

Value-based Healthcare, Choosing Wisely und Person-centered Psychiatry

Wolfgang Gaebel, Düsseldorf

Value-based Healthcare, Choosing Wisely und Person-centered Psychiatry

Drei neue Versorgungsansätze, denen gemeinsam ist,

- die bestmögliche individuelle **Lebensqualität** und
- den bestmöglichen individuellen **Lebensvollzug** in den Mittelpunkt des therapeutischen Handelns zu stellen, wobei gleichzeitig auch
- gesellschaftliche Aspekte wie der **Kosten**-Bezug in Betracht gezogen werden

Value-based Healthcare, Choosing Wisely und Person-centered Psychiatry

- Value-based Healthcare
- Choosing Wisely
- Person-centered Psychiatry
- Zusammenfassung

Value-based Healthcare

- Begriff und Konzept geprägt durch **M. Porter**
Porter ME N Engl J Med 2010; 363:2477-2481
- „**Values**“ im Sinne von „outcome“ pro „Euro“, dabei personenzentrierter Ansatz (also kein rein ökonomischer Ansatz)
- Betrachtung **individueller** Kosten und Behandlungsergebnisse (Mikroebene), aber auch zunehmend Erweiterung auf Betrachtung der Makro- und Mesoebene im Sinne einer **Systemevaluation**
Muir-Gray et al., <http://www.bettervaluehealthcare.net/>

Value-based Healthcare: Umfassender personaler Ansatz

1. Sicherstellung der Erreichung eines **hohen persönlichen Nutzens** der erbrachten Leistungen durch Zurverfügungstellung von Informationen über den Nutzen und die Risiken einer Intervention in der Beziehungsetzung zu den Betroffenen sowie ihren individuellen Präferenzen
Link zu „Personenzentrierter“ Psychiatrie
2. **Ressourcenverlagerung** von Budgets mit niedrigem persönlichen Nutzen oder mit niedriger bisheriger Ausschöpfung zu Interventionen mit höherem Nutzen und Gleichheit der Nutzung
Link zu „Choosing Wisely“
3. Sicherstellung, dass Betroffene, die **den höchsten persönlichen Nutzen** durch eine Intervention haben, diese auch erhalten

https://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/26_Kongresse/09_Value-Based-Health-Care/VBHC-Praesentationen/VBHC_Praesentation_Muir-Gray.pdf

Value-based Healthcare: Umfassender personaler Ansatz

4. Implementierung von sehr nützlichen Innovationen durch Reduktion der Ausgaben für Innovationen mit niedrigem Nutzen
5. Erhöhung der Rate von “higher value interventions”, z.B. durch Unterstützung der Palliativpflege zuhause durch Reduktion der Budgets der “lower value care” in Krankenhäusern für davon Betroffene

https://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/26_Kongresse/09_Value-Based-Health-Care/VBHC-Praesentationen/VBHC_Praesentation_Muir-Gray.pdf

The idea of “Value-based Healthcare”

- Value is defined as **outcomes relative to costs** and encompasses efficiency
(Porter, M. 2010. New Engl J Med 363: 2477-81)
- The core issue is the **value of healthcare delivered**
- Delivering **high value and improving value is the fundamental purpose of healthcare**
- Value is the only goal that can unite the interest of all system participants (patients, payers, providers and suppliers)
- **Improving value** in order to **reform healthcare** versus **cost cutting** per se, **cost shifting** to patients, **restricting services**, or **reducing provider compensation**
- Outcomes are the **full set of health results for a patient’s condition** over the care cycle
- Costs are the **total costs of care for a patient’s condition** over the care cycle

$$\text{Value} = \frac{\text{Health outcomes that matter to patients}}{\text{Costs of delivering the outcomes}}$$

Porter M. Value-Based Health Care Delivery, Presentation January 22, 2014.
http://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/2_210aa68d-05bd-48e1-a097-9e0266f65b50.pdf

The quality aspect of value-based mental healthcare

Outcomes are typical elements of the **quality** of mental healthcare

Outcomes are the full set of „health results“

Divide subjective vs. objective quality

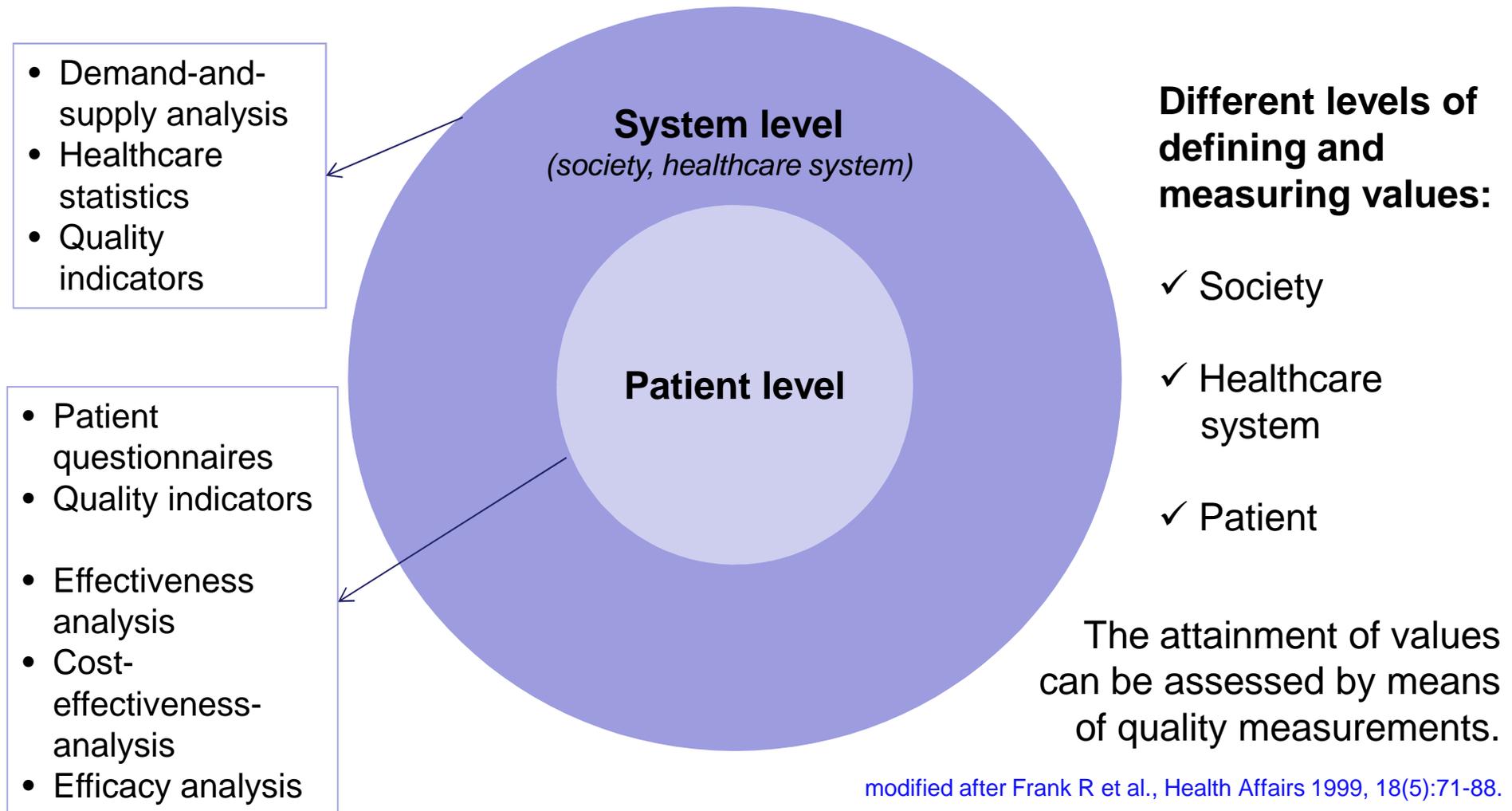
$$\text{Value} = \frac{\text{Health outcomes that matter to patients}}{\text{Costs of delivering the outcomes}}$$

*Whose costs?
 Individual
 Health insurance company
 Society*

*Costs and quality
 Cost-efficiency
 Cost-effectiveness
 Cost-utility (QUALY)*

Porter M. Value-Based Health Care Delivery, Presentation January 22, 2014.
http://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/2_210aa68d-05bd-48e1-a097-9e0266f65b50.pdf

Different levels of defining and measuring values



„Value-based Healthcare“: Dreidimensionales „Output“-System

1. Werden Ressourcen angemessen auf verschiedene Populationsuntergruppen verteilt (**Verteilungswert**)?
2. Werden die Ressourcen angemessen für alle bedürftigen Personen in den einzelnen Untergruppen eingesetzt (**technischer Wert**)?
3. Entsprechen die Behandlungsentscheidungen den Werten und Präferenzen des einzelnen Patienten (**personalisierter Wert**)?

Rieser S, Berliner Ärzte Ausgabe 7/2016, S. 36-38

The cost aspect of the quality of mental healthcare: Whose costs?

Direct costs

*Paid by the individual or
healthcare insurance*

- Medication
- Psychotherapy
- In- and outpatient services
- Rehabilitation

„Ratio of improved patients per €
hospital costs“

Indirect costs

Paid by society

- 24/7 services
- Social benefits like free rides on public transport
- Housing
- Loss of productivity
- Early retirement and other pensions

„Ratio of improved patients per €
societal costs“

“Systemveränderungen” durch Value based healthcare

Bureaucracy-Based Paradigm	Population & Personalised Paradigm
The Aim is effectiveness, quality, and safety outcomes	The Aim is <i>triple value</i> & greater equity: <ul style="list-style-type: none"> • Allocative value, determined by how assets are distributed to different subgroups in the population • Technical value, determined by how well resources are used for all the people in need in the population • Personalised value, determined by how well the decisions relate to the values of each individual
Good quality service for known patients	<i>Personalised</i> service for all the people affected in the population
Improvement through competition	Improvement through <i>collaborative systems</i> and networks with patients and carers as equal partners
Transformation attempted by reorganisation and more money	Transformation by <i>culture change</i> and <i>digital knowledge services</i>
Clinicians and organisations act as the managers of resources	A culture in which clinicians feel they are the <i>stewards</i> of the population's resources

Achieving Value-Based Healthcare involves a paradigm shift from the bureaucracy-based status quo, to population-based, personalised healthcare. Such a shift requires a focus on triple value, systems, and culture. Better Value Healthcare can help you achieve this paradigm shift through its training and organisational development offerings.

<http://www.bettervaluehealthcare.net/the-solution/>

“Systemveränderung” durch Value-based Healthcare

Die Planung des Gesundheitssystems verändert sich:

- Entwicklung populationsbasierter Versorgungssysteme
- Etablierung klinischer Netzwerke
- Etablierung patientenzentrierter Versorgungspfade
- Ausrichtung des Managements der Finanzierung von Gesundheitsprogrammen und der Krankenversorgung am optimalen Nutzen
- Einsatz von optimierten Prozess- und Ergebnisindikatoren
- Unterstützung weiterer Techniken zur Qualitätsverbesserung
- Optimierung der Nutzung von Wissen und Informationstechnologien
- Anpassung an die Herausforderungen des Gesundheitssystems im 21. Jahrhundert

<http://www.bettervaluehealthcare.net/value-based-healthcare/healthcare-systems//>

“Systemveränderung” durch Value-based Healthcare

Common Culture Creation

- Describe what is meant by the term **complexity**
- What is meant by a **system**, and how does it differ from a network?
- What is meant by **population-based healthcare**, and how does it differ from bureaucracy-based care?
- What are the three meanings of the term “**value**” in 21st Century healthcare?
- Not ‘values’ as in ‘we value diversity’ but the **economic meanings**.
- What is the relationship between value and **efficiency**?
- What is meant by the optimal **use of resources**?
- What is meant by the term “**quality**”?
- What is a **standard**?
- How would you assess the **culture** of an organisation?
- How would you decide if an organisation had a strong **culture of stewardship**?

<http://www.bettervaluehealthcare.net/organisational-development/>

Herausforderungen zu „Value-based Healthcare“ in Deutschland

- Klärung der Begriffe
- Abgleich mit laufenden Qualitätssicherungsverfahren nach gesetzlicher Vorgabe
- Finanzierung des Mehraufwands für Dokumentation
- Umsetzung von Veränderungsnotwendigkeiten (Investitionskosten?)
- Bisher nur Konzeptbildung und einzelne Modellvorhaben in einzelnen Kliniken → Implementierung?

TABLE 1 Value-based outcome metrics for breast cancer care

Tier 1: Health status achieved	Survival and disease control	Overall survival (5-year, 10-year) Disease-free survival (5-year, 10-year) Recurrence (yes/no, 5-year, 10-year)
	Degree of recovery and functional status	Return to normal activities of daily living Return to work status
Tier 2: Process of recovery	Treatment time and access	Access to care (≤ 10 days) Treatment delay (> 30 days)
	Disutility of care or treatment process	Reoperation ^a Treatment-related emergency department visits ^b Readmission ^b Infection requiring antibiotics ^b
Tier 3: Sustainability of health	Long-term consequences of therapy	Appearance satisfaction ^c
		Patient-reported lymphedema ^c
		Fatigue ^c
		Physical intimacy ^c
		Pain ^c
		Physical well-being ^c
		Social well-being ^c
		Fertility preservation (premenopausal patients only)
		Cognitive dysfunction ^c
		Neuropathy ^c
Osteoporosis ^c		

Expanded tables of metrics are available in the Online Appendix

^a Within 30 days of surgery

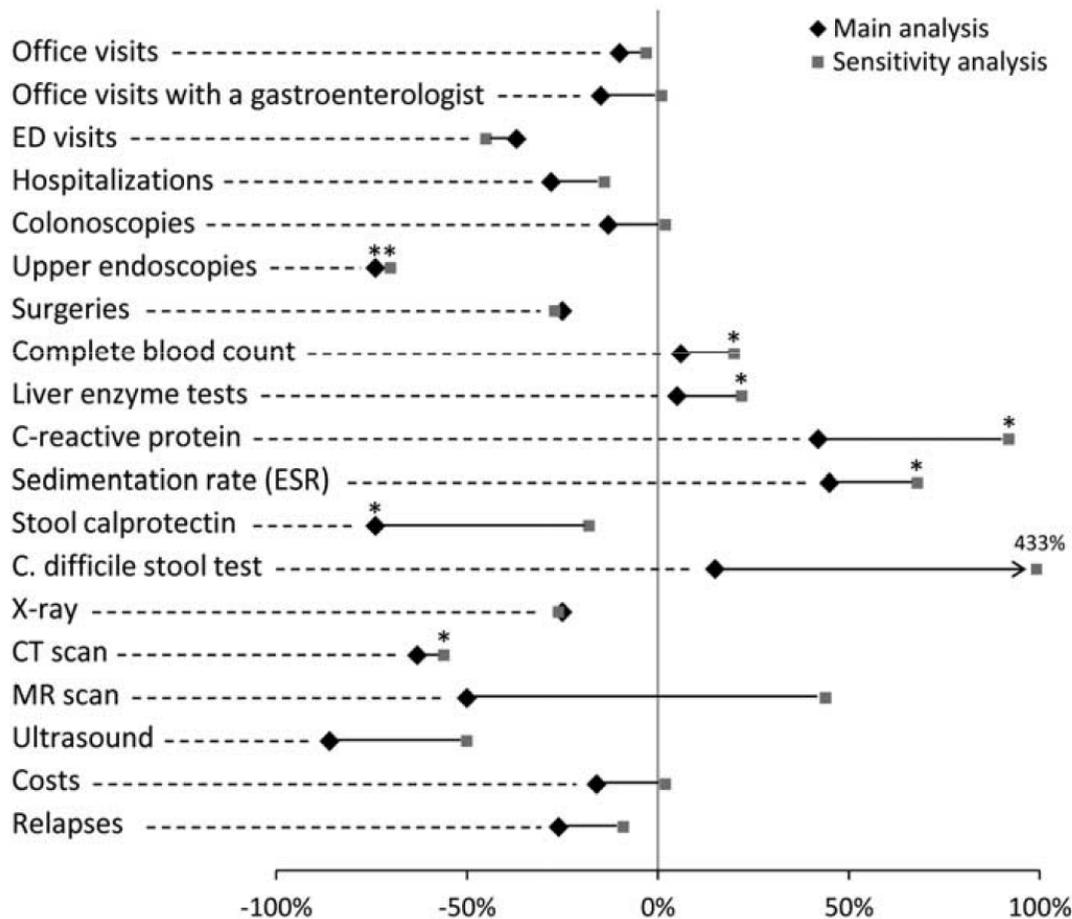
^b Within 90 days of surgery

^c Baseline and at 1, 3, and 5 years after surgery

„Value-based Healthcare“ in der Praxis: Entwicklung „Werte-basierter“ Indikatoren in der Therapie des Mamma-Ca

Fayanju et al., Ann Surg Oncol 2016;23:2395-2390

„Value-based Healthcare“ in der Praxis: Evaluation bei entzündlichen Darmerkrankungen



Vergleich der Behandlungsergebnisse bei 60 Pat. in Value-based Programm vs. 177 Pat. in „regulärem“ Programm

Hauptergebnisse:

- Weniger chirurgische Eingriffe
- Weniger Notaufnahmen
- Weniger Krankenhausaufnahmen
- Weniger CT und Sono

van Deen et al., Eur J Gastroenterol Hepatol Ann Surg Oncol 2016; advance publication

Value-based Healthcare, Choosing Wisely und Person-centered Psychiatry

- Value-based Healthcare
- **Choosing Wisely**
- Person-centered Psychiatry
- Zusammenfassung

Choosing Wisely → Gemeinsam Klug Entscheiden

**American Board of
Internal Medicine**

**Choosing
Wisely**

AWMF

**Gemeinsam
Klug
Entscheiden**

Choosing Wisely: Ursprüngliche Zielsetzungen

Choosing Wisely® aims to **promote conversations between providers 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*

In response to this challenge, national organizations representing medical specialists have asked its providers to “choose wisely” through **the identification of tests or procedures commonly used in their field, whose necessity should be questioned and discussed**. The resulting lists of “Things Providers and Patients Should Question” will **spark discussion about the need - or lack thereof - for many frequently ordered tests or treatments**.

Choosing Wisely: Ökonomische Zielsetzungen



Choosing Wisely® is part of a multi-year effort of the **ABIM Foundation**, along with its partners, to help physicians be better stewards of finite health care resources. It continues the principles and commitments of promoting justice in the health care system through a fair distribution of resources set forth in *Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter*, which states: “While meeting the needs of individual patients, physicians are required to provide health care that is based on the wise and **cost-effective management of limited clinical resources.**”

ABIM = American Board of Internal Medicine

<http://www.choosingwisely.org/partners/>

Beispiel (1): American Psychiatric Association



American Psychiatric Association



**Five Things Physicians
and Patients Should Question**

Don't prescribe antipsychotic medications to patients for any indication without appropriate initial evaluation and appropriate ongoing monitoring.

Don't routinely prescribe two or more antipsychotic medications concurrently.

Don't routinely use antipsychotics as first choice to treat behavioral and psychological symptoms of dementia.

Don't routinely prescribe antipsychotic medications as a first-line intervention for insomnia in adults.

Don't routinely prescribe an antipsychotic medication to treat behavioral and emotional symptoms of childhood mental disorders in the absence of approved or evidence supported indications.

<http://www.choosingwisely.org/doctor-patient-lists/american-psychiatric-association/>
last accessed Jan 3, 2017



Beispiel (2): Kanada



Do not use atypical antipsychotics as a first-line intervention for insomnia in children and youth.	Do not routinely order brain neuroimaging (CT or MRI) in first episode psychoses in the absence of signs or symptoms suggestive of intracranial pathology.
Do not use SSRIs as the first-line intervention for mild to moderately depressed teens.	Do not routinely continue benzodiazepines initiated during an acute care hospital admission without a careful review and plan of tapering and discontinuing, ideally prior to hospital discharge.
Do not use atypical antipsychotics as a first-line intervention for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) with disruptive behaviour disorders.	Do not routinely prescribe antidepressants as first-line treatment for depression comorbid with an active alcohol use disorder without first considering the possibility of a period of sobriety and subsequent reassessment for the persistence of depressive symptoms.
Do not use psychostimulants as a first-line intervention in preschool children with ADHD.	Do not routinely prescribe high-dose or combination antipsychotic treatment strategies in the treatment of schizophrenia.
Do not routinely use antipsychotics to treat primary insomnia in any age group.	Do not use antipsychotics as first choice to treat behavioural and psychological symptoms of dementia.
Do not routinely order qualitative toxicology (urine drug screen) testing on all psychiatric patients presenting to emergency rooms.	Do not use benzodiazepines or other sedative-hypnotics in older adults as first choice for insomnia.
Do not routinely use antidepressants as first-line treatment for mild or subsyndromal depressive symptoms in adults.	

<http://www.choosingwiselycanada.org/recommendations/psychiatry/>
last accessed Jan 3, 2017

Gemeinsam Klug Entscheiden

AWMF Präsidiumsentschluss am 24. 02. 2015:

Einrichtung einer Ad Hoc Kommission zum Thema "Gemeinsam Klug Entscheiden"

„Gemeinsam Klug Entscheiden“

- ist eine **Qualitäts-Offensive** der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften unter dem Dach der AWMF
- zielt auf die Verbesserung der Versorgungsqualität durch **ausgewählte Empfehlungen** zu prioritären Themen
- betont die **Gemeinsamkeit der Fachgesellschaften** in der AWMF, die gemeinsame fach- und berufsgruppenübergreifende Versorgung und die gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient
- stellt **Patienten/Versorgungsaspekte** zu Erkrankungen in den Mittelpunkt, nicht Fachgebiete
- stützt die Professionalisierung von Ärzten und die Befähigung von Patienten zur Teilhabe im Rahmen der **partizipativen Entscheidungsfindung**
- erstrebt eine **wissenschaftlich und ethisch begründete Entscheidungsfindung** als Antwort auf eine zunehmend marktwirtschaftliche Orientierung des Gesundheitssystems.

<http://www.awmf.org/medizin-versorgung/gemeinsam-klug-entscheiden.html>

Leitlinien und die Initiative „Gemeinsam klug entscheiden:

- Die ehrenamtlichen Initiativen der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften gemeinsam mit Patienten/Bürgerorganisationen (bottom-up- Ansätze) sind erfolgreich im Bereich der Entwicklung und Implementierung von Leitlinien
- Mit Leitlinien und Leitlinien-basierten Qualitätsindikatoren lassen sich keineswegs alle Verbesserungspotentiale der Versorgung beheben
- „Gemeinsam Klug Entscheiden“ setzt ergänzend auf mehr Information für die individuelle Entscheidungsfindung in besonders schwierigen Bereichen
- Ist Ausdruck des professionellen Selbstverständnisses, Qualität zu erzeugen



https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3988/3_2015-10-01_LL-und-Initiative-Gem-Klug-Entscheiden_Kopp.pdf

Ad hoc Kommission GKE der AWMF

Aufgabe: Entwicklung methodischer Hilfen für Fachgesellschaften, die GKE-Empfehlungen entwickeln wollen nach den Prinzipien von:

- Wissenschaftlichkeit:

Auswahl von relevanten Empfehlungen auf der Grundlage multidisziplinär und formal konsentierter, evidenzbasierter S3-Leitlinien /ggf. weiterer, systematisch auszuwählender Quellen

- Transparenz der Prozesse:

Priorisierungskriterien für die Auswahl von Empfehlungen

- Konsensbildung:

Abstimmung mit Beteiligung von Patientenvertretern

- Zielgruppenorientierung:

Formate zur Stärkung der Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten sowie zur Information der Öffentlichkeit



https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3988/3_2015-10-01_LL-und-Initiative-Gem-Klug-Entscheiden_Kopp.pdf

Gemeinsam Klug Entscheiden: Praktisches Vorgehen

1. Auswahl des Versorgungsaspekts bzw. des Krankheitsbildes unter Berücksichtigung des Verbesserungspotentials
2. Zusammensetzung eines repräsentativen Gremiums
3. Kriterien-gestützte Auswahl von Gemeinsam Klug Entscheiden-Empfehlungen
4. Strukturierte Konsensfindung
5. Zielgruppenorientierung
6. Verbreitung (Disseminierung) und Umsetzung (Implementierung)
7. Bewertung der erzielten Ergebnisse/Evaluierung

http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Medizinische_Versorgung/GKE/Manual_GKE_AWMF_V1-1.pdf

Auszug aus dem Manual „Gemeinsam Klug Entscheiden“

Zur Ermittlung eines Versorgungsaspekts oder eines Krankheitsbildes, das für die Entwicklung von Gemeinsam Klug Entscheiden-Empfehlungen in Frage kommt, sollten explizite Kriterien angewendet werden, wie

- Verbesserungspotentiale der Versorgung, die durch Gemeinsam Klug Entscheiden-Empfehlungen ausgeschöpft werden können
- Häufigkeit der Erkrankung (Prävalenz/Inzidenz)
- Krankheitslast (Morbidität, Mortalität, Lebensqualität)
- Hinweise auf unerwünschte Versorgungsunterschiede in der Praxis (Variation), die nicht auf unterschiedliche individuelle Präferenzen zurückzuführen sind
- Ökonomische Bedeutung
- Ethische und soziale Aspekte
- Informationsbedarf bei neuen Technologien
- Koordinationsbedarf (interdisziplinär, interprofessionell, sektorübergreifend)

Gründe für die Themenwahl können darüber hinaus Situationen sein (siehe auch Kap. 3),

- in denen festgestellt wird, dass Empfehlungen aktueller, hochwertiger S3-Leitlinien nicht ausreichend umgesetzt worden sind oder
- in denen trotz dringendem Handlungsbedarf aktuelle, hochwertige S3-Leitlinien-(Empfehlungen) fehlen und Gemeinsam Klug Entscheiden-Empfehlungen auf Grundlage anderer, hochwertiger Quellen systematisch aufbereiteten Wissens erstellt werden.

http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Medizinische_Versorgung/GKE/Manual_GKE_AWMF_V1-1.pdf

Gemeinsam Klug Entscheiden: Was bedeutet die AWMF-Initiative für die Psychiatrie?

Qualität im Fokus

Basierung auf aktuellen Leitlinien
Optimierung der Versorgungsqualität (Strukturen, Prozesse, Ergebnisse)
Qualitätsindikatoren

Fächerübergreifend

Psychiatrie und Psychotherapie
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychologische Psychotherapie
Ärztliche Psychotherapie
...

Partizipative Entscheidungsfindung

Grenzen der partizipativen Entscheidungsfindung:
Zwangs- und Unterbringungsmaßnahmen
Krankheitsbedingte, z.B. kognitive, Einschränkungen

Don't-Empfehlungen in psychiatrischen Leitlinien (1-3: Auswertung ÄZQ 2013; 4: eigene Berechnung)

Leitlinie	Anzahl Empfehlungen Gesamt (n)	Anzahl Negativempfehlungen (n)	Anteil Negativempfehlungen (% aller Empfehlungen)
1. Depression, unipolar (NVL)	87	13	14,9
2. Bipolare Störungen	179	22	12,3
3. Psychosoziale Therapien	40	3	7,5
4. Schizophrenie (2006, aktuell in Überarbeitung)	169	14	8,2

Beispiele: Don't-Empfehlungen und neutrale Statements aus der NVL Unipolare Depression

2-11

Stellt sich in der Akutbehandlung 3-4 Wochen nach Behandlungsbeginn keine positive Entwicklung im Sinne der Zielvorgaben ein, sollte ein bislang nicht wirksames Vorgehen nicht unverändert fortgesetzt werden.

3-6

Bei einer
Symptom
abwarten
abgesehen
Tagen n
Einleitung

Negativempfehlungen können nicht einfach übernommen werden, da sie eine differenzierte Bewertung der klinischen Situation und der verfügbaren Alternativen erforderlich machen

ie
v-
ig
4
ie

3-7

Antidepressiva sollten nicht generell zur Erstbehandlung bei leichten depressiven Episoden eingesetzt werden, sondern allenfalls unter besonders kritischer Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses.

3-24

Bei zahlreichen Antidepressiva (z. B. TZA, Venlafaxin, Tranylcypromin) kann eine sinnvolle Maßnahme bei Non-Response im Aufdosieren der Substanz im Einklang mit den Anwendungsempfehlungen des Herstellers bestehen. Dies gilt nicht für SSRI.

“Gemeinsam Klug Entscheiden“ in der Psychiatrie: Pro-Argumente

- Die Initiative kann dazu beitragen, die *partizipative Entscheidungsfindung* in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Beziehung zu unterstützen, auch durch die Reflexion unterschiedlicher *Erwartungshaltungen* von Therapeut und Patient
- Einbezug von Betroffenen- und Angehörigenvertretern in die Entwicklung von „Gemeinsam klug entscheiden“-Empfehlungen stärkt den *triadischen Diskurs*
- Die Initiative kann Aspekte wie die *Evidenzbasierung* psychiatrisch-psychotherapeutischer Vorgehensweisen oder der Anwendung von Leitlinienempfehlungen publik machen und damit zu einer *Versachlichung* von Arzt-Patienten-Gesprächen beitragen
- Die Initiative bietet die Gelegenheit, kritische diagnostisch-therapeutische Fragen insbesondere mit *interdisziplinärem Charakter* zu klären
- Die Initiative kann auf Themen aufmerksam machen, die bislang im Arzt-Patienten-Gespräch vielleicht zu kurz kamen (z.B. *Stigmatisierung, Entscheidungskompetenz psychisch Kranker, somatische Komorbidität*), oder die durch Unterversorgung bedingt sind

“Gemeinsam Klug Entscheiden“ in der Psychiatrie: Con-Argumente

- Die Initiative sollte nicht **Rationierungsbestrebungen** bei der Versorgung psychisch Erkrankter Vorschub leisten
- Die Initiative sollte nicht **Priorisierungsdebatten** zwischen den klinischen Fächern anstoßen
- Die Initiative sollte nicht ein Ersatz für **umfassendere Qualitätsinitiativen** sein, z.B. zur Schaffung von Qualitätsindikatoren in der Psychiatrie
- Die Initiative sollte nicht einfach nur Leitlinienempfehlungen wiedergeben, sondern auch **Erfahrungswerte** von Betroffenen und Behandlern berücksichtigen
- Die bisherigen Empfehlungen im Bereich der Versorgung psychischer Störungen sind eher auf **Spezialthemen** ausgerichtet, hier stellt sich aber die Frage, ob nicht allgemeinere Themen wie Stigmatisierungserfahrungen oder die Versorgung somatischer Erkrankungen bei psychisch Kranken wichtiger wären
- Inwiefern es den sachbezogenen Dialog zwischen Arzt und Patient unterstützt, wenn - wie in der Choosing Wisely Initiative – Betroffene dazu angehalten werden, Ratschläge ihrer Ärzte zu hinterfragen, bleibt offen. Etwaige **negative Auswirkungen** der Initiative müssten durch entsprechende Begleitforschung frühzeitig erkannt werden

Zusammenfassung

- „Gemeinsam klug entscheiden“-Entscheidungen können in einem Konsens- und Evidenz-basierten und fächerübergreifenden *Dialog der Fachgesellschaften* unter Einbezug von Betroffenen und Angehörigen auch für den Bereich der Versorgung psychisch Kranker entwickelt werden
- In der Versorgung psychisch Kranker spielen eher *Unter- oder Fehlversorgung* sowie die *Akzeptanz evidenzbasierter Vorgehensweisen* eine Rolle, weniger der Wunsch nach unnötigen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen
- *Rationierungs- oder Priorisierungsdebatten* sollte gerade im Bereich der Versorgung psychischer Störungen kein Vorschub geleistet werden
- „Gemeinsam klug entscheiden“ sollte auch Themen wie *Stigmatisierung* oder die *somatische Komorbidität* aufgreifen und sich nicht nur Spezialthemen wie besonderen Aspekten der Psychopharmakotherapie widmen, sollte also vor allem auf Interdisziplinarität angelegt sein
- *Begleitforschung* zur Evaluation der Effekte der Einführung der Initiative erscheint erforderlich

Value-based Healthcare, Choosing Wisely und Person-centered Psychiatry

- Value-based Healthcare
- Choosing Wisely
- Person-centered Psychiatry
- Zusammenfassung

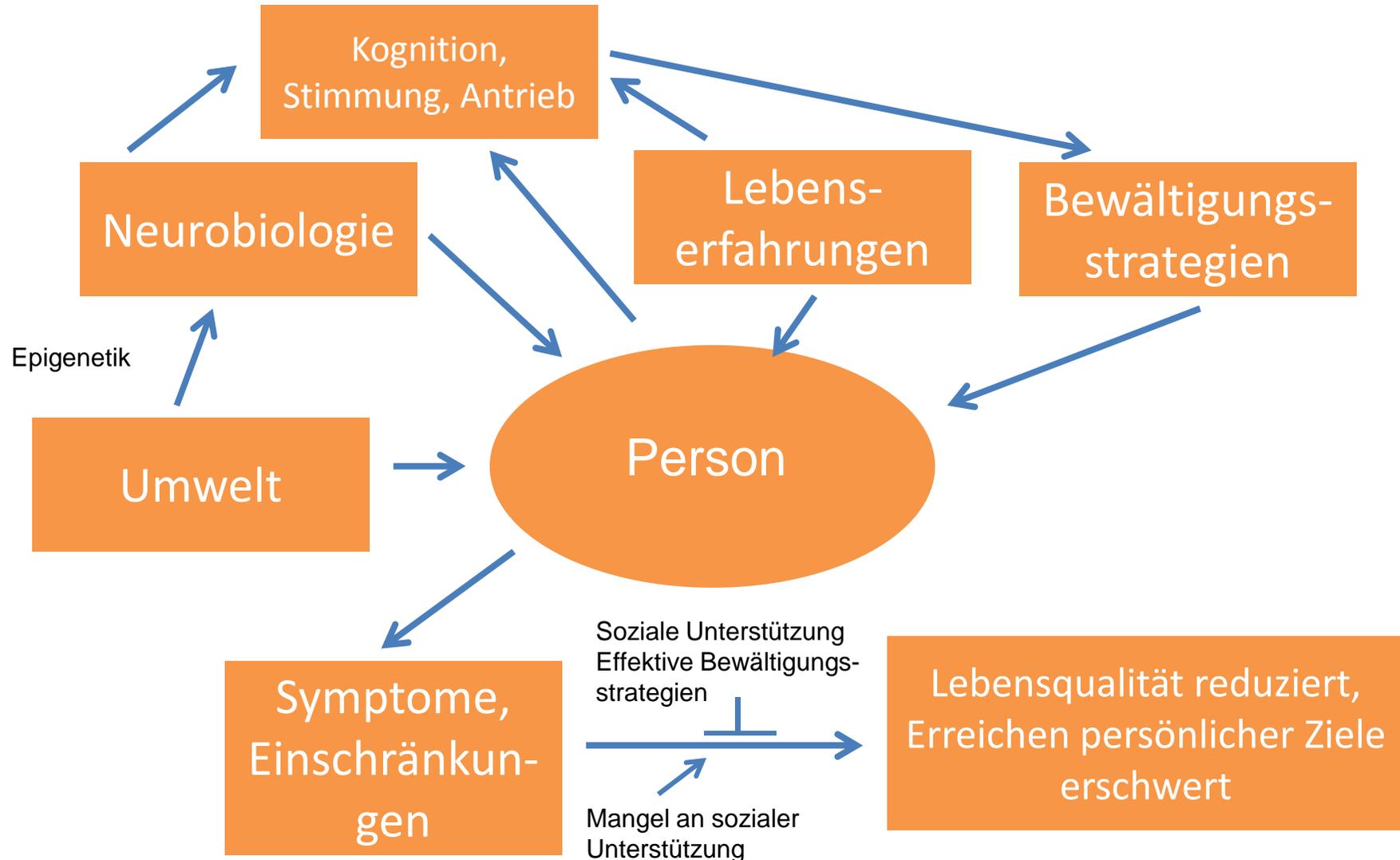
Der „personale“ Ansatz der WPA

- Erweiterung des biopsychosozialen Ansatzes um *kulturelle* und *spirituelle* Faktoren
- Wissenschaftliche, humanistische und ethische „Psychiatry for the Person“
- WPA Institutional Program on Psychiatry for the Person: from Clinical Care to Public Health (WPA Generalversammlung 2005) mit vier Komponenten:
 - Konzeptionen einer Personalen Psychiatrie
 - Klinische Diagnostik
 - Klinische Versorgung
 - Öffentliches Gesundheitswesen



Mezzich JE: Psychiatry for the Person: articulating medicine's science and humanism. World Psychiatry 2007; 6: 1-3

Personen-zentriertes Modell psychischer Störungen



Vergleich herkömmlicher und Personen-zentrierter Medizin

Table 1. Comparison of Traditional And Person-Centered Approaches to Care

Traditional Approaches	Person-Centered Approaches
Self-determination comes <i>after</i> individuals have successfully used treatment to achieve clinical stability	Self-determination and community inclusion are viewed as fundamental civil rights of all people
Compliance with practitioner's instructions and recommendations is valued	Active participation and empowerment is vital
Only professionals have access to information (e.g., plans, assessments, records, etc.)	All parties have access to the same information and information is shared readily between them
Disabilities, deficits, dysfunction, and problems drive treatment. Focus is on illness.	Interests, abilities, and personal choices define supports. Focus is on promoting health.
Lower expectations of patient.	High expectations of person.
Clinical stability is valued	Quality of life is valued
Linear progress and movement through an established continuum of services is expected	Person chooses from a flexible array of supports and/or creates new support options with team
Primary emphasis is on professional services	Diverse supports (professional services, non-traditional services, and natural supports)
Facility-based settings and professional supporters	Integrated settings and natural supporters are also valued
Avoidance of risk; protection of person and community	Responsible risk-taking and growth

Selbstbestimmung

Empowerment

Informationsgleichheit

Gesundheitsförderung

Erwartungen der Betroffenen

Lebensqualität

Wahlfreiheit der Betroffenen

Methodenvielfalt

Rolle von Unterstützern

Wachsen an Herausforderungen und Risiken

<https://www.sccgov.org/sites/mhd/Providers/PQIC/TCP/Documents/TheTopTenConcernsaboutPerson-CenteredCarePlanninginMentalHealthSystems.pdf>

21st century mental health science – A Person-centered psychopathology of schizophrenia?

„...Psychiatry is essentially about people, not (just) brains...“

Die Psychiatrie beschäftigt sich mit ...

- Subjektiven Patientenerfahrungen und neurobiologischen Dysfunktionen
- Der individuellen Bedeutung einer Psychose für Betroffene
- Persönlichen, individuellen Ausprägungsformen einer Psychose und allgemeingültigen diagnostischen Kriterien

Stanghellini et al., Schizophr Bull 2013; 39: 287-294.

Personen-zentrierte Perspektive der WPA Schizophrenie Section

Person-zentrierte Diagnostik (und ihre Implementierung)

- **... der Person** **komplette Erfassung der Symptome und Beeinträchtigungen**
- **... mit der Person** **respektvolle und auf Empowerment ausgerichtete diagnostische Partnerschaft mit gemeinsamen Zielen**
- **... für die Person** **Identifizierung der Gesundheitsziele der Betroffenen**
- **... durch die Person** **Partner der professionellen Transaktion**

Personen-zentrierte Integrative Diagnostik: Domänen der klinischen Untersuchung

ILL HEALTH	POSITIVE HEALTH
I. HEALTH STATUS	
Illness & its Burden a. Disorders b. Disabilities	Well Being Recovery/Wellness Functioning
II. EXPERIENCE OF HEALTH	
Experience of Illness <i>(e.g. suffering, values, understanding and meaning of illness)</i>	Experience of Health <i>(e.g. self-awareness, resilience, fulfillment)</i>
III. CONTRIBUTORS TO HEALTH	
Contributors to Illness <i>(intrinsic/extrinsic; biological, psychological, social)</i>	Contributors to Health <i>(intrinsic/extrinsic; biological, psychological, social)</i>

„Positive health“ als künftiges Element der Psycho-„pathologie“?

Salvador-Carulla and Mezzich, *Epidemiol Psychiatr Sci* 2012; 21:131-137

Personen-zentrierte Perspektive der WPA Schizophrenia Section

Herausforderungen für eine personenzentrierte Diagnostik

- **Umgang mit überwertigen Ideen, die zu Selbst- oder Fremdgefährdung führen**
 - **Umgang mit Aggressivität**
 - **Umgang mit Suizidalität**
 - **Umgang mit Non-Therapie**
- Gegenwärtig gesetzliche Sanktionsregelungen
- Psychiaterinnen und Psychiater sollten sich diesbezüglich in die gesellschaftliche Diskussion dieser Themen einbringen

Personen-zentrierte Perspektive der WPA Schizophrenia Section

Personen-zentrierte Therapie (und ihre Implementierung):

- **... der Person** **komplette Erfassung der behandlungsbedürftigen Beeinträchtigungen inkl. Lebensqualität, soziale Rollenerfüllung und soziale Integration**
- **... mit der Person** **gemeinsame Entscheidungsfindung in Übereinstimmung mit den individuellen Behandlungszielen und Werten**
- **... für die Person** **Identifizierung nicht nur der gesundheitsbezogenen, sondern auch genereller Lebensziele mit dem Ziel einer Integration der psychischen Gesundheit in den Kontext der persönlichen Identität**
- **... durch die Person** **Aufbau einer therapeutischen Allianz**

Personen-Zentriertheit des Versorgungssystems bei psychischen Störungen: die Herausforderung der Implementierung

Person-Zentriertheit ...

- ... im Sprechzimmer
- ... in Versorgungseinrichtungen wie Krankenhäusern, gemeindepsychiatrischen Zentren, Arztpraxen ...
- ... in Familien und dem unmittelbaren Umfeld (Hausgemeinschaft, Stadtteil)
- ... in der Gesellschaft (Politik, Medien, Krankenversicherung, Arbeitsgeber ...)

Modified after Gask and Coventry, Epidemiol and Psychiatr Sci 2012;21: 139-144

Person-centered Top Ten concerns (1)

- Die Betonung der Wahlfreiheit der Betroffenen **devaluiert die klinische Entscheidung**
- Personen-zentrierte Behandlungsplanung zum Beruf, zur Unterkunft und zu Hobbies ist eine Sache für **außer-klinische Berufsgruppen**
- **Unsere Behandlung ist bereits Personen-zentriert**
- Behandlungspläne sind für **Zertifizierungen** wichtig, nicht für die alltägliche Behandlung
- In der Behandlung psychisch Erkrankter stößt eine Personen-zentrierte Behandlung an **Grenzen aufgrund der psychischen Störung der Betroffenen**

<https://www.sccgov.org/sites/mhd/Providers/PQIC/TCP/Documents/TheTopTenConcernsaboutPerson-CenteredCarePlanninginMentalHealthSystems.pdf>

Person-centered Top Ten concerns (2)

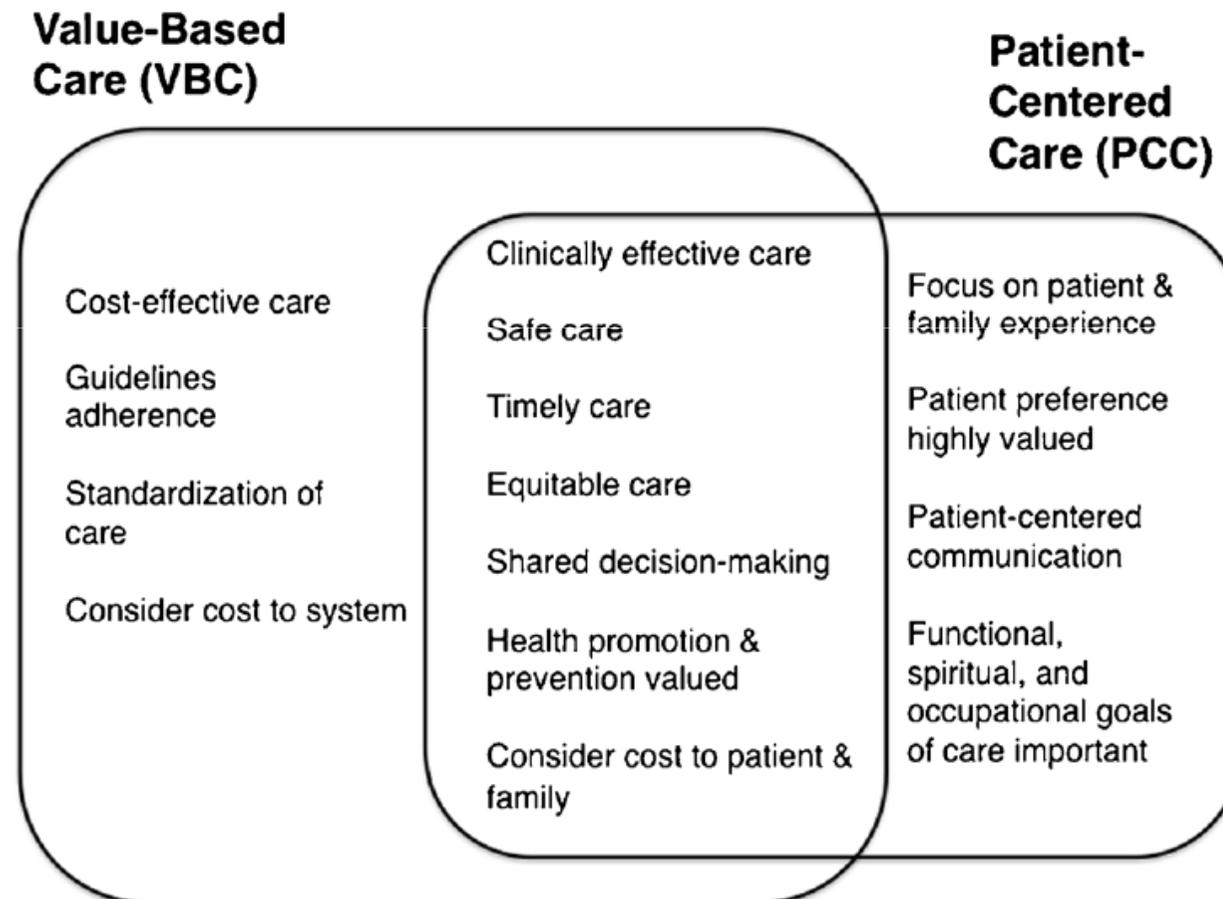
- In welchem Verhältnis stehen **Evidenz-basierte** und Personen-zentrierte Medizin?
- In der **Akutversorgung** psychisch Erkrankter stehen übergreifende Lebensplanungen nicht im Fokus
- Die **alltägliche Arbeitsbelastung** lässt eine umfassende Personen-zentrierte Behandlungsplanung nicht zu
- Eine umfassende, Personen-zentrierte Betreuung wird nicht von der **Krankenkasse** finanziert
- Eine zunehmende Verschiebung der Entscheidung auf die Betroffenen führt zu neuen **haftungsrechtlichen** Problemen

<https://www.sccgov.org/sites/mhd/Providers/PQIC/TCP/Documents/TheTopTenConcernsaboutPerson-CenteredCarePlanninginMentalHealthSystems.pdf>

Value-based Healthcare, Choosing Wisely und Person-centered Psychiatry

- Value-based Healthcare
- Choosing Wisely
- Person-centered Psychiatry
- **Zusammenfassung**

Wie stehen Werte- und Patienten-orientierte Versorgungsmodelle zueinander?



Tseng & Hicks, *Curr Hematol Malig Rep* 2016; 11: 303-310

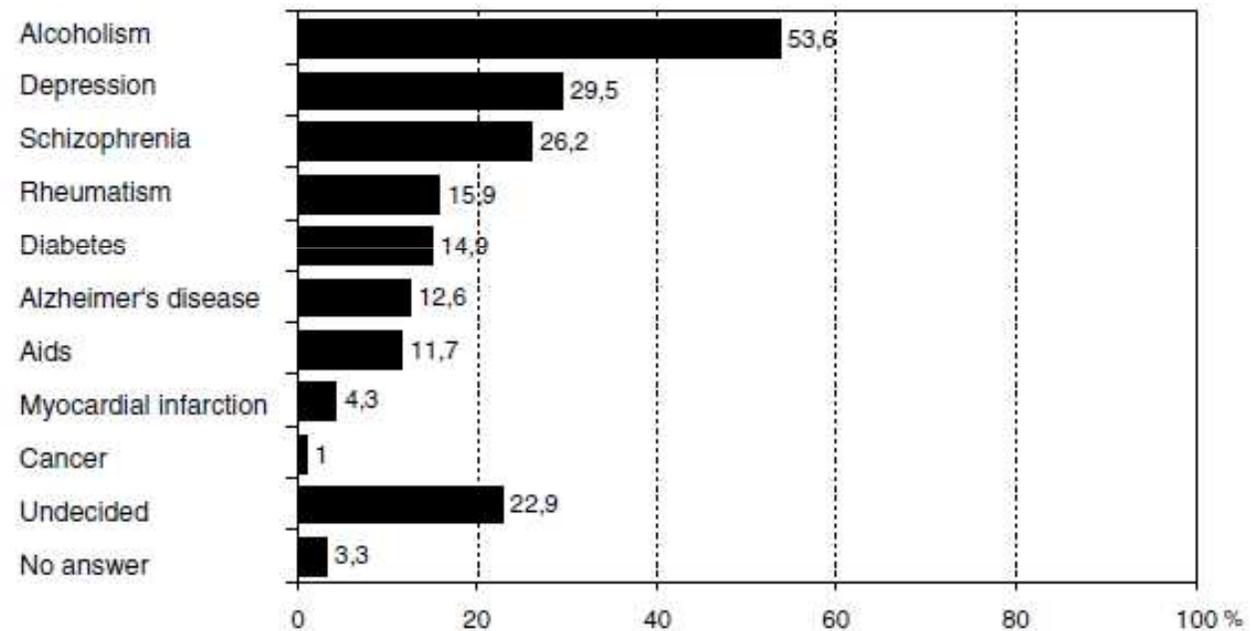
Zusammenfassung

- Value-based Healthcare, Choosing Wisely und Person-centered Psychiatry sind drei internationale Initiativen, um **die Qualität der Versorgung auch psychisch Erkrankter** zu optimieren
- Alle drei Initiativen gehen von **evidenzbasierter Versorgungsqualität** als Grundpfeiler einer effektiven Versorgung aus, beziehen Aspekte individueller und auf das Gesundheitssystem bezogener **Versorgungsergebnisse** und **gesundheitsökonomische Betrachtungen** mit ein
- Allen drei Initiativen ist gemeinsam, dass sie im Stadium der **Konzeptbildung und -erprobung** sind
- Konkrete Auswirkungen auf das Versorgungssystem in Deutschland sind vor allem von der **Choosing Wisely** Initiative zu erwarten; im angloamerikanischen Raum ist auch „**Value-based Healthcare**“ ein wichtiges Thema

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

The cost aspect of mental healthcare quality: Public opinion about cutbacks in expenditures for health care: ,Value' of patients with mental disorders

Fig. 1 Preferences of the German public with regard to saving money for medical care. Question: 'Imagine that expenses for medical care of patients with certain illnesses have to be reduced. Please name those three diseases where, in your opinion, money could best be saved'. Survey in Germany 2004 ($n = 1012$)



According to resource allocation preferences, psychiatric patients are at risk of being structurally discriminated within the health care system

Value based healthcare in Deutschland

Die Ärztekammer Berlin hat mit dem 1. Deutschen Kongress Value Based Healthcare die Diskussion um eine stärkere Werteorientierung im Gesundheitswesen angestoßen.

Hochrangige Experten setzten sich am 18. Mai 2016 auf dem ausgebuchten Kongress mit der Frage auseinander, wie das Gesundheitssystem durch eine **am Patientenwohl orientierte Medizin und Gesundheitspolitik** verbessert werden könnte.

Quality and Costs

- Cost-utility analysis (e.g., € per QALY etc.)
- Cost-effectiveness (e.g., ICER)

$$\text{Incremental cost-effectiveness ratio} = \frac{\text{Cost}_{\text{Intervention A}} - \text{Cost}_{\text{Intervention B}}}{\text{Effect}_{\text{Intervention A}} - \text{Effect}_{\text{Intervention B}}}$$

Personaler Ansatz zu Value based healthcare in Deutschland

G-BA, IQTiG, IQWiG, Qualitätsindikatoren im PsychVVG

Modellprojekte (z.B. Urologie, Martini-Klinik, Hamburg)

Die Ärztekammer Berlin hat mit dem 1. Deutschen Kongress Value Based Healthcare die Diskussion um eine stärkere Werteorientierung im Gesundheitswesen angestoßen.

Hochrangige Experten setzten sich am 18. Mai 2016 auf dem ausgebuchten Kongress mit der Frage auseinander, wie das Gesundheitssystem durch eine **am Patientenwohl orientierte Medizin und Gesundheitspolitik** verbessert werden könnte.

GKE-Manual und Auswahlkriterien für GKE Empfehlungen

1. Klarheit der Empfehlung
2. Hinweise auf Unter- oder Überversorgung
3. Evidenzbasis der Empfehlung
4. Stärke der Empfehlung
5. Beeinflussbarkeit des Versorgungsproblems
6. Umsetzbarkeit der Empfehlung im Versorgungsalltag
7. Risiko für nicht intendierte Konsequenzen durch Verwendung der Empfehlung als GKE-Empfehlung

Konsultationsphase: Teilnahmewunsch an imw@awmf.org



https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3988/3_2015-10-01_LL-und-Initiative-Gem-Klug-Entscheiden_Kopp.pdf

Gemeinsam klug entscheiden: Was bedeutet die AWMF-Initiative für die Psychiatrie?

Gemeinsam Klug Entscheiden (GKE)

Qualität im Fokus

- ist eine **Qualitäts-Offensive** der **Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften** unter dem Dach der AWMF
- zielt auf die **Verbesserung der Versorgungsqualität** durch **ausgewählte Empfehlungen** zu **prioritären Themen**

Fächerübergreifend

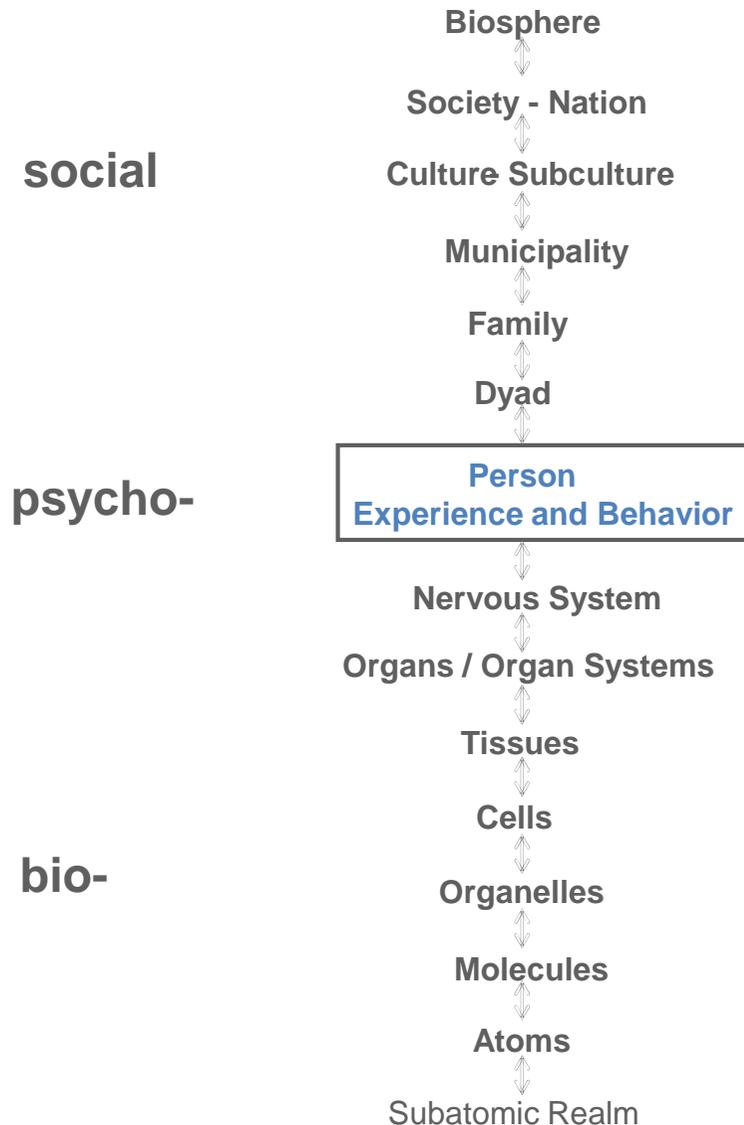
- betont die **Gemeinsamkeit** der **Fachgesellschaften** in der AWMF, die **gemeinsame fach- und berufsgruppenübergreifende Versorgung** und die **gemeinsame Entscheidungsfindung** von **Arzt und Patient**
- stellt **Patienten- und Versorgungsaspekte** zu **Erkrankungen** in den **Mittelpunkt**, nicht **Fachgebiete**

Partizipative Entscheidungsfindung

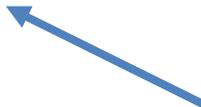
- unterstützt die **Fokussierung** und **Systematisierung** des **Dialogs** von **Ärzten** und **Patienten** und **damit deren Teilhabe** im Sinne **partizipativer Entscheidungsfindung**
- erstrebt eine **wissenschaftlich** und **ethisch begründete Entscheidungsfindung** als **Antwort auf eine zunehmend marktwirtschaftliche Orientierung** des **Gesundheitssystems**.

<http://www.awmf.org/medizin-versorgung/gemeinsam-klug-entscheiden.html>

Level of Organisation



Pathogenese, Diagnostik
 und Therapie psychischer
 Störungen im
biopsychosozialen Modell



Interaktion mit den
 Betroffenen wird auf der
 „personalen“ Ebene etabliert