

Dilemma der Medizin: zwischen Ökonomie und ethischer Verantwortung

Georg Marckmann

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

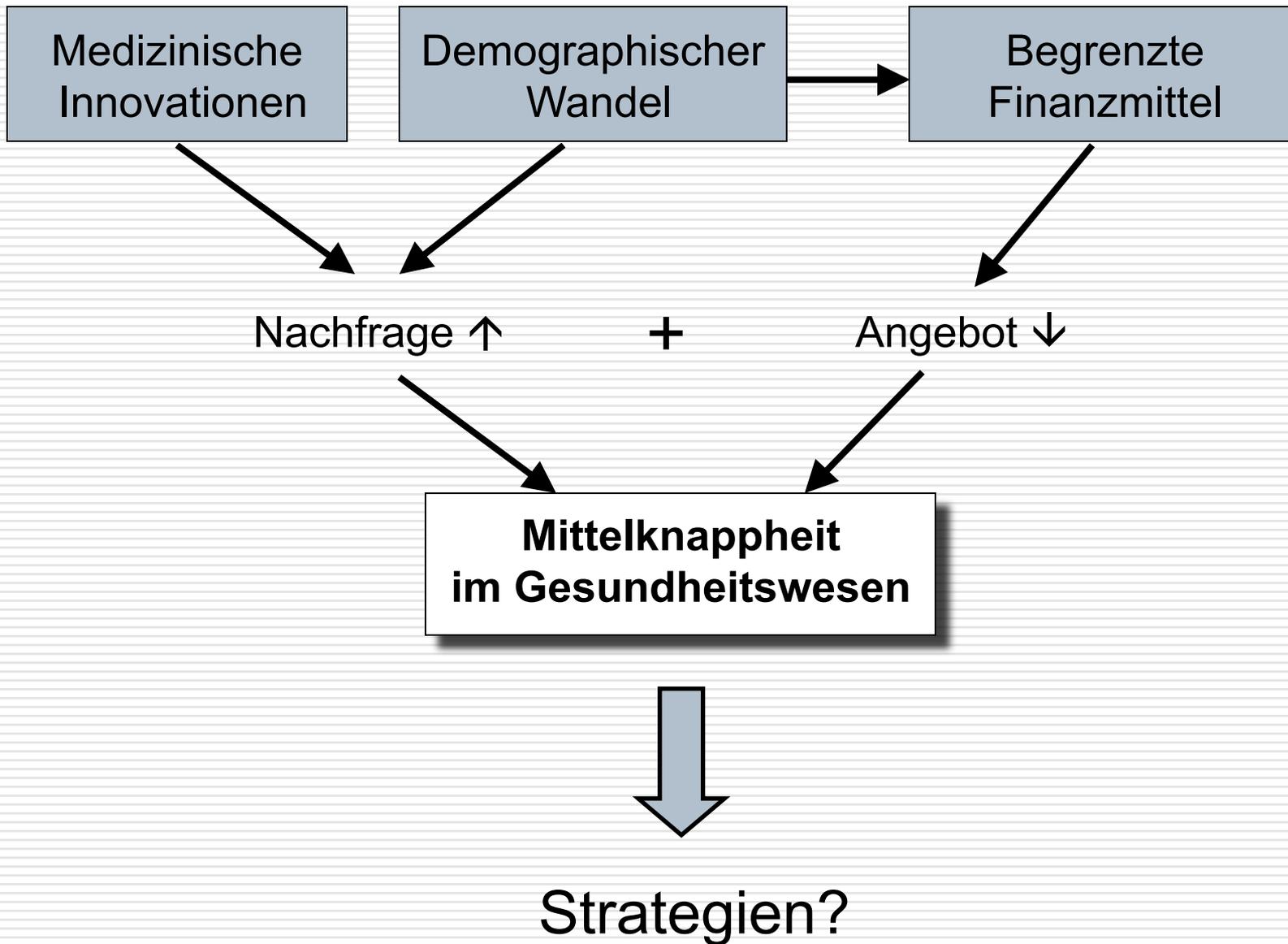
Fortbildung Landeskrankenhaus Bregenz

Bregenz

12. September 2012

Gliederung

- Problemhintergrund
- Strategien zum Umgang mit der Mittelknappheit
- Situation im Krankenhaus
 - Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
- Handlungsoptionen im Krankenhaus
 - Makroebene: Finanzierung der Krankenhäuser
 - Mesoebene: Wertemanagement, Ethikkomitee/Ethikberatung
 - Mikroebene: „Ethisches Kostenbewusstsein“



Medizinische Innovationen

Demographischer Wandel

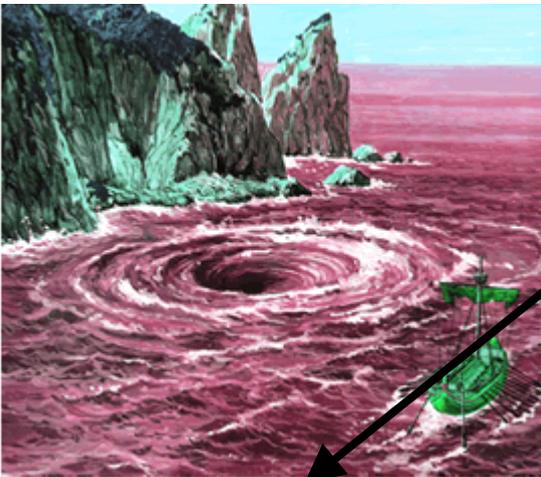
Begrenzte Finanzmittel

Nachfrage ↑

+

Angebot ↓

Charybdis



**Mittelknappheit
im Gesundheitswesen**

Skylla



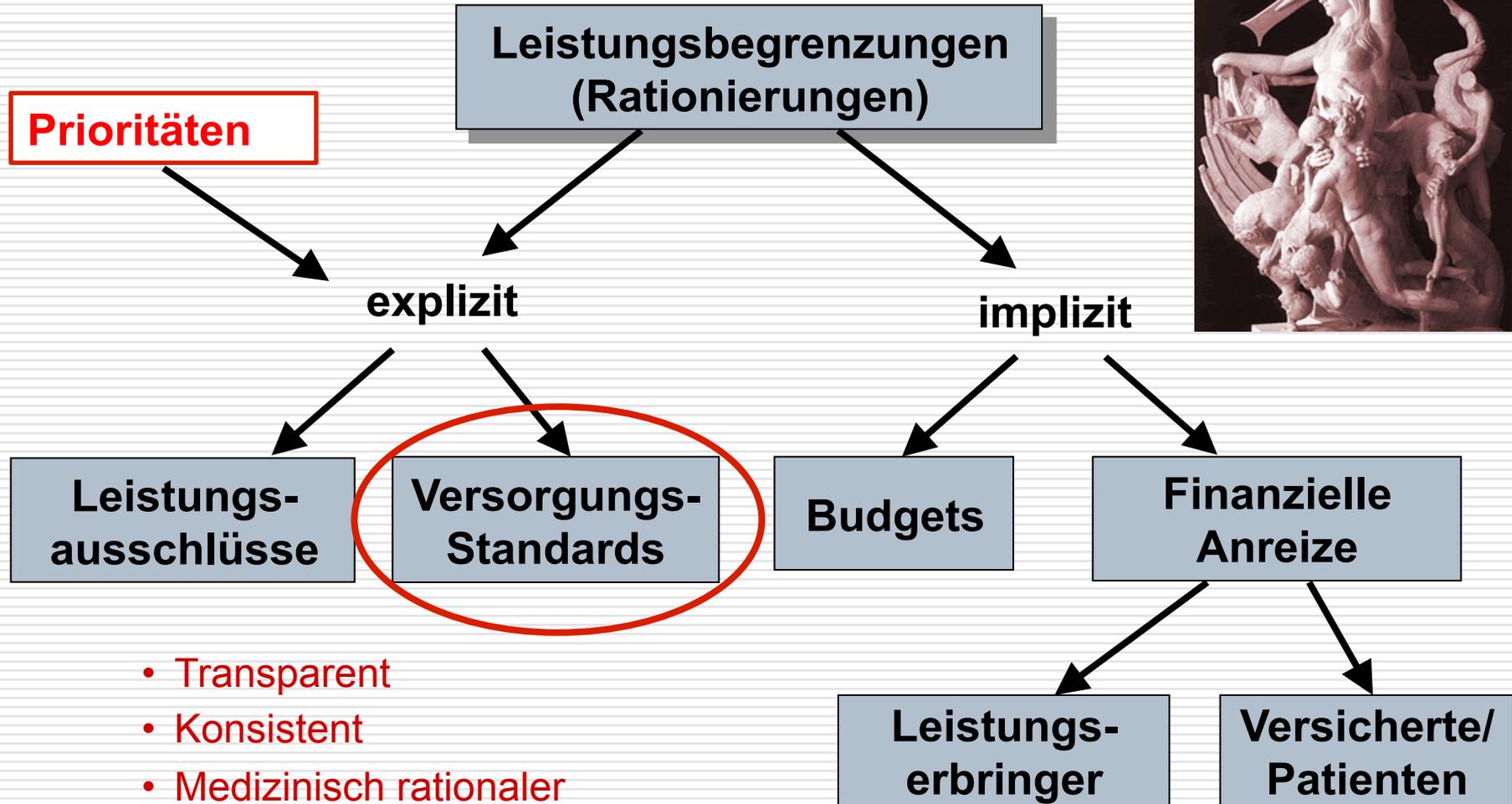
Erhöhung der Mittel im
Gesundheitswesen

Effizienzsteigerungen
(Rationalisierungen)

Leistungsbegrenzungen
(Rationierungen)

Fazit - 1

- Rationalisierungen allein reichen nicht aus, um den Kostendruck durch medizinischen Fortschritt und demographischen Wandel zu kompensieren.
- Es gibt gute Gründe die (öffentlichen) Gesundheitsausgaben zu begrenzen.
- Damit werden Leistungsbegrenzungen („Rationierungen“) unausweichlich.
- ⇒ Kernfrage: Wie können die unvermeidlichen Leistungsbegrenzungen in einer medizinisch rationalen, ökonomisch sinnvollen und ethisch vertretbaren Art und Weise durchgeführt werden?



- 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

Gerechte Leistungsbegrenzungen

- Formale Kriterien ⇒ *faïres Entscheidungsverfahren*
 - Transparenz
 - Legitimität (demokratisch legitimierte Institutionen)
 - Konsistenz (Gleichbehandlung der Patienten)
 - Nachvollziehbare, relevante Begründung
 - Evidenzbasierung (hinsichtlich Nutzen & Kosten)
 - Partizipation (relevanter gesellschaftlicher Gruppen)
 - Widerspruchsmöglichkeiten
- Materiale Kriterien ⇒ *Begründung der Entscheidungen*
 - (1) Medizinische **Bedürftigkeit**
 - (1) Dringlichkeit der Behandlung, Schweregrad der Erkrankung
 - (2) Erwarteter medizinischer **Nutzen**
 - (3) **Kosten-Nutzen-Verhältnis**
 - Metakriterium: **Evidenzstärke**

Fazit - 2

- *Explizite* Leistungsbegrenzungen sind gegenüber impliziten ethisch zu bevorzugen
 - ⇒ gezielte Allokation begrenzter Ressourcen
 - ⇒ *Wohlfahrtsgewinne* gegenüber ungesteuerter Allokation
- *Implizite* Leistungsbegrenzungen (=ärztliche Rationierung) werden sich aber (leider!) nicht vermeiden lassen.

Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)
DRGs ⇒ prospektive Vergütung

Zunehmender Kostendruck

Anreiz zu Kostenreduktion/Leistungsbegrenzung



Rationalisierung

Rationierung

⇒ Effizienz ↑

- Nutzlose Maßnahmen ↓
- Produktivität ↑
(Fallzahl ↑, Liegezeiten ↓)
- Prozessinnovationen
- Umstrukturierung/Outsourcing

⇒ ethisch geboten!

⇒ Qualität ↓

- Nützliche Maßnahmen ↓
- Personal ↓ ⇒ Betreuungszeit ↓
- Verfrühte Entlassung
- Patientenselektion
- Geographische Zugangsprobleme

⇒ ethisch konfliktträchtig

Handlungsoptionen

- Makroebene: Finanzierung der KHs verbessern
 - Wie viel ist erforderlich? Realistisch?
- Mesoebene: Krankenhausorganisation
 - Optimierung des Wertemanagements im KH
 - Ethikkomitee / Ethikberatung bei Allokationsfragen
- 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
- 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
- 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

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

- 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

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

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
- 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

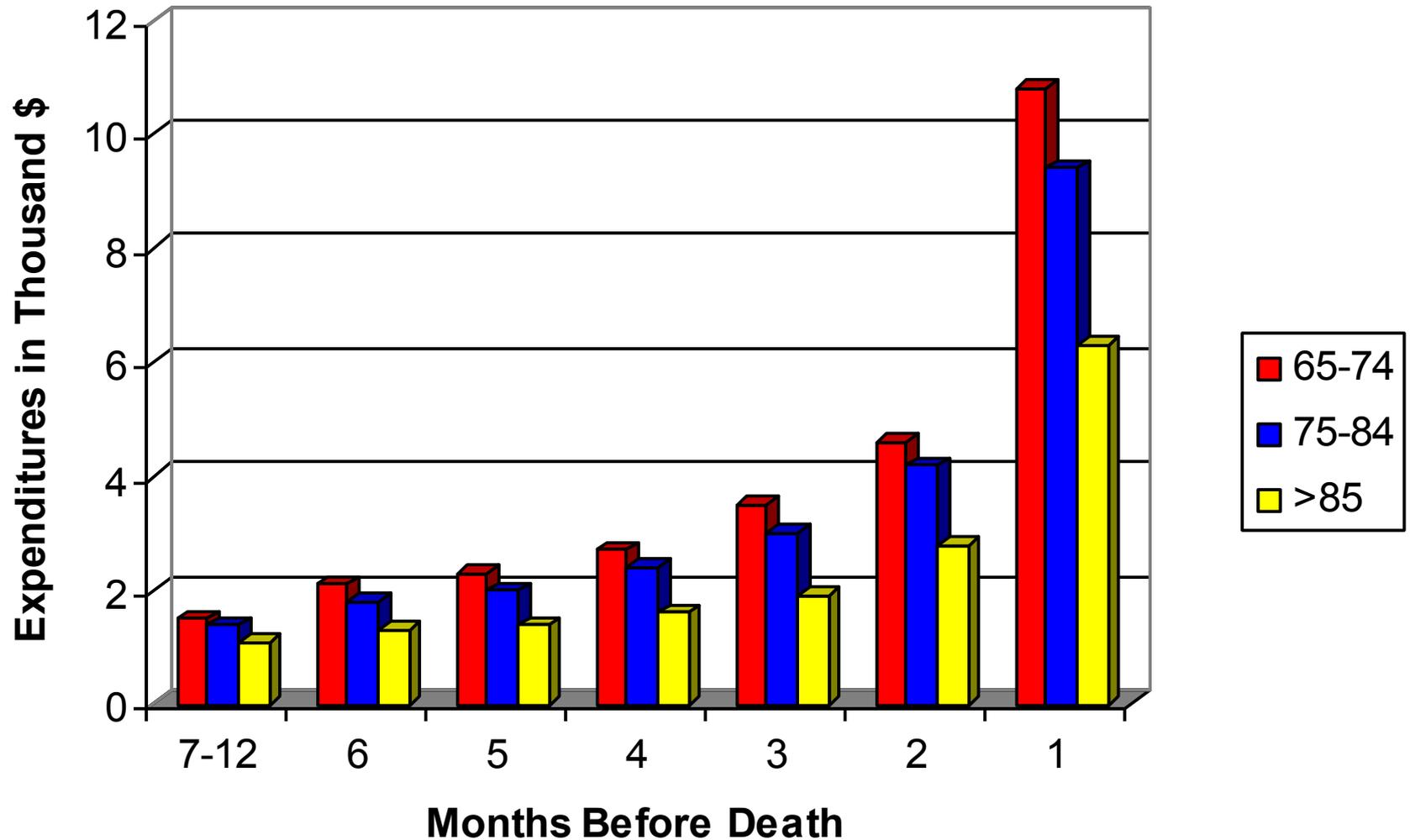
Individual- ethischer Therapie- verzicht

- (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

Medicare Expenditures for Beneficiaries in Massachusetts During the Last Year of Life



Quelle: Levinsky et al. 2001

Berücksichtigung v. Patientenpräferenzen

- Klinisch-ethische Beratung \Rightarrow 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 \downarrow (-2.95 d, $p=.01$)
 - ICU - Tage \downarrow (-1.44 d, $p=.03$)
 - Beatmungstage \downarrow (-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 ↑

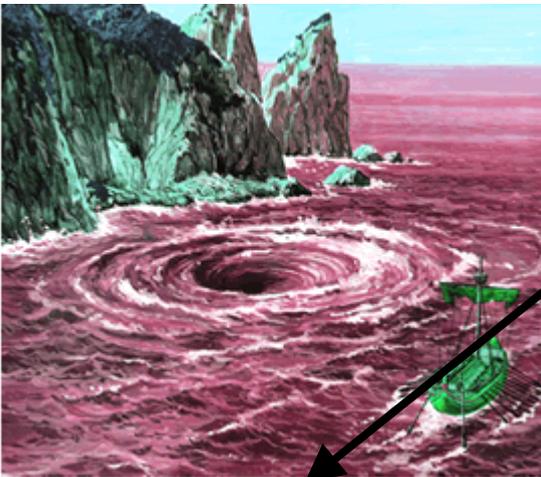
+

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
- 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
- Kontakt: marckmann@lmu.de
- Folien: www.egt.med.uni-muenchen/marckmann

