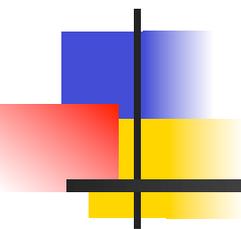


Gesundheitsversorgung in einer alternden Bevölkerung: Was können und sollen wir uns noch leisten?

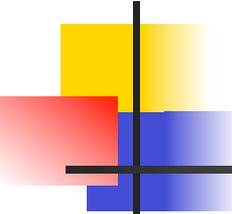


Georg Marckmann

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

3. Demographieforum des Landkreises Ludwigsburg

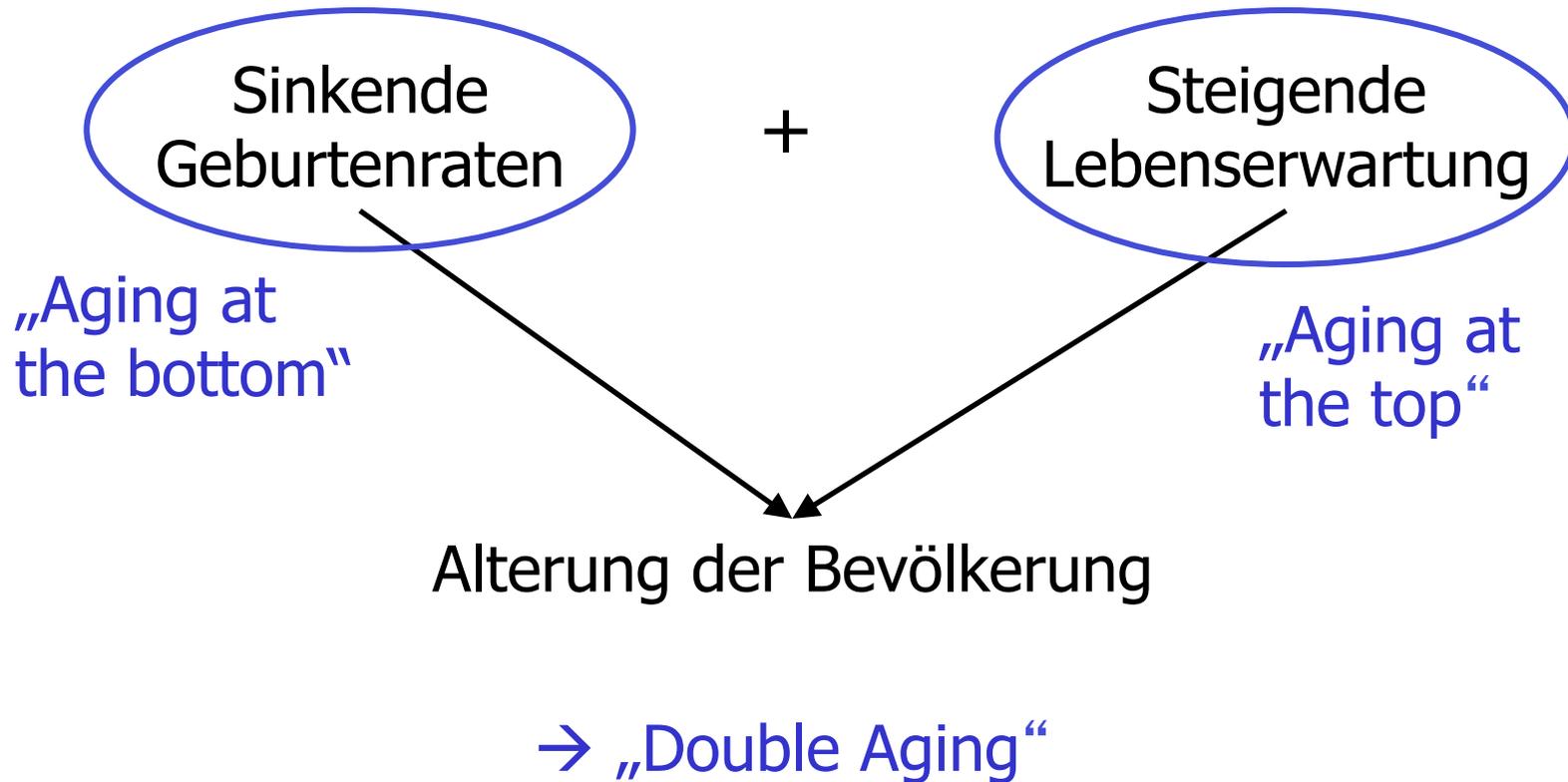
Ludwigsburg, 30. Juni 2011

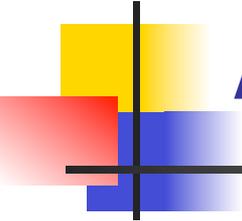


Gliederung

- Demographische Entwicklung in Deutschland
- Auswirkungen
 - Versorgungsbedarf
 - Gesundheitsausgaben (GKV)
- Schlussfolgerungen
 - Neue Prioritäten im Gesundheitswesen:
gesundheitliche Versorgung älterer Menschen
 - Leistungsbegrenzungen & Reallokationen

Demographische Entwicklung

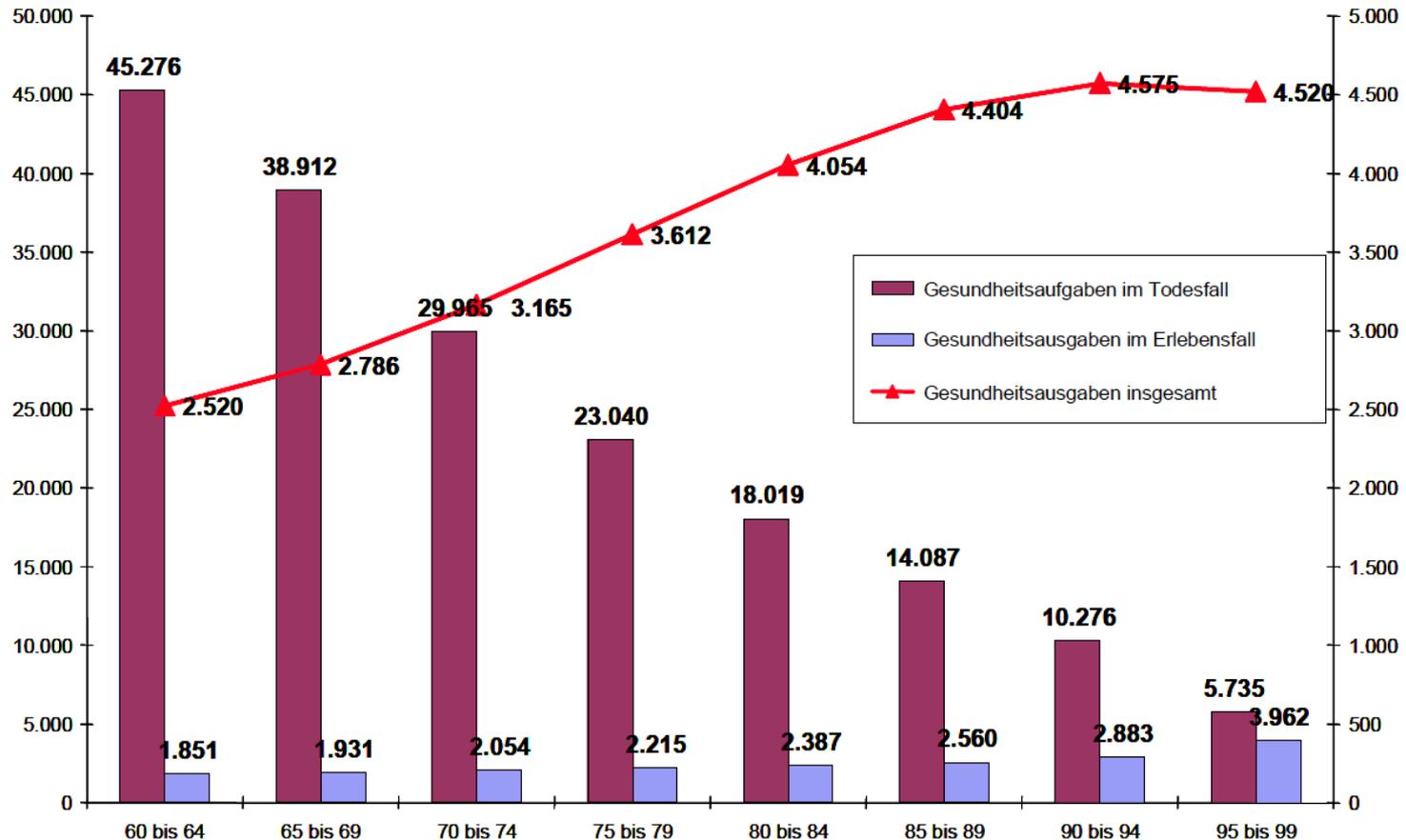




Auswirkungen: Versorgungsbedarf

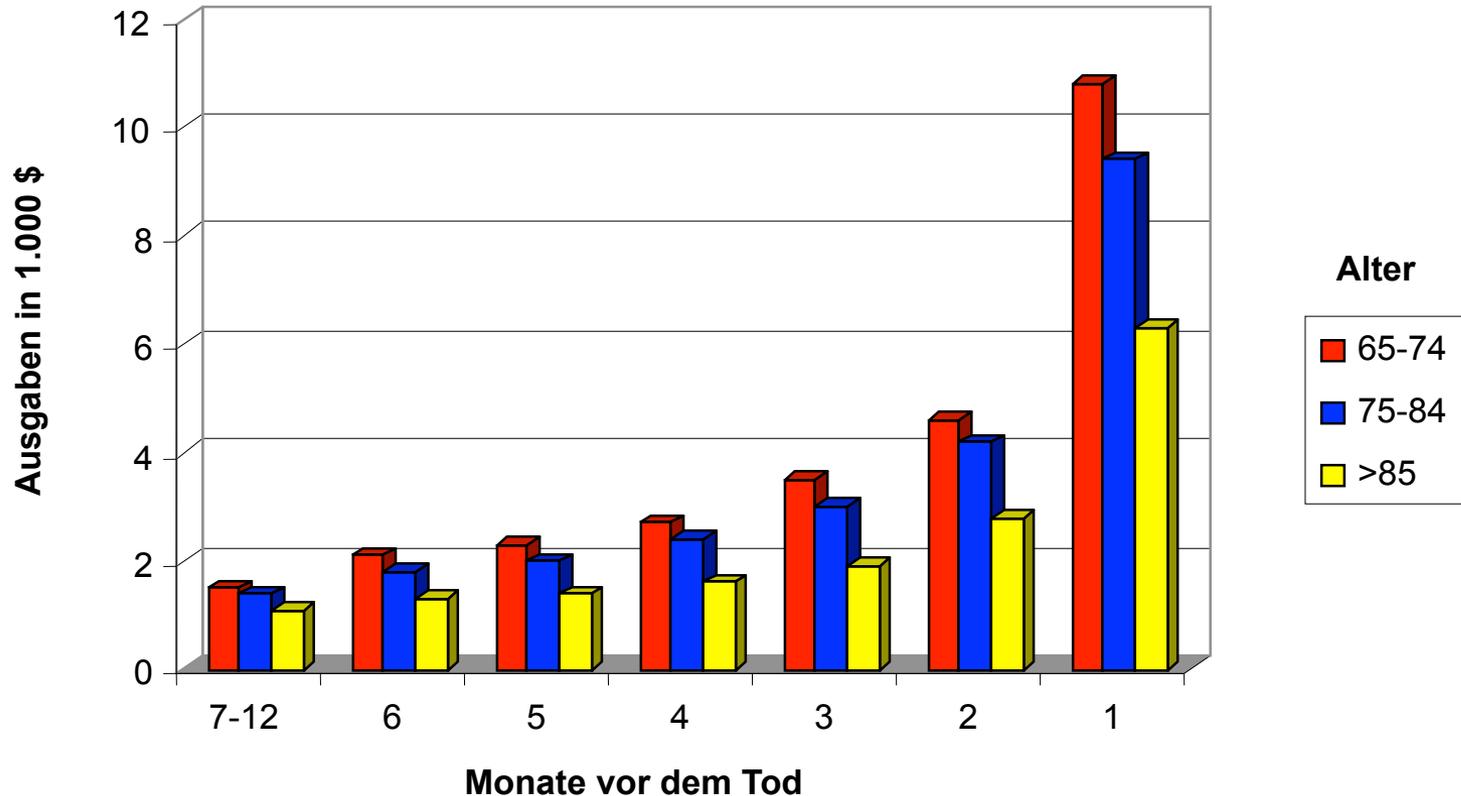
- Ältere Bevölkerung
 - Chronische & chronisch-degenerative Erkrankungen ↑
 - Multimorbidität ↑ (Diagnosenanzahl ↑)
 - Funktionelle Einschränkungen ⇒ Hilfe und Pflegebedarf ↑
(BaWü: Anstieg um 40-50% in den nächsten 20 Jahren;
derzeit: Kapazitäten bereits zu 92% ausgelastet!)
- Steigender Versorgungsbedarf zu erwarten für:
 - Obstruktive Lungenerkrankungen
 - Herz-Kreislauf-Erkrankungen
 - Krebserkrankungen
 - Erkrankungen des Bewegungsapparates
 - Gerontopsychiatrische Versorgung (Demenz)

Alter und Gesundheitsausgaben

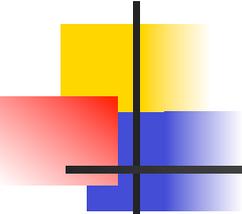


Leistungsausgaben pro Versichertem in Abhängigkeit vom Lebensalter (Quelle der Abbildung: Henke und Reimers 2006, Quelle der Daten: Kruse 2003, nach Breyer 1999)

Ausgaben im letzten Lebensjahr



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

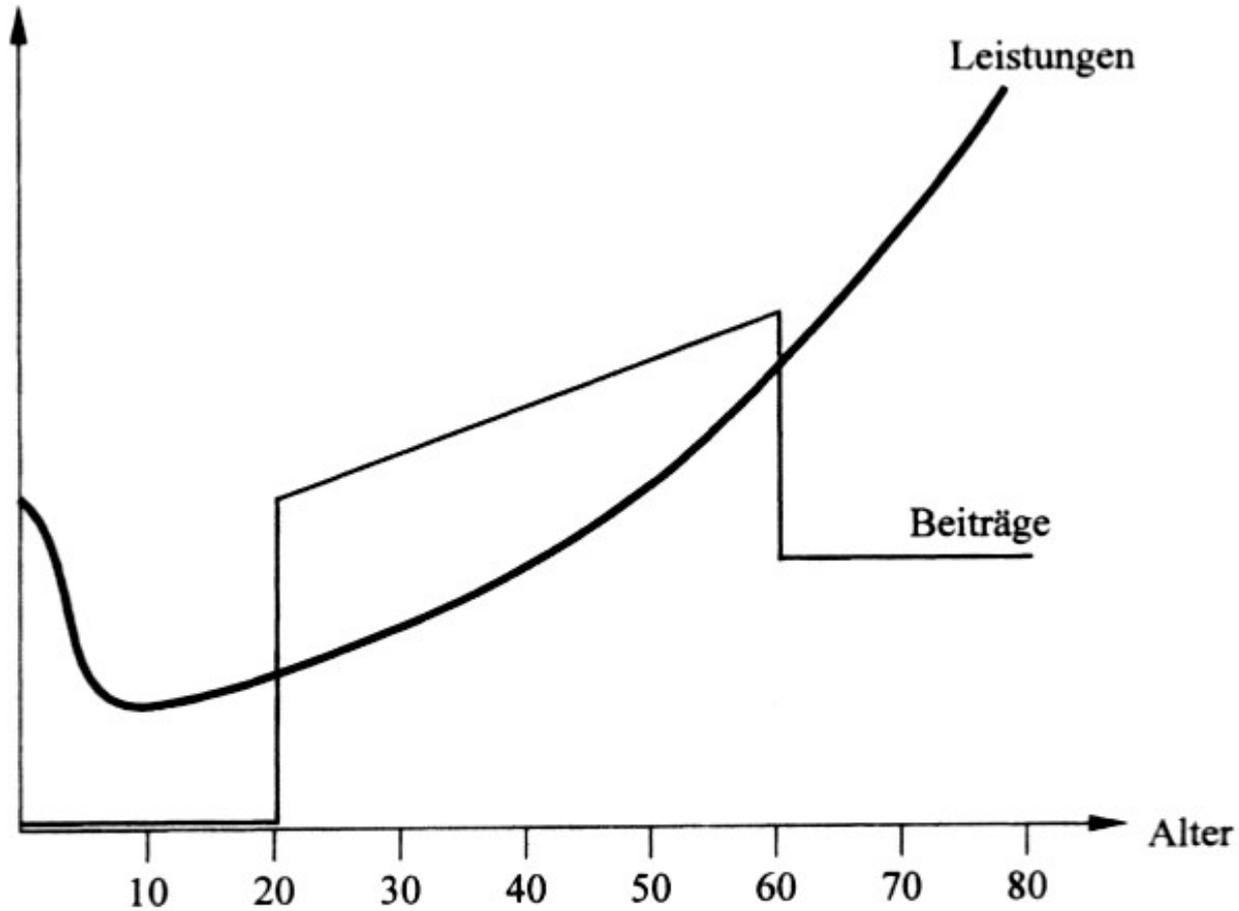
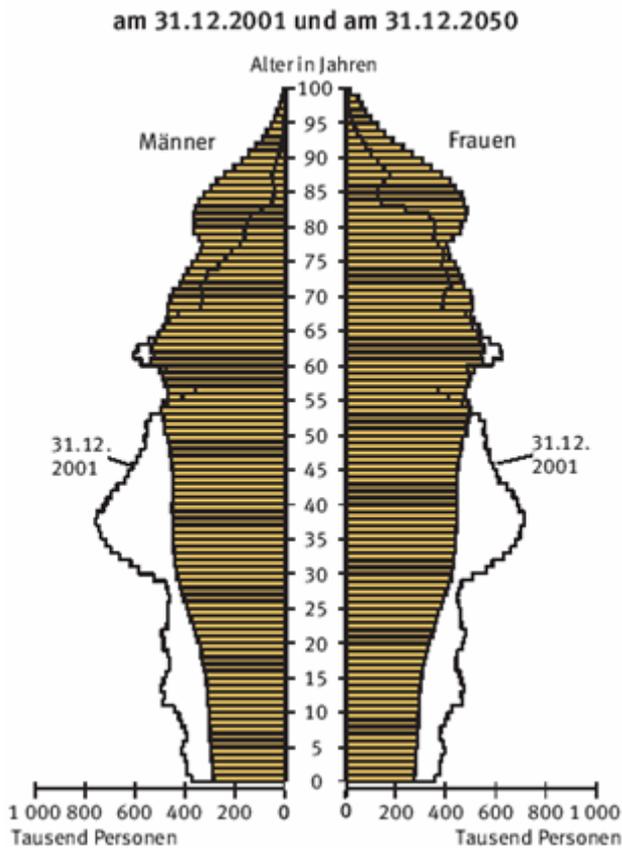


Alter und Gesundheitsausgaben

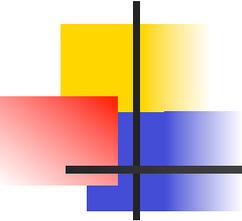
- Ältere Patienten nehmen mehr Ressourcen in Anspruch
- Gesundheitsausgaben korrelieren v.a. mit der verbleibenden Lebenszeit
- Gesundheitsausgaben im letzten Lebensjahr sinken mit zunehmendem Alter
- Aber: Kosten für Behandlung der Überlebenden steigen
 - zunehmende Anzahl multimorbider, chronisch Kranker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

Abb. 11-2: Kinder, Erwerbstätige und Rentner in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung

Leistungen
Beiträge



Quelle: von der Schulenburg (1989), p. 286



Fazit - 1

- Demographischer Wandel und medizinischer Fortschritt führen zu einem *steigenden Behandlungs- u. Pflegebedarf* für multimorbide, chronisch kranke ältere Patienten.
- Dem stehen *sinkende Einnahmen* durch den steigenden Altenquotient und ungünstige wirtschaftliche Rahmenbedingungen gegenüber.

Medizinischer Fortschritt

Demographischer Wandel

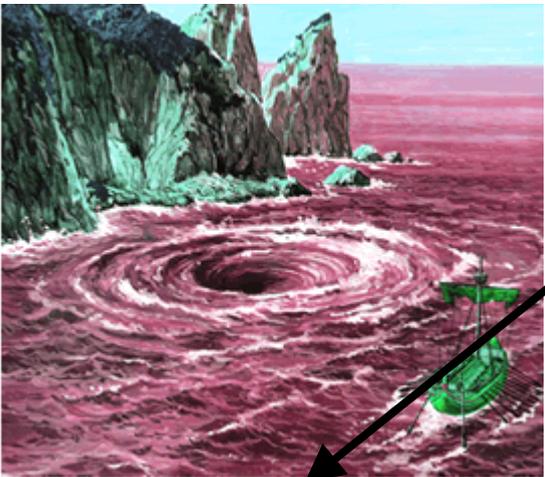
Reduzierte Einnahmen

Nachfrage ↑

+

Angebot ↓

Mittelknappheit im Gesundheitswesen



Charybdis

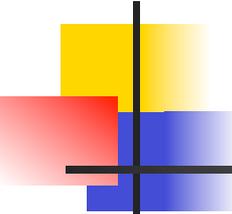


Skylla

Erhöhung der Mittel im Gesundheitswesen

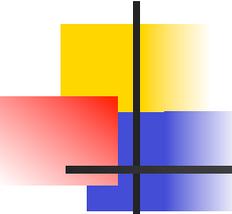
Effizienzsteigerungen (Rationalisierungen)

Leistungsbegrenzungen (Rationierungen)



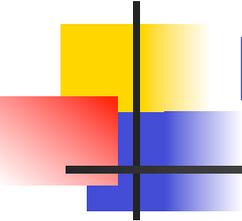
Fazit - 2

- Effizienzsteigerungen & Mittelerhöhungen sind auf Dauer keine Lösung!
- Der steigende Versorgungsbedarf kann nur durch Mittelumschichtungen („Reallokationen“) gedeckt werden
- Neue Prioritäten im Gesundheitswesen **ethisch** geboten:
 - Medizinische und pflegerische Versorgung älterer Menschen
 - Behandlung multimorbider, chronisch kranker Patienten
 - Prävention (alle Altersgruppen)
 - Vgl. Bericht des Gesundheitsrats Südwest zur gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen (2009)



Mittelumverteilung: Umsetzung

- Einschränkungen ethisch am ehesten vertretbar bei:
 - Maßnahmen mit geringem Nutzensgewinn bei vergleichsweise hohen Zusatzkosten
 - Verfügbarkeit einer kostengünstigeren Alternative
- Beispiel: Interventionelle Kardiologie
 - Leistungsausweitung 1990-99: Linksherzkather-Messplätze 120% ↑
Koronarangiographien 190% ↑, PTCA's 392% ↑
 - Höchste Interventionsraten im internationalen Vergleich, aber geringer Rückgang der kardialen Mortalität in D
- Instrumente: kostensensible Leitlinien (KSL) **(KSL)**
 - Systematische Bewertung der wissenschaftlichen Evidenz zu Nutzen & Kosten ⇒ Indikationseinschränkungen
 - Nutzensgewinn variiert ⇒ Patienten-Subgruppen identifizieren
 - Ausschluss von Patienten, die (im Vergleich zur Alternative) nur wenig profitieren, ggf. Festsetzung von Höchstpreisen



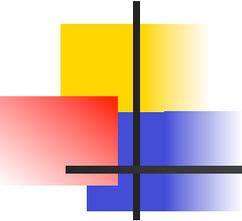
Beispiel: DES vs. BMS bei KHK (NICE)

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

NICE: Kostenübernahme nur wenn

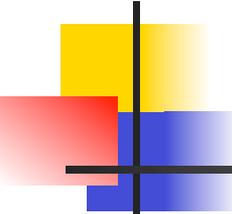
- das zu behandelnde Zielgefäß einen Durchmesser von weniger als 3 mm hat oder die Läsion länger als 15 mm ist **und**
- der Preisunterschied zwischen DES und BMS nicht mehr als 400 Euro beträgt.

[Zu den KSSL vgl. BMBF-Forschungsverbund „Allokation“]



Sparen durch Ethikberatung?

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



Fazit – 3

- Alterung der Bevölkerung
 - ⇒ qualitativ & quantitativ veränderter Bedarf an Pflege und Behandlung für multimorbide, chronisch Kranke
 - ⇒ Einnahmerückgang in der GKV
- Neue Prioritätensetzung ethisch geboten
 - Pflege und Behandlung älterer Menschen
 - Fokus: Multimorbidität, chronische Erkrankungen
 - Prävention (alle Altersgruppen!)
- Zukünftige Finanzierung v.a. durch Reallokation aus akutmedizinischem & kurativen Bereich
 - Maßnahmen mit geringem Grenznutzen bei hohen Kosten und verfügbarer kostengünstiger Alternative unterlassen
 - Größerer Nutzen bei älteren Patienten
 - **Ethisch geboten & ökonomisch effizient!**
- Mehr Ethik am Lebensende ⇒ ökonomisch sinnvollere Ressourcenallokation!

Medizinischer Fortschritt

Demographischer Wandel

Reduzierte Einnahmen

Nachfrage ↑

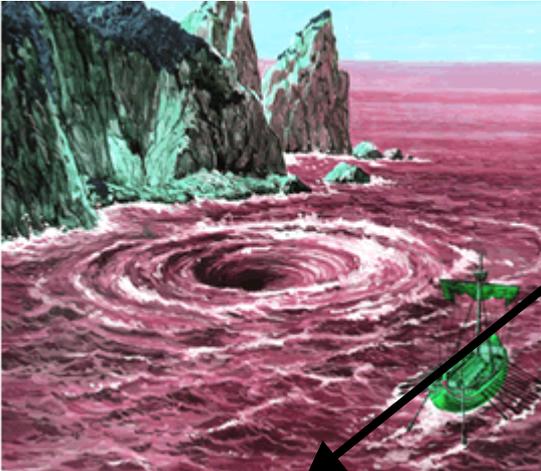
+

Angebot ↓

Charybdis

Skylia

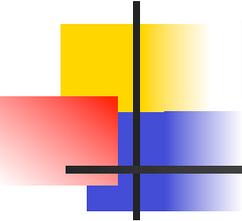
Mittelknappheit im Gesundheitswesen



Erhöhung der Mittel im Gesundheitswesen

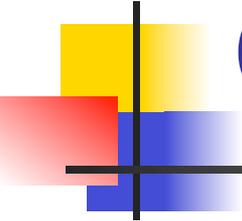
Effizienzsteigerungen (Rationalisierungen)

Leistungsbegrenzungen (Rationierungen)



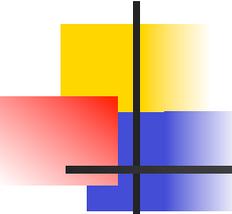
Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

- Kontakt: marckmann@lmu.de
- Folien & Publikationen:
www.egt.med.uni-muenchen.de/marckmann
- Google: „marckmann lmu“



Qualifikation des Personals

- Verstärkte Gewichtung der Altersmedizin im Medizinstudium
 - Blockpraktikum Geriatrie von 4 Wo
- Förderung der Weiterbildung Geriatrie
 - Schwerpunktbezeichnung „Geriatrie“
 - Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie (Brandenburg, Sachsen-Anhalt)
- Verbesserte Ausbildung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe
 - Müssen vermehrt Versorgungsaufgaben übernehmen
 - Akademisch ausgebildete Pflegekräfte



Strukturelle Anforderungen

- Neuorientierung der Versorgungsprozesse im Hinblick auf die Versorgung multimorbider, älterer Patienten
 - Ziel: möglichst lange ein selbständiges, selbstbestimmtes Leben führen
- Probleme: fragmentierte Versorgung in Deutschland, sequentielles Krankheitsmodell
 - Prävention, Kuration, Rehabilitation & Pflege gleichzeitig in einer patientenzentrierten Versorgungslandschaft anbieten
- Zentral: Koordinierung der Versorgung, Fallmanagement
 - evtl. auch durch nicht-ärztliches Personal („nurse practitioners“)
- Verbesserung von Prävention und Rehabilitation älterer Menschen
 - Impfungen, körperliche Aktivität, präventive Hausbesuche 2x/Jahr ab 75 Jahre etc.
- Verbesserte medizinische Versorgung in Pflegeheimen
 - z.B. Schwerpunktpraxen (Berliner Modell), Heimfacharzt-Modell (Schweiz)
- Verbesserter Zugang älterer Menschen zu ambulanter Pflege, Hospizdiensten & Palliativstationen