

Kostensensible Leitlinien und andere Ansatzpunkte für kostenbewusste ärztliche Entscheidungen

Georg Marckmann

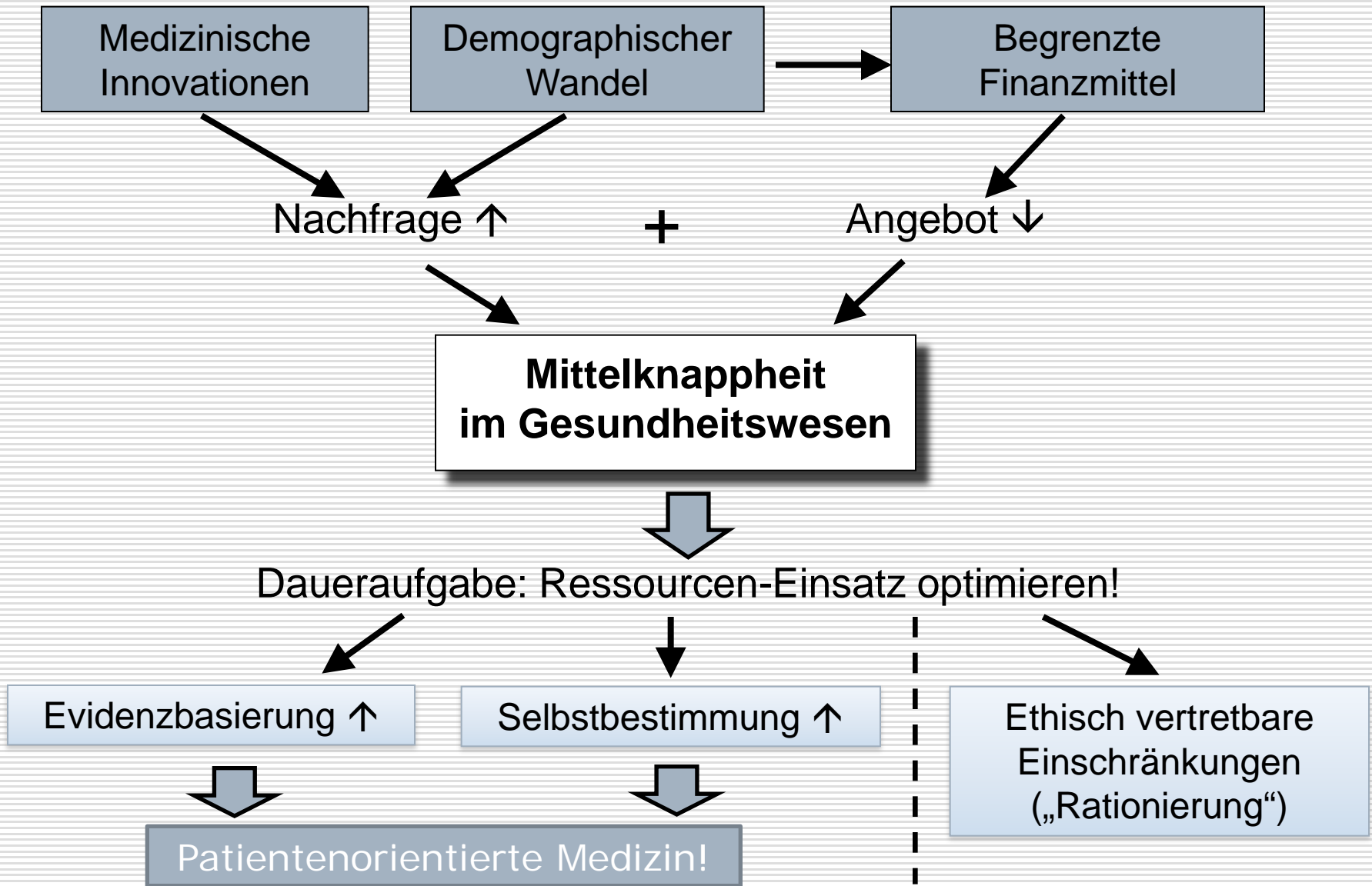
Ludwig-Maximilians-Universität München

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

„Medizin und Ökonomie – ein Tabu?“

Öffentliche Sitzung der Bioethikkommission

Wien, 05. Oktober 2015



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

Handlungsoptionen

- Mesoebene: Versorgung von Patientengruppen
 - Kostensensible Leitlinien (KSSL)
 - ⇒ *Explizite* Leistungssteuerung

- Mikroebene: Entscheidungen im Einzelfall
 - Kostenbewusstes Handeln der Akteure im Einzelfall fördern
 - ⇒ Modell „Ethisches Kostenbewusstsein“

Kostensensible Leitlinien (KSL)

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 (KSL)**
 - 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.

KSSL-Beispiel: DES vs. BMS bei KHK

Drug Eluting Stents (DES) vs. Bare Metal Stents (BMS)

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.

Schnell-Inderst P et al. Entwicklung einer Kostensensiblen Leitlinie zu Medikamente-freisetzenen Stents bei Patienten mit einer koronaren Herzkrankheit. In: Marckmann G (Hg.) Kostensensible Leitlinien. Evidenzbasierte Leistungssteuerung für eine effiziente und gerechte Gesundheitsversorgung. Berlin: MWV-Verlag 2015, S. 83-104.

Handlungsoptionen

- Mesoebene: Versorgung von Patientengruppen
 - Kostensensible Leitlinien (KSSL)
 - ⇒ *Explizite* Leistungssteuerung

- Mikroebene: Entscheidungen im Einzelfall
 - Kostenbewusstes Handeln der Akteure im Einzelfall fördern
 - ⇒ Modell „Ethisches Kostenbewusstsein“

Modell „Ethisches Kostenbewusstsein“

- Hintergrund: Explizite Leistungssteuerung (z.B. mit KSSL) zu bevorzugen, aber nicht flächendeckend möglich
- Erfordert Rationalisierung *und* Rationierung
- Widerspricht nicht notwendig den traditionellen ethischen Verpflichtungen gegenüber dem Patienten!
 - Partielle Konvergenz zwischen Ethik und Ökonomie
- Wichtig: Grenzen zwischen Rationalisierung & Rationierung oft unscharf durch unsichere Evidenz!
 - 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

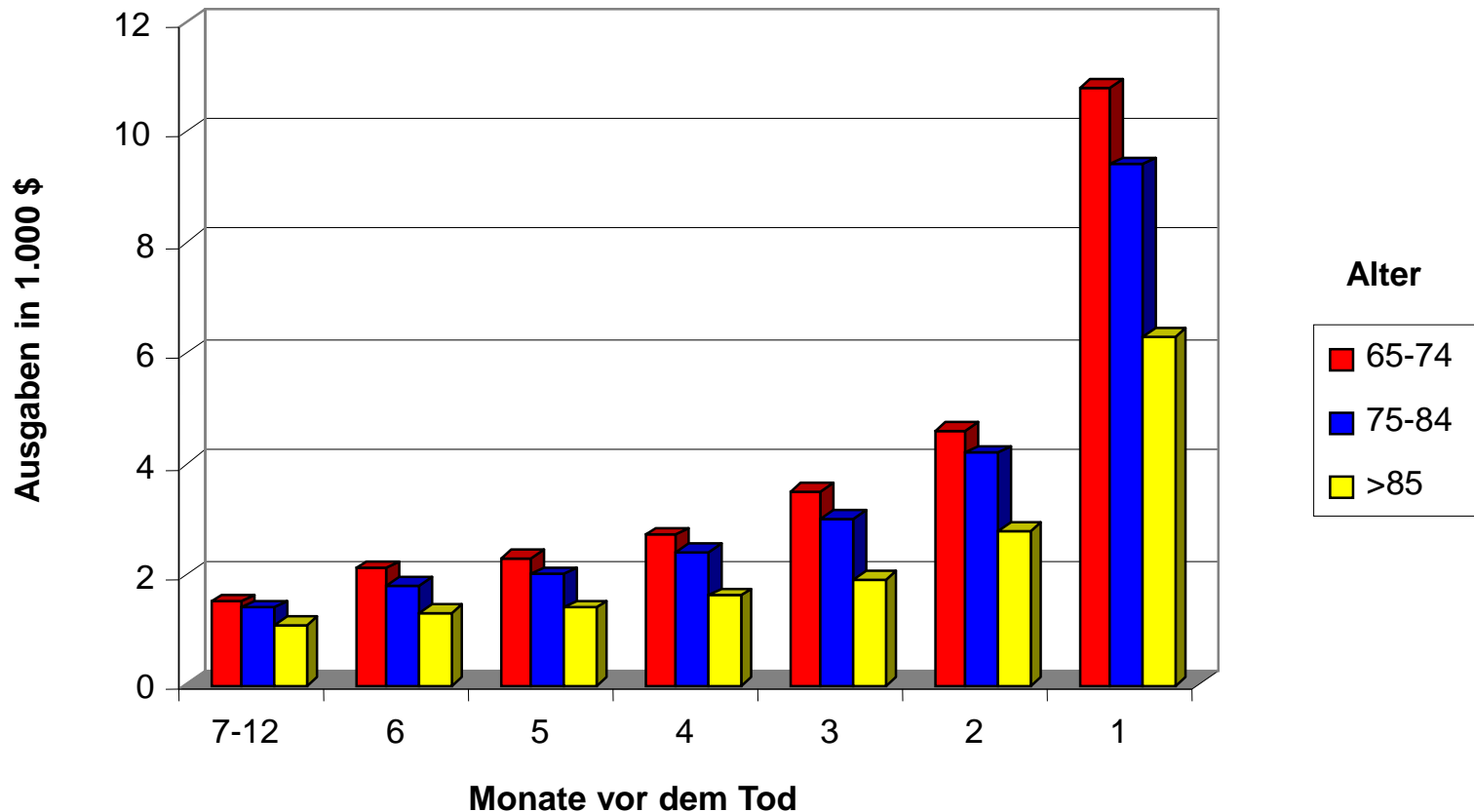
Individual- ethischer Therapie- verzicht

- (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

Gesundheitsausgaben vor dem Tod



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

Berücksichtigung v. Patientenpräferenzen

- Klinisch-ethische Beratung ⇒ 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 sind gescheitert: 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)
- *Effektivität* belegt (2 Reviews aus 2014)
- *Kosten?* ⇒ Eigenes Review (2015):
 - ACP-Interventionen schlecht definiert, nur 1 (!) Studie mit regionaler Implementierung
 - Datenlage dürftig (keine CEA, CUA)
 - 6 von 7 Studien: Kostenreduktion durch ACP (Ausnahme: Support-Studie)
Einsparungen: 1.041 bis 64.380 US\$/Patient
 - Programmkosten: nur 6, 11 & 15% der Einsparungen!
- **Cave: Interessenkonflikte!!**

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

Klingler C, In der Schmittgen 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.

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

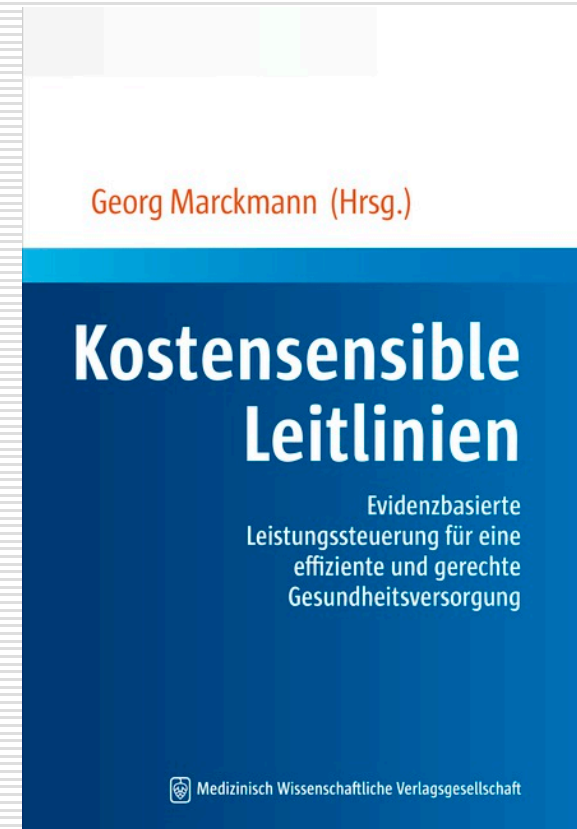
- (1) Berücksichtigung der Evidenz zu Wirksamkeit/Nutzen & Risiken der Maßnahmen ⇒ Nutzen/Nichtschaden
- (2) Konsequente Berücksichtigung individueller Patientenpräferenzen ⇒ Respekt der Autonomie
- (3) Minimierung des Ressourcenverbrauchs für das Erreichen eines Therapieziels ⇒ Nichtschaden

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

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

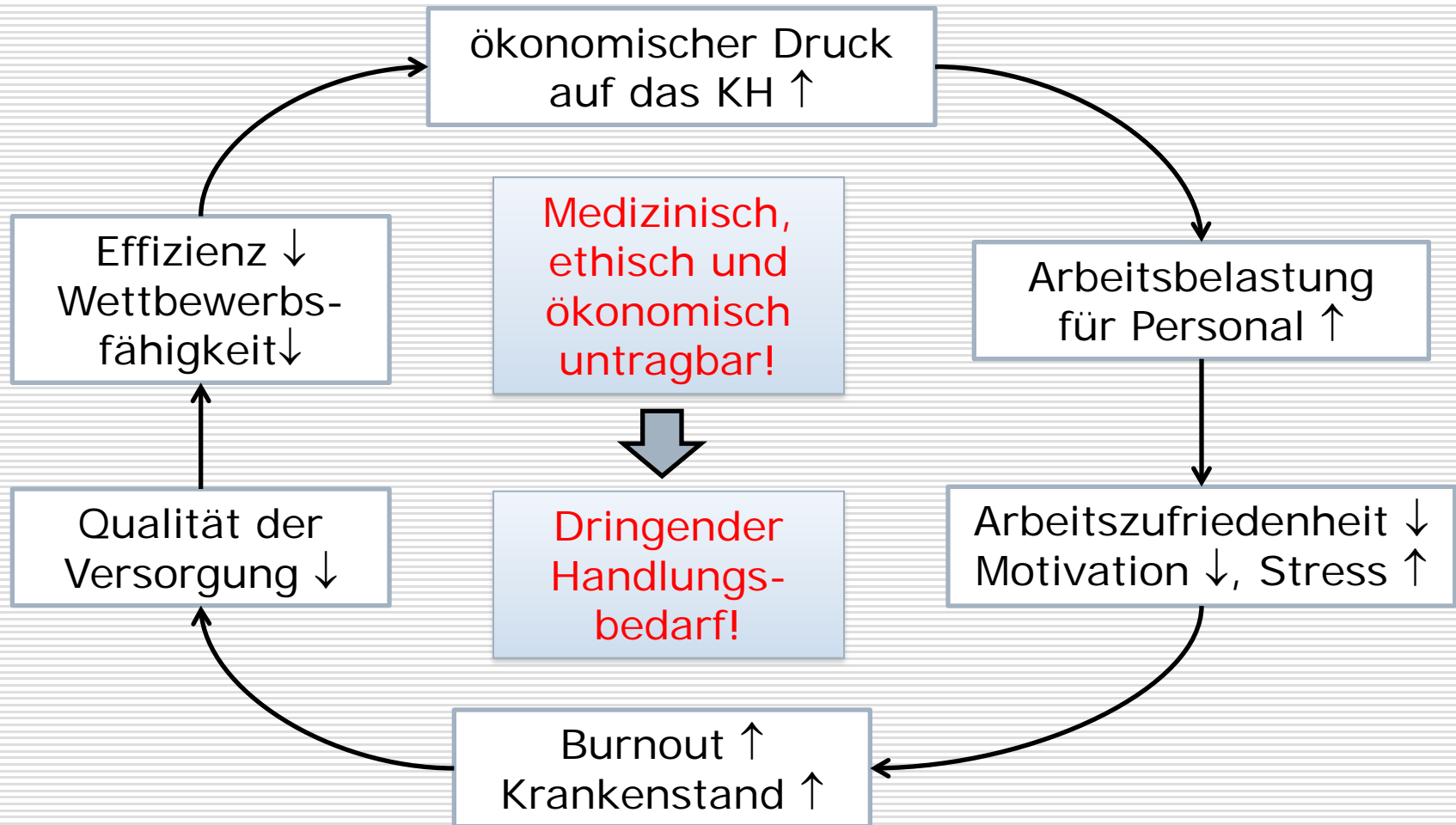
- Literatur:
- Marckmann G, Gesundheit und Gerechtigkeit. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2008; 51(8): 887-894
- Marckmann G, in der Schmitt J, Wie können Ärzte ethisch vertretbar Kostenerwägungen in ihren Behandlungsentscheidungen berücksichtigen? Ein Stufenmodell. Ethik in der Medizin 2011; 23(4): 303-314
- Coors M, Jox RJ, in der Schmitt J (Hg.) Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer 2015.
- Marckmann G (Hg.) Kostensensible Leitlinien. Evidenzbasierte Leistungssteuerung für eine effiziente und gerechte Gesundheitsversorgung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2015.
- Kontakt: marckmann@lmu.de



Kosten reduzieren mit Advance Care Planning?

Article	Intervention	Study Type	Cost measure	Findings	Trend
Malloy et al. 2000	Let Me Decide AD program	RCT	Average total costs per patient (18m)	Can\$ 3,490 (LMD) vs. Can\$ 5,239 (C)	↓
Chambers et al. 1994	Ø (documented AD discussion)	Observational study	Total charges of last hospitalization	\$30,478 (AD) vs. \$95,305 (C)	↓
SUPPORT Study 1995	Skilled nurse ⇒ facilitate ACP	Cluster-RCT	Modeled based on Therapeutic Intervention Score	Adjusted resource use ratio 1.05	=
Engelhardt et al. 2006	Advanced Illness Coordinated Care Program (AICCP)	Cluster-RCT	Health care costs (3 m) (n=169!)	\$12,123 (AICCP) vs. 16,295 (C) n.s.!	(↓)
Edes et al. 2006	Home-based Primary Care ⇒ "AD discussion"	Longitudinal study	Health care costs (6 m) (n=43!)	Net cost-savings \$ 1,873 per patients	↓
Zhang et al. 2009	Ø (has MD discussed EOL-wishes?)	Observational study	Medical costs in last week of life	\$1,876 (EOL-disc.) vs. \$2,917 (C)	↓
Hamlet et al. 2010	Telephonic EOL-counseling	RCT	Medicare costs	\$40,363 (EOL-C.) vs. (C) \$42,276	↓

Teufelskreis der Ökonomisierung



Wertemanagement im KH

- 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 | MIQ – Management Innere Qualität
