

Georg Marckmann

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

Herausforderungen des demografischen Wandels auf die medizinische Versorgung

Roche Tage 2014

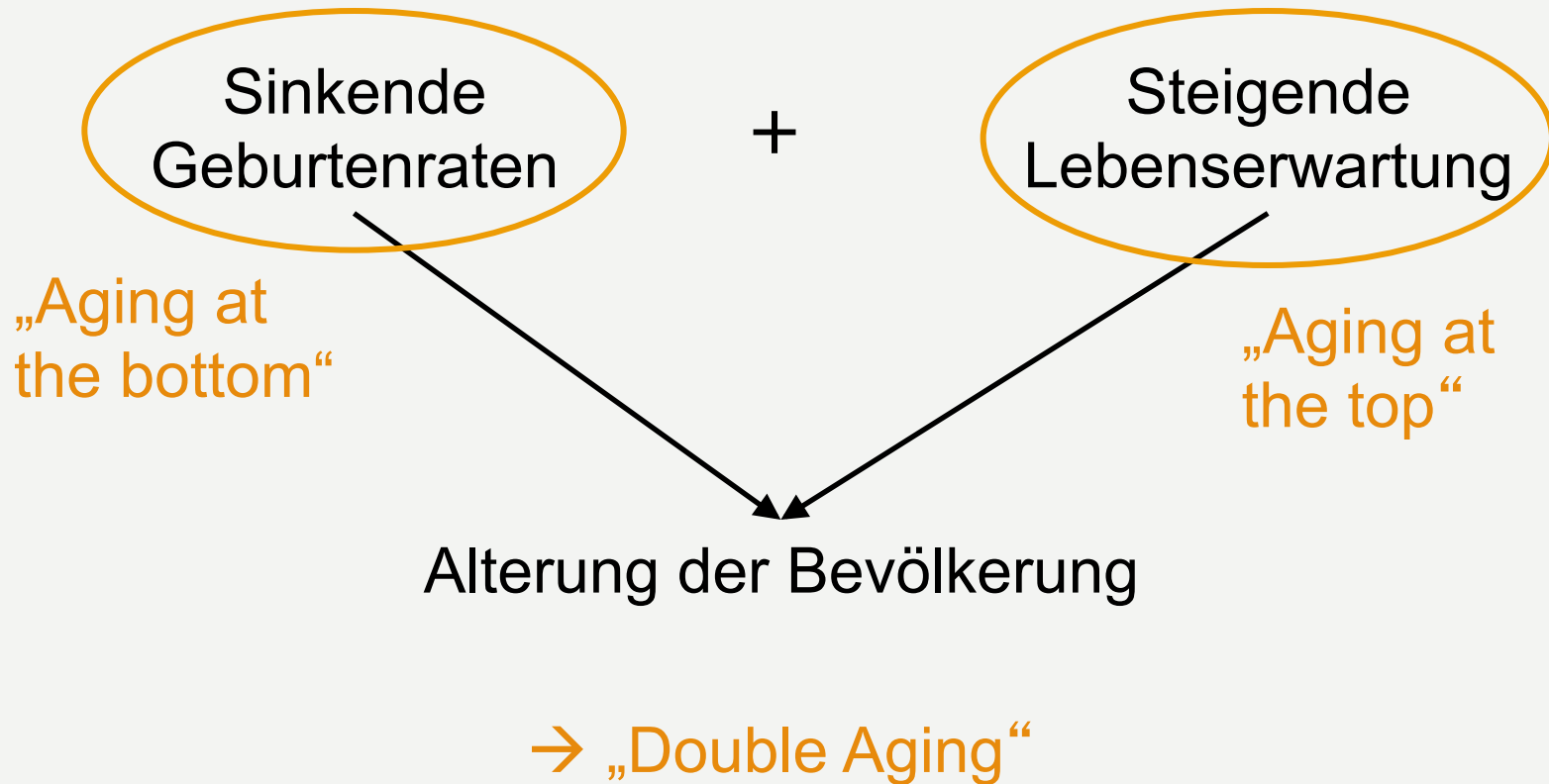
Diagnostik im Dialog LIVE – „Auswirkungen des
demographischen Wandels auf die medizinische Versorgung“

Mannheim, 03. Juni 2014





- Demographische Entwicklung in Deutschland
- Auswirkungen auf den Versorgungsbedarf
- Ökonomische Auswirkungen auf das Gesundheitssystem (GKV)
- Schlussfolgerung: Neue Prioritäten und Reallokationen im Gesundheitswesen
- Diskussion





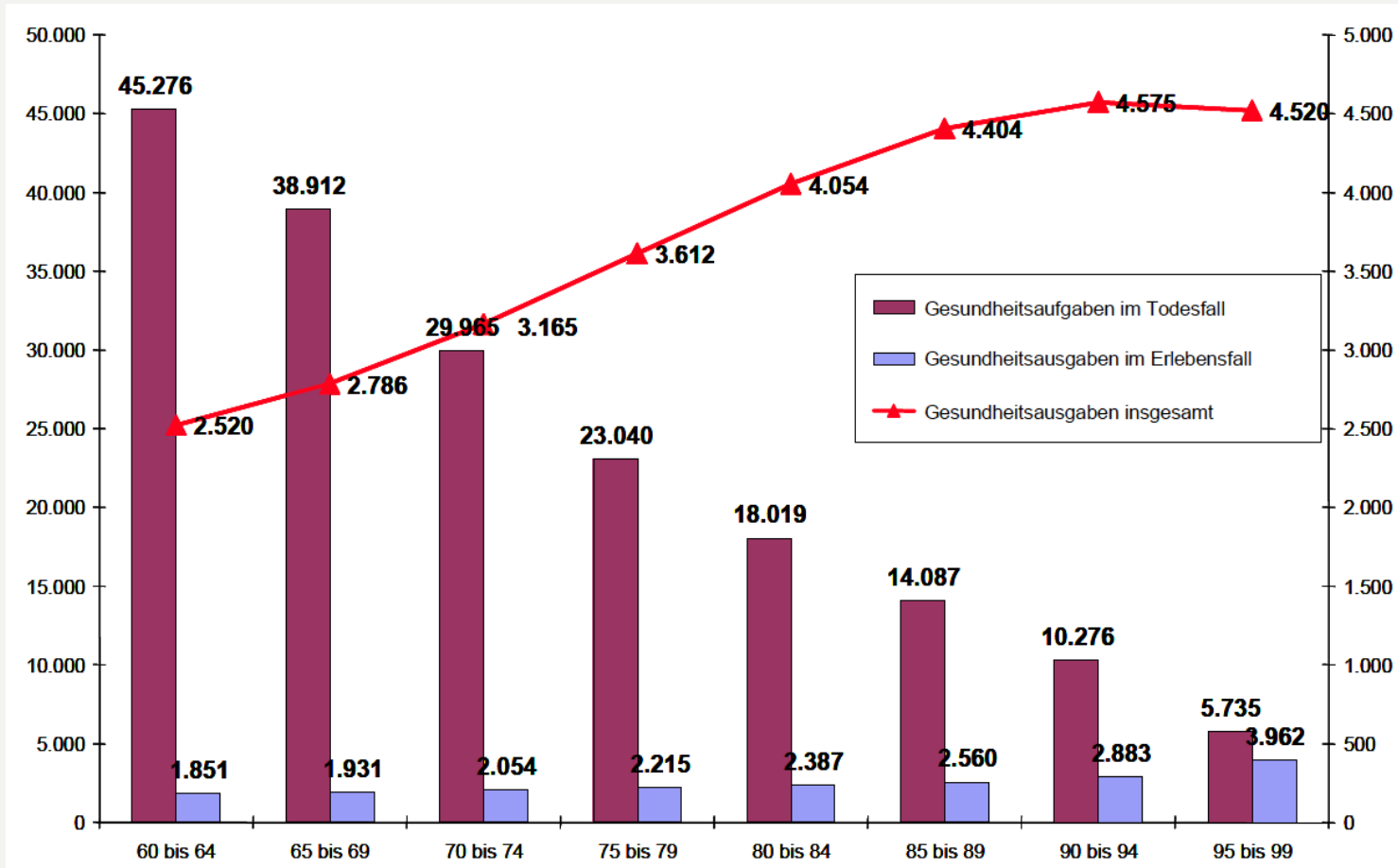
Ältere Bevölkerung

- 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!)

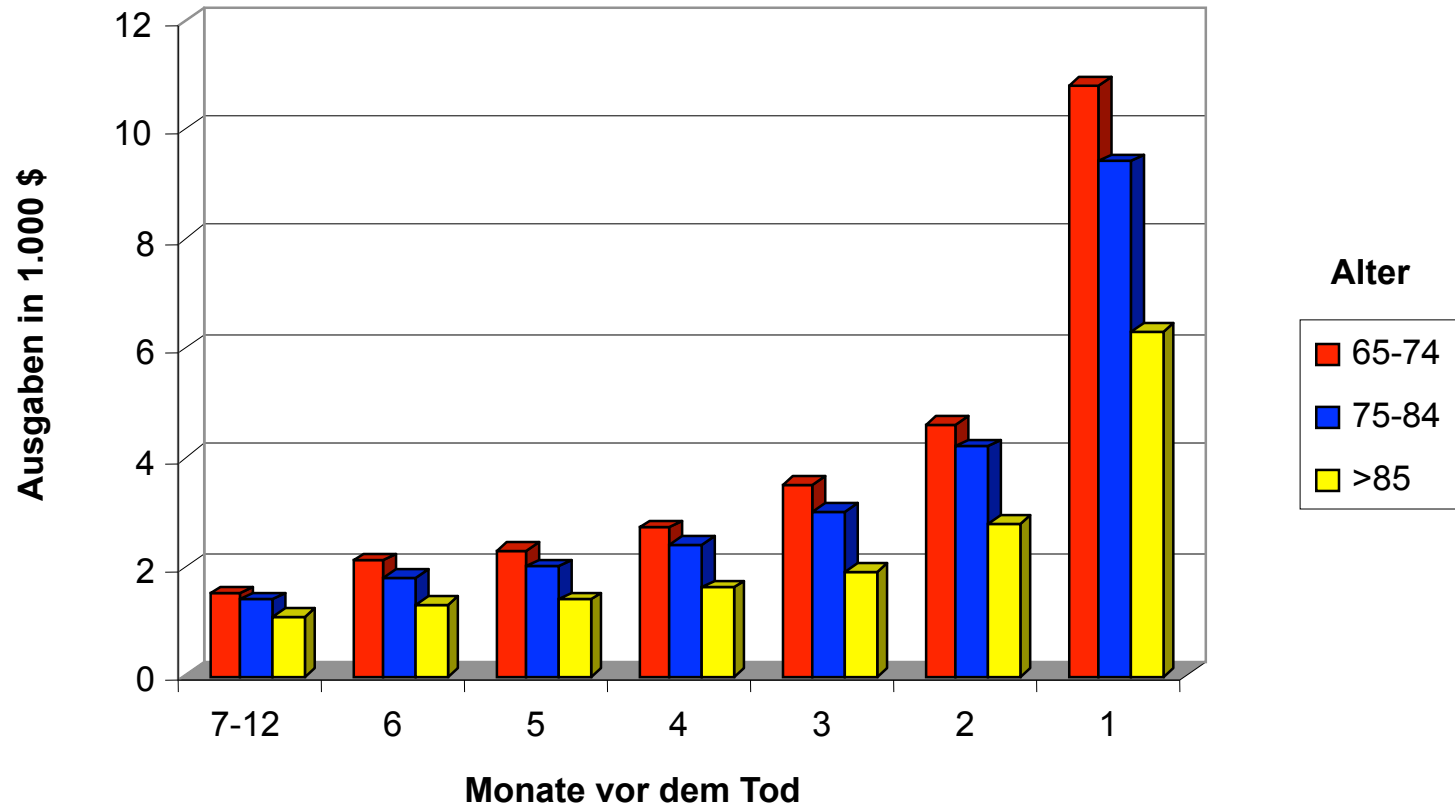
Steigender Versorgungsbedarf zu erwarten für:

- Obstruktive Lungenerkrankungen
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Krebserkrankungen
- Erkrankungen des Bewegungsapparates
- Gerontopsychiatrische Versorgung (Demenz)

⇒ *Qualitativ & quantitativ veränderter Versorgungsbedarf*



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

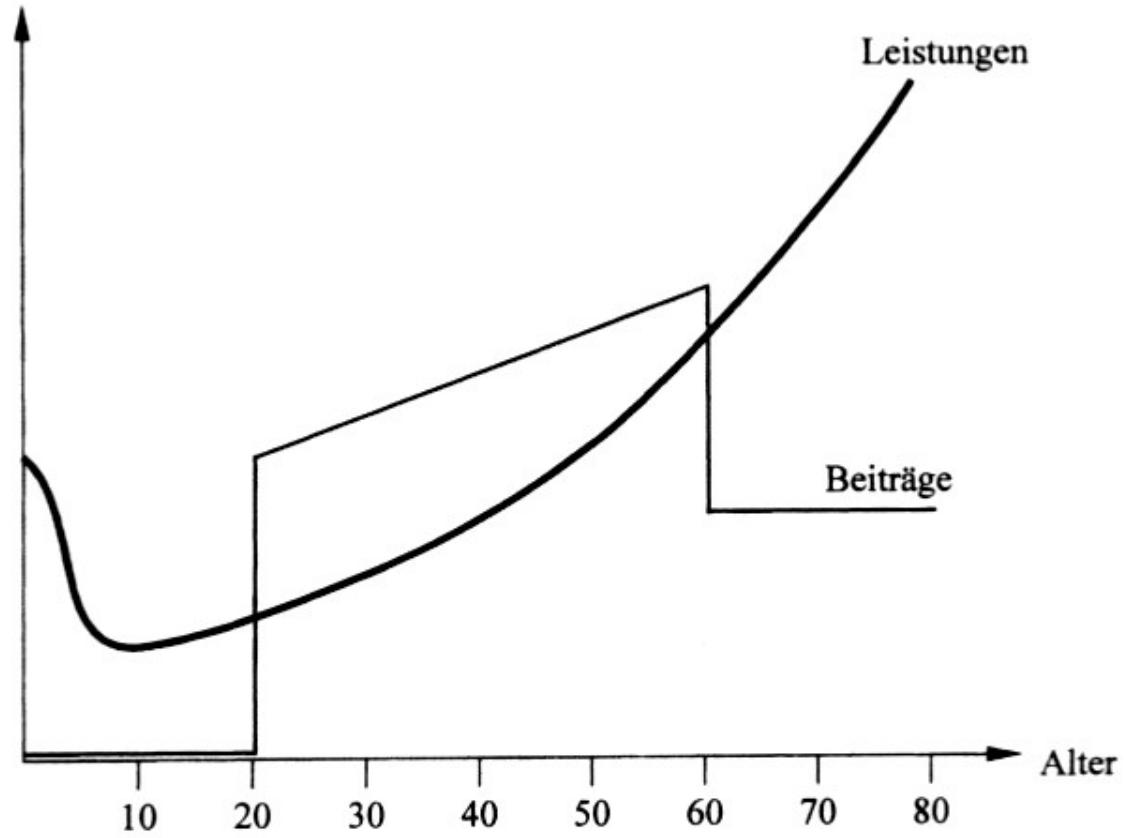


Gesundheitsausgaben für Medicare-Begünstigte im US-Staat Massachusetts im letzten Lebensjahr (nach Levinski et al. 2001)



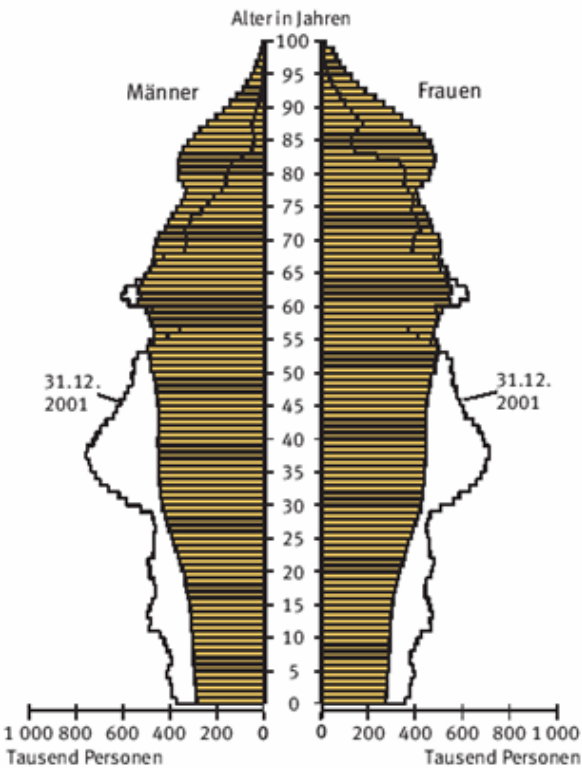
Abb. 11-2: Kinder, Erwerbstätige und Rentner in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung

Leistungen
Beiträge



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

am 31.12.2001 und am 31.12.2050





- Demographischer Wandel und medizinische Innovationen führen zu einem *steigenden Behandlungs- u. Pflegebedarf* für multimorbide, chronisch kranke ältere Patienten.
- Dem stehen *sinkende Einnahmen* durch den steigenden Altenquotient gegenüber.
- ⇒ 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
 - ⇒ (*evidenzbasierte!*) Prävention (alle Altersgruppen)



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

Vgl. Sachstandsbericht des Gesundheitsrats Südwest
(bei der Landesärztekammer BaWÜ)



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

→ Lösung: Prävention, Kuration, Rehabilitation & Pflege gleichzeitig in einer patientenzentrierten Versorgungslandschaft anbieten

Zentral: Koordinierung der Versorgung, Fallmanagement

- evtl. auch durch nicht-ärztliches Personal („nurse practitioner“)

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



Leistungseinschränkungen ethisch am ehesten vertretbar:

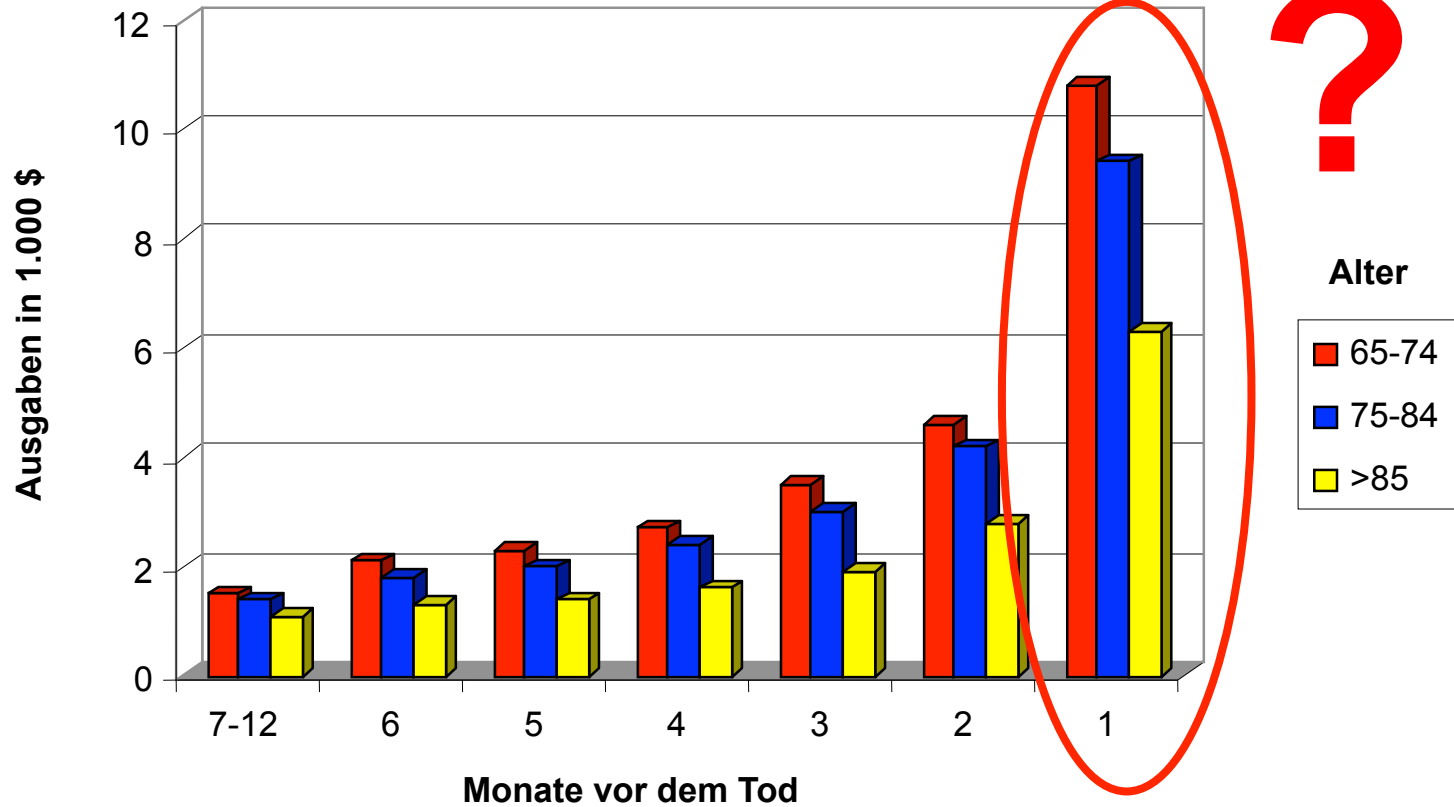
- Maßnahmen mit geringem Grenznutzen bei vergleichsweise hohen Kosten
- Verfügbarkeit einer kostengünstigeren Alternative
- Umsetzung: Kostensensible Leitlinien (vgl. BMBF-Forschungsverbund „Allokation“)

Beispiel: Interventionelle Kardiologie

- Höchste Interventionsraten im internationalen Vergleich, aber geringer Rückgang der kardialen Mortalität in D

Vgl. *Choosing wisely* Initiative in den USA

- Vom „American Board of Internal Medicine“ (ABIM) 2011 begründet
- Fachgesellschaften identifizieren 5 Maßnahmen, die bei bestimmten Erkrankungen unterlassen werden sollten („Top-5-Listen“)
- ⇒ Reduktion von Überversorgung
- ⇒ DNEbM: „Gemeinsam Klug Entscheiden“



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



Kostenanstieg kurz vor dem Tod: Vor allem akutmedizinische Versorgung mit Ziel Lebensverlängerung

Spezialisierte palliativmedizinische Versorgung ist kostengünstiger

- Hansen et al. (2008): 10-20% pro Patient/Jahr; Tagesbehandlungskosten 897 vs. 1.004 US\$; signifikant verbesserte Symptomkontrolle, insbes. im Bereich der Schmerzbehandlung
- Zahlen variieren stark, methodisch häufig nicht sehr belastbar Studien, aber *Kosteneinsparungen* länder- & systemunabhängig (Übersicht vgl. Simoens et al. 2010)
- Einsparungen durch weniger Intensivtherapie (Penrod et al. 2010), reduzierter Einsatz von Medikamenten & Diagnostik (Morrison et al. 2008)

Fazit: Palliativmedizinische Versorgung kann (symptomorientierte) Versorgung verbessern zu niedrigeren Kosten



Hintergrund: Unzureichende Berücksichtigung von Patientenpräferenzen

- Teno et al. 2002: Übereinstimmung der Behandlung mit Patientenwünschen:

Wunsch = palliative Versorgung \Rightarrow 41%

Wunsch = „aggressive Behandlung“ \Rightarrow 86%

Randomisierte kontrollierte 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.)!



Hintergrund: hoher Anteil nicht einwilligungsfähiger Patienten (bis zu 2/3 in EURELD-Studie)

Empirische Studien (Cave: methodische Einschränkungen!)

- Übersicht von Emanuel (1996):: geschätzte Einsparungen:
 - Letzter Lebensmonat: 25 – 40% der Kosten
 - Letztes halbes Jahr: 10 – 17% der Kosten
- Prospektive kanadische Studie im Altenheim (Molloy et al. 2000)
 - Hospitalisierungskosten: 3.869 vs. 1.772 \$Cdn
 - Kosten für ambulante Arzneimitteltherapie: 1.370 vs. 1.606 \$Cdn
 - Gesamteffekt: Kostenvorteile für Patientenverfügungs-Programm

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: Berücksichtigung von Patientenverfügungen kann Gesundheitskosten in Todesnähe reduzieren



Demographischer Wandel

- ⇒ steigender Bedarf an Gesundheitsversorgung & Pflege
- ⇒ sinkende Einnahmen in der GKV durch steigenden Altenquotient

Erforderliche Konsequenzen

- ⇒ neue Prioritäten: gesundheitliche & pflegerische Versorgung älterer Menschen
- ⇒ Reallokationen, „Gemeinsam Klug Entscheiden“
- ⇒ Am Lebensende: ethisch besser begründete Entscheidungen (Ethikberatung, Vorausplanung)
 - ⇒ ökonomisch sinnvollere Ressourcenallokation



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt:

marckmann@lmu.de

Folien & Publikationen:

www.dermedizinerethiker.de