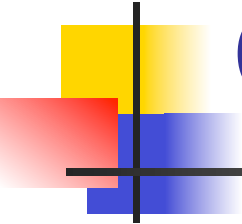


Geriatrie im Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomie

Georg Marckmann

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

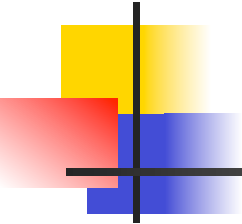
22. Jahrestagung des MDK Hessen
Offenbach, 13.11.12



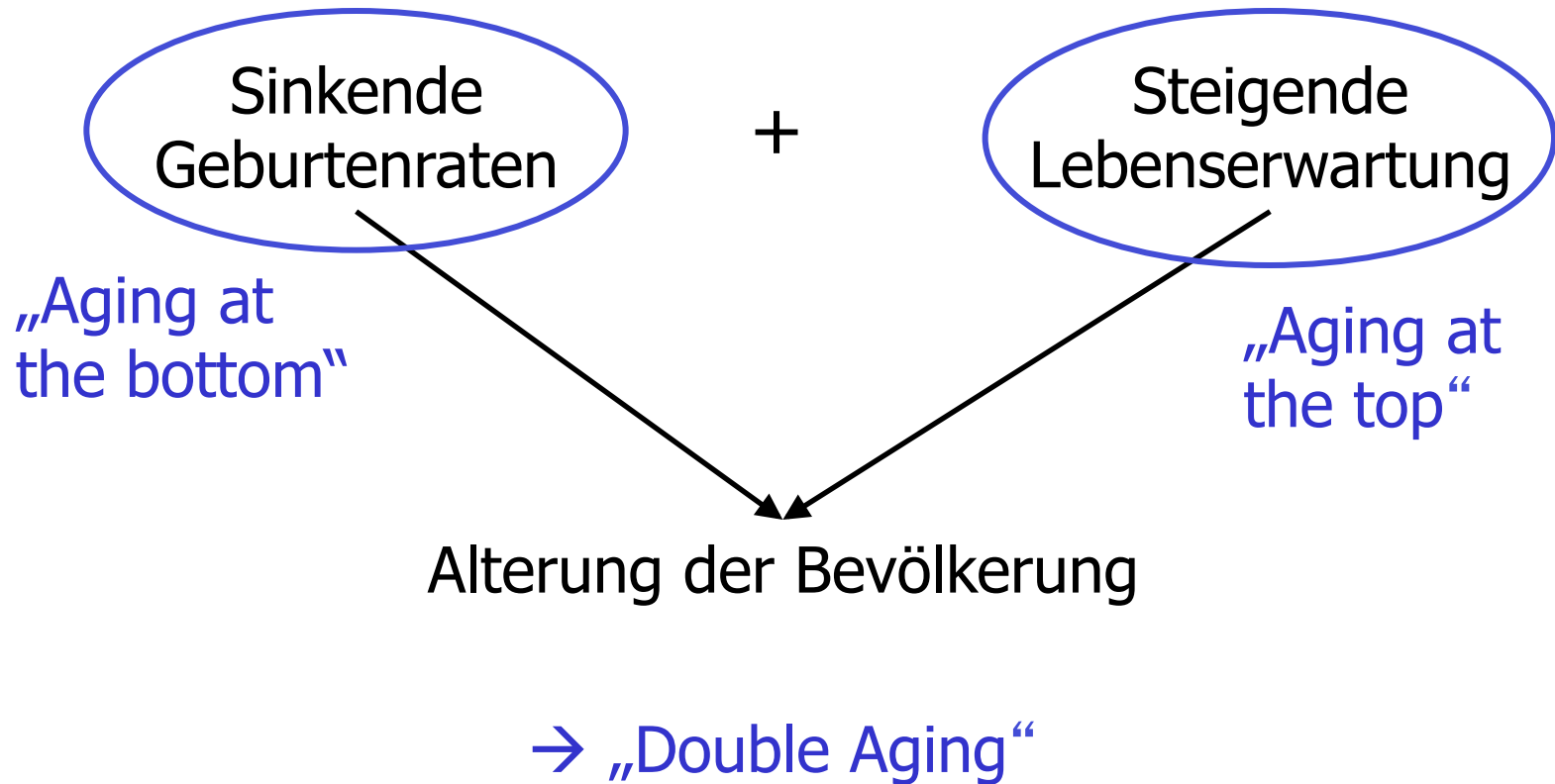
Gliederung

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

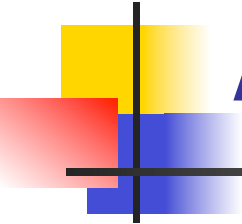
1. Demographische Entwicklung in Deutschland



Demographische Entwicklung



2. Auswirkungen auf den Versorgungsbedarf

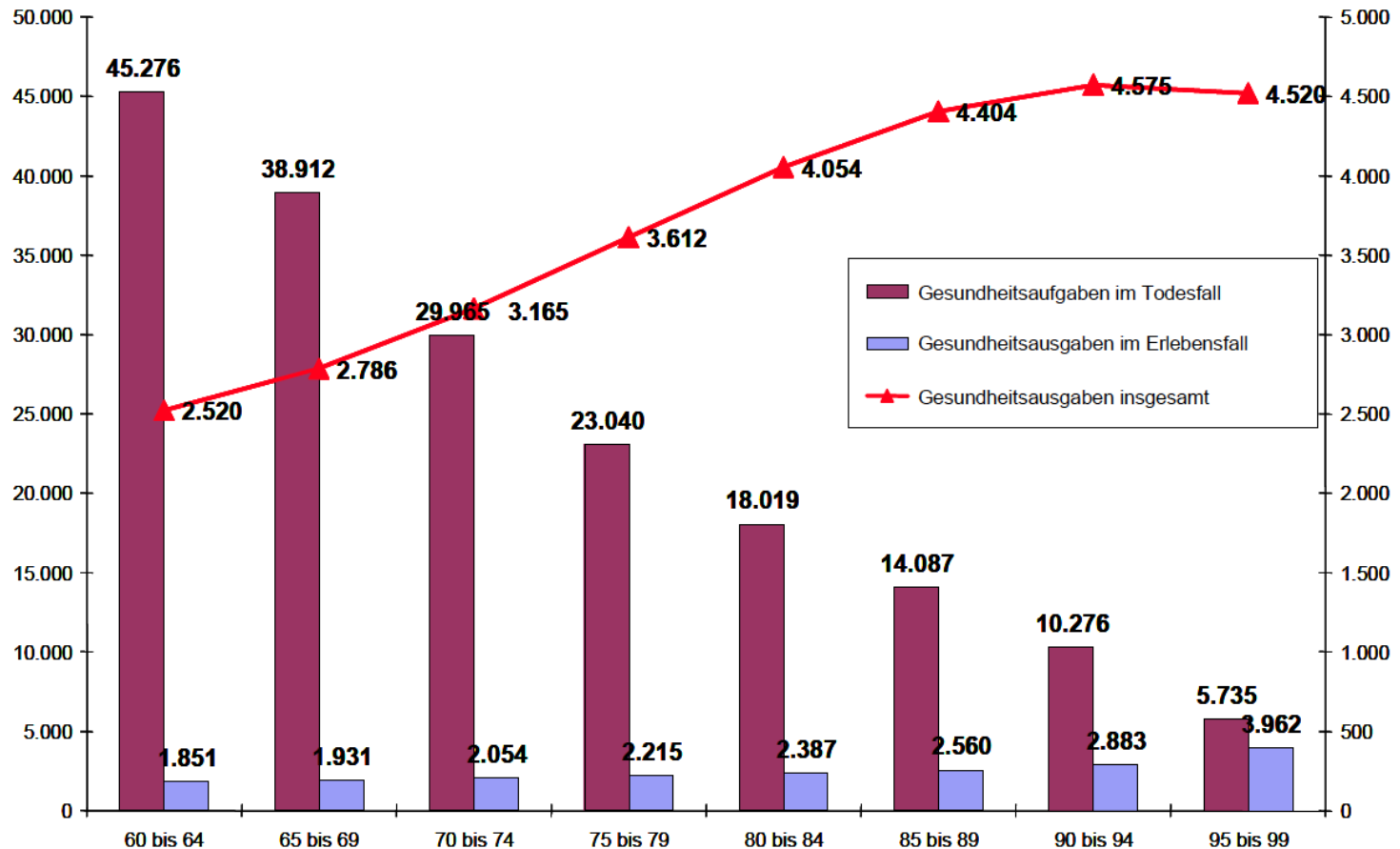


Auswirkungen: Versorgungsbedarf

- 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)
- Qualitativ & quantitativ veränderter Versorgungsbedarf

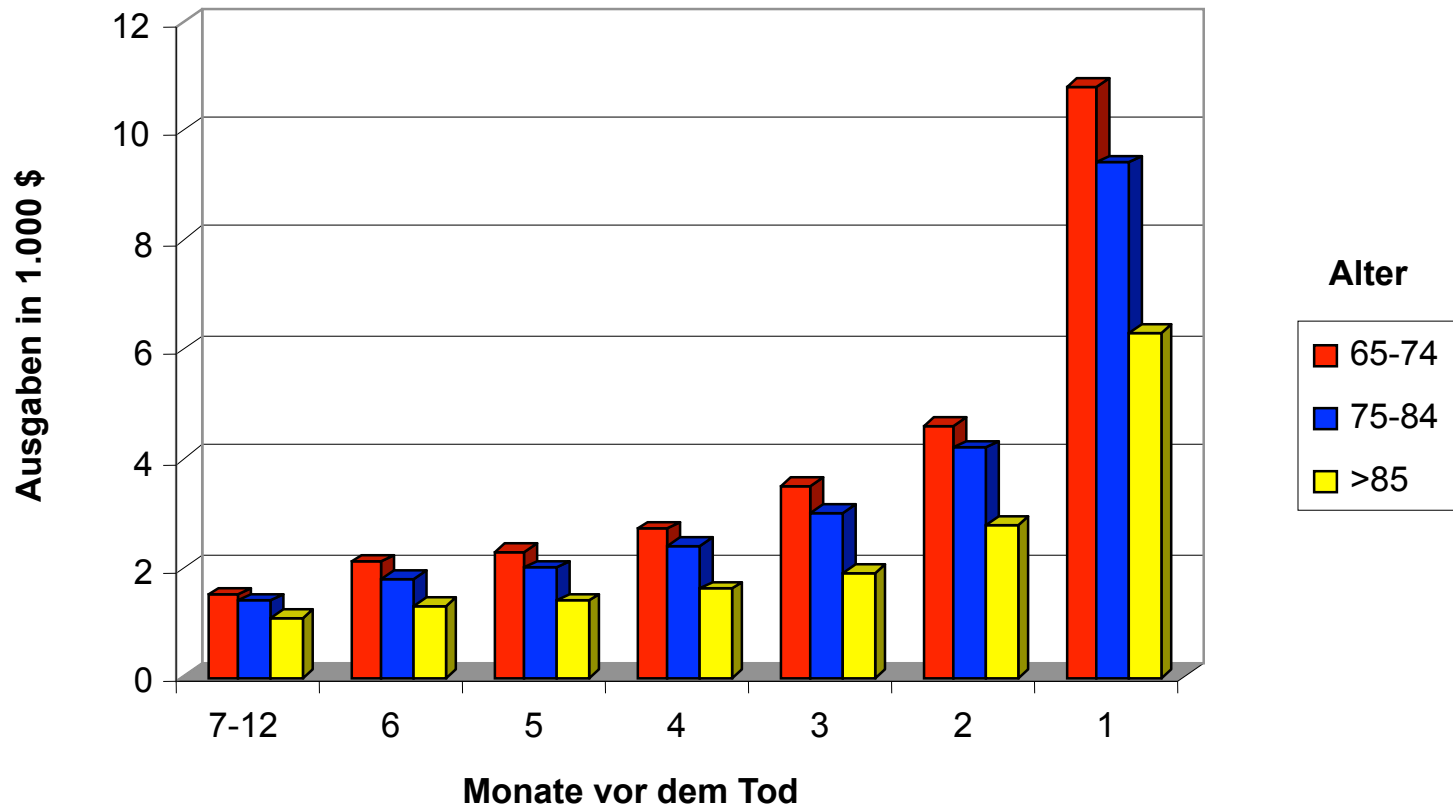
3. Ökonomische Auswirkungen für das Gesundheitssystem (GKV)

Alter und Gesundheitsausgaben

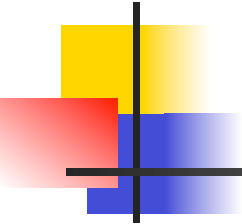


Leistungsausgaben pro Versichertem in Abhängigkeit vom Lebensalter (Quelle der Abbildung: Henke und Reimers 2006, Quelle der Daten: Kruse 2003, nach Breyer 1999)

Ausgaben im letzten Lebensjahr



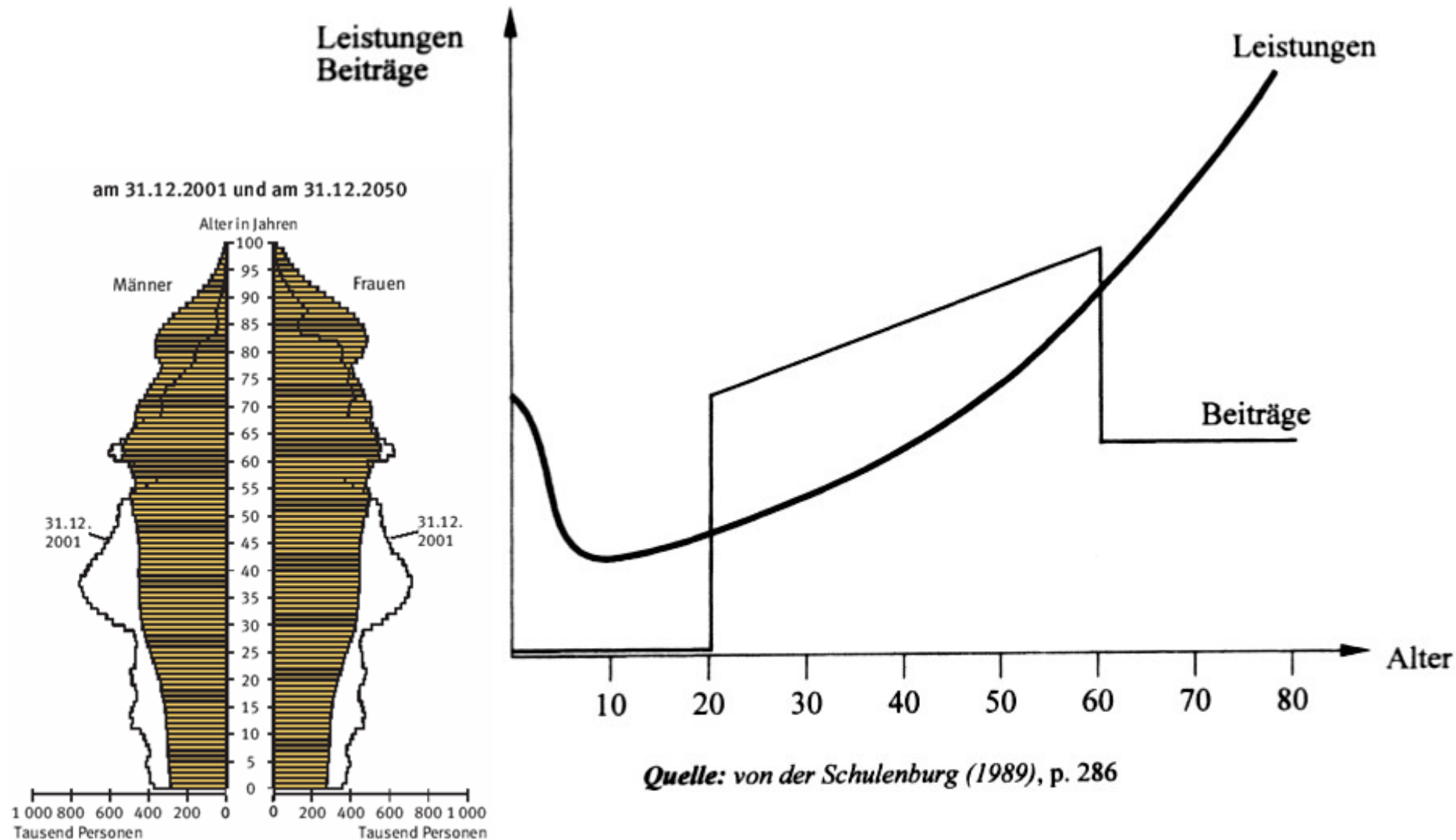
Gesundheitsausgaben für Medicare-Begünstigte im US-Staat Massachusetts im letzten Lebensjahr
(nach Levinski et al. 2001)

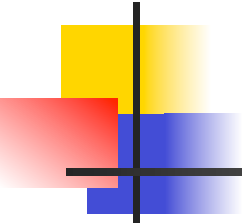


Alter und Gesundheitsausgaben

- Ältere Patienten nehmen mehr Ressourcen in Anspruch
- Gesundheitsausgaben korrelieren v.a. mit der verbleibenden Restlebenslebenszeit
- Gesundheitsausgaben im letzten Lebensjahr sinken mit zunehmendem Alter
- Aber: Kosten für Überlebende 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 Altenquotient
 - Prognostizierter Beitragssatz 2040: 25,6% (Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“)

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





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

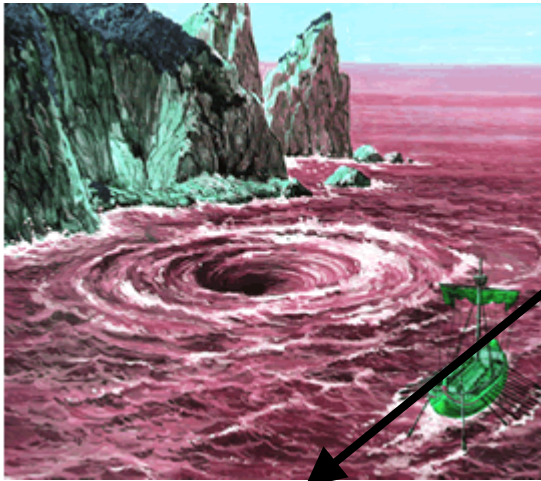
Reduzierte
Einnahmen

Nachfrage ↑

+

Angebot ↓

Charybdis



Erhöhung der Mittel im
Gesundheitswesen

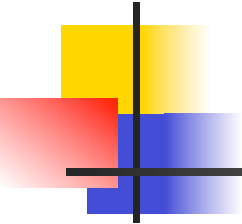
**Mittelknappheit
im Gesundheitswesen**

Effizienzsteigerungen
(Rationalisierungen)

Skylla

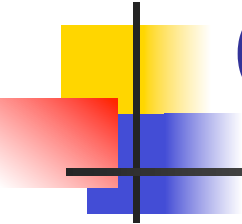


Leistungsbegrenzungen
(Rationierungen)



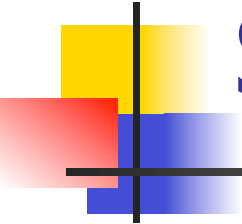
Fazit - 2

- 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)



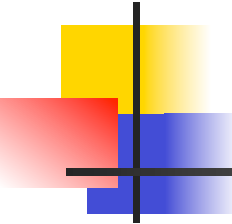
Qualifikation des Personals

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



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
 - 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

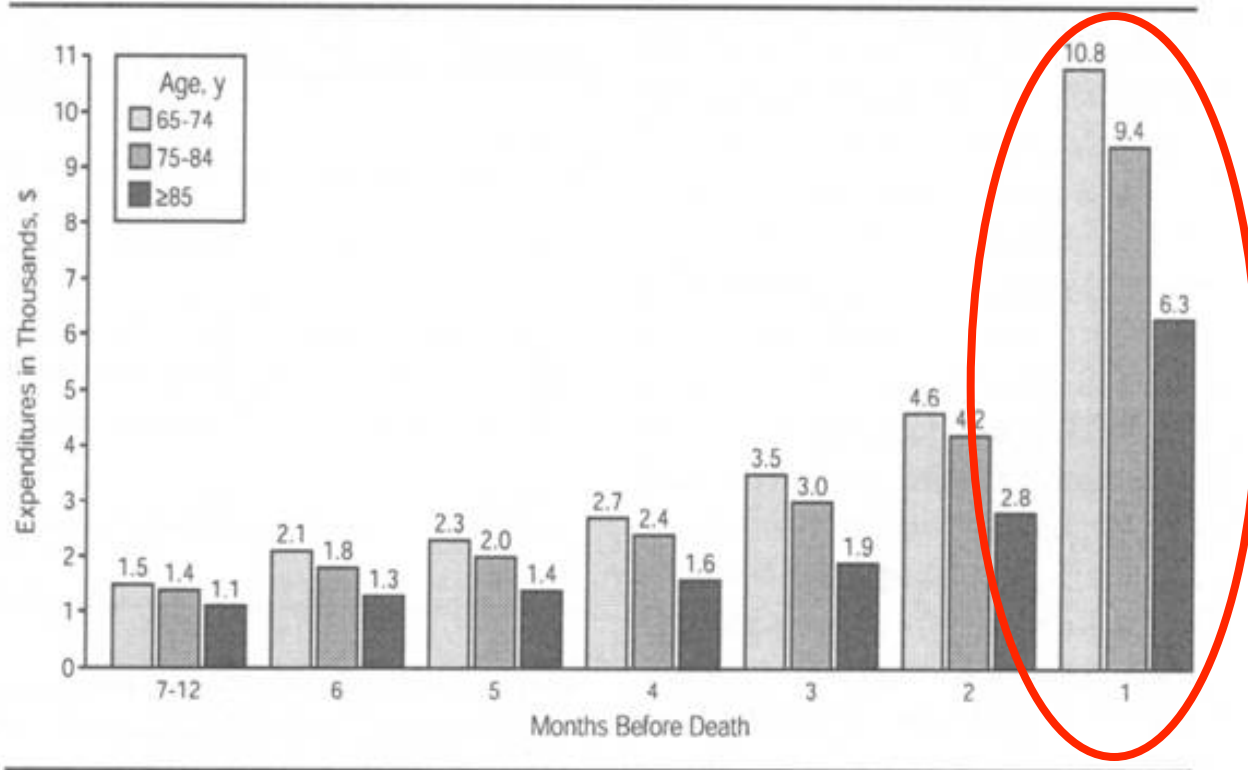


Reallokationen

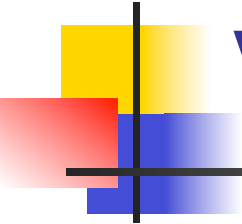
- Leistungseinschränkungen ethisch am ehesten vertretbar:
 - Maßnahmen mit geringem Grenznutzen bei vergleichsweise hohen Kosten
 - Verfügbarkeit einer kostengünstigeren Alternative
- Beispiel: Interventionelle Kardiologie
 - Leistungsausweitung 1990-99: Linksherzkather-Messplätze 120% ↑
Koronarangiographien 190% ↑, PTCA's 392% ↑
 - Höchste Interventionsraten im internationalen Vergleich, aber geringer Rückgang der kardialen Mortalität in D
- Instrumente: kostensensible Leitlinien
 - Systematische Bewertung der wissenschaftlichen Evidenz zu Nutzen & Kosten
 - ⇒ Indikationseinschränkungen bei Maßnahmen mit geringem Nutzengewinn für Patienten bei hohen Zusatzkosten
 - BMBF-Forschungsverbund „Allokation“

Problem: Kostenanstieg vor dem Tod

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

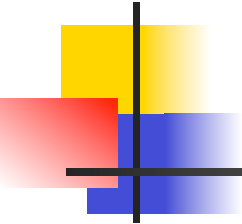


→ Leistungsbegrenzungen vor dem Tod?



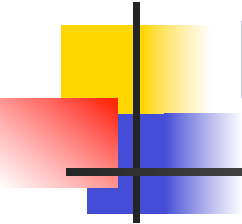
Verteilungskriterium „Todesnähe“

- Ethische Begründung:
 - Nutzenmaximierung
 - Nichtschaden
 - Autonomie des Patienten
 - Empirisches Problem: Prognose des Todeszeitpunktes
 - „prognostic scoring systems“ (z.B. APACHE):
 - Quantifizierung des Krankheitsschweregrades → progn. Abschätzung der Krankenhausmortalität
 - Nur für Kollektive anwendbar, keine valide Prognose im Einzelfall!
- Anwendung des Kriteriums kaum möglich – wirklich?



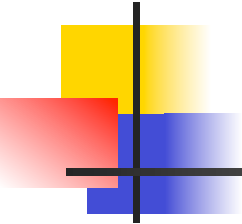
Sparen durch Ethikberatung?

- 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.)!



Patientenverfügungen

- 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
- Fazit: Berücksichtigung von Patientenverfügungen kann Gesundheitskosten in Todesnähe reduzieren
 - Gesamteffekt auf die Gesundheitsausgaben aber begrenzt



Patientenverfügung: Ungelöste Probleme

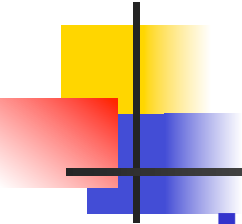
ärztlicherseits nicht befolgt

nicht verlässlich (valide)

nicht aussagekräftig / belastbar (*Notfall!!*)

nicht auffindbar

nicht vorhanden (Prävalenz 10- 20%)



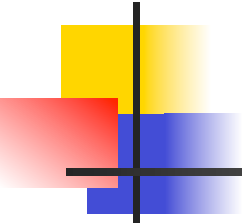
Gesundheitliche Vorausplanung

- Advance Care Planning: *Respecting choices* (LaCrosse)
 - (1) Professionell begleiteter Gesprächsprozess (*facilitation*)
 - (2) Regionale Implementierung $\Rightarrow$ Standards, Routinen
- Pilotprojekt *beizeiten begleiten bei D*

Evaluation der Effektivität von RC (Hammes et al. JAGS 2010):

ärztlicherseits befolgt	99,5%	
aussagekräftig (90%: Wiederbelebung?)	93%	
verfügbar	99,6%	
verlässlich (vorausgegangene <i>Begleitung</i>)	100%	
Schriftliche Vorsorgeplanung (bei 400 Todesfällen)	96%	

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 – 3 (das letzte)

- 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!)
- 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 ↑

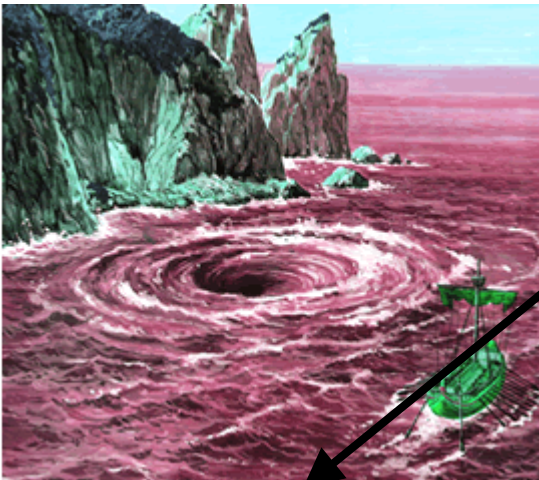
+

Angebot ↓

Charybdis

Skylia

**Mittelknappheit
im Gesundheitswesen**



Erhöhung der Mittel im
Gesundheitswesen

Effizienzsteigerungen
(Rationalisierungen)



Leistungsbegrenzungen
(Rationierungen)