

Georg Marckmann

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

An der Schnittstelle: Der Mensch zwischen Prozessoptimierung und Hilfsbedürftigkeit

Gesundheitskonferenz 2012

„Krankenhaus – und dann? Entlassungsmanagement
in der Praxis“

München, 14.11.2012



Patienten sind vulnerabel und *hilfsbedürftig*

- in besonderem Maße beim Entlassungsmanagement
- ⇒ ältere, multimorbide, chronisch Kranke mit funktionellen Einschränkungen

Rolle der **Ethik**

- bindet die „Macht“ des Gesundheitspersonal an die Interessen der Patienten
- ⇒ Zentrale Grundlage für das Vertrauen der Patienten in das Versorgungssystem
- ⇒ „antizipatorisches Systemvertrauen“

Grundlage ethischer Verpflichtungen:
4 klassische medizinethische Prinzipien

- Wohltun / Nutzen (*beneficence*)
 - Nutzen für den Patienten optimieren
- Nichtschaden (*nonmaleficence*)
 - dem Patienten möglichst geringen Schaden zufügen
- Respekt der Autonomie
 - Patienten-Selbstbestimmung fördern & wahren
⇒ Informed consent (Aufklärung & Einwilligung)
- Gerechtigkeit
 - Gleichbehandlung, faire Verteilung von Nutzen und Lasten;
auch gegenüber Dritten

Ethische Kriterien

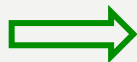
Operationalisierung: Relevante Endpunkte

Nutzenpotenzial



Mortalität, Morbidität, Symptome, Lebensqualität, Funktionsfähigkeit

Schadenspotenzial



physische, psychische, soziale Belastungen sowie gesundheitliche Risiken durch Versorgung minimieren

Autonomie



Stärkung der Gesundheitskompetenz (self-management)
Möglichkeit der informierten Einwilligung

Gerechtigkeit



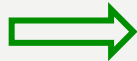
Gleicher Zugang zur Versorgung; Ausgleich bestehender Ungleichheiten in den Gesundheitschancen

Auswirkungen auf
soziales Umfeld



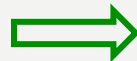
Belastungen nahestehender Personen (insbes. pflegende Angehörige) reduzieren, ideal: entlasten

Auswirkungen auf
Gesundheitspersonal



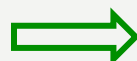
Arbeitsbedingungen: physische & psychische Belastungen reduzieren, Arbeitszufriedenheit des Gesundheitspersonals fördern

Effizienz



Ineffizienzen beheben; Versorgung zu niedrigsten Kosten

Legitimität



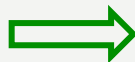
Transparenz, Konsistenz, Begründung, Partizipationsmöglichkeiten, Minimierung von Interessenkonflikten, Offenheit für Revision

Ethische Kriterien

Nutzenpotenzial



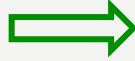
Schadenspotenzial



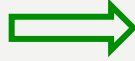
Autonomie



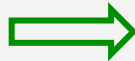
Gerechtigkeit



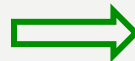
Auswirkungen auf
soziales Umfeld



Auswirkungen auf
Gesundheitspersonal



Effizienz



Legitimität



Defizite im aktuellen System

- *Fragmentierte Versorgung*
- Versorgungsdefizite v.a. im ambulanten Bereich
- Sequenzielles Modell des Krankheitsverlaufs
- Defizit- statt Ressourcen-Orientierung
- Zu wenig Gesundheitsförderung & Prävention
- Unzureichende ambulante Rehabilitation
- (Drohender) Ärztemangel
- ...



Entlassungsmanagement:

- Hohes Potenzial zur Verbesserung der Versorgung v.a. älterer, multimorbider chronisch kranker, Patienten
- ⇒ hohe ethische Relevanz!

Arbeitsschritte einer strukturierten Aufarbeitung ethischer Konflikte im Rahmen des Entlassungsmanagements

1	Situation des Patienten	Möglichst genaue Charakterisierung der medizinischen & psychosozialen Situation des Patienten ⇒ Versorgungsbedarf nach der Entlassung klären
2	Versorgungsoptionen	Herausarbeitung möglicher Versorgungs-Settings für den Patienten nach der Entlassung
3	Einzelbewertung	Bewertung der verschiedenen Versorgungsoptionen anhand der einzelnen ethischen Kriterien
4	Synthese	Übergreifende Beurteilung der Versorgungsoptionen durch Synthese der Einzelbewertungen aus Schritt 3 ⇒ Welches bietet die beste Versorgung für den Patienten?
5	Umsetzung	Prüfung: Umsetzung der besten Versorgungsoption möglich? Ja ⇒ Entlassung planen Nein ⇒ realisierbare Optionen identifizieren & planen

In schwierigen Fällen ⇒ **ethische Fallbesprechung** im Team erwägen

Beste Versorgungsoption ist nicht realisierbar, weil erforderliche Versorgungsangebote fehlen

- z.B. ambulante Rehabilitation
- Zunächst optimales Versorgungssetting genau herausarbeiten
 - ⇒ Identifizierung von Schwachpunkten am Übergang von Klinik zu ambulanter Versorgung
 - ⇒ Prüfen: Wie könnten die Schwachstellen behoben werden?
 - ⇒ Mögliche Optimierungen im eigenen Verantwortungsbereich angehen
 - z.B. frühere Planung der Entlassung
 - ⇒ Darüber hinaus erforderliche Veränderungen auf übergeordneten Ebenen bei den zuständigen Stellen anregen
(⇒ *versorgungspolitisch aktiv werden!*)
 - ⇒ Beste noch praktikable Lösung für den Patienten ermitteln & organisieren

Konflikt: betriebswirtschaftlichen Interessen des KH $\Leftrightarrow$ optimale Versorgung des Patienten

- z.B. erlösrelevante Verweildauer ist überschritten oder noch nicht erreicht
- Grundsätzlich: Qualität der Patientenversorgung nicht zugunsten des wirtschaftlichen Erfolg des KHs opfern!
- ⇒ Probleme gemeinsam & über Leitung des Entlassungsmanagements gegenüber kaufmännischen Leitung thematisieren
 - Dabei Nachteile für den Patienten (= ethische Dimension) genau herausarbeiten
 - Ggf. in (ethischer) Teambesprechung vorbereiten
- Realität: pragmatische Kompromisse werden sich nicht vermeiden lassen
- Dabei: Nachteile für die Patienten nach Möglichkeit minimieren

Konflikt: Patientenwünsche ⇔ optimales Entlassungsmanagement (= Wohlergehen des Patienten)

- z.B.: Pat. fühlen sich im KH besser, fühlen sich “hinausgeworfen”
 - z.B.: Pat. lehnen optimale poststationäre Versorgung ab
- ⇒ Patient von Vorteilen des Versorgungssettings überzeugen
- ⇒ Abwägung: Je größer der Nutzen für Pat. ist, desto intensiver versuchen, den Pat. für Versorgung zu gewinnen
- ⇒ Was sind die Gründe für die mangelnde Akzeptanz?
 - ⇒ Ist eine Modifikation der Planung möglich? (Kleineren Nutzen-Verlust in Kauf nehmen, um Akzeptanz des Patienten zu gewinnen)
- ⇒ Bleibende Ablehnung (wohl oder übel) akzeptieren (Versorgung funktioniert nicht gegen den Willen des Patienten)

Ungewollte (Wieder-)Einweisungen verhindern

- Hintergrund. v.a. ältere, chronisch kranke Bewohner wollen häufig nur eingeschränkte lebensverlängernde Therapie
- ⇒ **gesundheitliche Vorausplanung** (*advance care planning*) anregen
 - ⇒ Information über Beratungsangebote vermitteln
 - ⇒ Hausarzt kontaktieren & Vorausplanung vorschlagen

(1) Patientenverfügung

(2) Notfallbogen: (Haus-)Ärztliche Anordnung für den Notfall

Pilotprojekt

„beizeigen begleiten“ in Grevenbroich

Projektleitung:

Dr. med. Jürgen in der Schmitten

Notfall Rettungsmed 2011 · [jvn]:[afp]–[alp]
DOI 10.1007/s10049-011-1429-9
Online publiziert: 6. Oktober 2011
© Springer-Verlag 2011

J. in der Schmitten¹ · S. Rothärmel² · S. Rixen³ · A. Mortsiefer¹ · G. Marckmann⁴

¹ Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf

² Institut für Bio-, Gesundheits- und Medizinrecht, Universität Augsburg

³ Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozialwirtschafts- und Gesundheitsrecht, Universität Bayreuth

⁴ Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München

Patientenverfügungen im Rettungsdienst (Teil 2)

Neue Perspektiven durch Advance
Care Planning und die „Hausärztliche
Anordnung für den Notfall“

Hausärztliche Anordnung für den Notfall (HANo)

beizeiten
begleiten®

Name: _____
Vorname: _____
geboren am: _____

Modellprojekt in Grevenbroich:

- ☐ Seniorenzentrum Albert-Schweitzer-Haus
- ☐ Seniorenhaus Lindenhof
- ☐ Caritashaus St. Barbara
- ☐ Seniorenstift St. Josef Gustorf

Für den Fall einer lebensbedrohlichen Krise oder Erkrankung gilt bei o.g. Patienten, sofern er/sie nicht selbst einwilligungsfähig ist: *Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!*

☐ **A**  **Uneingeschränkte Notfall- und Intensivtherapie mit dem Ziel der Lebensverlängerung einschließlich Herz-Lungen-Wiederbelebung**

Eingeschränkte lebensverlängernde Therapie (B0 bis B3):

☐ **B0**  **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**

☐ **B1**  **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, keine invasive (Tubus-) Beatmung**

☐ **B2**  **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, keine invasive (Tubus-) Beatmung, keine intensivmedizinische Behandlung**

☐ **B3**  **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, keine invasive (Tubus-) Beatmung, keine intensivmedizinische Behandlung, keine Mitnahme ins Krankenhaus (aber ambulante Therapie)**

☐ **C**  **Keine lebensverlängernde Therapie, weder stationär noch ambulant – ausschließlich palliative (lindernde) Maßnahmen**

Grevenbroich, den ____ . ____ . 20____

„Diese HANo ist Ausdruck meines Behandlungswillens.“

Grevenbroich, den ____ . ____ . 20____

X

Unterschrift des **Betroffenen** (falls einwilligungsfähig)

„Ich nehme diese HANo zustimmend zur Kenntnis.“

X

Unterschrift und NAME des **Vertreters**/Angehörigen

„Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“

X

Unterschrift und NAME des **beizeiten-
begleiten®**-qualifizierten **Begleiters**

X

Unterschrift und Stempel des **beizeiten-
begleiten®**-qualifizierten **Hausarztes**

Diese HANo ist der **notfallmedizinisch relevante** Teil der Patientenverfügung / Vertreterverfügung (Nichtzutreffendes streichen) vom ____ . ____ . 20____, der ein qualifizierter Beratungsprozess zugrundeliegt. Die vorliegende HANo reflektiert den Willen des Bewohners bzw. seines Vertreters und ist – wenn vollständig und eindeutig ausgefüllt – für jedermann ethisch und rechtlich verbindlich, **sofern der Bewohner nicht selbst einwilligungsfähig ist**. Zur Klärung anderer Behandlungsfragen ist die ausführliche Verfügung heranzuziehen und ggf. der Vertreter (Bevollmächtigte bzw. Betreuer) zu konsultieren. Weitere Hinweise zur HANo siehe Rückseite.

HANo: Hinweise zum Ausfüllen

Für den Betroffenen und / oder seinen Stellvertreter:

Diese Anordnung ist ein ärztliches Dokument und verwendet Fachsprache. Bitte lassen Sie sich von Ihrem Begleiter und / oder Ihrem Hausarzt erklären, was mit den einzelnen Punkten gemeint ist, und lassen Sie diese das Dokument gemäß Ihren Festlegungen ausfüllen. Das allseits unterschriebene Original dieses Dokuments wird im Bewohnerordner des Wohnbereichs abgelegt.

Für den Begleiter:

Diese HANo ist Teil der Patientenverfügung bzw. Vertreterverfügung. Damit sie im Notfall Wirkung entfalten kann, hat sie die Form einer ärztlichen Anordnung. Die HANo wird vom unterzeichnenden Hausarzt verantwortet; Ihre Unterschrift dokumentiert den Prozess der Begleitung. Klären Sie stets zunächst das Therapieziel, bevor einzelne Behandlungsmaßnahmen erörtert werden. Ziel ist es, die HANo so auszufüllen, dass darin der aktuelle oder – bei fehlender Einwilligungsfähigkeit – der zuvor erklärte bzw. mutmaßliche Behandlungswille des Bewohners bestmöglich zum Ausdruck kommt.

Achten Sie darauf, dass nur solche Ausschlüsse vorgenommen werden, bei denen sich Bewohner und / oder Vertreter ganz sicher sind. Im Zweifel die betreffende Therapieoption nicht ausschließen!

Für den Hausarzt:

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass der Betroffene bzw. sein Vertreter zum gegebenen Zeitpunkt in den hier relevanten Fragen (a) **einwilligungsfähig ist** und (b) **verstanden hat**, welche therapeutischen Konsequenzen mit den gewählten Festlegungen verbunden sind. Bitte nehmen Sie eine Kopie der HANo zu Ihrer Akte.

HANo: Hinweise zur Umsetzung

Stationäre Behandlung mit palliativem (linderndem) Therapieziel:

Der umseitige Ausschluss einer stationären Behandlung in den Optionen B3 und C bezieht sich nur auf Behandlungen mit dem Ziel der Lebensverlängerung. Fälle, in denen der behandelnde Arzt die Indikation zur stationären Einweisung mit dem Behandlungsziel der Palliation (Linderung) stellt, sind hiervon unberührt! Beispiele hierfür können bestimmte Knochenbrüche oder auch im Heim nicht behandelbare Schmerzzustände sein.

Allgemein gilt: Ob eine bestimmte Therapiemaßnahme als »palliativ« oder »lebensverlängernd« zu bewerten ist, leitet sich im Einzelfall vom jeweiligen Therapieziel ab. So könnte z.B. bei einer Lungenentzündung ein Antibiotikum mit dem Ziel der Lebensverlängerung oder aber mit dem Ziel der Beschwerdelinderung eingesetzt werden.

Für den Betroffenen und / oder seinen Stellvertreter:

Heimleitung und -personal sowie Ihr Hausarzt tun ihr Mögliches, damit die Behandlung in den hier festgelegten Grenzen verbleibt. Eine **Garantie** kann jedoch **nicht gegeben** werden: In dem unglücklichen Fall, dass diese HANo im Notfall nicht verfügbar ist und keiner der Umstehenden Bescheid weiß, kann es geschehen, dass Behandlungen vorübergehend zur Anwendung kommen, die Sie ausschließen wollten.

Für das Heim- und Rettungsdienstpersonal sowie Bereitschafts-, Not- und Krankenhausärzte:

Bitte überprüfen Sie vor der Befolgung dieser Anordnung:

1. ob es sich tatsächlich um den hier bezeichneten Patienten handelt,
2. ob die Anordnung korrekt ausgefüllt ist (= nur eine der Optionen A, B0, B1, B2, B3 oder C ist angekreuzt),
3. ob die Anordnung von Hausarzt und Betroffenen bzw. Vertreter unterschrieben ist.

Fehlerhaft oder unvollständig ausgefüllte HANos sind ungültig!

HANo: Aktualisierung

Wenn Änderungen des Willens oder des Zustands / der Prognose eine Aktualisierung der HANo erforderlich machen, ist eine neue HANo auszufüllen und die bisherige HANo durch ganzseitige diagonale Striche (mit Datumsangabe und Unterschrift) zu entwerfen. Die entwertete HANo bleibt als solche Teil der Bewohnerakte.

n=114

Für den Fall einer lebensbedrohlichen Krise oder Erkrankung gilt bei o.g. Patienten, sofern er/sie nicht selbst einwilligungsfähig ist: *Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!*

10 8,8%

**A**

Uneingeschränkte Notfall- und Intensivtherapie mit dem Ziel der Lebensverlängerung einschließlich Herz-Lungen-Wiederbelebung

13 11,4%

**B0**

Eingeschränkte lebensverlängernde Therapie (B0 bis B3):

Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung

20 17,5%

**B1**

Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung,
keine invasive (Tubus-) Beatmung

27 23,7%

**B2**

Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung,
keine invasive (Tubus-) Beatmung,
keine intensivmedizinische Behandlung

11 9,6%

**B3**

Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung,
keine invasive (Tubus-) Beatmung,
keine intensivmedizinische Behandlung,
keine Mitnahme ins Krankenhaus (aber ambulante Therapie)

28 24,6%

**C**

Keine lebensverlängernde Therapie, weder stationär noch ambulant – ausschließlich palliative (lindernde) Maßnahmen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt: marckmann@lmu.de

Folien: www.dermedizinethiker.de

Literatur:

Strech D, Marckmann G, Normative Versorgungsforschung. Eine orientierende Einführung in Themen, Methoden und Status quo in Deutschland. Gesundheits- und Sozialpolitik. Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen 2012(02):8-15

in der Schmitt J, Rothärmel S, Rixen S, Mortsiefer A, Marckmann G. Patientenverfügungen im Rettungsdienst (Teil 2). Neue Perspektiven durch Advance Care Planning und die "Hausärztliche Anordnung für den Notfall". Notfall Rettungsmed 2011;14(6):465-474