

Wo wir auch in Zukunft auf keinen Fall sparen sollten

Tanja Krones

0



Manche haben zur Ethik und Wissenschaft
dasselbe Verhältnis wie ein Betrunkener zu
einer Laterne:

Sie suchen Halt, nicht Erleuchtung

1

A) Warum stellen wir aktuell diese Frage?

B) Was sollen oder müssen wir überhaupt?

C) Welche Antworten sind ethisch gut
begründet?

2

Pressemitteilungen

21. März 2019
Gesundheitsausgaben im Jahr 2017: +4,7 %

Die Gesundheitsausgaben in Deutschland beliefen sich im Jahr 2017 auf 375,6 Milliarden Euro oder 4.544 Euro je Einwohnerin beziehungsweise Einwohner. Dies entspricht einem Anstieg um 4,7 % oder 16,9 Milliarden Euro gegenüber 2016. Der Anteil der Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt lag bei 11,5 %.

Gesundheit

Gesundheitsausgaben



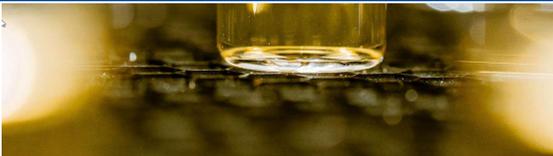
Warum uns die Gesundheit so viel kostet

Die Gesundheitskosten steigen und steigen. Woran krankt der Patient Schweiz? Die wichtigsten Kostentreiber im Gesundheitswesen im Überblick.

Heimische Gesundheitskosten steigen langfristig deutlich an

(Bund) Steigende Lebenserwartung, mehr gesunde Lebensjahre – In einer aktuellen Analyse wurden Szenarien für die Entwicklung der Gesundheitskosten durchgerechnet. Demnach würden sie von aktuell 10,4 % des Bruttoinlandsprodukts bis 2060 auf mindestens 12,3 % steigen, in einem der durchgerechneten Szenarien sogar auf 14,4 %.

3



The million-dollar drug

SWR > SWR Wissen

Unverschämt teure Medikamente?
Die zwei Millionen Dollar-Therapie gegen Muskelschwund
 Von Ulrike Till

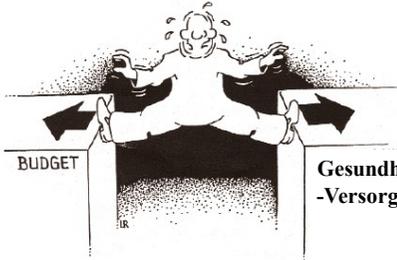
Neue Medikamente für seltene Erkrankungen sind oft extrem teuer – aber 2,1 Millionen Dollar für eine einzige Dosis, das ist Weltrekord. Den hat jetzt Novartis aufgestellt: für eine Gentherapie gegen ein seltenes

USZ Universitäts Spital Zürich

/ 03.12.2019 4

4

Aber: Ist das ein *ethisches* Problem?



USZ Universitäts Spital Zürich

/ 03.12.2019 5

5



Deutscher Ethikrat

SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

swiss academies communications

Medizin und Ökonomie – wie weiter?

AD-HOC-EMPFEHLUNG

Commission Nationale d'Ethique Grand-Duché de Luxembourg

Bundeskanzleramt

LES LIMITES DE L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus

Medizin und Ökonomie

Stellungnahme der Bioethikkommission

STELLUNGNAHME

Stellungnahme der Bundeskommission der Schweizerischen Eidgenossenschaft (Bundeskommission für die Gleichberechtigung der Geschlechter) zur Stellungnahme der Bundeskanzlerin zur Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

6



Schweizerische Eidgenossenschaft Confédération suisse Confederazione Svizzera Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement Bundesamt für Gesundheit & Direktionen für Kranken- und Gesundheitswesen

Morbus Pompe: Pharmaindustrie macht Druck

Oliver Peters, Claude Vuffray, Kris Haslebacher 10. Juni 2017

Überhang in der stationären Leistung zu Gunsten der Zusatzversicherten

Die Krankenkassen lassen einen Morbus-Pompe-Patienten im Stich. Der Fall ist vielschichtig und hat auch direkte Auswirkungen auf die Schweizer Pharma-Industrie.

SICHERN SIE SICH IHRER CHF 50.- GUTSCHEIN!

kassen: Aargauer Regierung t schwarze Liste säumiger zahler

ratungsrat hält im Gegensatz zu anderen Kantonen an der Liste kenkassen-Prämienzahlenden fest. Das Führen der schwarzen bessert werden. Auf der von den Gemeinden geführten Liste chsenone.

Arbeitsfähig auf dem Papier, chancenlos in der Realität

Das Problem bei der IV löst sich nicht mit einer Verlagerung anfallender Kosten in die Sozialhilfe. Menschen mit Behinderungen müssen wieder eine echte Chance für eine Anstellung erhalten.

als säumiger icht sich jetzt te ein.

Stimm HAAS 29.12.2017, 09:50 Uhr

7

Aktuelle Forumthemen
 Jetzt online mitdiskutieren auf www.saez.ch



 Prof. Dr. med. David Holzmann, Maur
Indikationen
 Indikation nach medizinischen oder ökonomischen Kriterien?

SCHWERPUNKT «ÖKONOMISIERUNG DER MEDIZIN»

Michael Kleinknecht-Dolf¹, Sandra Haubner², Diana Staudacher³, Rebecca Spirig⁴

Berufsethik unter Druck

Moralischer Stress bei Pflegefachpersonen als mögliche Konsequenz des Spardrucks unter DRG

USZ UniversitätsSpital Zürich

8

Lösung A?

USZ UniversitätsSpital Zürich

9

«THE SWISS OATH»

Swiss doctors pledge to resist economic pressures

SOCIETY ♥ Health JUL 4, 2018 - 17:00

In Switzerland, the Hippocratic oath, stating the obligations and proper conduct of doctors, has been given a make-over.

40 doctors at the cantonal hospital of Fribourg recently gathered to take a new oath, the aim of which is to counter the trend towards making medicine too money-focused. They have pledged to withstand economic pressure to operate when it's not absolutely necessary.

"The Swiss Oath" was drawn up by the umbrella group for Swiss surgeons. The Swiss Medical Association is expected to introduce it at other hospitals around the country.

The Hippocratic Oath is one of the oldest and most widely known codes of ethics. The original text is attributed to Hippocrates, a Greek physician commonly credited with beginning the practice of medicine as a rational science. Its most basic principle was that a doctor must always cure patients, but never harm them. It also discussed respecting teachers, passing medical knowledge to new generations and keeping patients' secrets. Many of these principles are still part of medical culture. Swearing a modified form of the Oath remains a rite of passage for medical graduates in many countries.

(RTS/swissinfo.ch)

USZ UniversitätsSpital Zürich

10

Lösung B?

USZ UniversitätsSpital Zürich

11



Choosing wisely – smarter medicine

SAMW » Projekte » Nachhaltiges Gesundheitssystem » Choosing wisely – smarter medicine

Die 2013 veröffentlichte Roadmap «Ein nachhaltiges Gesundheitssystem für die Schweiz» schlägt konkrete Massnahmen vor, darunter eine unter dem Titel «Choosing wisely»: Nach dem Beispiel des Projektes «Choosing wisely» des American Board of Internal Medicine Fachgesellschaften eine Liste mit 10 Interventionen, die unnötig sind und daher nicht mehr durchgeführt bzw. nicht mehr vergütet werden sollen.

Die Choosing-wisely-Initiative ist bei der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) auf grosses Interesse gestossen, konnte insgesamt aber in der Schweiz nicht recht Fuss fassen. Dies veranlasste die SAMW, im Herbst 2014 bei den Fachgesellschaften und weiteren Akteuren des Gesundheitssystems eine Online-Umfrage durchzuführen, bei der unter anderem nach dem Vorhandensein von Choosing-wisely-Listen bzw. nach Problemen bei deren Erstellung gefragt wurde.

↓ Resultate der Umfrage – Präsentation vom 28. April 2015 [PDF, 251 KB](#)

Der im Juni 2017 gegründete Trägerverein «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland», dem neben der SAMW und der SGAIM auch der Schweiz. Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen (SVBG) sowie Patienten- und Konsumentenorganisationen angehören, soll für Aufwind sorgen. Dabei geht es um mehr als die Veröffentlichung von Listen unnötiger Behandlungen: Frühzeitige Behandlungsplanung, interprofessionelle Absprachen zwischen ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Leistungserbringern und die Information der Öffentlichkeit gehören zu den Zielen des Vereins.



12

Heisst in unseren stürmischen Zeiten «Weise wählen» also:

- a) wir schwören einen neuen Eid, uns nicht mit ökonomischen Fragen zu beschäftigen und
- b) legen interprofessionell fest, welche aktuell durchgeführten Massnahmen nicht mehr durchgeführt werden sollen, (bzw. diese allein Patienten bezahlen zu lassen), da sie sowie nichts nützen?

Geht es also allein um das Beschwören einer Elimination von eindeutiger nutzloser Behandlung («futile care») durch die Weisen im Gesundheitswesen?

?? ?
 ?? ?

Machen wir das nicht sowieso??
 Wenn nein warum nicht???



13

Lösungen haben wir genug. Sie passen nur nicht zum Problem.




14

"Ich schwöre, dass ich bestrebt bin, das Vertrauen in den Finanzsektor zu erhalten und zu fördern", sagen niederländische Banker seit zwei Jahren, "so wahr mir Gott helfe."




15

Was sollen oder müssen wir überhaupt?
Refresher Klinische Ethik: Worum geht's?



16

Eine 28-jährige Patientin mit metastasiertem Tumorleiden wurde seit mehreren Jahren in einer Abteilung eines Spitals behandelt. Die Patientin ist wegen Schmerzen und zunehmender Schwäche seit 2 Wochen stationär. Seit 3 Monaten sind Hirnmetastasen sowie Knochenmarksmetastasen bekannt. Die Thrombozytenzahlen sind niedrig, die Patientin hat bereits mehrfache Blut- und Plasmaprodukte erhalten und Antikörper entwickelt.

Die Patientin hat ein sehr abhängiges Verhältnis zu den Eltern, die immer wieder betonen, dass „alles getan werden soll“. Über Reanimation und Verlegung auf die Intensivstation wurde nicht gesprochen, ein REA Status ist im elektronischen Patientendossier nicht dokumentiert. Mit der Patientin selbst wurde über ihre Therapieziele nie gesprochen.

Am frühen Morgen beginnt die Patientin in Ihrem Beisein akut und massiv aus Mund und Nase zu bluten und wird sofort bewusstlos, sie tasten keinen Puls und sehen keine Atembewegungen

Was tun Sie?

- A) Ich löse sofort den Reaalarm aus und beginne mit der Reanimation.
- B) Ich rufe den Oberarzt der Abteilung an, bitte ihn, sofort zu kommen und beginne mit der Reanimation.
- C) Ich rufe den Oberarzt der Abteilung an, bitte ihn sofort zu kommen und halte die Hand der Patientin.

17

In der Ethik geht es um menschliches **Handeln**
und **Entscheidungen unter Unsicherheit in**
komplexen Problem- und/oder
Dilemmasituationen

18

19

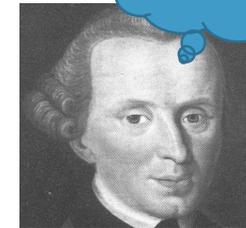
Grundlagen: Individualebene

20

Medizinische Ethik heute (eigentlich....)



21



2 zentrale Fragen

1. Was sind realistisch erreichbare (Therapie)-Ziele und welche Massnahmen erreichen diese am besten?
(inkl. aller Alternativen)

2. Was will der Patient?

(und ist dieser wirklich bestmöglich in die Entscheidungsfindung einbezogen?)

➤ 2 Fragen bei jeder Form von Behandlung, Aufklärung und Massnahmenfestlegung zur Beantwortung der klinisch-ethischen Frage

➤ „Was sollen wir tun“?

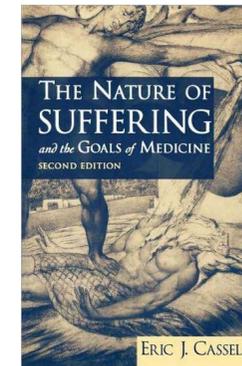
- Vorsicht mit der Aussage «Das müssen wir tun»
 - 1) man «muss» selten
- 2) Unterscheidung von Können, Sollen und Müssen

22

Gleichwertige Ziele der Medizin

- 1) Vorzeitigen Tod vermeiden
- 2) Krankheit vorbeugen
- 3) Kranke betreuen
- 4) Leid lindern

=> Lebens- und Sterbensqualität



23



Evidence Based Medicine (EBM)

What Is Evidence-Based Medicine?

Sackett DL, et al. BMJ. 1996;312(7023):71-72.

USZ Universitäts Spital Zürich

24

Ethische Dilemmata:
Clash von Prinzipien,
no win win Situationen

USZ Universitäts Spital Zürich

/ 03.12.2019 25

25

Mögliche Konflikte

Klarer Patientenwille/Patientenverfügung/mutmasslicher Wille **gegen** Massnahme

1) Gegebene Indikation ≠ Massnahme

Klarer Patientenwille/Patientenverfügung/mutmasslicher Wille **für** Massnahme

2) Nicht gegebene Indikation

= Wenn möglich: Behandeln bis Konflikt beigelegt, AUSSER: Behandlung schadet sicher dem Patienten –
Nicht Schaden erstes Prinzip ärztliche Fürsorge
Gerechtigkeit kann relevant werden

USZ Universitäts Spital Zürich

26

Grundlagen: Systemebene

USZ Universitäts Spital Zürich

/ 27

27

4 gleichermassen (prima facie) relevante medizinethische Prinzipien

Respekt vor der Autonomie ← Wurzelt in der Achtung der Menschenwürde

Nicht-Schaden

Nutzen

Gerechtigkeit

} WZV

28

Gerechtigkeit: zwei Grundprinzipien

29

Behandlung primär derjenigen, die den grössten Nutzensvorsprung für sich- und im Kollektiv insgesamt haben:

Utilitaristisches Prinzip, jeder zählt genau gleich einmal (aber nicht mehr als einmal)



30



Behandlung primär derjenigen, die die Behandlung am allernötigsten haben, unabhängig vom Nutzensvorsprung und letztentlichem Outcome

(Rechts-/Pflichtenethische-Deontologische Perspektive)

31

Verbindung von Individual- und Systemebene

32

Stimmen Sie diesen Argumenten zu?

1) *Jede Behandlung die einen klaren Benefit für Patienten hat sollte vom Solidarsystem bezahlt werden wenn Ärzte und Patienten die Behandlung wollen, unabhängig von den Kosten!*

2) *Jede Behandlung, die die einzige Massnahme für eine lebensbedrohliche Erkrankung ist, sollte bezahlt werden!*



33

Standardratiopharm®

Kosten 100 CHF pro Patient

Heilt 10/20

Neues Wunder®

Kosten 120 CHF pro Patient

Heilt 11/20

Welche Behandlung würden Sie wollen?

Welche Behandlung sollte ein öffentlich mitfinanziertes Gesundheitssystem wählen?



34

Effekte unter Ressourcendeckelung Budget von 2400 CHF

Budget = 2400CHF

Standardratiopharm®

Kann 24 Patienten behandeln

12 profitieren

Budget = 2400CHF

Neues Wunder®

Kann 20 Patienten behandeln

11 profitieren

Bei gegebenem Budget heilt Standardratiopharm® mehr Patienten als Neues Wunder®



35

Behauptungen.....

„There is no rationing in the Dutch Health Care System“
(Dutch Ministry of Health 2004)

„The EGK kann und möchte keine Kriterien und Normen für diese Situationen definieren (Rationierung am Krankenbett). Rationierung ist keine Realität in der Schweiz so dass sich die Diskussion erübrigt“
(Eidgenössische Grundsatzkommission 2000)

“Es gibt keine heimliche Rationierung”
Bundesgesundheitsministerin Schmidt widerspricht Arztpräsident Hoppe und lehnt einen “Gesundheitsrat” ab

BERLIN (dpa). Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) sieht in Deutschland keine “heimliche Rationierung” medizinischer Leistungen. Zudem lehnt sie den vom Präsidenten der Bundesärztekammer, Professor Jörg-Dietrich Hoppe, geforderten “Gesundheitsrat” ab, der über den künftigen Leistungskatalog der GKV bestimmen soll.



“Ich keine Heilmittel, die von einer medizinisch notwendigen Therapie ausgeschlossen sind.”
Ulla Schmidt (SPD) Bundesgesundheitsministerin

USZ Universitäts Spital Zürich

36

..... und Wirklichkeit für Ärzte und Pflegende ..

Wie häufig haben Sie in den letzten 6 Monaten eine für den Patienten nützliche Massnahme aus Kostengründen nicht durchgeführt bzw. durch eine preiswertere und zugleich weniger effektive Leistung ersetzt?
(Kardiologen/Intensivmediziner in Deutschland; Ärzte/Pflegefachpersonen USZ)

Intervention	Mindestens ein mal pro Woche	Mindestens ein mal pro Monat	Weniger als ein mal im Monat	Bisher noch nie
Therapien	13	13	27	46
Diagnostische Massnahmen	10	31	28	31
Medizinische Behandlungen ausser Medikamente	7	15	37	41
Medikamente	5	17	36	42

Berufsgruppe	Mindestens einmal pro Woche	Mindestens einmal pro Monat	Weniger als einmal im Monat	Nie
Ärzte	8	14	15	63
Pflegefach-	12	14	31	43

USZ Universitäts Spital Zürich

37

RULE OF RESCUE (Deontologie) ↔ Opportunitätskosten (Konsequenzialismus)

«Die mächtige menschliche Neigung, ein einzelnes identifizierbares menschliches Leben zu retten, unabhängig von den Kosten, zum Schaden der namenlosen Gesichter, denen eine Gesundheitsversorgung verweigert wird» (zuerst AR Jonsen 1986, Osborne and Evans 1994, pp. 779)



USZ Universitäts Spital Zürich

Quelle: AP

38

Beispiel: Organtransplantation Dringlichkeit versus Nutzen

«Patient nach erster Lebertransplantation, chronisches Transplantatversagen aufgrund schlechten Grundvoraussetzungen des Transplantats, schwerer körperlicher Abbau; MELD 38;
Frage: Rechtfertigung der Re-transplantation aus ethischer Sicht?»

USZ Universitäts Spital Zürich

39

Das selbe Problem? Orphan Drugs in der Onkologie

„Frau M geht es immer schlechter. Liegt die Kostengutsprache für Arzerra schon vor? Sie ist nun schon seit 2 Wochen auf der Abteilung ohne das wirklich irgend etwas passiert. Sie wissen dass solche Situationen im DRG System nicht mehr funktionieren. Ich möchte dass Sie in Zukunft ein Auge darauf haben!“



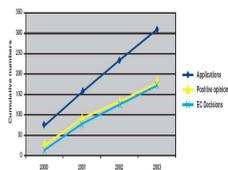
Wie können wir Menschen mit seltenen Erkrankungen helfen, dass diese von der medizinischen Forschung und Entwicklung genau so profitieren, wie Menschen mit häufigen Erkrankungen?



Lösung:

Anreize und Patentierungen!!

Orphan Medical Products Designation April 2000 - November 2003



Marketing authorizations of orphan products



Cost per QALY: Nicht der einzige oder beste aber ein wichtiger Indikator

Behandlung	Cost/QALY Euro ca
Melanomscreening	100
Testung auf hohes Cholesterin und Diät 40-69 jährige Patienten	200
Testung auf hohes Cholesterin und Diät 29-39 jährige Patienten	1400
Neurochirurgie Glioblastom	110 000
Ipilimumab für Melanome	140 000
Myozyme für erwachsene M. Pompe Patienten	300 000
Kymriah	...?....

Letztes Lebensjahr (unabhängig vom Alter)
Willingness to Pay der Bevölkerung



Unintendierte Konsequenzen der Orphan Drug Policy

Nutzen/Schadensrelation:

Häufig bei Marktzulassung wesentlich unklarer bei «Orphan Drugs» als bei anderen Medikamenten, zeigt sich oft erst «post marketing»

Autonomie:

Die unsichere Evidenz ist häufig nicht bekannt, oft vulnerable, schwer kranke Patienten mit hohem Sterberisiko (auch nach Gabe von Medikamenten/innovativen Therapien)

Gerechtigkeit:

Die Kosten per QALY sind häufig noch nicht bekannt, in aller Regel jedoch wesentlich höher als bei anderen Interventionen
Differenzierung Heilung, Lebensverlängerung/Lebensqualität

Problematische Nutzung der Orphan Drug Vorteile, ethische Probleme:

Patentierung bereits vorhandener Medikamente, Off label use, «Repurposing» für andere Orphan und Nicht-Orphan Diseases; «Orphanisierung» der Onkologie (Jeder Tumor eine eigene Erkrankung):

Orphan drugs als neue «Blockbuster»; Problematische P4P Modelle (Kymriah....)

Reaktion der Praxis: «heisse Kartoffel-Phänomen», Intransparente Preisabsprachen, neue «Orphans» (...)

44

Es gibt kein richtiges Leben im Falschen.

Theodor W Adorno , Minima Moralia, S. 43

45

Was nützt mir meine Weisheit, wenn die Dummheit regiert?

Jiddisches Sprichwort

46



Prof. Jörg Beyer, Bern,
Mitglied Klinisches
Ethikkomitee USZ bis
2018

47

Onkologische Versorgungsstruktur

- ✓ Überversorgung mit stationären Einrichtungen (Kliniken)
- ✓ Unterfinanzierung der kommunalen Kliniken

- Ausstieg aus der dualen Finanzierung
- Nicht kompensierte Lohnkostenentwicklung

- Die Erwartung:
Ausgleich durch Hebung Wirtschaftlichkeitsreserven

- ✓ Alles Schwierig => Personalabbau
=> Senkung der Lohnkosten
=> Kürzungen der Sachmittel



die Lösung: Erlössteigerung !

Erlös



$$= \text{Baserate (2955.- €)} \times \text{Fallzahl} \times \text{Fallschwere (CMI)}$$

Beispiel

Älterer Mann 74 Jahre alt, Erstdiagnose eines lokal begrenzten **Prostatakarzinoms**, Gleason Score 6, PSA 7,8 ng/ml.

- Behandlungsoptionen sind
- Radikale Prostatektomie
 - Bestrahlung
 - - Aktive Surveillance

Active Surveillance (viele Gespräche)

$$\text{M60C CMI } 0,55 \times \text{Basisfallwert } 2955.- \text{ €} = \text{Erlös } 1.625,25 \text{ €}$$

Radikale Prostatektomie

$$\text{M01C CMI } 2,32 \times \text{Basisfallwert } 2955.- \text{ €} = \text{Erlös } 6.855,60 \text{ €}$$



**C) Wie sollten wir unser Geld ausgeben?
Was ist also ein ethisch gut begründeter
Umgang mit Ressourcen im
Gesundheitswesen?**

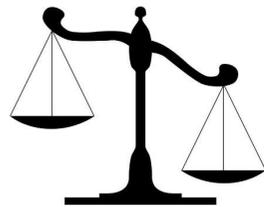
52

1. Antwort:

Nicht immer das, was Ärzte, Gesundheitsökonom,
Politiker (oder Ethikerinnen) behaupten

53

**Implementierung ethisch-evidenzbasierter
sinnvoller Konzepte und
gemeinsame Abwägungen bei Dilemmata**



54

SELBER DENKEN
!



55

Transparente Ziele und Interessen statt einer versteckten „Double Agency“

Arzt Patient	Abteilung	Spital	Krankenversicherer	National
--------------	-----------	--------	--------------------	----------

Welche Behandlungen sollten aus individueller Sicht angeboten werden?
Und welche werden angeboten?

Arzt Patient	Abteilung	Spital	Krankenversicherer	National
Alle nützlichen Massnahmen für den Patienten (und die durch Patienten oder KV refinanziert werden)	Alle nützlichen Massnahmen für Patienten einer Abteilung (und die auch der Abteilung nützen, den Abteilungseinfluss im Spital stärken)	Alle nützlichen Massnahmen (und die durch Patienten oder KV refinanziert werden und die Position des Spitals in der Region/national stärken)	Alle kosteneffizienten Massnahmen (und die die Attraktivität der KV gegenüber anderen KVen stärken)	Alles was der Bevölkerung nützt (und was von der Bevölkerung und wichtigen Stakeholdern verlangt wird und die Chance der Wiederwahl erhöht..)

Nützlichkeit für Patienten = ≠ Lukrativ für Abteilung = ≠ Spital = ≠ Krankenversicherer = ≠ Gesamtbevölkerung

Überfinanzierung von bestimmten Medikamenten, Medizinprodukten, Akutmedizin und manchen Präventionsmassnahmen

Unterfinanzierung von exzellenten medizinischen Fertigkeiten, der sprechenden, palliativen und rehabilitativen Medizin und Pflege (!)

The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world

A report by The Economist Intelligence Unit



Tabelle 1. Quality of Care Indikatoren des EIU, Ranking Schweiz

Indikator	Beschreibung	Ranking Schweiz (v/80)
Umfeld von Palliative Care und des Gesundheitswesens	Vorhandensein einer nationalen, umfassenden, effektiven Strategie, allgemeine Förderung des Gesundheitswesens für Palliative Care	13
Qualifikation der Fachpersonen	Spezialisierte ärztliche und nicht-ärztliche Fachkräfte in Palliative Care, hoher Standard der Ausbildung in Palliative Care für die Grundversorgung	15
Bezahlbarkeit/Finanzierbarkeit	Öffentliche Finanzierung und Eigenanteil für Palliative Care	18
Qualität	Wichtigste Kategorie, vielfältige Indikatoren u.a. Angebot hochwirksamer Opioiden, Monitoring von Organisationsstandards, Vorhandensein psychosozialer Unterstützungsangebote für Patienten und Angehörige	8
Gemeinnütziges Engagement	Öffentliche Wahrnehmung von Palliative Care, Einsatz und Ausbildung von Freiwilligen	15
"Quality of Death" Gesamtbewertung	Bewichteter Index der 5 Faktoren	15

Vol. 114 | S. 15, 57

Right Care 4

Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care

Adam G. Elshaug, Meredith B. Rosenthal, John N. Lavis, Shannon Browne, Harald Schmidt, Sami Nagpal, Peter Littlejohns, Dijo Srivastava, Sean Tunis, Vikas Saini

The preceding papers in this Series have outlined how underuse and overuse of health-care services occur within a complex system of health-care production, with a multiplicity of causes. Because poor care is ubiquitous and has considerable consequences for the health and wellbeing of billions of people around the world, remedying this problem is a morally and politically urgent task. Universal health coverage is a key step towards achieving the right care. Therefore, full consideration of potential levers of change must include an upstream perspective—ie, an understanding of the system-level factors that drive overuse and underuse, as well as the various incentives at work during a clinical encounter. One example of a system-level factor is the allocation of resources (eg, hospital beds and clinicians) to meet the needs of a local population to minimise underuse or overuse. Another example is priority setting using tools such as health technology assessment to guide the optimum diffusion of safe, effective, and cost-effective health-care services. In this Series paper we investigate a range of levers for eliminating medical underuse and overuse. Some levers could operate effectively (and be politically viable) across many different health and political systems (eg, increase patient activation with decision support) whereas other levers must be tailored to local contexts (eg, basing coverage decisions on a particular cost-effectiveness ratio). Ideally, policies must move beyond the purely incremental, that is, policies that merely tinker at the policy edges after underuse or overuse arises. In this regard, efforts to increase public awareness, mobilisation, and empowerment hold promise as universal methods to reset all other contexts and thereby enhance all other efforts to promote the right care.

Published Online January 8, 2017
http://dx.doi.org/10.1016/j.ohrt.2016.12.004
This is the fourth in a Series of four papers about right care
See Online Comment
http://dx.doi.org/10.1016/j.ohrt.2016.12.004
http://dx.doi.org/10.1016/j.ohrt.2016.12.005
http://dx.doi.org/10.1016/j.ohrt.2016.12.006
http://dx.doi.org/10.1016/j.ohrt.2016.12.007
Monash Centre for Health Policy School of Public Health, Sydney Medical School, The University of Sydney, Sydney, NSW, Australia
Prof A. G. Elshaug PhD, LMHC

USZ Universitäts Spital Zürich

Dokumentname / Autor / Abteilung / 3. Dezember 2019 60

60

u.a. ...

**Stärkung der Health literacy der Bevölkerung
Tatsächliche Implementierung von Shared decision making
Exzellentes Health Technology Assessment
Verminderung von Fehlanreizen**

SVR GESUNDHEIT **Was jetzt getan werden kann ...**

- „Mehr Geld“ ist allein keine Lösung!
- Orientierung am medizinischen Bedarf:** weniger stationär, mehr ambulant, bedarfs- nicht angebotsinduziert
- Beendigung mengensteigernder Fehlanreize**
- Abbau eklatanter Überversorgung** im ambulanten fachspezialistischen und stationären Bereich
- Qualitätswettbewerb statt (unabgestimmter) Subvention von Überkapazitäten**
- Förderung regionaler, sektorenübergreifend integrierter, populationsbezogener Vernetzung**
- Gezielte Investition in Unterversorgungsbereiche:** z.B. Pflege, Palliativversorgung, sprechende Medizin ...
- Statt organisierter Verantwortungslosigkeit: Sicherstellung und Stärkung der Hausarztmedizin!**

Expertisenkatalog zur Begleitung der Entwicklung im Gesundheitswesen

USZ Universitäts Spital Zürich

Dokumentname / Autor / Abteilung / 3. Dezember 2019 61

61



UniversitätsSpital Zürich

Dokumentname / Autor / Abteilung / 3. Dezember 2019 62

62

Eco 18.48

Kanadische Ärzte wehren sich gegen Gehaltserhöhung

Mehr als 700 Allgemeinmediziner und Fachärzte haben eine Petition unterzeichnet - sie wollen nicht mehr verdienen, sondern dass mehr Geld in Personal und Versorgung investiert wird.

Kanadas Ärzte wehren sich gegen ihre Verdienstsituation: Wie der britische Sender "CNN" berichtet, haben sich Mediziner in einer Petition gegen eine Gehaltserhöhung ausgesprochen. Der Hintergrund: Gemäß einer Einigung mit der Verwaltung von Quebec sollen die Ärzte in der Provinz 700 Millionen Dollar mehr Bezahlung erhalten. Die Ärzte protestieren dagegen und sprechen sich dafür aus, dass das Geld anderweitig verwendet wird.

Konkret fordern die Unterzeichner der Petition, dass die finanziellen Mittel dazu aufgewendet werden, um mehr Pflegepersonal einzustellen und den Patienten hinsichtlich der Kosten der jeweiligen medizinische Versorgung entgegen zu kommen. Die 700 Millionen Dollar würden für die insgesamt 10.000 betroffenen Ärzte der Provinz eine Erhöhung von 1,4 Prozent bedeuten.

UniversitätsSpital Zürich

Dokumentname / Autor / Abteilung / 3. Dezember 2019 63

63

Wo wir auf keinen Fall sparen sollten?

Was ist uns wirklich wichtig?

Im Leben?

Wenn wir krank sind?

Wie wollen Sie sterben?

UniversitätsSpital Zürich / 03.12.2019 64

64

Förderung von Shared decision Making (SDM)/Advance Care Planning (ACP) als gute patientenorientierte Medizin

Viewpoint: The New Era of Informed Consent: Getting to a Reasonable-Patient Standard Through Shared Decision Making. JAMA May 17, 2016; Volume 315, Number 19

Spital

65

Decision aids to help people who are facing health treatment or screening decisions

Published: 12 June 2017

Review question: Who is talking about the article?

- <https://decisionaid.ohri.ca/>
- Auch für einige innovative Felder
- Weniger Operationen, eher effekt-/nebenwirkungsärmere Massnahmen...

UniversitätsSpital Zürich 66

66

also wie Ärztinnen und Ärzte selbst entscheiden

Nur---- Ärzte neigen dazu, ihren Patienten Behandlungen mit höheren Risiken zu empfehlen, als diese selbst (incl. Angehörige) eingehen.

How Doctors Die

It's Not Like the Rest of Us, But It Should Be

Eingriff	% risikoadj. Gesamtbevölkerung
Tonsillektomie	+46%
Curettege	+19%
Cholezystektomie	+84%
Hämorrhoidektomie	+83%
Hysterektomie	+58%
Herniorrhaphie	+53%
Appendektomie	-8%

67

67

Reanimation



Im virtuellen TV-Emergency Room sind Reanimationen zu 75% -90 % erfolgreich...

UniversitätsSpital Zürich

68

Und in der Realität...

UniversitätsSpital Zürich

/ 03.12.2019 69

69

Reanimation bei...	Patienten, die überleben und das Spital verlassen	Patienten, die mit schwerem Hirnschaden überleben	Patienten, die sterben
Patienten ohne Vorerkrankung	19 von 100	24 von 100	81 von 100

	Europa Mittelwert und 95% - CI (%)	Schweiz Mittelwert (%)
Reanimationsmassnahmen durch professionelle Nothelfer	67 (34 - 96)	71
Herz-Kreislaufstillstand kardialer Ursache	75 (48 - 92)	71
Beobachteter Kollaps	67 (46 - 89)	69

Resultate bei Patienten mit beobachtetem Kollaps und Reanimationsmassnahmen durch professionelles Nothelferteam

Spontaner Kreislauf wiederhergestellt	38 (31 - 65)	31
Überleben bis Spitalaustritt	7,4 (0 - 23)	3,4
Überleben nach 1 Jahr	5,1 (0 - 16)	0,3

Wenn man alle Patienten zusammennimmt, die im Spital einen Herz-Kreislauf-Stillstand erleiden, zeigen die Daten, dass von 100 Patienten, die im Spital reanimiert werden, 17 Patienten das Spital verlassen können, 83 Patienten sterben trotz professioneller Herz-Kreislauf-Wiederbelebung.

statische Daten zeigen, dass von 100 überlebenden, 13 Patienten (13%) sind wie zuvor oder lediglich leicht beeinträchtigt. 87 Patienten (87%) tragen einen schweren Hirnschaden davon.

UniversitätsSpital Zürich

70

Choosing wisely richtig verstanden

Choosing Wisely

Promoting conversations between patients and clinicians

The American Occupational Therapy Association, Inc. has released its first list of recommendations

Choosing Wisely is an initiative of the ABIM Foundation that seeks to advance a national dialogue on avoiding unnecessary medical tests, treatments and procedures. Read more about the campaign.

UPDATES FROM THE FIELD

Monthly updates on organizations advancing Choosing Wisely.

Get the Choosing Wisely app!

UniversitätsSpital Zürich

/ 03.12.2019 71

71

Choosing Wisely
An initiative of the ABIM Foundation

NEWS CONTACT US

Our Mission Clinician Lists For Patients Getting Started Success Stories

...ing a national dialogue around avoiding unnecessary medical tests and treatments

Our Mission

To promote conversations between clinicians and patients by helping patients choose care that is:

- Supported by evidence
- Not duplicative of other tests or procedures already received
- Free from harm
- Truly necessary

Beginning in 2012, national organizations representing medical specialists have asked their members to identify tests or procedures commonly used in their field whose necessity should be questioned and discussed. This call to action has resulted in "specialty-specific lists of "Things Providers and Patients Should Question."

To help patients engage their health care provider in these conversations and empower them to ask questions about what tests and procedures are right for them, patient-friendly materials were created based on the specialty societies' lists of recommendations of tests and treatments that may be unnecessary.

Our Success Stories detail ways in which clinicians are implementing the campaign in their practice and how patients are avoiding unnecessary care.

Note: Choosing Wisely recommendations should not be used to establish coverage decisions or exclusions. Rather, they are meant to spur conversation about what is appropriate and necessary treatment. As each patient situation is unique, providers and patients should use the recommendations as guidelines to determine an appropriate treatment plan together.

UNIVERSITÄT ZÜRICH

03.12.2019 72

72

Shared Decision making zum «Deprescribing»

Institut für Hausarztmedizin Zürich, Universität Zürich;
Abteilung Klinische Ethik, Universitätsspital Zürich und Universität Zürich*

*Stefan Neuner-Jehle, Tanja Krones, Oliver Senn

Systematisches Weglassen verschriebener Medikamente ist bei polymorbiden Hausarzt-patienten akzeptiert und machbar

Eine Pilotstudie zur Polypharmazie in Schweizer Hausarztpraxen

Systematic Deprescribing of Medicaments is Accepted and Feasible Among Polymorbid Family Medicine Patients

Wir adaptierten einen aus der Geriatrie stammenden Algorithmus für systematisches Weglassen verschriebener Medikamente (Good Palliative Geriatric Practice) und testeten dessen Praktikabilität und Akzeptanz bei 14 Hausärzten und 63 Patienten mit insgesamt 523 verschriebenen Medikamenten. Infolge der Intervention wurden 13% aller Medikamente verändert und 9% abgesetzt, meist (56%) aufgrund fehlender Indikation. In 75% der Fälle stimmte der Entscheid des Patienten, ob ein Medikament zu ändern sei, mit der Empfehlung des Arztes überein. Akzeptanz und Praktikabilität des Instrumentes wurden von den Ärzten hoch bewertet. Diese Pilotstudie schafft die Voraussetzungen für eine randomisiert-kontrollierte Wirksamkeitsstudie mit klinischen Endpunkten, einem Langzeitverlauf und die Exploration der Patientenperspektive.

UNIVERSITÄTSSPITAL ZÜRICH

73

Win Win: «The multi- million dollar conversation»

Published in final edited form as:
Arch Intern Med. 2009 March 9; 169(5): 480-488. doi:10.1001/archinternmed.2008.587.

Health Care Costs in the Last Week of Life: Associations with End of Life Conversations

Bachul Zhang¹, Alexi A. Wright^{1,2}, Haiden A. Huskamp³, Matthew E. Nilsson¹, Matthew L. Maciejewski^{4,5}, Craig C. Earle⁶, Susan D. Block^{1,7,8}, Paul K. Maciejewski⁹, and Holly G. Prigerson^{1,7,8}

35% weniger Kosten bei Patienten, bessere Lebens- und Sterbensqualität

National Healthcare Decisions Day
April 16th

Advance Care Planning / Behandlung im Voraus Planen: Konzept zur Förderung einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung

Juristische, theologische und medizinische Perspektiven

von Höffing, Wolfram | Otten, Thomas | Schwitten, Jürgen in der
Reihe Buch | Hartmann, Siegfried | 207 Seiten | Deutsch
Nomos Verlagsges.MBH • Co | 2019

UNIVERSITÄTSSPITAL ZÜRICH

74

HEALTH FOR ALL. EVERYWHERE.

UNIVERSAL HEALTH COVERAGE DAY

UNIVERSITÄTSSPITAL ZÜRICH

75

‘weder die Wissenschaft noch die Ökonomie (noch das Recht oder die Ethik TK) wird uns den Schmerz der Entscheidung abnehmen. Das beste was wir hoffen können, ist es, den Prozess zu verbessern, durch den wir Entscheidungen fällen’

Rudolf Klein

