



**Universität
Zürich^{UZH}**

Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte

Im Namen der Patienten – Ethik im Gesundheitswesen Ärzte und Patienten im Dilemma von «Wollen» und «Sollen»

«Wirtschaft und Werte – Orientierung und Perspektiven»

Forum Kirche und Wirtschaft

Kloster Kappel, 8. November 2017

Prof. Dr. med. Dr. phil. Nikola Biller-Andorno

Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte

Universität Zürich



- Wohlhabendes Land
- Hohe Lebenserwartung und Lebensqualität
- Universeller Zugang zum Gesundheitswesen
- Umfassende Grundversorgung
- Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem





Universität
Zürich^{UZH}

Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte

Aber:

Kosten!

„Value“, „Return On Investment“?

Qualität: Daten, Transparenz?

Nachhaltigkeit? Opportunitätskosten? Fairness?





- Wieviel *sollen* wir für die Gesundheitsversorgung ausgeben? x% BIP?
- Anhand welcher Kriterien *soll* die Qualität der Gesundheitsversorgung gemessen werden?
- *Darf* einem Patienten die Erstattung einer extrem teuren Therapie verweigert werden?
- Wie *sollen* ärztliche Leistungen vergütet werden?

➤ Werte, Prinzipien, Normen

ETHIK

Wissen
Können
Wollen



Sollen



„Das ärztliche Handeln steht auf zwei Säulen: einerseits der naturwissenschaftlichen Erkenntnis und dem technischen Können, andererseits auf dem Ethos der Humanität.“

(Karl Jaspers: Die Idee des Arztes, Schweizerische Ärztezeitung, 1953)

Wissenschaftliche Erkenntnis

Technisches Können

Ethos



Ethik

Die **Medizinethik** hat die Moral in der Medizin zum Gegenstand. Sie untersucht das moralische Denken und Verhalten in Bezug auf die Behandlung menschlicher Krankheit und die Förderung menschlicher Gesundheit und fragt nach dem moralisch Gewünschten und Gesollten im Umgang mit menschlicher Krankheit und Gesundheit.

wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/medizinethik.html



**Universität
Zürich^{UZH}**

Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte

Ethik im Gesundheitswesen: “Vom Wollen zum Sollen”

Kompass

Pflichten (> Kant)

Folgen (> Utilitarismus)

Tugenden (> Aristoteles)

Beziehung/Verantwortung/Reaktion auf Bedürftigkeit (> care-Ethik)

...

Wegmarkierungen/Warnschilder

Nachhaltigkeit

Qualität

Interessenkonflikte

Instrumentalisierung

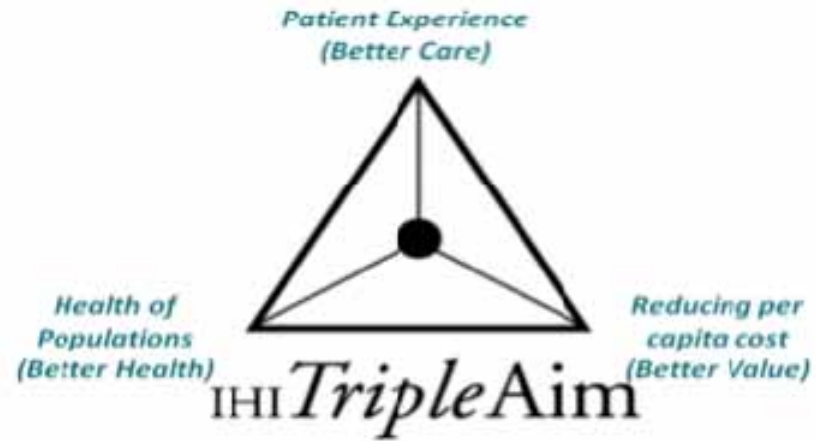
...

Und vor allem braucht es:





... ein Ziel



Besser und billiger

Besser und teurer

Schlechter und billiger

Schlechter und teurer



Universität
Zürich^{UZH}

Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte

Bsp. Überversorgung

Überversorgung am Lebensende
aus ökonomischen Gründen
ohne Nutzen/mit Schaden
für den Patienten





Aktuell	Internationale Menschenrechte	Themendossiers	Fokus Schweiz	Service	Über uns
Menschenrechte im Landesinnern					
Verletzliche Gruppen					
Menschen mit Behinderungen					

Update: 11.09.2017

Schmerzpatienten/-innen und Depressionskranke vor dem Bundesgericht weitgehend chancenlos

«Schmerzpatienten/-innen» sind Personen, die aus unterschiedlichen Gründen unter chronischen, teilweise sehr starken Schmerzen leiden, und deren Leiden mit den gängigen (v.a. bildgebenden) Methoden der Medizin nicht «objektiviert» werden können. Seit den Nullerjahren wehrt sich die Invalidenversicherung (IV) mit tatkräftiger Unterstützung des Bundesgerichts dagegen, Schmerzpatienten/-innen aufzunehmen. Eine Kursänderung des Bundesgerichts vom Jahr 2015 hatte in der Rechtsprechung bis heute keine Änderungen zur Folge. Im Gegenteil: Gemäss einer Studie von 2017 hat das Bundesgericht seine Praxis in mehreren Aspekten noch verschärft.

Bsp. Unterversorgung



Frau B., 72-jährig, wurde nach Sturz notfallmässig an der Hüfte operiert und sollte postoperativ als Prophylaxe von Druckstellen und Pneumonie zwei-, bis dreimal täglich aus dem Bett mobilisiert werden. Weil sie sehr unsicher und schwindelanfällig ist, reicht eine Person für die Mobilisation nicht. Frau B. wird immer weniger mobilisiert und als sie die Pflegende darauf anspricht, sagt diese: «Ich habe jetzt im Moment absolut keine Zeit für Sie. Einfach keine Zeit.» Für sich denkt die Pflegende: «...und da habe ich gedacht: was bist Du für eine Person, dass Du jetzt eine Patientin einfach im Bett liegen lässt. Das ist ethisch einfach nicht vertretbar. Wenn die Frau jetzt eine Lungenentzündung bekommt, weil ich sie hab' liegenlassen... Aber es ist nicht anders gegangen. Da gehe ich so unzufrieden heim und denke, ich bin nie so gewesen. Und ich habe gedacht, ich habe mit Freuden den Beruf vor vielen Jahren gelernt und heute bin ich soweit...»

Die 93-jährige Frau V. S. wurde einem Zentrumsspital zugewiesen wegen Brustschmerzen. Sie bekam eine Koronarografie, welche keine wesentliche Pathologie an den Herzkranzgefässen zeigte, und die Brustschmerzen wurden als «atypisch» beurteilt. Wegen eines AV-Blocks zweiten Grades wurde ein Herzschrittmacher implantiert. Dabei kam es zu Komplikationen, welche eine Eröffnung des Brustraumes erforderte (Thorakotomie). Nur drei Tage nach Entlassung aus der Intensivstation wurde die 93-jährige Frau «wegen Bettenmangels» aus dem Spital nach Hause entlassen. Einige Tage später wurde sie vom Hausarzt einer anderen Klinik wieder zugewiesen wegen Schmerzen im Bereiche der Brustnarbe und völliger Entkräftung.

1. Qualitätseinbussen
2. Interessenkonflikte
3. Aushöhlung des Fürsorgemodells
4. Verlust der intrinsischen Motivation
5. Deprofessionalisierung
6. Verzerrung medizinischer Prioritäten
7. Vertrauensverlust der Patienten



Universität
Zürich^{UZH}

Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte

Established in 1871

Swiss Medical Weekly

Formerly: Schweizerische Medizinische Wochenschrift

An open access, online journal • www.smw.ch

Original article | Published 9 February 2015, doi:10.4414/smw.2015.14080

Cite this as: Swiss Med Wkly. 2015;145:w14080

Impact of the DRG-based reimbursement system on patient care and professional practise: perspectives of Swiss hospital physicians

Margrit Fässler^a, Verina Wild^a, Caroline Clarinval^a, Alois Tschopp^b, Jana A. Faehrich^c, Nikola Biller-Andorno^a

^a Institute of Biomedical Ethics and History of Medicine, University of Zurich, Switzerland

^b Institute of Social and Preventive Medicine, Biostatistics, Zurich, Switzerland

^c Medical Directorate, UniversitätsSpital, Zürich, Switzerland



Table 3: Economic pressure in everyday clinical work (n = 382).							
Situations in everyday clinical work	Currently I sense pressure in this respect	How often have you experienced this situation in the last 6 months in your hospital?					Question does not apply to me
		At least once a day	At least once a week	At least once a month	Less than once a month	Never	
(1) A measure useful to the patient was not executed because of cost-related reasons, or substituted by a less expensive and also less effective medical procedure.	18%	3%	17%	17%	27%	36%	–
(2) For a patient with various diagnostic and therapeutic options, a riskier option was chosen for cost reasons.	5%	1%	4%	5%	14%	65%	11%
(3) A medical procedure was applied for economic reasons although it was not medically necessary.	8%	5%	10%	15%	19%	52%	–
(4) I decide for or against a medical intervention because management urged me to for economic reasons. If I could have decided in the interest of the patient, I would have chosen a different medical procedure.	14%	3%	11%	17%	18%	44%	7%
(5) I attend to more patients than I am able to with due care.	14%	11%	19%	18%	19%	34%	–



Der Cirulus vitiosus

Patients

- Tests and screenings as moral responsibility
- Worries to be left out (get what you pay for)
- Lack of knowledge about harm from OD
- Little tolerance for uncertainty

**≠ autonomous,
informed choice**

Gerber M et al.:
SAEZ 2016;97(7):236–243.

Business approach to health care

- Market extensive tests (executive check ups etc.)
- Convenient access
- Disease mongering/widening definitions



Technological developments

- More sensitive tests
- New areas (e.g. genomics)
- Availability of diagnostic instruments/procedures

Providers

- Preference misdiagnosis
- Defensive medicine
- Conflicts of interest (reimbursement systems; existing capacities)
- Misguided guidelines/quality indicators
- Lack of knowledge about harm from OD
- Insufficient coordination of care

Morgan D et al. BMJ
2015;351:h4534

Wählen Ärzte bei Patienten die gleiche Behandlung wie für sich selbst?

Der Frage, wie Ärzte reagieren, wenn sie um eine Therapieempfehlung gebeten werden und ob sie für sich selbst ebenso entscheiden, wie sie es Patienten raten, ist eine US-Studie nachgegangen. Praktiker, Internisten und Allgemeinmediziner wurden in der Erhebung mit zwei Szenarien zum Kolonkarzinom ($n = 242$) sowie zur Vogelgrippe ($n = 698$) konfrontiert. Sie sollten darlegen, wozu sie Patienten raten und was sie selbst tun würden, wenn sie zwischen zwei Optionen wählen können, von denen die eine bessere Überlebenschancen bietet, dafür aber auch ein höheres Risiko gravierender Nebenwirkungen besitzt.

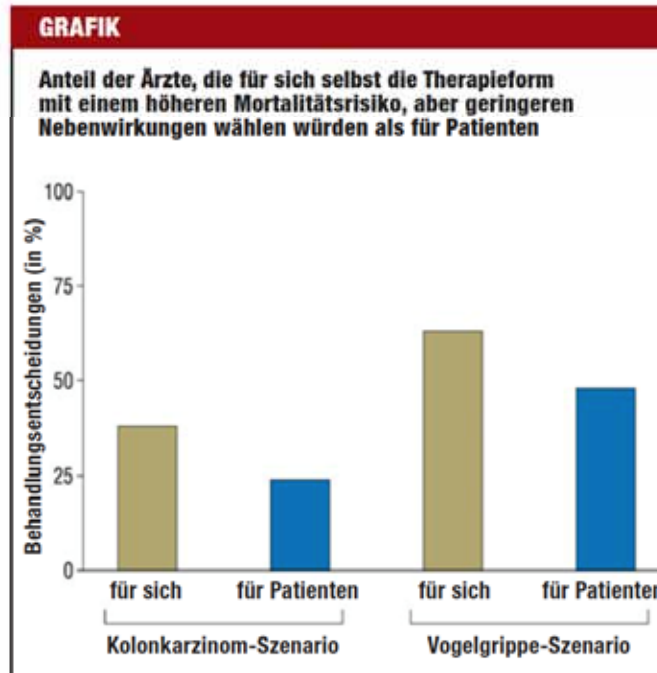
37,8 % der Ärzte wählten bei der Befragung beim Kolonkarzinom für sich selbst, aber nur 24,5 % für die hypothetischen Patienten die Behandlungsform mit den geringeren Überlebenschancen, aber dafür auch dem geringeren Nebenwirkungsrisiko. Der Unterschied war signifikant ($p = 0,03$, Odds ratio, 0,55; 95-%-KI 0,31–0,99). Beim

Vogelgrippe-Szenario wählten mit 62,9 % gegenüber 48,5 % ebenfalls signifikant ($p < 0,001$, Odds ratio, 0,55; 95-%-KI 0,41–0,75) mehr Ärzte für sich als für die Patienten das Behandlungsverfahren mit den geringeren Nebenwirkungsrisiken und nahmen dabei ein potenziell höheres Mortalitätsrisiko in Kauf.

Fazit: Die Studie lässt nach Ansicht von Dr. med. Joachim Haist, niedergelassener Internist in Biberach an der Riß, vermuten, dass Ärzte das oberste Ziel bei der Behandlung ihrer Patienten darin sehen, auf jeden Fall lebensrettend zu therapieren. Um dieses Ziel zu erreichen, werden offenbar mehr Nebenwirkungsrisiken in Kauf genommen, als die Ärzte in der gleichen Situation für sich tolerieren würden. Die Gründe für die Diskrepanz können nach Haist vielschichtig sein: Sie können darauf beruhen, dass Ärzte für sich die Gefahren einer schweren Erkrankung geringer einschätzen als für den Patienten, dass sie Nebenwirkungen bei Patienten erlebt ha-

ben, die sie selbst auf keinen Fall erleiden möchten und/oder dass sie ihre Denkweise in dem Moment verändern, in dem sie Patienten beraten. *Christine Vetter*

Ubel PA, et al.: Physicians recommend different treatments for patients than they would choose for themselves. Arch Intern Med 2011; 171(7): 630–4.



modifiziert nach: Arch Intern Med 2011; 171(7): 630–4



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Perspective
MAY 22, 2014

Abolishing Mammography Screening Programs? A View from the Swiss Medical Board

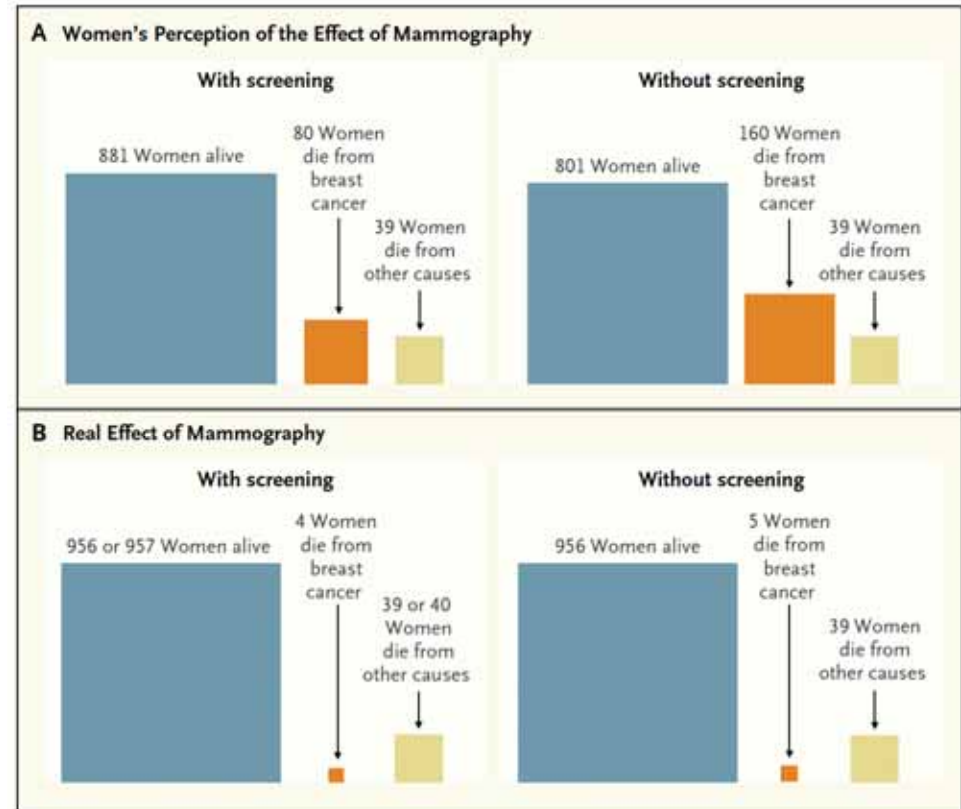
Nikola Biller-Andorno, M.D., Ph.D., and Peter Jüni, M.D.

Brustkrebs-Prävention

Fachgremium rät von Mammografie-Screening ab

3.2.2014

Das unabhängige Swiss Medical Board stellt in einem neuen Bericht den Nutzen des systematischen Mammografie-Screenings in Frage. Auch wenn die Argumente nicht neu sind, dürfte das Verdikt für Diskussionen sorgen.



U.S. Women's Perceptions of the Effects of Mammography Screening on Breast-Cancer Mortality as Compared with the Actual Effects.



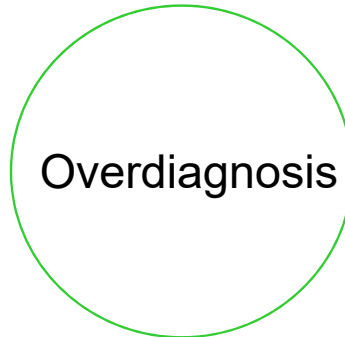
Der Circulus virtuosus

Better understanding of patient perspectives

- Patient narratives (cave: blind spot: quality of indication)
- Quantitative studies of patient expectations/preferences/values

Enable informed choice

- Comprehensive information
- Fact sheets (for patients AND providers)
- State of the art risk communication
- Decision aids



Provider guidance

- Training in communication/SDM
- Clinical practice guideline reviews/guidelines for guidelines
- Performance indicators (coordination of care, quality of indication)
- Remove dysfunctional incentives

Use of e-health (records)

- Patient values in chart
- Results of decision aids as basis for face-to-face consultation
- Online platforms

20-22 September 2016
BARCELONA

PREVENTING
OVERDIAGNOSIS
Winding back the harms of too much medicine



swiss medical board

DE | FR

Home | Contact | Sitemap | Print | Search

Aktuelles	Organisation	Fachberichte	Umsetzung	Methodik	Intranet	Kontakt
-----------	--------------	--------------	-----------	----------	----------	---------

Aktuelles

Medienmitteilungen
Veranstaltungen

Was wir tun

Das Swiss Medical Board analysiert und beurteilt diagnostische Verfahren und therapeutische Interventionen aus der Sicht der Medizin, der Ökonomie, der Ethik und des Rechts. Dabei geht es im Kern um die Beurteilung des Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisses medizinischer Leistungen, die über die obligatorische Krankenpflegeversicherung finanziert werden. Daraus werden Empfehlungen an den gesetzlichen Entscheidungsträgern und die Leistungserbringer...

- [Jahresbericht 2016](#)
- [Jahresbericht 2015](#)
- [Jahresbericht 2014](#)
- [Jahresbericht 2013](#)
- [Jahresbericht 2012](#)

Früherkennung von Darmkrebs durch Darmspiegelung

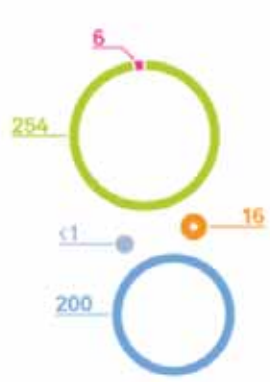


Über den Nutzen von Krebs-Früherkennungsprogrammen ist man sich schweizweit uneinig. Gewisse Kantone sind überzeugt, dass sie Leben retten und bieten Ihrer Bevölkerung flächendeckende Screeningprogramme. Andere Kantone wiederum verzichten darauf.

e

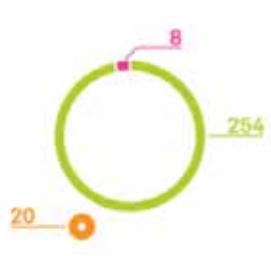


Mit Teildarmspiegelung



254	Todesfälle	254
6	davon Darmkrebs	8
16	Diagnosen	20
200	Schmerzen	-
<1	Komplikationen	-
pro 1000 Menschen 50+		

Ohne Teildarmspiegelung





Universität
Zürich ^{UZH}

Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte

The screenshot shows the homepage of healthtalk.org. At the top, there is a navigation bar with tabs for Home, People's Experiences, Young People's Experiences, Health Professionals, and Learning & Teaching. Below this is a secondary navigation bar with links for About, The research, News & Blog, Get involved, Scrapbooks, Register, and Login. The main header features the healthtalk.org and youthhealthtalk.org logos, a purple banner for 'USING US FOR WORK? OBTAIN A LICENCE AND SUPPORT HEALTHTALK', and logos for Health & care information you can trust and the University of Oxford. A search bar is located below the header, with filters for A-Z, Categories, and Young people. The main content area has a 'Home' tab and a featured section for 'Health Professionals'. This section includes the text 'Patients' experiences shared on film.' and a list of related items: 'Using healthtalk.org for training', 'Trigger films for service improvement', and 'Patients tell us what makes good healthcare'. A large image of a female healthcare professional with a stethoscope and a male patient is shown, with a quote at the bottom: 'It gives us a unique look at what it's like to be on the receiving end.'



1. *Wie heißt meine Erkrankung, und was ist das Behandlungsziel?*
2. *Welche Vorteile bringt mir die vorgeschlagene Behandlung im Vergleich zum natürlichen Heilungsverlauf, also ohne Therapie?*
3. *Was bedeuten diese Vorteile konkret für mich?*
4. *Mit welchen Nachteilen und Nebenwirkungen muss ich rechnen?*
5. *Gibt es echte Alternativen zu diesem Behandlungsvorschlag, und wie sind diese im Vergleich einzuschätzen?*



Universität
Zürich ^{UZH}

Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte

Medizinische Beratung
im Bistro



akademie **a m** menschen
medizin

Entscheiden Sie richtig | wir unterstützen Sie

Die moderne Medizin macht Unmögliches immer möglicher. Dabei geht oft vergessen, dass ein Mensch ein Individuum ist, nicht jeder Mensch auf eine Therapie gleich reagiert und auch nicht jeder die gleiche Therapie benötigt. Alter, Geschlecht und Lebensumstände sind verschieden und so auch die Bedürfnisse.

Es gibt nicht immer nur eine richtige Therapie. Steht eine medizinische Entscheidung bevor, sei es eine Operation, eine belastende medikamentöse Therapie oder auch eine zusätzliche Untersuchung, ist es für Laien schwierig zu entscheiden was gemacht werden soll: Alles? Möglichst viel oder möglichst wenig? Gar nichts? Und welche Nebenwirkungen und Risiken will man in Kauf nehmen?

Wenn Sie Hilfe benötigen für eine wichtige medizinische Entscheidung stehen nun Fachärzte und Psychologinnen zur Verfügung, die Sie gerne bei der Entscheidung unterstützen und Sie im Zweifelsfall zu einer Zweitmeinung überweisen.

Auch Mitarbeitende des Gesundheitswesens können verunsichert sein. Zur Besprechung ihrer Anliegen und Sorgen stehen erfahrene Kolleginnen und Kollegen für Gespräche zur Verfügung. Sollten sich Problembereiche abzeichnen, versucht die Akademie Menschenmedizin einen öffentlichen Diskurs anzustossen.

Da ein persönliches Gespräch auch in einem persönlichen Rahmen stattfinden soll, erwarten wir Sie gerne im *Bistrot chez Marion* am Zähringerplatz in Zürich, jeweils am 2. und 4. Montag des Monats ab 15 Uhr. Die Beratung ist kostenlos – der Kaffee und das Essen nicht!

Wer wir sind und wer anwesend sein wird, ersehen Sie auf der Website der Akademie Menschenmedizin: www.menschenmedizin.com

Wir freuen uns auf Ihr Kommen.

akademie **a m** menschen
medizin
Für ein
menschengerechtes
Gesundheitswesen

Im *Bistrot chez Marion*, Zähringerplatz 17,
vis-à-vis Zentralbibliothek Zürich



FAZIT:

- Die Gefahr von Über- und Unterversorgung ist real, auch in einem grundsätzlich gut funktionierenden Gesundheitssystem wie dem Schweizerischen.
- Gerade die Überversorgung geschieht oft – gerechtfertigter- oder ungerechtfertigterweise – im Namen des Patienten.
- Die Grenze des ethisch Akzeptablen ist überschritten, sobald Patienten (für den Profit) instrumentalisiert werden oder nicht mit dem medizinisch Notwendigen versorgt werden.
- Gesundheitsversorger, die in einem Marktumfeld agieren, sind gefordert, ihre klinische Integrität zu bewahren.
- Es gibt vielfältige Möglichkeiten, was man als Patient tun kann, um einer Fehlversorgung vorzubeugen (sich informieren, Entscheidungshilfen, gute Fragen für den Arztbesuch vorbereiten, Zweitmeinung, Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen).



**Universität
Zürich^{UZH}**

Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Prof. Dr. med. Dr. phil. Nikola Biller-Andorno
Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte
Universität Zürich

<http://www.ibme.uzh.ch>
biller-andorno@ethik.uzh.ch