen Einsatzes begrenzter Ressourcen
- Im Kern: Eliminierung von Über-, Unter- und Fehlversorgung
- Angemessene Entscheidungen im Einzelfall: v.a. in ärztlicher Verantwortung ⇒ **Evidenzbasierung & Berücksichtigung von Patientenpräferenzen!**
- Vorsicht: Dominanz von Kostenerwägungen z.B. bei Mengenvorgaben ⇒ **Begründung** einfordern, **medizinische Rationalität** der Umsetzung sicherstellen!
- Bestimmung der angemessenen Versorgung erfordert **Werturteile** ⇒ gesellschafts-politische Deliberation