

Darf es auch weniger sein?

Im Korridor zwischen Defensivmedizin und Unterversorgung

Prof. Dr. Dr. Daniel Strech

IQWiG Herbstsymposium 2012, Köln



Medizinische Hochschule
Hannover

Schnelle Antwort: „Es muss weniger sein“ ! (?)

- In Gesundheitssystemen weltweit (inkl. Deutschland) findet sich neben Unterversorgung auch z.T. Über- und Fehlversorgung

Schnelle Antwort: „Es muss weniger sein“ ! (?)

- In Gesundheitssystemen weltweit (inkl. Deutschland) findet sich neben Unterversorgung auch z.T. Über- und Fehlversorgung

Cancer Screening Among Patients With Advanced Cancer

Camelia S. Sima, MD, MS

Katherine S. Panageas, DrPH

Deborah Schrag, MD, MPH

Context Cancer screening has been integrated into routine primary care but does not benefit patients with limited life expectancy.

Objective To evaluate the extent to which patients with advanced cancer continue to be screened for new cancers.

Conclusion A sizeable proportion of patients with advanced cancer continue to undergo cancer screening tests that do not have a meaningful likelihood of providing benefit.

JAMA. 2010;304(14):1584-1591

www.jama.com

Schnelle Antwort: „Es muss weniger sein“ ! (?)

- Anwendung medizinischer Maßnahmen, die mehr schaden als nutzen („Netto-Schaden“)

Schnelle Antwort: „Es muss weniger sein“ ! (?)

- Anwendung medizinischer Maßnahmen, die mehr schaden als nutzen („Netto-Schaden“)

- Medizinethik: Nicht-Schadens Gebot
 - Primum nil nocere

Schnelle Antwort: „Es muss weniger sein“ ! (?)

- Anwendung medizinischer Maßnahmen, die mehr schaden als nutzen („Netto-Schaden“)

- Medizinethik: Nicht-Schadens Gebot
 - Primum nil nocere
 - Übrigens: Kein Bedarf an ökonomischer Begründung

Schnelle Antwort: „Es muss weniger sein“ ! (?)

- Anwendung medizinischer Maßnahmen, die mehr schaden als nutzen („Netto-Schaden“)

- Medizinethik: Nicht-Schadens Gebot
 - Primum nil nocere
 - Übrigens: Kein Bedarf an ökonomischer Begründung

Wenn es so einfach wäre ...

Schnelle Antwort: „Es muss weniger sein“ ! (?)

Cancer Screening Among Patients With Advanced Cancer

Camelia S. Sima, MD, MS

Katherine S. Panageas, DrPH

Deborah Schrag, MD, MPH

Context Cancer screening has been integrated into routine primary care but does not benefit patients with limited life expectancy.

Objective To evaluate the extent to which patients with advanced cancer continue to be screened for new cancers.

Conclusion A sizeable proportion of patients with advanced cancer continue to undergo cancer screening tests that do not have a meaningful likelihood of providing benefit.

JAMA. 2010;304(14):1584-1591

www.jama.com

Komplexere Antwort

Komplexere Antwort

- a) Man kann sinnvoll und ethisch vertretbar davon sprechen, dass eine bestimmte medizinische Maßnahme einen „Netto-Schaden“ für Patienten hat.

Komplexere Antwort

- a) Man kann sinnvoll und ethisch vertretbar davon sprechen, dass eine bestimmte medizinische Maßnahme einen „Netto-Schaden“ für Patienten hat.
- b) Die Festlegung „Netto-Schaden“ ist z.T. abhängig von Werturteilen (der Patienten),

Komplexere Antwort

- a) Man kann sinnvoll und ethisch vertretbar davon sprechen, dass eine bestimmte medizinische Maßnahme einen „Netto-Schaden“ für Patienten hat.
- b) Die Festlegung „Netto-Schaden“ ist z.T. abhängig von Werturteilen (der Patienten),
... aber sollte dennoch z.T. von kompetenten Instanzen stellvertretend für Patienten getroffen werden.

Komplexere Antwort

- a) Man kann sinnvoll und ethisch vertretbar davon sprechen, dass eine bestimmte medizinische Maßnahme einen „Netto-Schaden“ für Patienten hat.
- b) Die Festlegung „Netto-Schaden“ ist z.T. abhängig von Werturteilen (der Patienten),
... aber sollte dennoch z.T. von kompetenten Instanzen stellvertretend für Patienten getroffen werden.
- c) Diese „stellvertretenden“ Festlegungen sollten Qualitätskriterien einer prozeduralen Gerechtigkeit erfüllen

Komplexere Antwort

- a) Man kann sinnvoll und ethisch vertretbar davon sprechen, dass eine bestimmte medizinische Maßnahme einen „Netto-Schaden“ für Patienten hat.
 - b) Die Festlegung „Netto-Schaden“ ist z.T. abhängig von Werturteilen (der Patienten),
... aber sollte dennoch z.T. von kompetenten Instanzen stellvertretend für Patienten getroffen werden.
 - c) Diese „stellvertretenden“ Festlegungen sollten Qualitätskriterien einer prozeduralen Gerechtigkeit erfüllen
- Wenn A-C richtig sind, dann „sollte es weniger sein“,
... aber für eine erfolgreiche Umsetzung müssen alle an einem Strang ziehen!

Komplexere Antwort

- a) Man kann sinnvoll und ethisch vertretbar davon sprechen, dass eine bestimmte medizinische Maßnahme einen „Netto-Schaden“ für Patienten hat.
 - b) Die Festlegung „Netto-Schaden“ ist z.T. abhängig von Werturteilen (der Patienten),
... aber sollte dennoch z.T. von kompetenten Instanzen stellvertretend für Patienten getroffen werden.
 - c) Diese „stellvertretenden“ Festlegungen sollten Qualitätskriterien einer prozeduralen Gerechtigkeit erfüllen
- Wenn A-C richtig sind, dann „sollte es weniger sein“,
... aber für eine erfolgreiche Umsetzung müssen alle an einem Strang ziehen!

Netto-Schaden (für Patienten)

- Wenn der potentielle Schaden den potentiellen Nutzen überwiegt
 - Abhängig von **A) Größe** und **B) Wahrscheinlichkeit** des Nutzens und des Schadens
 - und **C) der Glaubwürdigkeit (Validität)** der jeweiligen empirischen Nachweise

Netto-Schaden (für Patienten)

- Wenn der potentielle Schaden den potentiellen Nutzen überwiegt
 - Abhängig von **A) Größe** und **B) Wahrscheinlichkeit** des Nutzens und des Schadens
 - und **C) der Glaubwürdigkeit (Validität)** der jeweiligen empirischen Nachweise

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Lessons from the Mammography Wars

Kerianne H. Quanstrum, M.D., and Rodney A. Hayward, M.D.

The controversy was predictable.

Since 2002, annual mammograms had been recommended for women 40 years of age or older.² Suddenly, an independent, government-funded panel was suggesting that this schedule might be too much — that less, in fact, might be better.

Netto-Schaden (Äpfel vs. Äpfel)

□ Fiktive Früherkennungsmaßnahme

- **Nutzen:** Reduktion des individuellen Risikos an Krankheit X innerhalb der nächsten 20 Jahre zu sterben = 0,1%

Netto-Schaden (Äpfel vs. Äpfel)

□ Fiktive Früherkennungsmaßnahme

- **Nutzen:** Reduktion des individuellen Risikos an Krankheit X innerhalb der nächsten 20 Jahre zu sterben = 0,1%
- **Schaden:** Wahrscheinlichkeit aufgrund von Komplikationen der Früherkennungsuntersuchung oder Folgeuntersuchungen innerhalb der nächsten 20 Jahre zu sterben = 0,5%

Netto-Schaden (Äpfel vs. Birnen)

□ Fiktive Früherkennungsmaßnahme

- **Nutzen:** Reduktion des individuellen Risikos an Krankheit X innerhalb der nächsten 20 Jahre zu sterben = 0,1%

- ODER: 1%, 0,01%, 0,0001%

- **Schaden** (wegen Über-/Fehldiagnosen):
Wahrscheinlichkeit nutzlose Folgeuntersuchungen (z.B. Gewebebiopsien) und präventive Maßnahmen erdulden zu müssen (Z.B. Medikamente mit gastrointestinalen und zentralnervösen Nebenwirkungen) = 5%

- ODER: 50%, 0,5%

Komplexere Antwort

- a) Man kann sinnvoll und ethisch vertretbar davon sprechen, dass eine bestimmte medizinische Maßnahme „keinen Netto-Patientennutzen“ hat.
 - b) Die Festlegung „kein Netto-Patientennutzen“ ist z.T. abhängig von Werturteilen (der Patienten),
... aber sollte dennoch z.T. von kompetenten Instanzen stellvertretend für Patienten getroffen werden.
 - c) Diese „stellvertretenden“ Festlegungen sollten Qualitätskriterien einer prozeduralen Gerechtigkeit erfüllen
- Wenn A-C richtig sind, dann „sollte es sogar weniger sein“,
... aber für eine erfolgreiche Umsetzung müssen alle an einem Strang ziehen!

Informierte Patienteneinwilligung

Informierte Patienteneinwilligung

- These: Man sollte die Abwägung von Nutzen und Schaden immer dem angemessenen **informierten** Patienten überlassen
 - Medizinethik: Respekt der Patientenautonomie

Informierte Patienteneinwilligung

- These: Man sollte die Abwägung von Nutzen und Schaden immer dem angemessenen **informierten** Patienten überlassen
 - Medizinethik: Respekt der Patientenautonomie

- Einwände
 - Begrenzte Kompetenz der Patienten
 - Begrenzte Kompetenz der aufklärenden Ärzte

Informierte Patienteneinwilligung

- These: Man sollte die Abwägung von Nutzen und Schaden immer dem angemessenen **informierten** Patienten überlassen
 - Medizinethik: Respekt der Patientenautonomie

- Einwände
 - Begrenzte Kompetenz der Patienten
 - Begrenzte Kompetenz der aufklärenden Ärzte

- Siehe: IGeL Debatte im Bundesrat
 - Warum „24 Stunden Bedenkzeit“?

Analogie: Forschungsethik

Analogie: Forschungsethik

- ▣ Leitprinzip: Informierte Einwilligung

Analogie: Forschungsethik

- Leitprinzip: Informierte Einwilligung

- ABER: Allein nicht ausreichend!
 - Nutzen-Schaden Abwägung durch unabhängiges Gremium (z.B. Ethikkommission und/oder Bundesoberbehörde)

Analogie: Forschungsethik

- Leitprinzip: Informierte Einwilligung

- ABER: Allein nicht ausreichend!
 - Nutzen-Schaden Abwägung durch unabhängiges Gremium (z.B. Ethikkommission und/oder Bundesoberbehörde)
 - Faire Probandenauswahl (z.B. besondere Anforderungen beim Einschluss vulnerabler Gruppen)

Analogie: Forschungsethik

- Leitprinzip: Informierte Einwilligung

- ABER: Allein nicht ausreichend!
 - Nutzen-Schaden Abwägung durch unabhängiges Gremium (z.B. Ethikkommission und/oder Bundesoberbehörde)
 - Faire Probandenauswahl (z.B. besondere Anforderungen beim Einschluss vulnerabler Gruppen)
 - Evaluierung der Aufklärungsqualität (z.B. consent monitor)

- ▣ Abwägung von Nutzen und Schaden einzelner IGeL (nach 5 Bewertungstypen)
 - In diese Bewertungen fließen „subjektive Wertmaßstäbe“ ein

	Keine Hinweise auf Nutzen	Hinweise auf geringen Nutzen	Belege für geringen Nutzen / Hinweise auf erheblichen Nutzen	Belege für erheblichen Nutzen
Keine Hinweise auf Schaden	unklar	tendenziell positiv	positiv	positiv
Hinweise auf geringen Schaden	tendenziell negativ	unklar	tendenziell positiv	positiv
Belege für geringen Schaden Hinweise auf erheblichen Schaden	negativ	tendenziell negativ	unklar	tendenziell positiv
Belege für erheblichen Schaden	negativ	negativ	tendenziell negativ	unklar

- „Wenn Sie beispielsweise einen Nutzen für wichtiger halten als wir, etwa weil Sie besondere Angst vor einer bestimmten Krankheit haben und auch die kleinste Chance auf ein frühes Erkennen ergreifen wollen, werden Sie am Ende den Nutzen vielleicht nicht als „gering“, sondern als „erheblich“ wahrnehmen. Dann werden Sie am Ende auch zu einer anderen Gesamtbewertung der IGeL kommen als wir“
- Bewertung „negativ“: z.B. Colon-Hydro-Therapie, Ultraschall der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung

About

Partners

Lists

Learn

Resources

- Helping patients choose (and encouraging physicians, and other health care stakeholders to think and talk about) medical tests and procedures that are:
 - Supported by evidence
 - Not duplicative of other tests or procedures already received
 - Truly necessary
 - Free from harm

- Helping patients choose (and encouraging physicians, and other health care stakeholders to think and talk about) medical tests and procedures that are:
 - Supported by evidence
 - Not duplicative of other tests or procedures already received
 - Truly necessary
 - Free from harm

- Top-5 Lists (der Überversorgung) für alle Fachgebiete

- ❑ **American Academy of Allergy, Asthma & Immunology**
- ❑ **American Academy of Family Physicians**
- ❑ **American College of Cardiology**
- ❑ **American College of Physicians**
- ❑ **American College of Radiology**
- ❑ **American Gastroenterological Association**
- ❑ **American Society of Clinical Oncology**
- ❑ **American Society of Nephrology**
- ❑ **American Society of Nuclear Cardiology**

- **American Academy of Allergy, Asthma & Immunology**
- **American Academy of Family Physicians**
- **American College of Cardiology**
- **American College of Physicians**
- **American College of Radiology**
- **American Gastroenterological Association**
- **American Society of Clinical Oncology**
- **American Society of Nephrology**
- **American Society of Nuclear Cardiology**
- American Academy of Hospice and Palliative Medicine
- American Academy of Neurology
- American Academy of Ophthalmology
- American Academy of Otolaryngology–Head and Neck Surgery
- American Academy of Pediatrics
- American College of Obstetricians and Gynecologists
- American College of Rheumatology
- American Geriatrics Society
- American Society for Clinical Pathology
- American Society of Echocardiography
- American Urological Association
- Society of Cardiovascular Computed Tomography
- Society of Hospital Medicine
- Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging
- Society of Thoracic Surgeons
- Society for Vascular Medicine
- American College of Surgeons
- American College of Chest Physicians
- American Headache Society
- American Society for Hematology
- American Society for Radiation Oncology

The “Top 5” Lists in Primary Care

Meeting the Responsibility of Professionalism

Arch Intern Med.

Published online May 23, 2011.

The “Top 5” Lists in Primary Care

Meeting the Responsibility of Professionalism

Arch Intern Med.

Published online May 23, 2011.

Top 5 List in Internal Medicine

1. Don't do imaging for low back pain within the first 6 weeks unless red flags* are present

- Imaging of the lumbar spine before 6 weeks does *not* improve outcomes but does increase costs
- Low back pain is the fifth most common reason for all physician visits

* Red flags include but are not limited to severe or progressive neurological deficits or when serious underlying conditions such as osteomyelitis are suspected
Sources: AHCPR and Cochrane

2. Don't obtain blood chemistry panels (eg, basic metabolic panel) or urinalyses for screening in asymptomatic, healthy adults

- Only lipid screening yielded significant numbers of positive results among asymptomatic patients
- Screen for type 2 diabetes mellitus in asymptomatic adults with hypertension

Source: USPSTF

3. Don't order annual ECGs or any other cardiac screening for asymptomatic, low-risk patients

- 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, overtreatment, and misdiagnosis
- Potential harms of this routine annual screening exceed the potential benefit

Table. Field Testers Who Agreed or Strongly Agreed on the Importance of the Clinical Activity

Practice Activity	Testing Group	Field Testers Who Agreed or Strongly Agreed on Importance, %				
		Frequency Encountered	Quality of Care	Economic Impact	Strength of Evidence	Ease of Implementation
		Family Medicine				
Imaging for low back pain	Alpha	55.5	51.8	85.1	100.0	70.3
	Beta	38.2	41.9	81.8	96.4	83.6
Routine laboratory studies	Alpha	74.1	37.0	59.2	70.3	48.1
Antibiotics for sinusitis	Beta	38.2	63.6	60.0	94.6	70.9
Annual ECGs	Alpha	44.4	40.7	48.1	92.6	88.9
	Beta	29.0	40.0	54.5	92.7	96.3

Komplexere Antwort

- a) Man kann sinnvoll und ethisch vertretbar davon sprechen, dass eine bestimmte medizinische Maßnahme einen „Netto-Schaden“ für Patienten hat.
 - b) Die Festlegung „Netto-Schaden“ ist z.T. abhängig von Werturteilen (der Patienten),
... aber sollte dennoch z.T. von kompetenten Instanzen stellvertretend für Patienten getroffen werden.
 - c) Diese „stellvertretenden“ Festlegungen sollten Qualitätskriterien einer prozeduralen Gerechtigkeit erfüllen
- Wenn A-C richtig sind, dann „sollte es weniger sein“,
... aber für eine erfolgreiche Umsetzung müssen alle an einem Strang ziehen!

Qualitätskriterien prozeduraler Gerechtigkeit^{1,2}

- Transparenz
- Konsistenz
- Begründung (durch Werturteile und Argumente)
- Partizipation
- Minimierung von Interessenkonflikten
- Offenheit für Revision und Einspruch
- Regulierung (zur Einhaltung der Qualitätskriterien)

1. Daniels N (2008) *Just health: meeting health needs fairly*. Cambridge UP
2. Strech D, Marckmann G (2012) Normative Versorgungsforschung, G & P

Komplexere Antwort

- a) Man kann sinnvoll und ethisch vertretbar davon sprechen, dass eine bestimmte medizinische Maßnahme einen „Netto-Schaden“ für Patienten hat.
 - b) Die Festlegung „Netto-Schaden“ ist z.T. abhängig von Werturteilen (der Patienten),
... aber sollte dennoch z.T. von kompetenten Instanzen stellvertretend für Patienten getroffen werden.
 - c) Diese „stellvertretenden“ Festlegungen sollten Qualitätskriterien einer prozeduralen Gerechtigkeit erfüllen
- Wenn A-C richtig sind, dann „sollte es weniger sein“,
... aber für eine erfolgreiche Umsetzung müssen alle an einem Strang ziehen!

Umsetzung von „Weniger ist Mehr“

□ Mögliche Barrieren

- Fehlendes Verständnis oder Misstrauen bei Ärzten
- Fehlendes Verständnis oder Misstrauen bei Patienten

Fehlendes Verständnis oder Misstrauen bei Patienten und/oder Ärzten

Fehlendes Verständnis oder Misstrauen bei Patienten und/oder Ärzten

Hintergrund

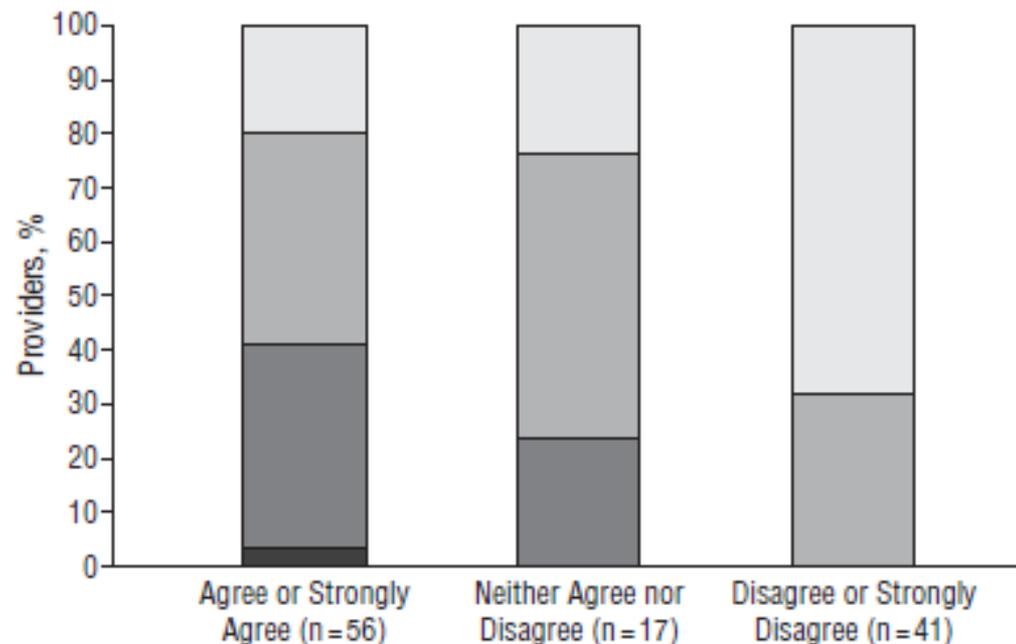
- ❑ US Preventive Services Task Force (USPSTF) in 2011: PSA-Test hat "Netto-Schaden"
- ❑ Anders: "American Cancer Society", "American Urological Association"
- ❑ Umfragestudie*

* Pollack CE et al. (2012) Archives of Internal Medicine

Fehlendes Verständnis oder Misstrauen bei Patienten und/oder Ärzten

Hintergrund

- ❑ US Preventive Services Task Force (USPSTF) in 2011: PSA-Test hat "Netto-Schaden"
- ❑ Anders: "American Cancer Society", "American Urological Association"
- ❑ Umfragestudie*



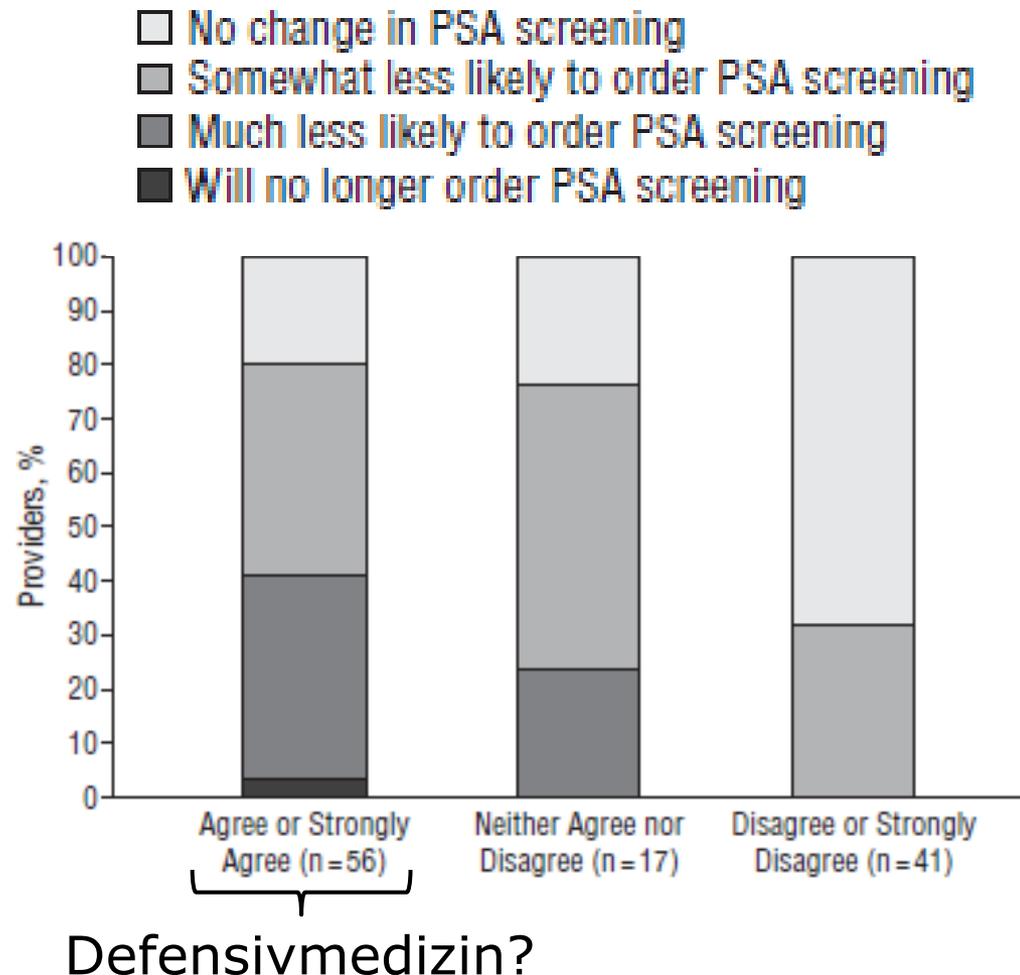
* Pollack CE et al. (2012) Archives of Internal Medicine

Fehlendes Verständnis oder Misstrauen bei Patienten und/oder Ärzten

Hintergrund

- US Preventive Services Task Force (USPSTF) in 2011: PSA-Test hat "Netto-Schaden"
- Anders: "American Cancer Society", "American Urological Association"
- Umfragestudie*

* Pollack CE et al. (2012) Archives of Internal Medicine



Barrieren bereits einmal durchgeführtes PSA
Screening zukünftig zu stoppen

Barrieren bereits einmal durchgeführtes PSA Screening zukünftig zu stoppen

- ❑ Patienten erwarten Fortführung: 75%
- ❑ Mangelnde Zeit um Änderungen zu erklären: 67%
- ❑ Angst vor Strafrechtshaftung: 54%
- ❑ Unwohlsein mit Evidenz-Unsicherheit: 43%
- ❑ Patienten könnten vermuten, der Arzt rationiert: 27%
- ❑ Patienten könnten vermuten, der Arzt hat sie "aufgegeben": 19%

1. Pollack CE et al. (2012) Archives of Internal Medicine

Wissen, Vorstellungen und Haltungen deutscher Hausärzte zum IQWiG, G-BA und zum Stellenwert der EbM im Versorgungsalltag

Forschungsauftrag des IQWiG

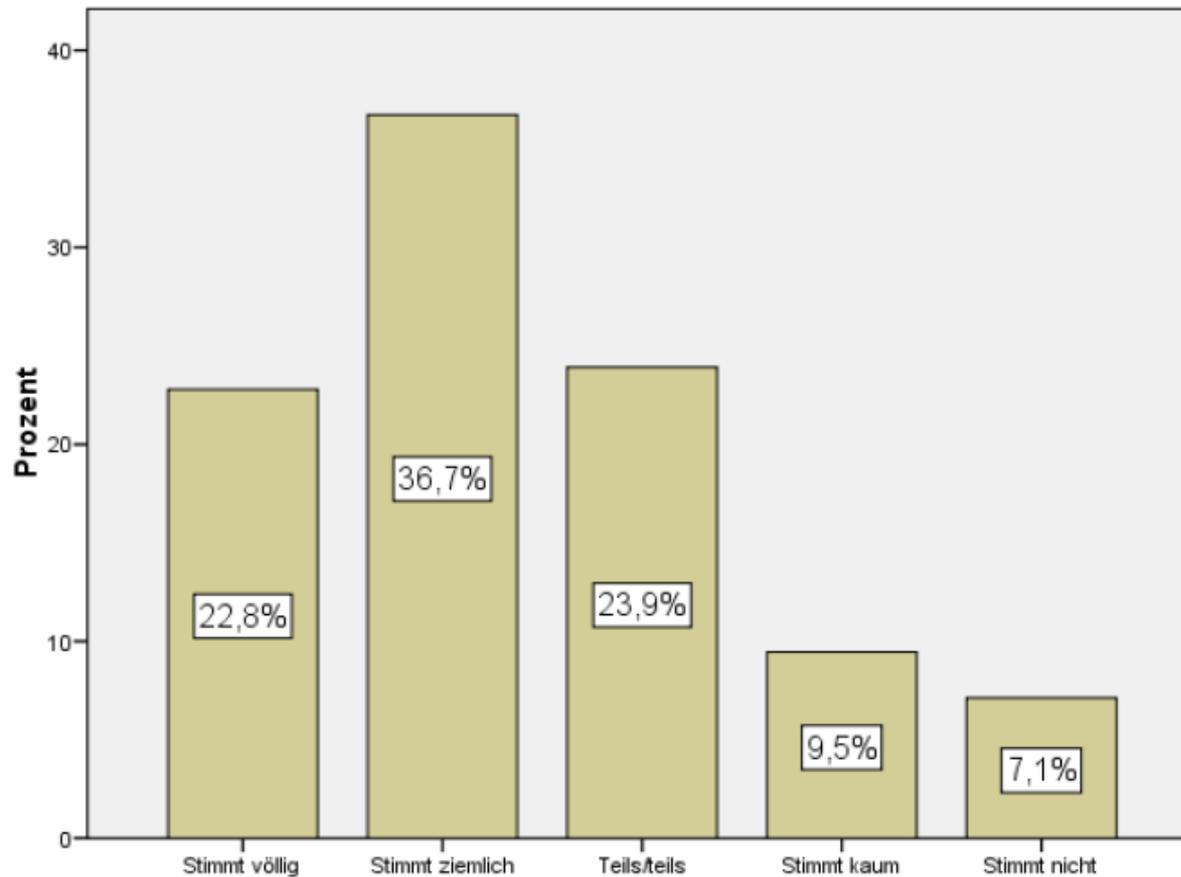
Ergebnisbericht (2009), Redaelli M, Simic D, Wilm S (Witten-Herdecke)

- Rücklauf: ca. 1.000 (= Response von ca. 30%)

https://www.iqwig.de/download/Arbeitspapier_Wissen_Vorstellungen_und_Haltungen_deutscher_Haus%C3%A4rzte.pdf

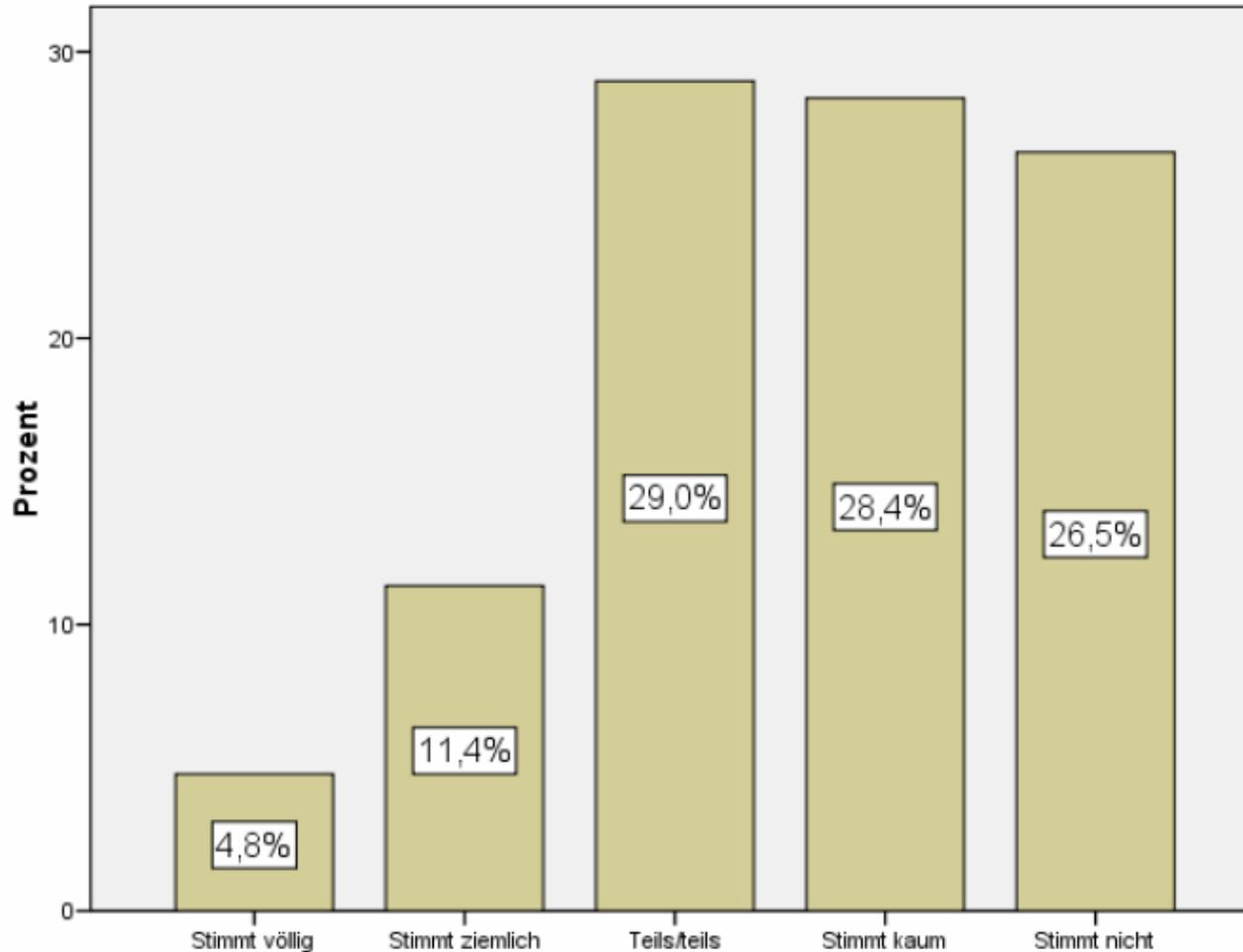
Das IQWiG untersucht, welche medizinischen Leistungen therapeutisch und diagnostisch sinnvoll sind

Das IQWiG untersucht, welche medizinischen Leistungen therapeutisch und diagnostisch sinnvoll sind



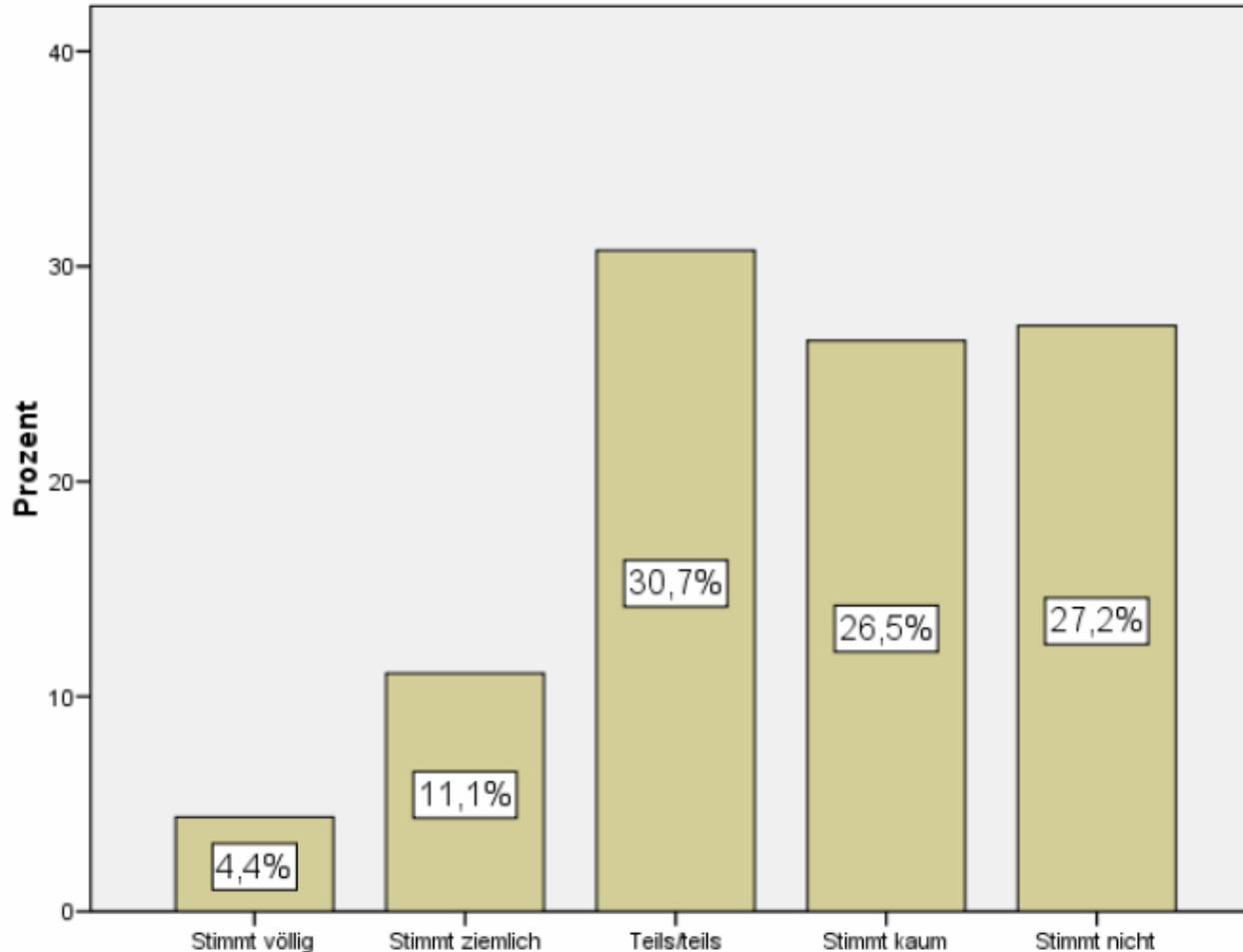
Das IQWiG unterstützt den Hausarzt bei der
Arzneimittelversorgung.

Das IQWiG unterstützt den Hausarzt bei der Arzneimittelversorgung.



Das IQWiG fördert mit seinen Empfehlungen
eine gute Patientenversorgung

Das IQWiG fördert mit seinen Empfehlungen eine gute Patientenversorgung



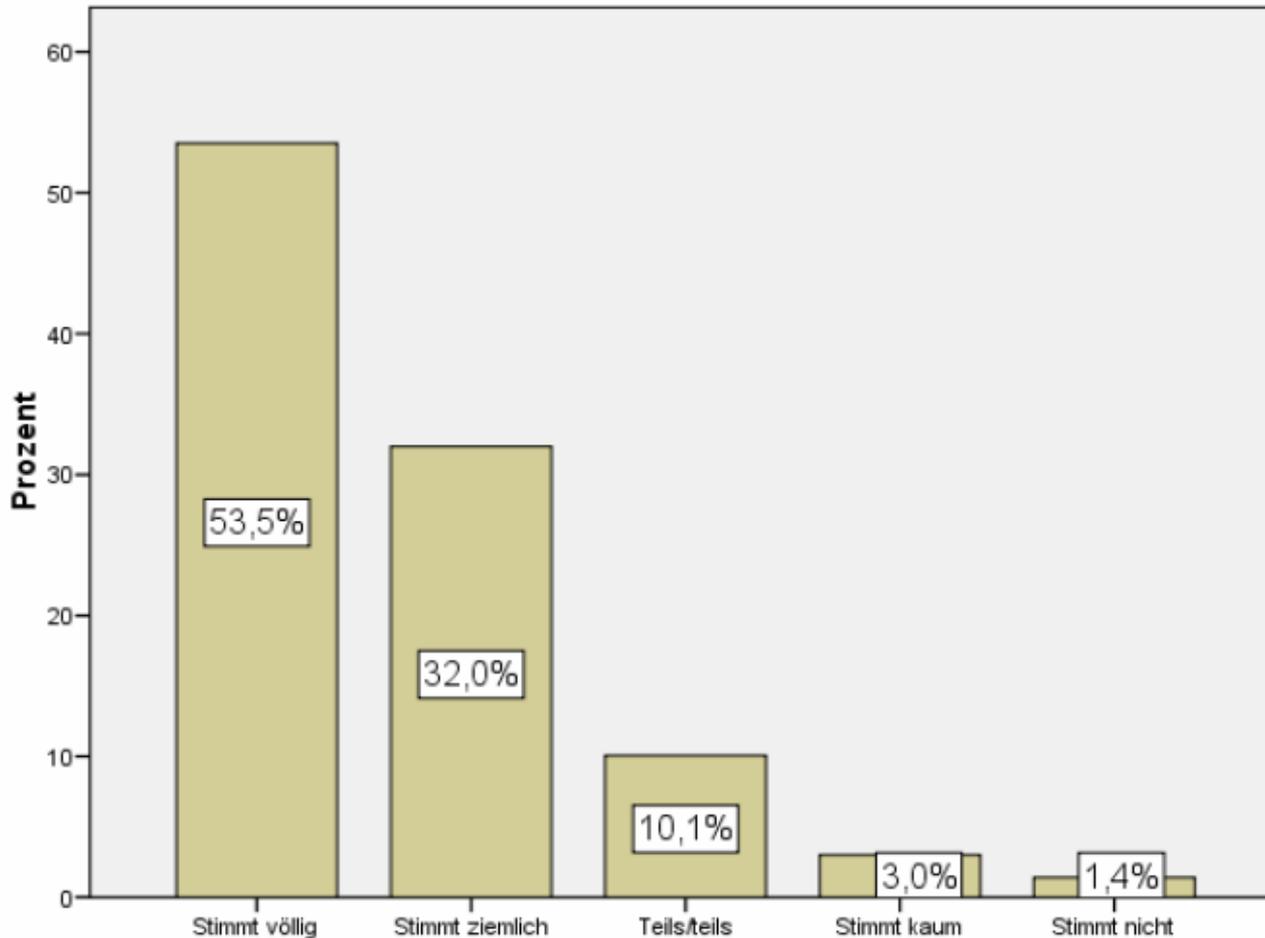
Wo liegt der Hase im Pfeffer?



Das IQWiG sollte die Begründungen für seine Empfehlungen transparenter darstellen.



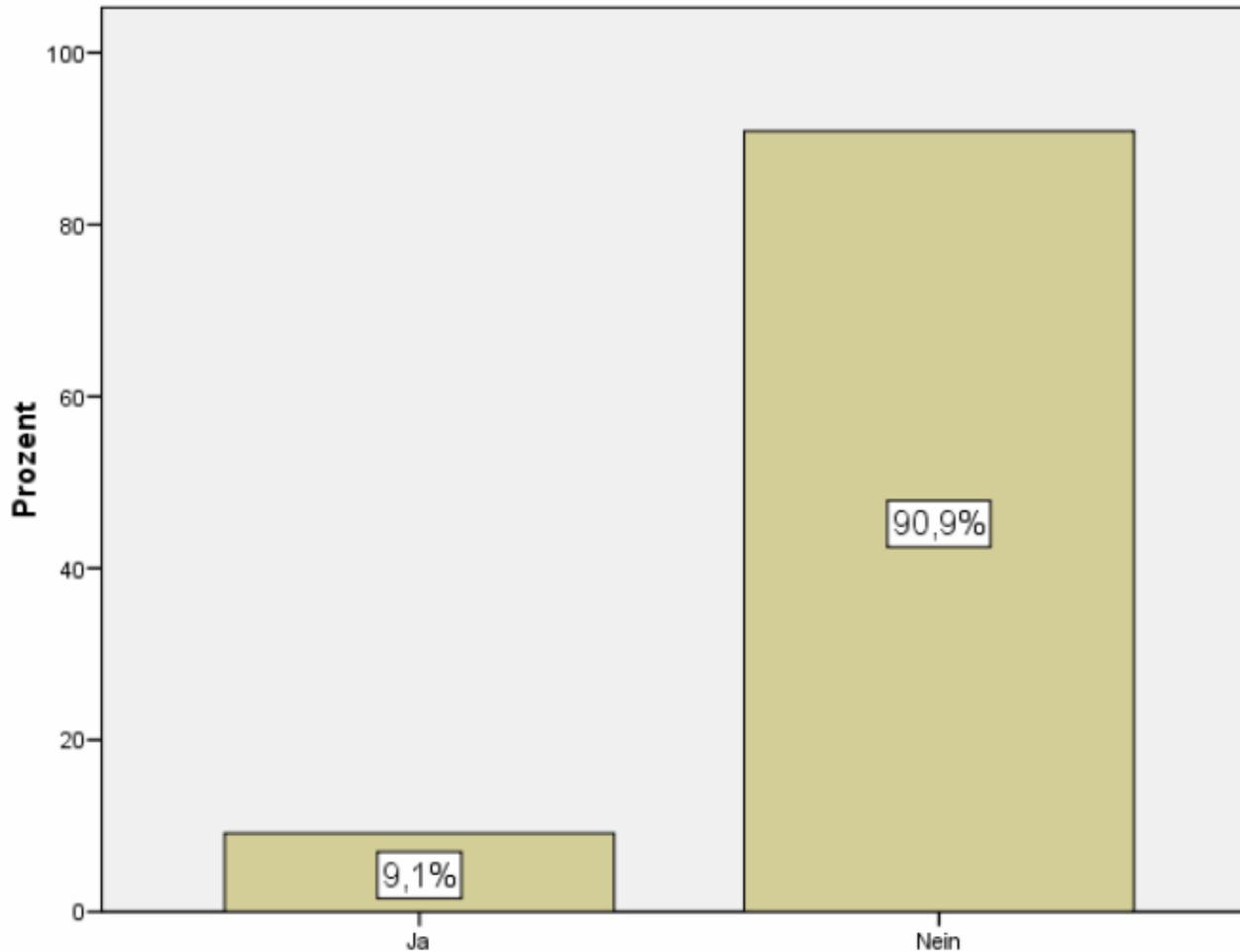
Das IQWiG sollte die Begründungen für seine Empfehlungen transparenter darstellen.



Haben Sie schon einmal die Seite
www.gesundheitsinformation.de besucht?



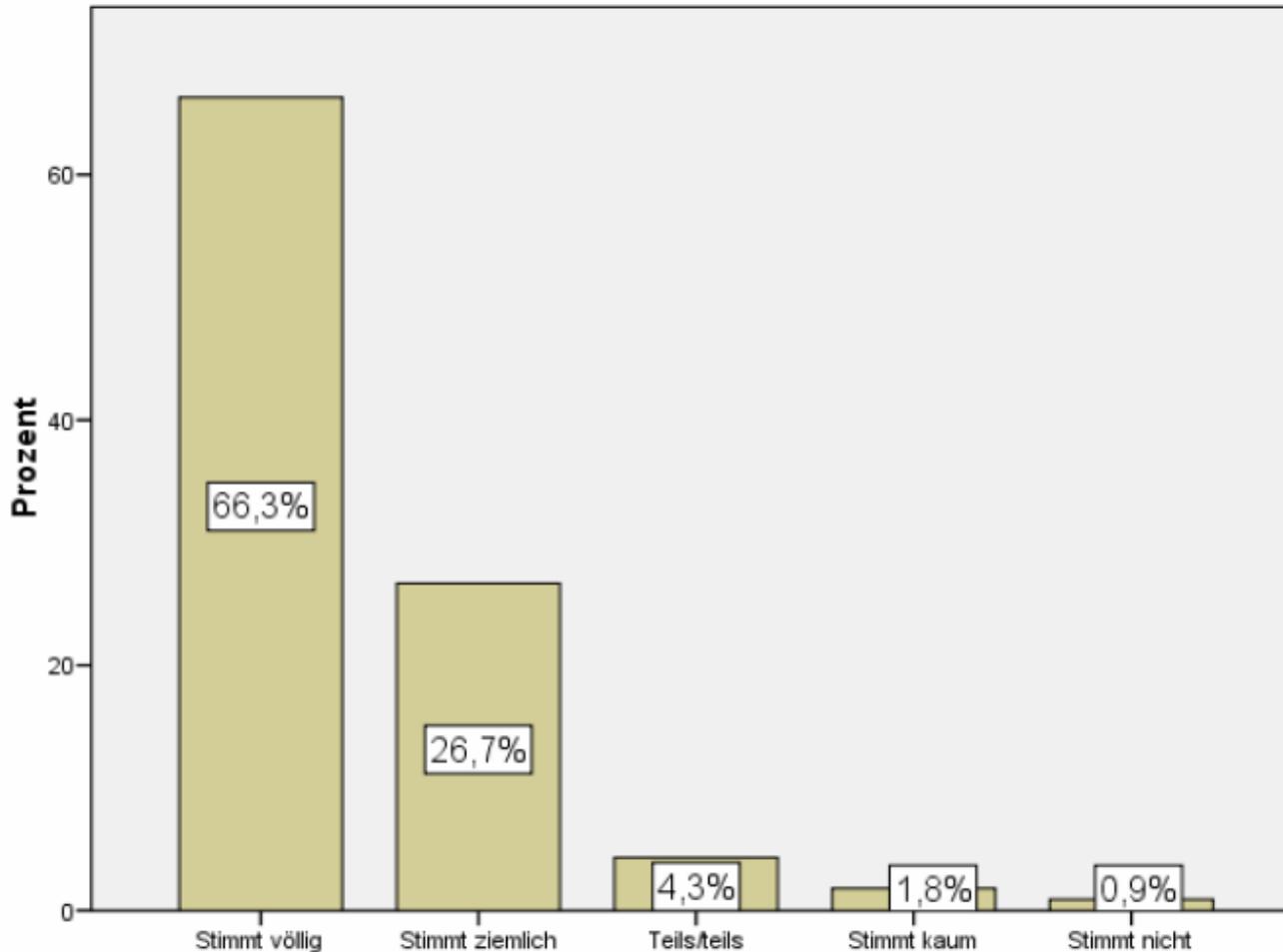
Haben Sie schon einmal die Seite
www.gesundheitsinformation.de besucht?



Das IQWiG sollte bei seinen Empfehlungen stärker die Situation der Hausärzte berücksichtigen.



Das IQWiG sollte bei seinen Empfehlungen stärker die Situation der Hausärzte berücksichtigen.



Fazit der Autoren

- „Ein Hauptergebnis der vorliegenden Studie ist die Erkenntnis, dass das IQWiG und der G-BA in der deutschen Hausärzteschaft derzeit ein starkes Imageproblem haben“

Fazit der Autoren

- „Ein Hauptergebnis der vorliegenden Studie ist die Erkenntnis, dass das IQWiG und der G-BA in der deutschen Hausärzteschaft derzeit ein starkes Imageproblem haben“
- „Solide Kenntnisse über das IQWiG und den G-BA [Struktur, Aufgaben, Rollen], sowie konsistente Kenntnis der EbM-Definition wiesen aber nur 12% der Teilnehmer auf“

Fazit der Autoren

- „Ein Hauptergebnis der vorliegenden Studie ist die Erkenntnis, dass das IQWiG und der G-BA in der deutschen Hausärzteschaft derzeit ein starkes Imageproblem haben“
- „Solide Kenntnisse über das IQWiG und den G-BA [Struktur, Aufgaben, Rollen], sowie konsistente Kenntnis der EbM-Definition wiesen aber nur 12% der Teilnehmer auf“
- „Betrachtet man die Korrelation zwischen Kenntnis und Haltung zu den Einrichtungen, so scheint solide Kenntnis zu EbM förderlich für eine positivere Haltung gegenüber Entscheidern und Steuerungsgremien zu sein“

Umsetzung von „Weniger ist Mehr“

Umsetzung von „Weniger ist Mehr“

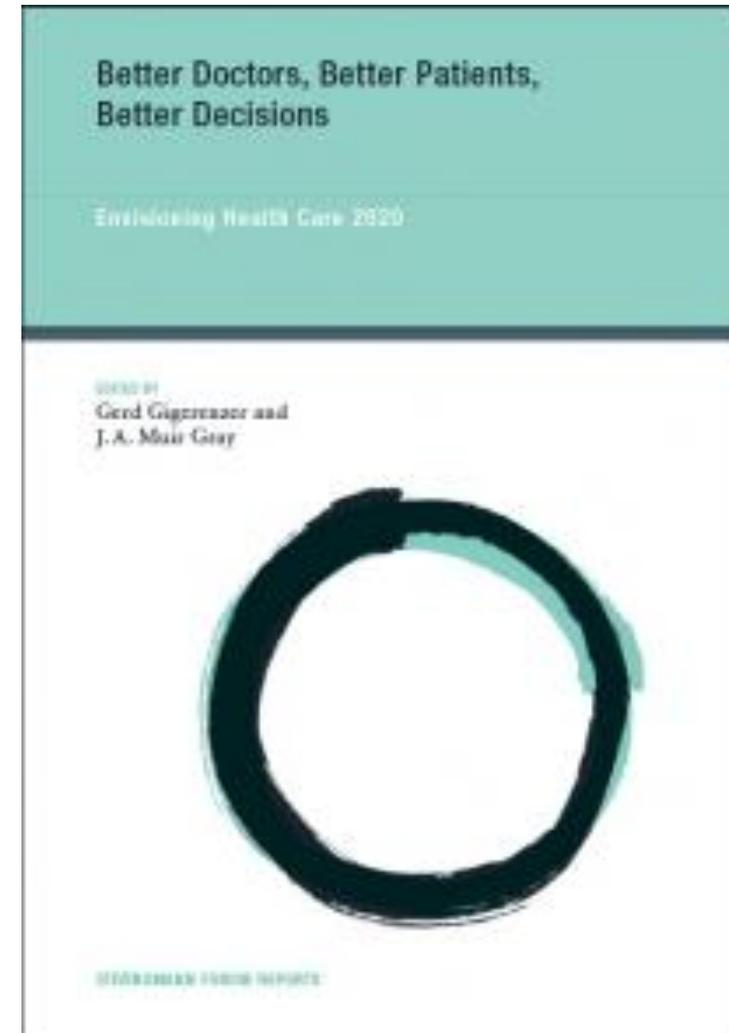
1. Ärztliche Fortbildung in Evidenz-basierter Medizin
 - Vertrauensaufbau zu Institutionen

Umsetzung von „Weniger ist Mehr“

1. Ärztliche Fortbildung in Evidenz-basierter Medizin
→ Vertrauensaufbau zu Institutionen
2. Neutrale Patienteninformation und Vertrauensaufbau (Transparenz)

Umsetzung von „Weniger ist Mehr“

1. Ärztliche Fortbildung in Evidenz-basierter Medizin
→ Vertrauensaufbau zu Institutionen
2. Neutrale Patienteninformation und Vertrauensaufbau (Transparenz)



Finanzielle Ressourcen, Teil 1

- Kosten sparen durch “Choosing Wisely”?

1. Kale MS et al. (2011) *Archives of Internal Medicine*

Finanzielle Ressourcen, Teil 1

- Kosten sparen durch “Choosing Wisely”?
- “We examined the frequency and associated costs of these activities using a national sample of ambulatory care visits”¹

1. Kale MS et al. (2011) *Archives of Internal Medicine*

Finanzielle Ressourcen, Teil 1

- Kosten sparen durch “Choosing Wisely”?
- “We examined the frequency and associated costs of these activities using a national sample of ambulatory care visits”¹
 - “Top-5” Lists top \$5 Billion!

1. Kale MS et al. (2011) *Archives of Internal Medicine*

Finanzielle Ressourcen, Teil 2

„Ulmer Papier“ der Bundesärztekammer (Mai 2008)

Medizinische Hochschule
Hannover

Finanzielle Ressourcen, Teil 2

„Ulmer Papier“ der Bundesärztekammer (Mai 2008)

4. Mit Mittelknappheit verantwortungsbewusst umgehen

- **Budgetmedizin ist zu beenden**

Die völlig unzureichenden Budgets zur Finanzierung des Gesundheitswesens haben zu Wartelisten, Unterversorgung und Rationierung geführt. Die Ärzteschaft kann nur noch Sorge dafür tragen, die knappen Mittel möglichst effizient für die Patienten einzusetzen. Durch Rationalisierung lässt sich Rationierung jedoch nicht mehr umgehen. Dies muss transparent gemacht werden.

Finanzielle Ressourcen, Teil 2

„Ulmer Papier“ der Bundesärztekammer (Mai 2008)

4. Mit Mittelknappheit verantwortungsbewusst umgehen

- Budgetmedizin ist zu beenden

Die völlig unzureichenden Budgets zur Finanzierung des Gesundheitswesens haben zu Wartelisten, Unterversorgung und Rationierung geführt. Die Ärzteschaft kann nur noch Sorge dafür tragen, die knappen Mittel möglichst effizient für die Patienten einzusetzen. Durch Rationalisierung lässt sich Rationierung jedoch nicht mehr umgehen. Dies muss transparent gemacht werden.

□ Rationierung in Zeiten von Überversorgung?

- Strech D, Danis M (in press) How can bedside rationing be justified despite coexisting inefficiency? *Journal of Medical Ethics*

Fazit

- Legitimität von „Weniger ist Mehr“
 - Prozedere: Ermittlung/Vermittlung des Netto-Schadens
 - Prozedere: Ermittlung/Vermittlung des marginalen Nutzens

Fazit

- Legitimität von „Weniger ist Mehr“
 - Prozedere: Ermittlung/Vermittlung des Netto-Schadens
 - Prozedere: Ermittlung/Vermittlung des marginalen Nutzens

- Barrieren der Umsetzung
 - Grundsätzlich: Erst Kompetenz, dann Vertrauen
 - Grundsätzlich: Erst bei ÄrztInnen, dann bei PatientInnen

Fazit

- Legitimität von „Weniger ist Mehr“
 - Prozedere: Ermittlung/Vermittlung des Netto-Schadens
 - Prozedere: Ermittlung/Vermittlung des marginalen Nutzens

- Barrieren der Umsetzung
 - Grundsätzlich: Erst Kompetenz, dann Vertrauen
 - Grundsätzlich: Erst bei ÄrztInnen, dann bei PatientInnen

- Debatte zum Abbau der Überversorgung
 - Auftakt zum Anstoß einer deutschen Choosing Wisely Aktion: EbM-Kongress „Entscheiden trotz Unsicherheit“
 - Berlin, 14-16. März 2013

*Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!*

Prof. Dr. Dr. Daniel Strech

IQWiG Herbstsymposium 2012, Köln



Medizinische Hochschule
Hannover