

Dr. Michael Wunder
Stuttgart, den 18.10.2016

Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus

Menschen sind unser Leben.

afsterdorf

berätungszentrum
afsterdorf

Ausgangspunkte:

- **allgemeine Kostenentwicklung im Gesundheitswesen**
 - **Weiterentwicklung der Medizin**
 - **Veränderte Erwartungshaltung der Patienten**
- **volkswirtschaftlich interessanter Wachstumsmarkt**
 - **demographische Entwicklung**

Folge:

Fokussierung auf

**Ausgabenverringering auf Seiten der Krankenkassen vs.
Ertragssteigerungen auf der Anbieterseite**

Ethische Frage:

Was ist mit dem Patientenwohl?

Warum hat sich der Deutsche Ethikrat mit dem Krankenhaus beschäftigt?

Die Konfliktlinien des Gesundheitswesens treten hier besonders deutlich hervor.

Besonderheiten:

- **Größter Ausgabenblock der GKV (68 von 194 Mrd.€)**
- **Steigende Zahl von Krankenhausbehandlungen (2009:18,2 Mio., 2014:19,5)**
- **Zusammentreffen verschiedenster Akteure an einem Ort (hoher Bedarf an Kommunikation, Organisation, Koordination)**
- **Besondere Situation der Pat. durch Wechsel der Lebenssituation**

**Krankenhausstrukturreformgesetz 2015:
„qualitativ hochwertige und patientengerechte Versorgung“**

Was ist patientengerecht und qualitativ hochwertig?

„patientengerecht“:

Wirtschaftlichkeitsgebot (§12 SGB V)

Beitragsstabilität (§71 SGB V)

Beachtung der Individualität des Pat.

auf den Bedarf abgestimmte, angemessene Behandlung

„qualitativ hochwertig“

Behandlung gemäß dem erforderlichen medizinischen Standard

Patientenwohl als ethischer Maßstab

objektivierbare Dimensionen:

medizinische Parameter, Zugänglichkeit der Leistung

subjektive Dimensionen:

Behandlungszufriedenheit, Berücksichtigung subjektiver Präferenzen

intersubjektive Dimensionen:

wechselseitige Anerkennung, Respekt, Achtsamkeit

Ethische Kriterien:

Selbstbestimmungsermöglichende Sorge

gute Behandlungsqualität

gleicher Zugang und gerechte Verteilung

Zum Begriff Selbstbestimmungsermöglichende

Sorge

Selbstbestimmung

„anders können“

„Gründe haben“

Bewusstsein der eigenen Urheberschaft („ich bin es“)

Voraussetzungen:

- Pat. muss wesentliche Aspekte verstehen
- hohe Anforderungen an die Kommunikationskompetenz der Ärzte und Pflegenden
 - Erkennen der Grenzen der Selbstbestimmung

Sorge im Sinne von Care

Statt paternalistischer Fürsorge

- mitmenschliche Zuwendung, Anteilnahme
- Ermutigung (zur jeweils noch möglichen Selbstbestimmung), womit dem Patienten Sicherheit und Vertrauen zu sich selbst gegeben wird
- Anleitung (zu jeweils noch möglichen Aktivitäten des täglichen Lebens) und
 - Unterstützung und Versorgung, soweit dies erforderlich ist.

Der Patient ist „hilfebedürftiger Mensch“ und „gestaltende Kraft“.

Arzt-Patient-Verhältnis/Pflegender-Patient-Verhältnis

Adhärenz / Compliance

Abstufungen

- **Selfdetermined Decision**
- **Shared Decision Making**

Das medizinisch Angemessene und die individuellen Präferenzen des Patienten werden in einer „Verhandlung“ zusammengeführt zu einer gemeinsam verantworteten Entscheidung

- **Assisted Decision Making**

Assistent/Facilitator sorgt auf der Grundlage der persönlichen Kenntnis des Patienten für die Herbeiführung einer Entscheidung, bei der der Patient im größtmöglichen Maß beteiligt ist.

- **Substituted Decision Making**

KOMMUNIKATION

Zum Begriff Behandlungsqualität

Qualitätsdimensionen gem. Krankenhausstrukturgesetz , Art.1, Nr.2
Strukturqualität, Prozessqualität, Ergebnisqualität
nach Avedis Donabedian

Zur Beurteilung der Notwendigkeit und der Art der med. Behandlung:
Evidenzbasierte medizinische Leitlinien.
Was ist aber für die Behandlungsszenarien, für die solche nicht existieren?

Erfahrungswissen, das dem Pat. offengelegt werden muss
Interdisziplinäre Absprachen/Fachinterne Übereinkunft
Einholung von Zweitmeinungen und Spezialexpertisen

KOMMUNIKATION

Zu den Begriffen gleicher Zugang und gerechte Verteilung

Gleichberechtigung und gleiche Achtung der Person (equality)

Statusindifferente Krankenhausversorgung, keine Exklusion

aber auch

angemessene Berücksichtigung der Besonderheiten des Individuums im Sinne einer fairen Behandlung (equity)

Keine Zuteilung identischer Anteile, sondern jeweils individueller, patientenorientierter Einsatz von Ressourcen

„Gleiche Qualität“ und „gleiche Standards“ (für besondere Pat.-Gruppen, wie Menschen mit Behinderung) heißt nicht „identische Behandlung“.

Equality und Equity verlangen vor dem Hintergrund der Ressourcenknappheit eine effektive (wirksame) und effiziente (sparsame) Mittelverwendung.

**Aber: keine ökonomische Überformung
ärztlichen, pflegerischen oder therapeutischen Handelns**

Empfehlungen Kommunikation

72% der Cheförzte „zu wenig Zeit für Kommunikation“
88 % der Pflegenden „zu wenig Zeit für Zuwendung“

- Kommunikationskompetenz und interkulturelle Kompetenz aller Khs.-Beschäftigten in Aus-, Fort- und Weiterbildung verankern
 - Dokumentation für Kommunikation entwickeln und bei Qualitätssicherung verbindlich erfassen
- zeitlichen und organisatorischen Aufwand für Kommunikation im DRG-System abbilden
- professionelle Übersetzung in den Fallpauschalen sicherstellen
 - Deutschkurse und Fachsprachprüfungen für fremdsprachige Ärzte und Pflegende flächendeckend einführen

Empfehlungen Verbesserung der Pflegesituation

Arztstellen				
2001	110.152	2014	150.757	(+PLV 3.052)
Pflegepersonalstellen				
2001	331.472	2014	318.749	(+PLV 6.487)

- Methoden und Ressourcen zur personalen Kontinuität im Patientenbezug sichern (Bezugspflege, primary nursing)
 - Pflegepersonalschlüssel, die sich an der Anzahl der zu versorgenden Patienten und ihrem Pflegebedarf orientieren
 - Mindestquoten für vollexaminiertes Pflegepersonal
- Neue Qualifikationsmodelle, mit denen die Weiterqualifizierung zur Pflegekraft erleichtert wird

Empfehlungen Verringerung von Fehlanreizen der DRGs

- Vorzeitige Entlassung oder Verlegung multimorbider Pat. verhindern durch Abrechnungsermöglichung mehrerer getrennter DRGs bei Synergieabschlag für einen Khs.Aufenthalt (alternativ: Kontraktion mehrerer DRGs zu einem Paket)
 - Neue Vereinbarungsmöglichkeiten für Zusatzentgelte (Basis könnte §17b, Abs.1 Satz 10 KHG, besondere Einrichtungen sein) für Patientengruppen, die in den Fallgruppen nicht realistisch abgebildet werden (hochaltrige Pat., Pat. mit seltenen Erkrankungen, Pat. mit besonderen Betreuungsaufwand)
- begründete Unterlassung einer Behandlung bei schwerkranken, sterbenden Pat. durch eine neue Prozedur „Beobachtung“ angemessen zu entgelten.
- Bindung von DRGs an bestimmte Qualifikationen und Ausstattungsniveaus, um die Erbringung von Leistungen in Khs., für die diese nicht ausreichend qualifiziert sind, zu verhindern

Empfehlungen für besondere Patientengruppen

➤ **Kinder- und Jugendmedizin:**

Entwicklung ki.-und ju.med. DRGs (auf der Basis eine schnellstmöglich einzuführenden ki.- und ju.med. Datenbasis
(alternativ: Herausnahme der Kinder- und Jugendmedizin aus den DRGs, Wiedereinführung der tagesgleichen Pflegesätze)
Bis dahin: Sicherstellungszuschläge

➤ **Menschen mit Behinderung:**

Ermöglichung von Zusatzentgelten
Gesetz zum Assistenzpflegebedarf im Khs. auf Menschen mit Behinderung erweitern,
die Sachleistungen beziehen oder in einem Heim leben
Förderprogramm zur barrierefreien Umgestaltung von Krankenhäusern
Sicherstellung der Versorgung behinderter Pat. durch Benennung bestimmter Khs. in den Krankenhausplänen der Länder

➤ **Demenzbetroffene Patienten:**

Programm des Bundes zum Aufbau demenzsensibler Strukturen im Krankenhaus

Empfehlungen Sicherung und Verbesserung der Leitungsqualifikation

➤ **Ärztliche und pflegerische Leitungen**
sollten

neben ihrer beruflichen Kernkompetenz
über qualifizierte Kenntnisse in Ökonomie, Ethik, Management und Recht
verfügen

➤ **Leitende Krankenhausmanager/Direktoren**
sollten

neben ihrer ökonomischen Fachkompetenz
auch über grundsätzliche Kenntnisse in Medizin, Pflege und Ethik verfügen.

ENDE

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit