

Medizin im Spannungsfeld zwischen Patientenwohl, Gesundheitsökonomie und persönlichem Erfolgsstreben

Georg Marckmann

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

Akademie Innere Medizin Stuttgart

Stuttgart, 29. April 2016

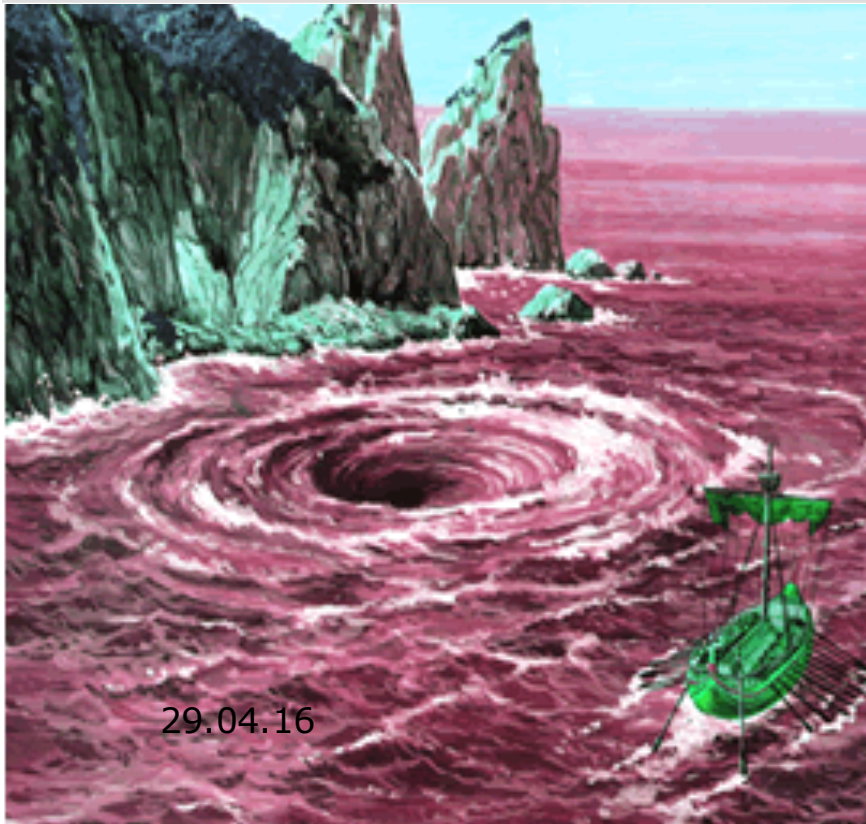
Straße von Messina

Sizilien

Kalabrien

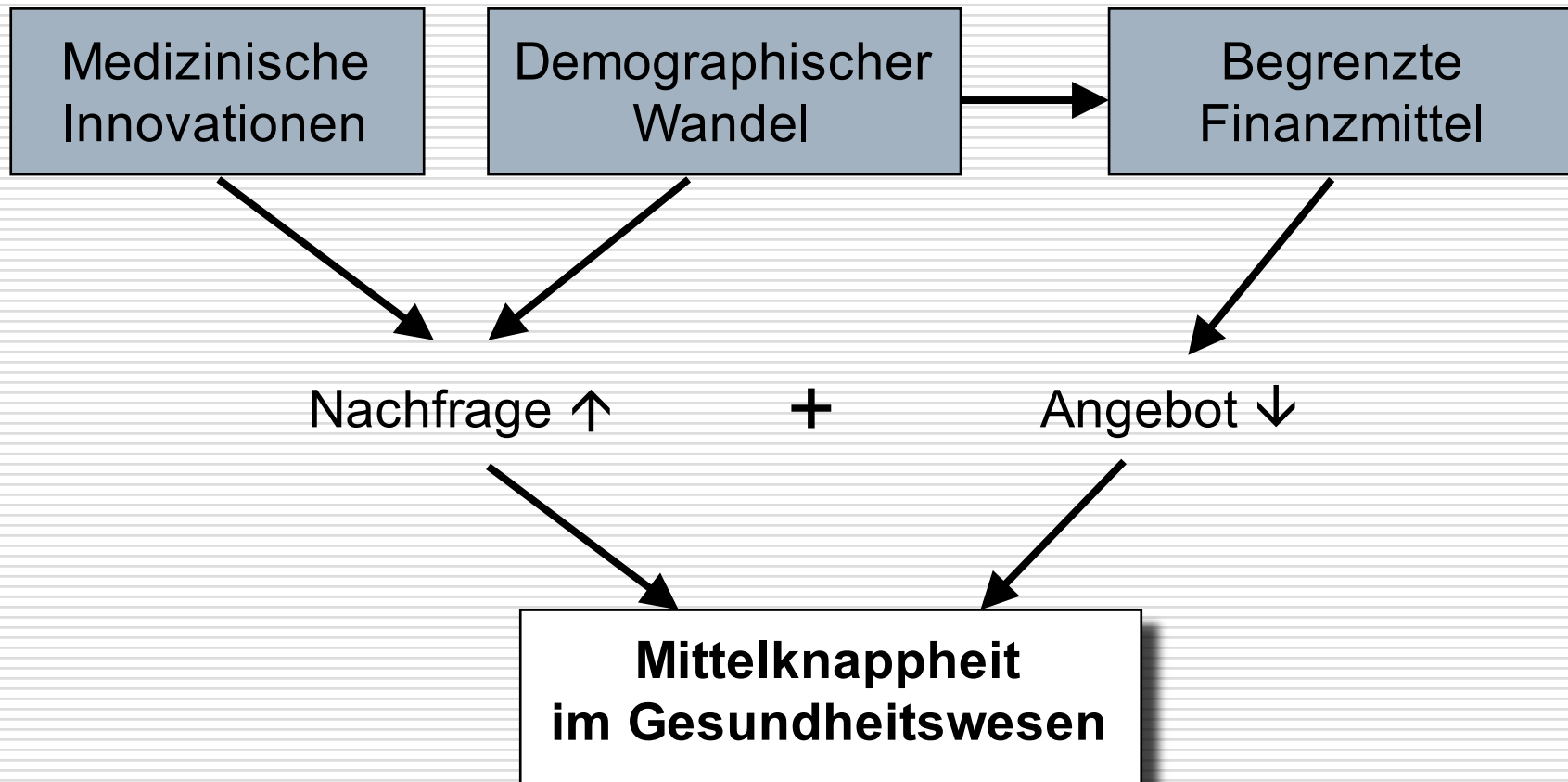
Charybdis

Skylia

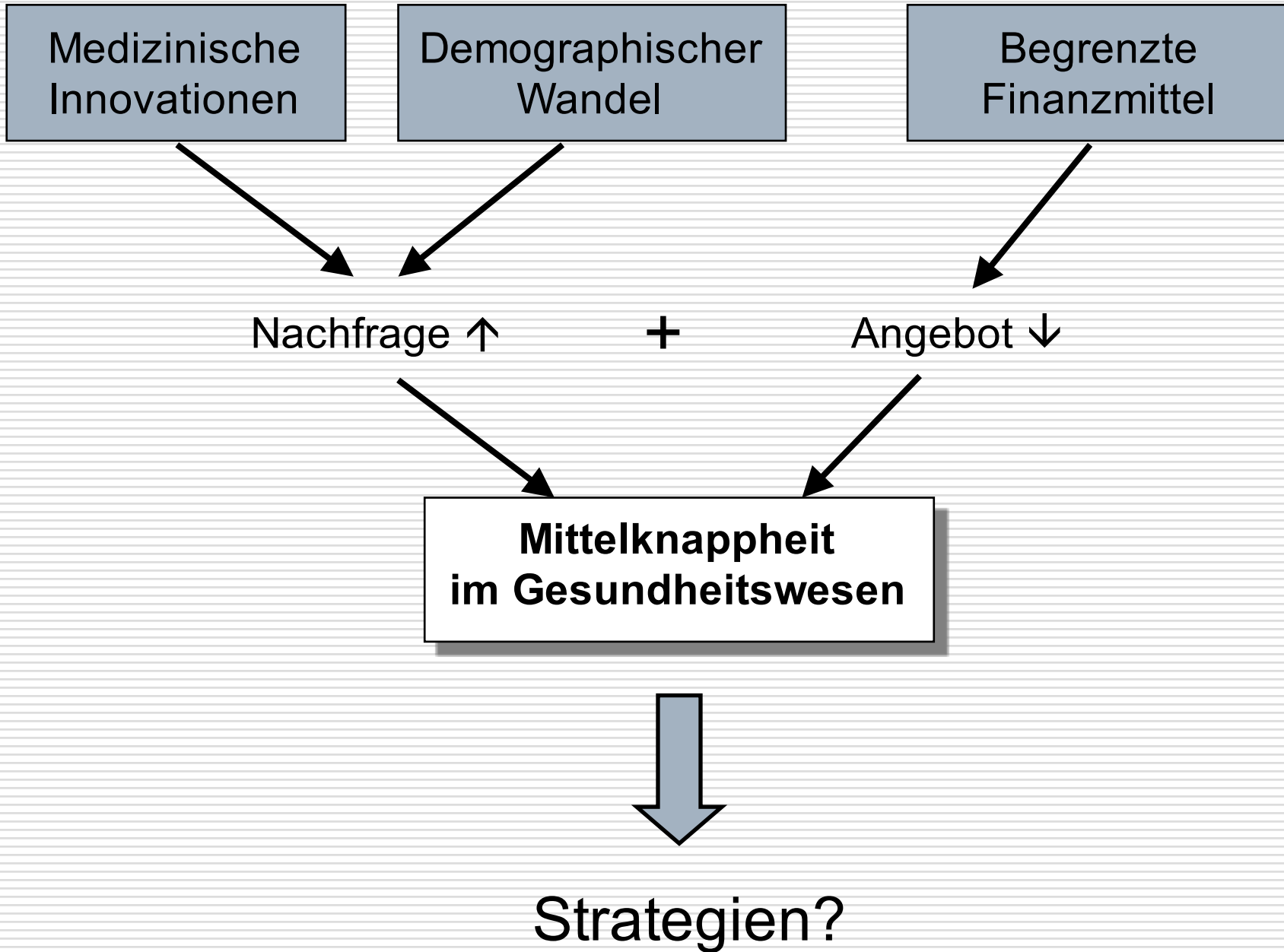


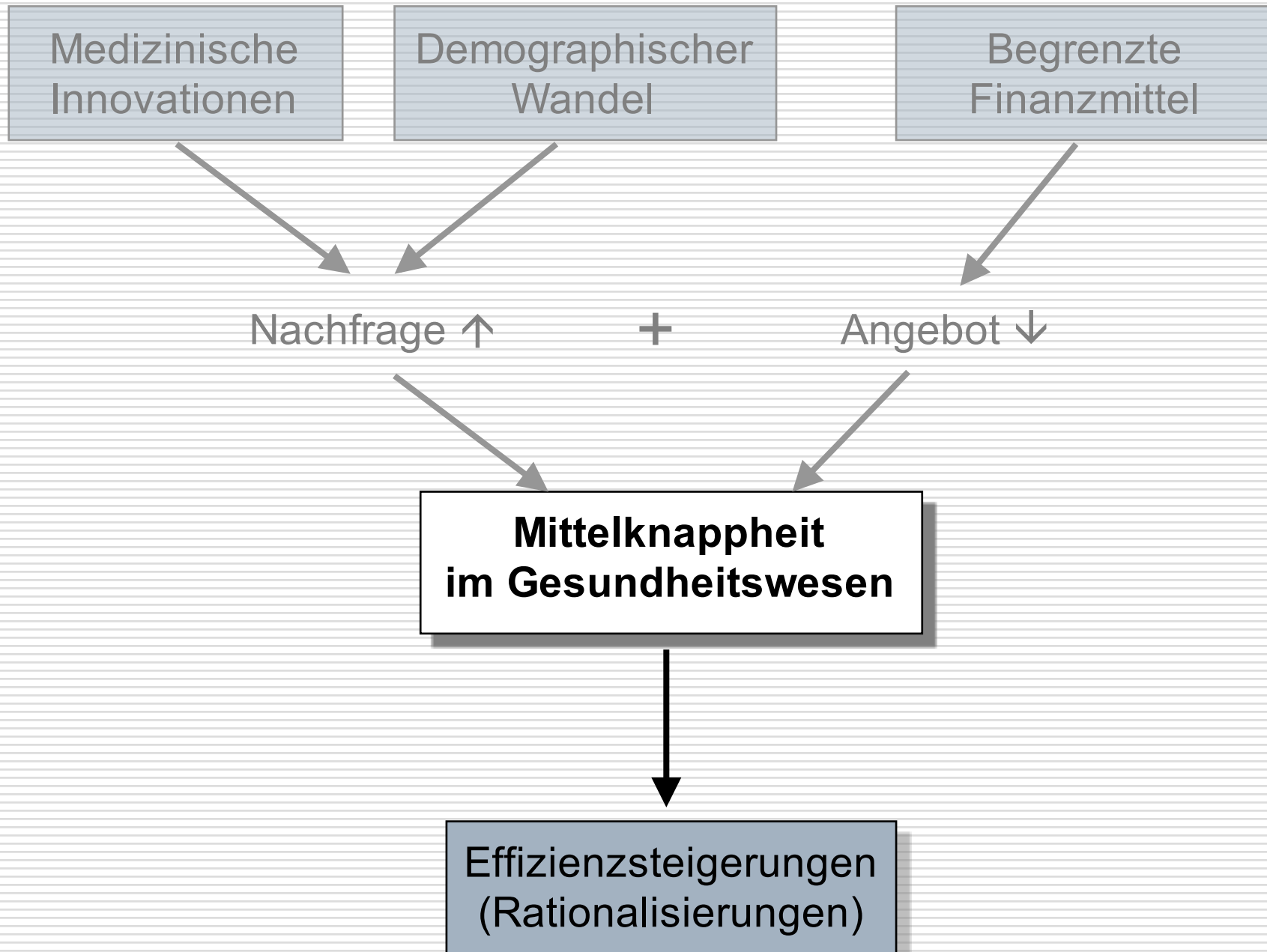
Gliederung

- Problemhintergrund
- Strategien zum Umgang mit der Mittelknappheit
 - Rationalisierungen
 - Mittelerhöhungen
 - Rationierungen
- Kostenbewusste ärztliche Entscheidungen am Krankenbett

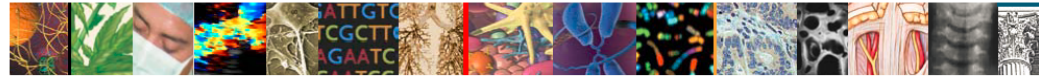


Marckmann G. Zwischen Skylla und Charybdis: Reformoptionen im Gesundheitswesen aus ethischer Perspektive. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2007;12(1):96-100.





Choosing wisely



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"



An initiative of the ABIM Foundation

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.

DGIM: „Klug entscheiden“



INITIATIVE „KLUG ENTSCHEIDEN“

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 113 | Heft 13 | 1. April 2016

Gegen Unter- und Überversorgung

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) verfolgt mit ihrer Initiative „Klug entscheiden“ das Ziel, diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu identifizieren, die häufig nicht fachgerecht erbracht werden.

DGIM-Umfrage

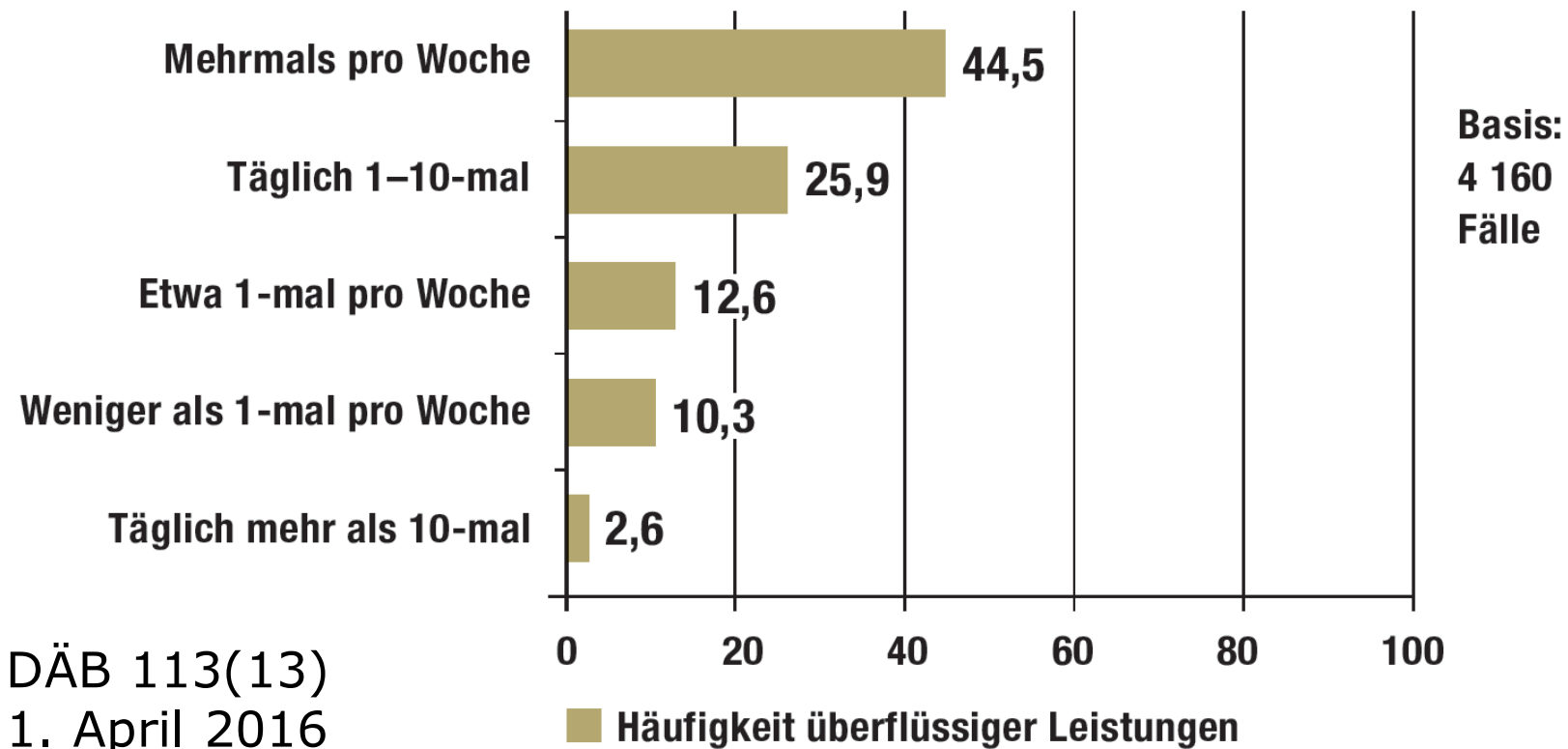


Klug entscheiden

Eine Initiative der
Deutschen Gesellschaft für
Innere Medizin e.V. (DGIM)

GRAFIK 1

Wie häufig kommen überflüssige Leistungen (Übersversorgung) in Ihrem Zuständigkeitsbereich vor? (in Prozent)



DGIM-Umfrage (2)

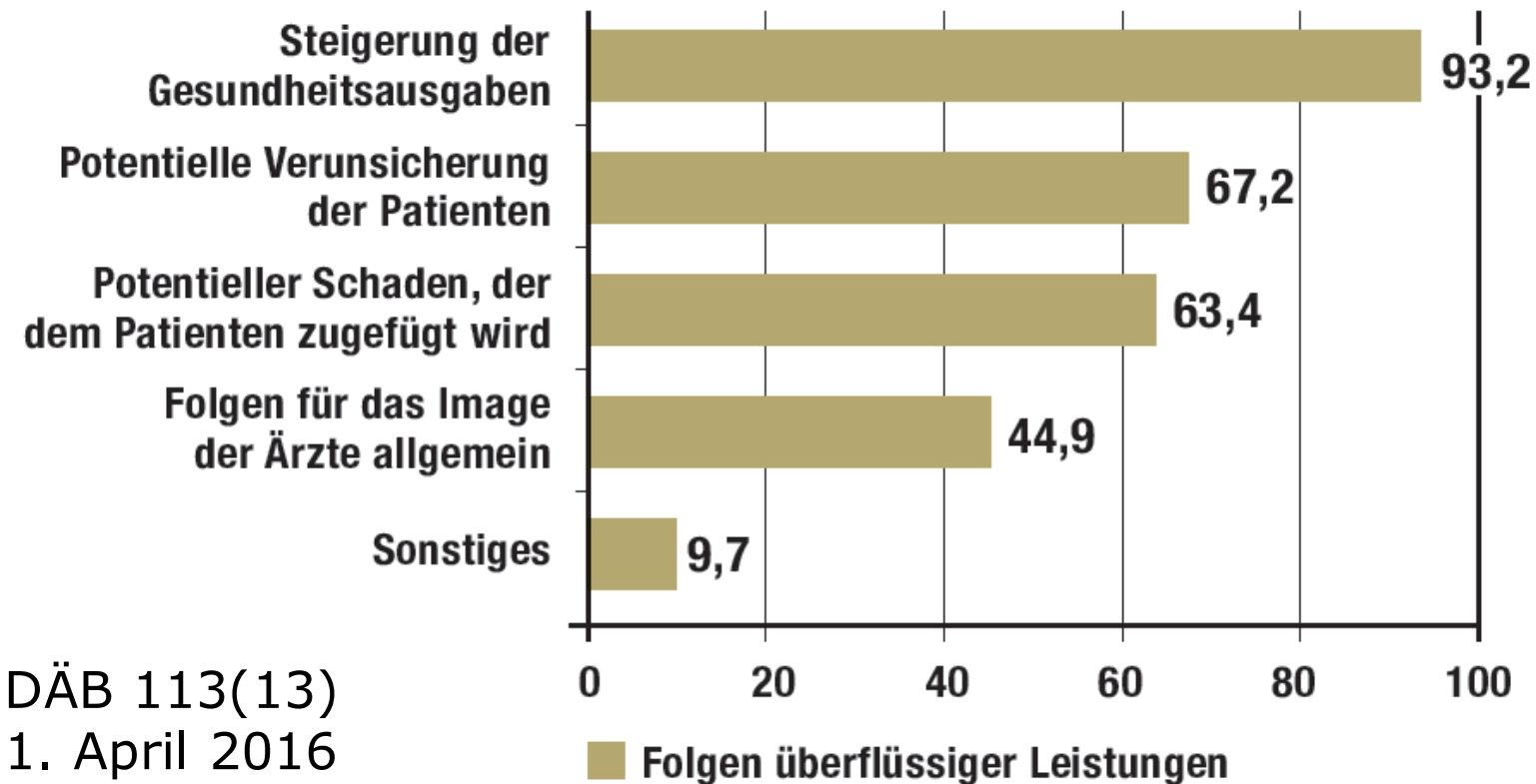


Klug entscheiden

Eine Initiative der
Deutschen Gesellschaft für
Innere Medizin e.V. (DGIM)

GRAFIK 2

Welche Folgen haben Ihrer Meinung nach überflüssige Leistungen auf unser Gesundheitssystem? (in Prozent) (Mehrfachnennungen möglich)



DÄB 113(13)
1. April 2016

DGIM-Umfrage (3)

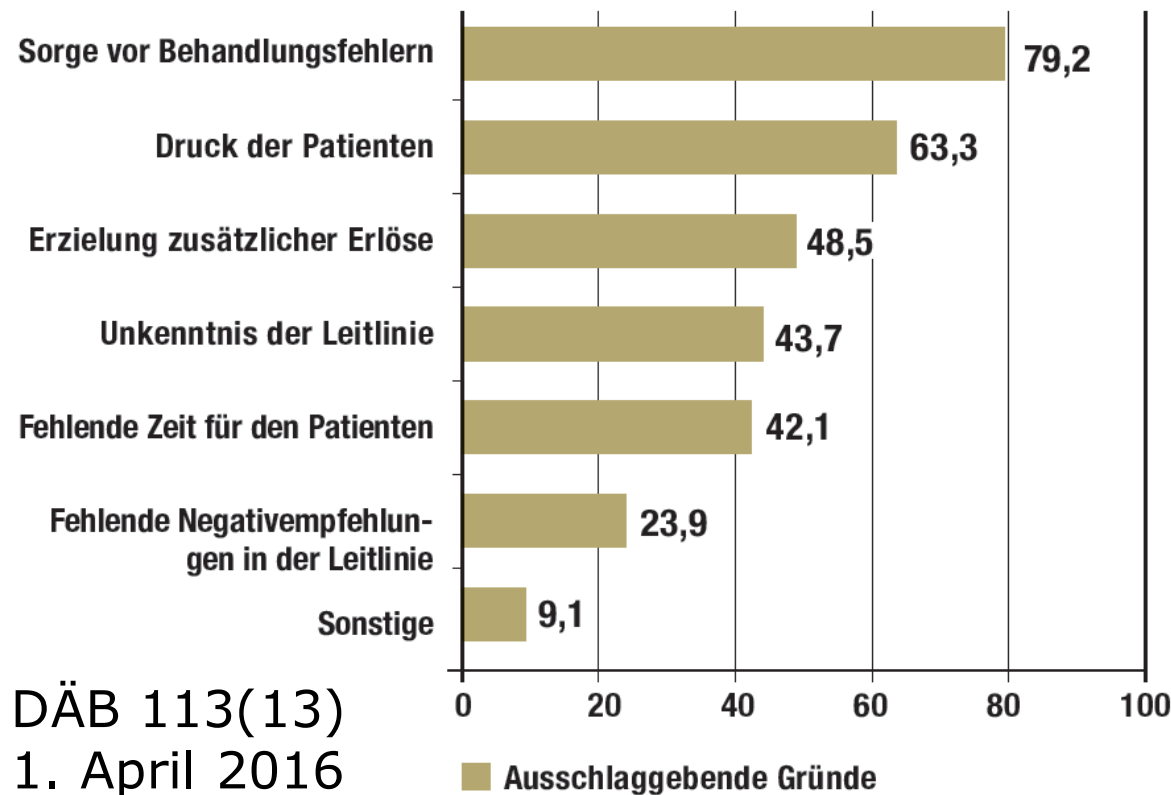


Klug entscheiden

Eine Initiative der
Deutschen Gesellschaft für
Innere Medizin e.V. (DGIM)

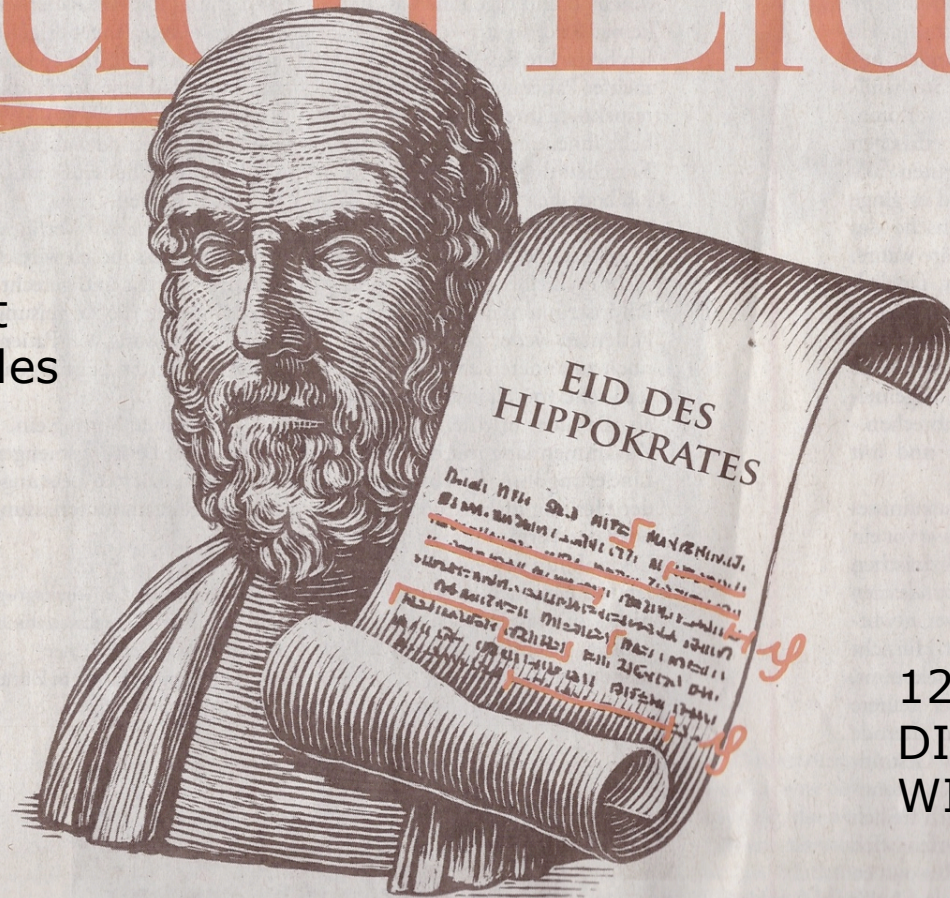
GRAFIK 3

Welche der folgenden Gründe sind Ihrer Meinung nach für die Durchführung unnötiger diagnostischer/therapeutischer Maßnahmen ausschlaggebend? (in Prozent) (Mehrfachnennungen möglich)



Zeit für einen neuen Eid ?

„Ärzte entscheiden nicht immer nach dem Wohl des Patienten, sondern häufiger nach ökonomischen Kriterien. Dagegen gibt es ein Rezept.“



12. November 2015
DIE ZEIT Nr. 46
WISSEN

Medizinische Innovationen

Demographischer Wandel

Begrenzte Finanzmittel

Nachfrage ↑

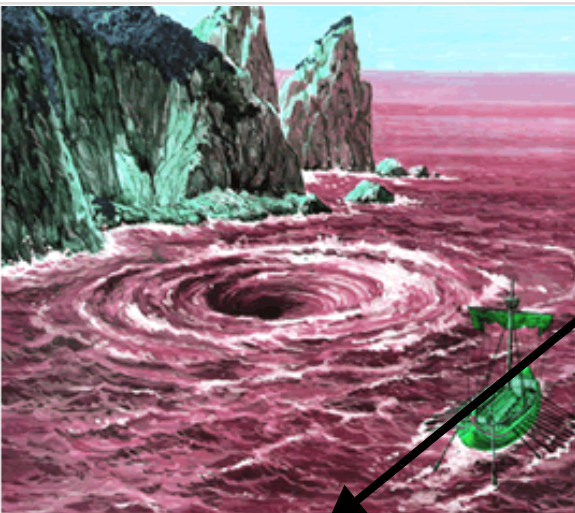
+

Angebot ↓

Skylla

Charybdis

**Mittelknappheit
im Gesundheitswesen**



Erhöhung der Mittel im
Gesundheitswesen

Effizienzsteigerungen
(Rationalisierungen)

Leistungsbegrenzungen
(Rationierungen)

Fazit - 1

- Rationalisierungen allein reichen nicht aus, um den Kostendruck durch Innovationen und Demographie dauerhaft 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?

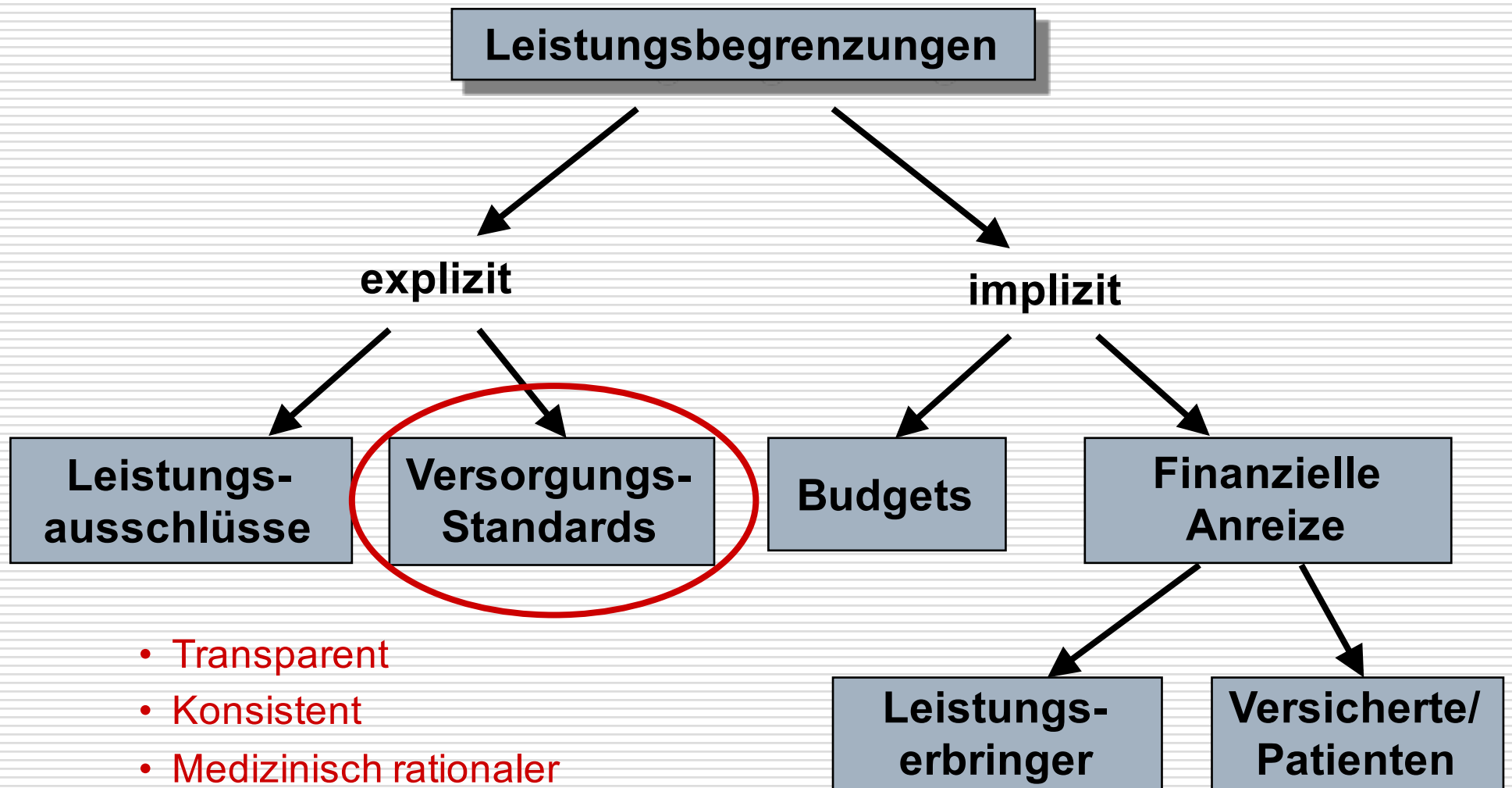
Wer soll entscheiden?

- 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.



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

Vergütungsformen

- DRGs
- Kopfpauschalen
- Bonus-/Malus-Systeme

Zuzahlungen

- Fixbetrag
- Prozentual
- Selbstbehalt

Kostensensible Leitlinien (KSLL)

Georg Marckmann (Hrsg.)

Kostensensible Leitlinien

Evidenzbasierte Leistungssteuerung für eine effiziente und gerechte Gesundheitsversorgung

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

- **Ziele:**
 - (1) Rationalisierung: Ineffizienzen (= Maßnahmen *ohne* Zusatznutzen) eliminieren
 - (2) Ethisch vertretbare Rationierung: Maßnahmen begrenzen
 - mit geringem Grenznutzen für den Patienten
 - bei hohen Grenzkosten
- **Effekte**
 - ⇒ Optimiert den gesundheitlichen *Gesamtnutzen*
 - ⇒ Minimiert den „Schaden“ („Nutzenopfer“) für den Einzelnen
- Umsetzung in der Praxis: **Kostensensible Leitlinien (KSLL)**
 - Basis: Evidenz zu Nutzen & Kosten-Nutzen-Verhältnis
 - Nutzensgewinn variiert ⇒ Patienten-Subgruppen identifizieren
 - Einschränkung: Ausschluss von Patienten, die (im Vergleich zur Alternative) nicht oder nur wenig profitieren
 - Ggf. Festsetzung von Höchstpreisen

Marckmann G (Hg.) Kostensensible Leitlinien. Evidenzbasierte Leistungssteuerung für eine effiziente und gerechte Gesundheitsversorgung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2015.

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.iegm.uni-tuebingen.de/allokation)

Fazit - 2

- *Explizite* Leistungsbegrenzungen sind gegenüber impliziten ethisch zu bevorzugen.
- Aus pragmatischen Gründen werden sich aber *implizite* Leistungsbegrenzungen nicht vermeiden lassen.
- Damit stellt sich die Frage: Wie können Ärzte auf der Mikroebene kostenbewusste Entscheidungen treffen?

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

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

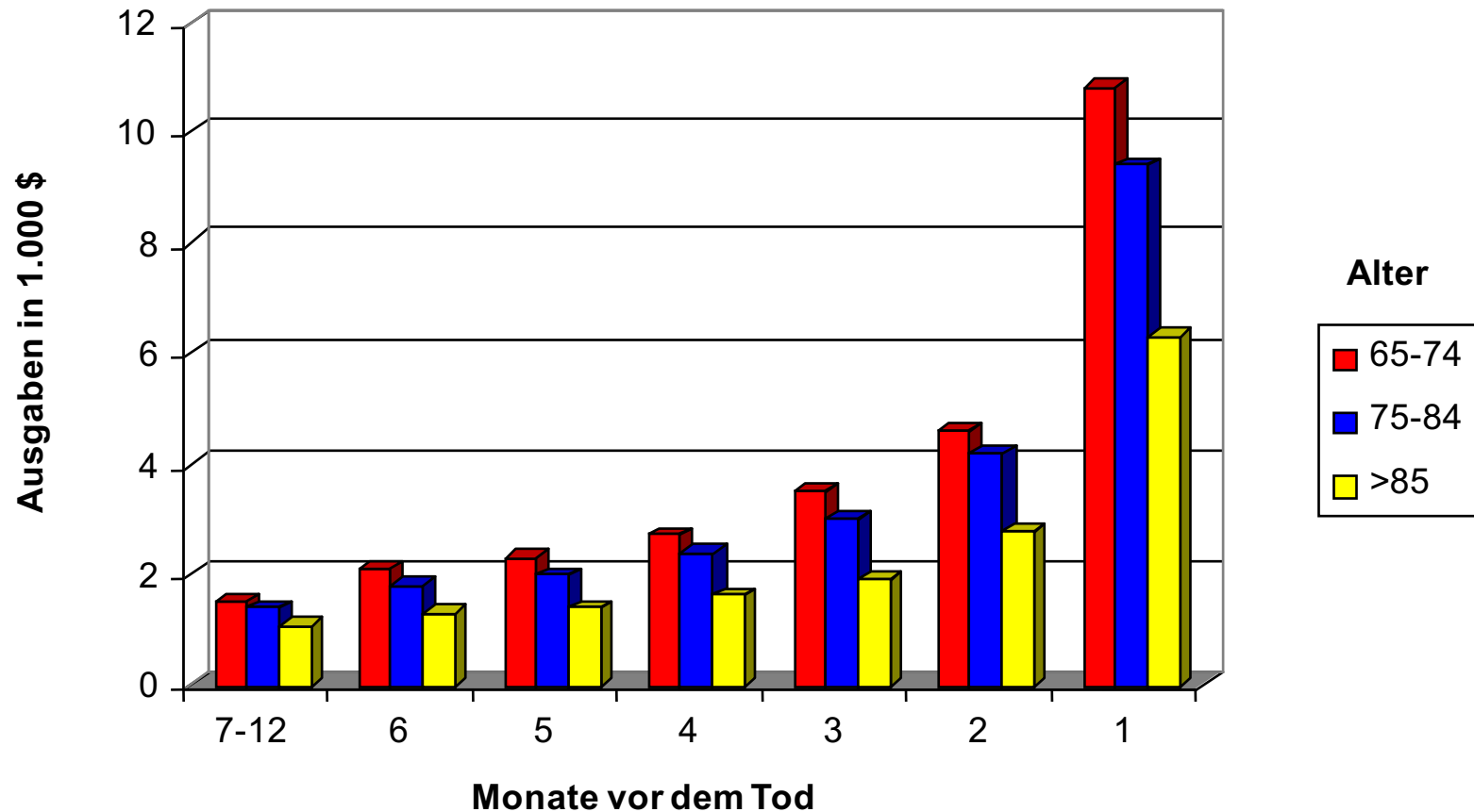
Individual- ethischer Therapie- verzicht

- (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

Gesundheitsausgaben vor dem Tod



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

Kommunikation mit Angehörigen

ORIGINAL ARTICLE

Am J Respir Crit Care Med Vol 193, Iss 2, pp 154–162, Jan 15, 2016

Randomized Trial of Communication Facilitators to Reduce Family Distress and Intensity of End-of-Life Care

J. Randal
Nita Khar

¹Cambia F
Health Sys
Anesthesio

Intervention: Communication Facilitator

Ergebnisse:

- vergleichbare Mortalität: 25% Kontrolle, 21% Intervention
- Reduzierte Kosten: \$75.850 Kontrolle, \$51.060 Intervention
- Stark reduzierte Kosten bei Versterbenden: \$ 98.220 Kontrolle vs. \$22.690 Intervention!!
- Ebenfalls Reduktion der Länge von ICU- und Krankenhausaufenthalt (28,5 vs. 7,7 und 31,8 vs. 8,0)

⇒ gute *Kommunikation* mit Stellvertreter/Angewandten reduziert nutzlose Intensivtherapie!

annon²,

sing and
of

Klinische Ethikberatung

- Ziel: konsequente Berücksichtigung von Wohlergehen & Wille des Patienten ⇒ *patientenorientierte* Medizin!
- 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!)

Advance Care Planning (ACP)

- Hintergrund: *Konventionelle* Patientenverfügungen erfüllen ihren Zweck nicht: nicht vorhanden, nicht aussagekräftig, nicht valide, nicht verfügbar, nicht umgesetzt ☹
- **Advance care planning (ACP):**
 - (1) aufsuchende, qualifizierte Gesprächsbegleitung (⇒ informed consent)
 - (2) regionale Implementierung v. Standards/Routinen (⇒ Umsetzung)
- Vgl. „Gesundheitliche Versorgungsplanung“ § 132g SGB V neu
- *Effektivität* belegt (2 Reviews aus 2014, D: in der Schmitt et al. 2014)
- *Kosten?* ⇒ Eigenes Review (2015):
 - 6 von 7 Studien: Kostenreduktion durch ACP (Ausnahme: Support-Studie)
Einsparungen: 1.041 bis 64.380 US\$/Patient
 - Programmkosten: max. 15% der Einsparungen!
- erhebliches Potenzial für *verbesserte* Patientenversorgung zu *niedrigeren* Kosten! ☺

in der Schmitt J et al. Patientenverfügungsprogramm - Implementierung in Senioreneinrichtungen: Eine inter-regional kontrollierte Interventionsstudie. Deutsch Ärzteblatt 2014;111(4):50-57.

Klingler C, In der Schmitt J, Marckmann G. Does facilitated Advance Care Planning reduce the costs of care near the end of life? Systematic review and ethical considerations. Palliat Med 2015.

Fazit - 3

- Ärzte müssen auf der Mikroebene mehr Verantwortung für *kostenbewusste Entscheidungen* übernehmen!
- Dies widerspricht nicht notwendig den traditionellen ärztlich-ethischen Verpflichtungen gegenüber dem Patienten
- Eine stärkere *Patientenorientierung* bietet ein Potential für eine bessere und z.T. auch kostengünstigere Medizin!

Medizinische Innovationen

Demographischer Wandel

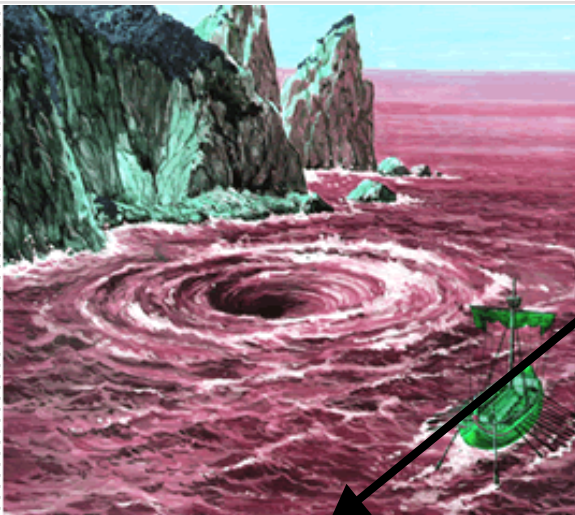
Begrenzte Finanzmittel

Nachfrage ↑

+

Angebot ↓

Charybdis



Erhöhung der Mittel im Gesundheitswesen

Mittelknappheit im Gesundheitswesen

Effizienzsteigerungen (Rationalisierungen)

Skylla



Leistungsbegrenzungen (Rationierungen)



**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit...**

**... und viel Erfolg bei der Gratwanderung
zwischen Ethik und Ökonomie!**

Folien: www.dermedizinerethiker.de

marckmann@lmu.de