
Für Patienten und Qualität –
Beitrag des MDK

**Leitmotiv Patientenwohl –
Qualität und Qualitätstransparenz im Krankenhaus**

Das Patientenwohl als ethischer Maßstab: Was heißt das für das Krankenhaus?

Dr. Michael Wunder, ehem. Mitglied des deutschen Ethikrates

Dr. Michael Wunder
Berlin 28.6.2018

Patientenwohl als ethischer Maßstab:

Was heißt das für das Krankenhaus?

Menschen sind unser Leben.

afsterdorf

berätungszentrum
afsterdorf

Warum hat sich der Deutsche Ethikrat mit dem Krankenhaus beschäftigt?

Die Konfliktlinien des Gesundheitswesens treten hier besonders deutlich hervor.

- Größter Ausgabenblock der GKV (2016: 73 von 210 Mrd.€)
- Steigende Zahl von Krankenhausbehandlungen (2009:18,2 Mio., 2016:19,5)
- 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“ als Grundlage der Vergütung

Kann die Ethik hierzu etwas beitragen ?

Was ist „qualitativ hochwertig“? Was ist „patientengerecht“?

Und wie kann das überprüft werden?

Erste Antworten:

„qualitativ hochwertig“

Behandlung gemäß dem erforderlichen medizinischen Standard

(ergänzend: Standards der Dokumentation, Personalausstattung, Risikomanagement, Entlassmanagement usw.)

„patientengerecht“:

Wirtschaftlichkeitsgebot (§12 SGB V)

Beitragsstabilität (§71 SGB V)

Beachtung der Individualität des Pat.

und auf den ihn abgestimmte, angemessene Behandlung

„Patientenwohl“

Patientenwohl als ethischer Maßstab

salus aegroti suprema lex

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)
- Anleitung (zu jeweils noch möglichen Aktivitäten des täglichen Lebens)
- Unterstützung und Versorgung, soweit dies erforderlich ist.

Der (moderne) Patient ist „hilfebedürftiger Mensch“ und „gestaltende Kraft“.

Selbstbestimmung und Sorge im Arzt-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

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 Chefarzte „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 **für Qualitätssicherung verbindlich erfassen**
- den zeitlichen und organisatorischen Aufwand für Kommunikation im DRG-System abbilden
- professionelle Sprachübersetzung in den Fallpauschalen sicherstellen

Empfehlungen Verbesserung der Pflegesituation

| | | | | |
|------------------------------|---------|------|---------|--------------|
| Arztstellen | | | | |
| 2001 | 123.819 | 2016 | 180.372 | (+PLV 3.052) |
| Pflegepersonalstellen | | | | |
| 2001 | 416.319 | 2016 | 433.434 | (+PLV 6.487) |

➤ Zahl der Fachkräfte erhöhen

durch mehr Ausbildungsplätze, neue Qualifikationsmodelle für Quereinsteiger, Prämien für Berufsrückkehrer, Nutzung der Zuwanderung, Aufstockungserleichterungen bei Teilzeitkräften

➤ Pflegeberuf attraktiver machen

durch Übertragung von mehr Eigenständigkeit, Übertragung heilkundlicher Aufgaben, bessere Bezahlung

➤ Digitalisierung und Einsatz von Robotikassistentz

Empfehlungen Verringerung von Fehlanreizen der DRGs

„Wirtschaftlicher Druck untergräbt die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen“

Wehkamp/Naegler (2017): The commercialisation of patient related decision making in hospital

- 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 für hochaltrige Pat., Pat. mit seltenen Erkrankungen, Pat. mit besonderem 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

Was könnte der MDK tun?

Fragen an die Qualitätskontrolle

Problembereich: Ökonomischer Druck

Milieu der Stationen in den Blick nehmen?
Folgen der Fehlanreize in den Blick nehmen?
Repräsentative Befragung des Personals?
Zugangsgerechtigkeit prüfen?

Problembereich Pflege

Stellenplan und Stellenbesetzung in den Blick nehmen
(auch ohne Untergrenzen)

Problembereich: Kommunikation

Kommunikation mit Patienten dokumentieren?
inner- und interdisziplinäre Kommunikation dokumentieren?
Kommunikationsdokumentation in Qualitätsprüfung übernehmen?
Behandlungszufriedenheit der Patienten abfragen?

ENDE

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit

Menschen sind unser Leben.

afsterdorf

berätungszentrum
afsterdorf