

Georg Marckmann
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

Gesundheitsversorgung gemeinsam gestalten: Welche Anforderungen sind aus ethischer Sicht zu berücksichtigen?

Barmer GEK Forum 2014

Deggendorf, 24. Juli 2014





Grundlage ethischer Verpflichtungen:
4 klassische medizinethische Prinzipien

- **Wohltun** (*beneficence*)
 - Nutzen für den Patienten optimieren
- **Nichtschaden** (*nonmaleficence*)
 - dem Patienten möglichst wenig Schaden zufügen
- **Respekt der Autonomie**
 - Patienten-Selbstbestimmung *fördern* & wahren: Informed consent
- **Gerechtigkeit**
 - 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; gesundheitliche Risiken durch Versorgung
Autonomie	Stärkung der Gesundheitskompetenz (self-management) Möglichkeit der informierten Einwilligung
<hr style="border-top: 1px dashed #008000;"/>	
Gerechtigkeit	Gleicher Zugang zur Versorgung; Ausgleich bestehender Ungleichheiten in den Gesundheitschancen
Auswirkungen auf soziales Umfeld	Belastungen / Entlastungen nahestehender Personen (insbes. pflegende Angehörige)
Auswirkungen auf Gesundheitspersonal	Arbeitsbedingungen; physische & psychische Belastungen; Arbeitszufriedenheit des Gesundheitspersonals;
Effizienz	Behebung von Ineffizienzen; Versorgung zu niedrigsten Kosten
Legitimität	Transparenz, Konsistenz, Begründung, Partizipationsmöglichkeiten, Minimierung von Interessenkonflikten, Offenheit für Revision

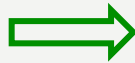


Ethische Kriterien

Nutzenpotenzial



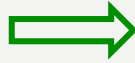
Schadenspotenzial



Autonomie



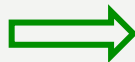
Gerechtigkeit



Auswirkungen auf
soziales Umfeld



Auswirkungen auf
Gesundheitspersonal



Effizienz



Legitimität



Potenzial durch kooperative
Versorgungsformen?

- Kooperation ist kein Selbstzweck!
- Legitimation: Vorteile im Hinblick auf ethische Anforderungen an Versorgung

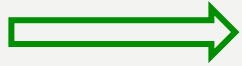


Anforderungen an (Pilot-)Projekte

- (1) Klare **Zieldefinition** im Hinblick auf die ethischen Kriterien
- (2) (Regelmäßige) **Evaluation** der Zielerreichung



Demographischer
Wandel



qualitativ veränderter Versorgungsbedarf:
chronisch kranke, multimorbide Patienten

quantitativ veränderter Versorgungsbedarf:
mehr Behandlung, Rehabilitation & Pflege



(A) Kooperation bei *Organisation der Versorgung*

Defizite im aktuellen System

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

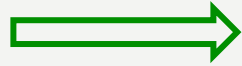


Zusammenarbeit der relevanten Akteure im Gesundheitswesen

- Ärzteschaft (verschiedene Fachrichtungen; kassenärztliche Vereinigungen)
 - Nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe
 - Kostenträger (Krankenkassen)
 - Pharmazeutische Industrie
 - Patienten-/Bürgervertreter, Selbsthilfe-Org.
 - Kommunen / regionale Entscheidungsträger
 - andere Organisationen/Einrichtungen
- ⇒ Auswahl der Partner *fallbezogen!*



Demographischer
Wandel



qualitativ veränderter Versorgungsbedarf:
chronisch kranke, multimorbide Patienten



quantitativ veränderter Versorgungsbedarf:
mehr Behandlung, Rehabilitation & Pflege



(B) Kooperation bei Versorgung: *operative Ebene*

Defizite im aktuellen System

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



Kooperation 1: innerhalb der Gesundheitsberufe

- v.a. im ambulanten Bereich
- Koordinationsfunktion: Hausarzt
- Unterstützung durch *nicht-ärztliches* Personal (!)
- vgl. AGnES (MV & Br), SMP Nürnberg, Gemeinschaftspraxis Kirchberg (W. Blank)



Kooperation 2: Gesundheitspersonal & Patienten

- Partizipation bei Gestaltung der Versorgung
- Stärkung der Rolle des Patienten i. d. Versorgung

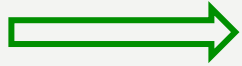


Kooperation 3: Professionelle & Nichtprofessionelle

- v.a. bei Pflege & sozialer Betreuung



Demographischer Wandel



qualitativ veränderter Versorgungsbedarf:
chronisch kranke, multimorbide Patienten

quantitativ veränderter Versorgungsbedarf:
mehr Behandlung, Rehabilitation & Pflege



(B) Kooperation bei Versorgung: operative Ebene

Defizite im aktuellen System

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



Kooperation 1: innerhalb der Gesundheitsberufe

- v.a. im ambulanten Bereich
- Ko...
- Un...
- vgl...
- Ge...

Zentrale Voraussetzung für
gelingende Kooperation:

- (1) Ausbildung des Gesundheitspersonals
- (2) Überwindung berufspolitischer Egoismen

Kooperation 2:

- Pa...
- Sta...

Kooperation 3: Professionelle & Nichtprofessionelle

- v.a. bei Pflege & sozialer Betreuung

Ein Fallbeispiel:

Gesundheitliche Vorausplanung
(„advance care planning“)



BMBF-finanziertes
Pilot-Projekt
„beizeiten begleiten“

beizeiten 
begleiten



- Über 80% der Menschen sterben an einer chronischen Erkrankung...
-in medizinischer Versorgung ⇒ erfordert Entscheidung über Therapieverzicht...
-die bis zu 70% der Patienten nicht mehr selbst treffen können
- (exponentieller Ausgabenanstieg kurz vor dem Tod)



Herausforderung in der Praxis:
Selbstbestimmung bei einwilligungsunfähigen Patienten effektiv achten



Gesetzliche Verankerung der **Patientenverfügung** 2009



Probleme gelöst??



Ziel: *Selbstbestimmte* Gestaltung der Behandlung & Betreuung bei Einwilligungs*unfähigkeit* ermöglichen

ärztlicherseits nicht befolgt

nicht verlässlich (*valide*)

nicht aussagekräftig / belastbar (*Notfall!*)

nicht auffindbar

nicht vorhanden (Prävalenz 10-20% (-35% im höheren Alter?))



- Patientenwünsche werden **nicht** angemessen berücksichtigt
- Schwierige Entscheidungen für Gesundheitspersonal
- Spannungen im Team, Belastung für Stellvertreter & Angehörige
- Übertherapie, Ressourcenverschwendung am Lebensende

Advance Care Planning (ACP)

Gesundheitliche Vorausplanung in einer Region

professionell begleiteter

Gesprächsprozess

(facilitation)

Informed consent Standard

regionale

Implementierung

(Standards, Routinen)

Kultur der Vorausplanung



RESPECTING CHOICES®
An advance care planning system that works!

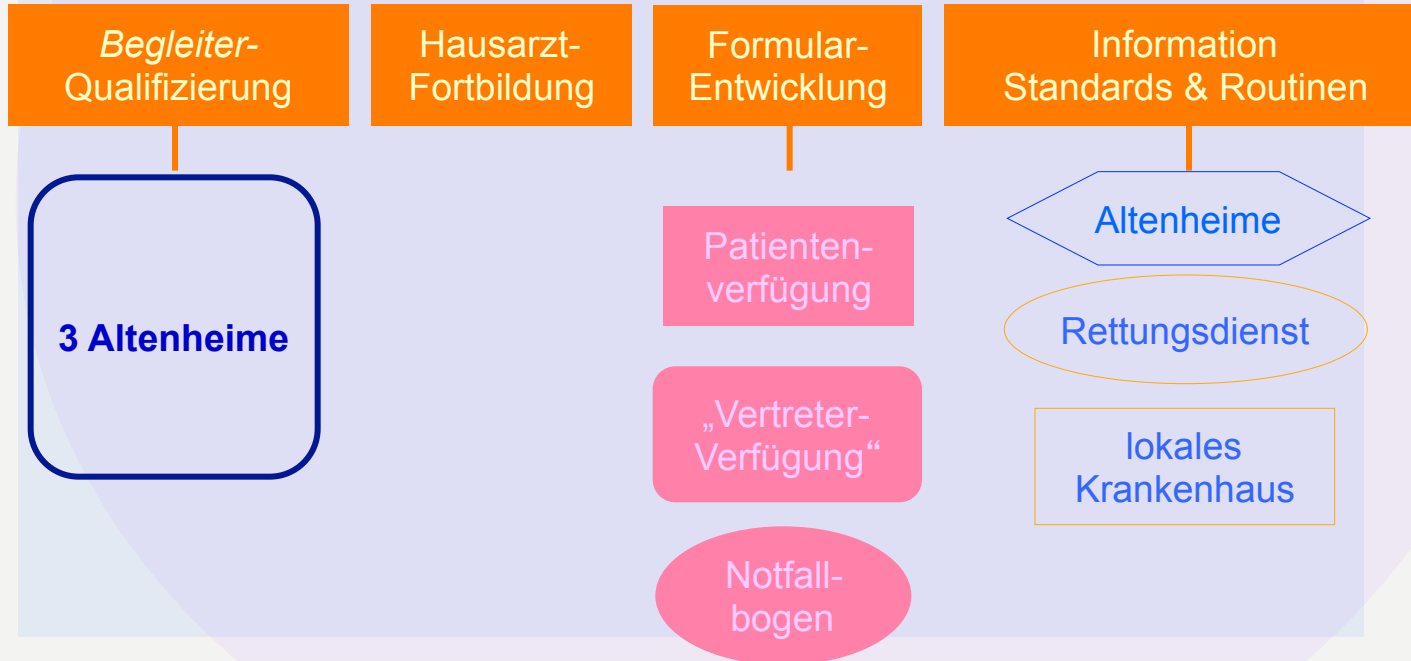


Marckmann G, in der Schmitt J. Patientenverfügungen und Advance Care Planning: Internationale Erfahrungen. Zeitschrift für medizinische Ethik 2013;59(3):213-228.



Rhein-Kreis Neuss

Grevenbroich



- Regionale
Verwaltung
- Landes-
Ärztekammer
- Träger & Ltg.
Sen. Einricht.

in der Schmitt J, ... **Marckmann, G.** A complex regional intervention to implement advance care planning in one town's nursing homes: Protocol of a controlled inter-regional study. BMC Health Serv Res 2011;11(1):14.

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 **beizeitenbegleiten®**-qualifizierten **Begleiters**

x

Unterschrift und Stempel des **beizeitenbegleiten®**-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.

Hausärztliche Anordnung für den Notfall (HANo)

Name: _____

Vorname
geboren

Für den
Fall

Gründe

Urteil
be


Diese
Anordnungen


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.


Modellprojekt in Grevenbroich:
 Seniorenzentrum Albert-Schweitzer-Haus


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 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**

B0  **Eingeschränkte lebensverlängernde Therapie (B0 bis B3):
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)**

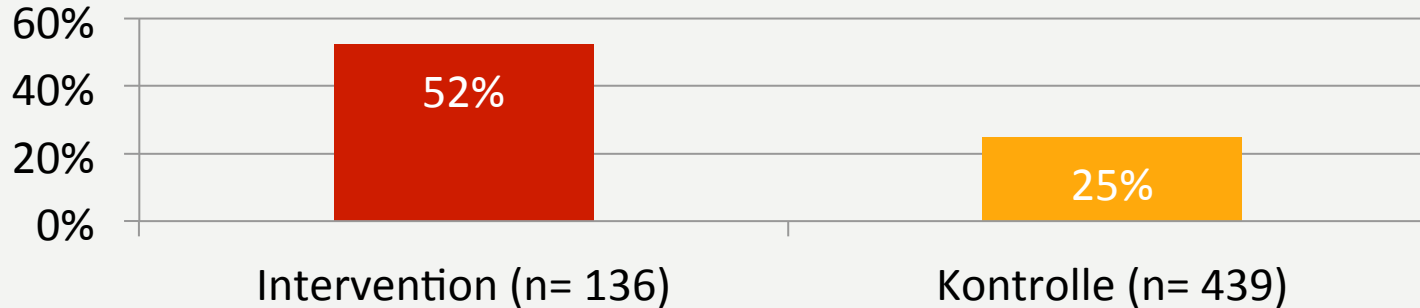
C  **Keine lebensverlängernde Therapie, weder stationär noch ambulant –
ausschließlich palliative (lindernde) Maßnahmen**

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 entwerten. Die entwertete HANo bleibt als solche Teil der Bewohnerakte.

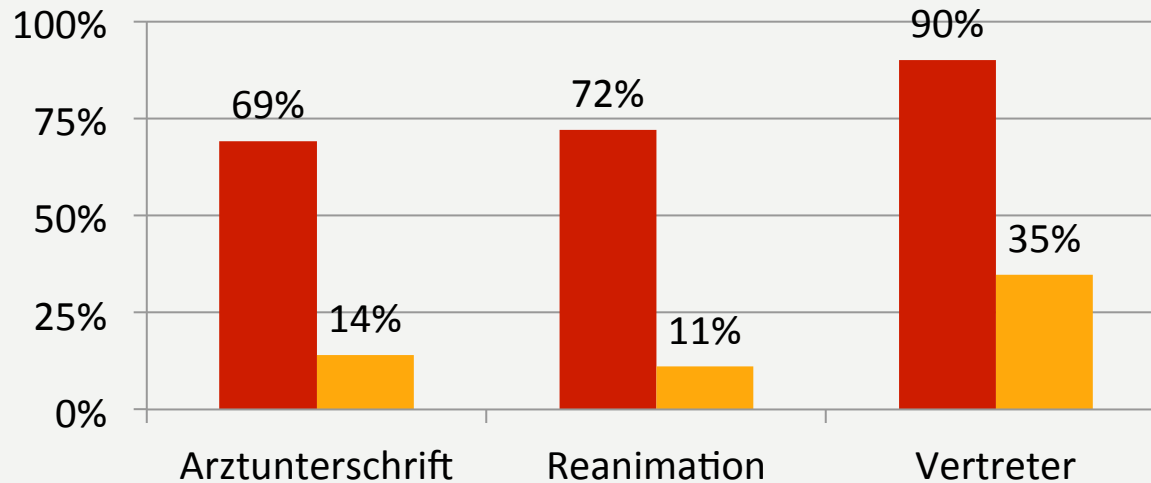


	HAnNo- Abschnitt	RESPEKT n= 114	Hickman et al. (2011) n=718	Hammes et al. (2012) n=255
A	Uneingeschränkte Therapie	8.8%	11.6%	4%
B0	Keine Reanimation	11.4%	Limited additional interventions { 46,7%	{ 31%
B1	+ keine Intubation	17.5%		
B2	+ keine Verlegung auf ITS	23.7%		
B3	+ keine stat. Einweisung	9.6%		
C	nur palliativ	24.6%	41.8%	62%

Anzahl Vorausverfügungen zu t1 (16,5 Mon)



Analyse aller Vorausverfügungen zu t1

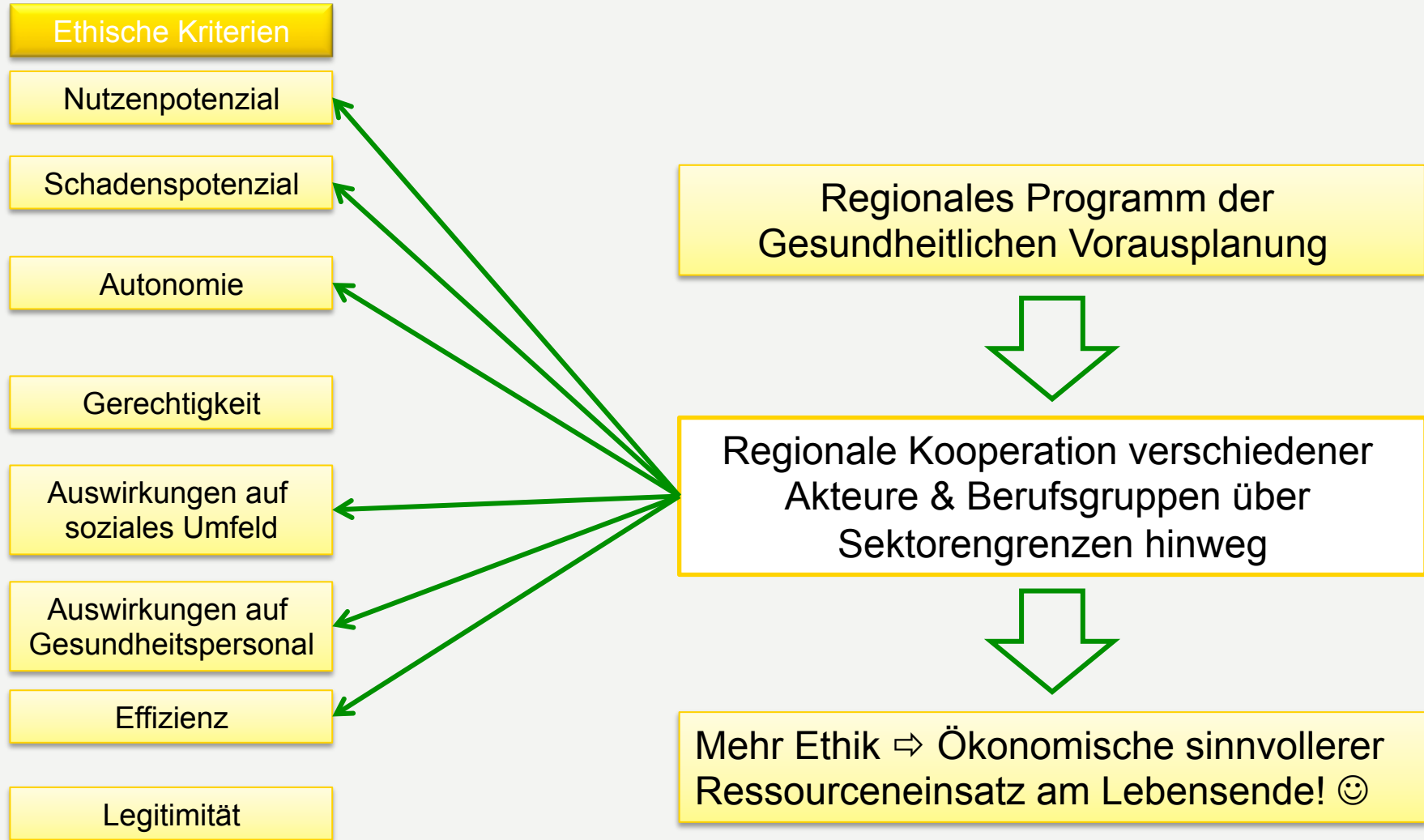


p allseits < 0,001

■ Intervention (n= 71)

■ Kontrolle (n=109)

in der Schmitt J, ... , **Marckmann G**. Implementing an advance care planning program in German nursing homes: results of an inter-regionally controlled intervention. Dtsch Arztebl Int 2014;111(4):50-7





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Ich danke meiner Mitarbeiterin Corinna Klingler und den Mitgliedern des (ehemaligen) Gesundheitsrats Südwest für wertvolle Anregungen!

Kontakt: marckmann@lmu.de

Folien/Publicationen: www.dermedizinethiker.de

Literatur:

in der Schmitt J, Lex K, Mellert C, Rothärmel S, Wegscheider K, Marckmann G. Patientenverfügungsprogramm - Implementierung in Senioreneinrichtungen: Eine inter-regional kontrollierte Interventionsstudie. Deutsches Ärzteblatt 2014;111(4):50-57

Herzliche Einladung zum 5. Weltkongress zur **Gesundheitlichen Vorausplanung und Behandlung am Lebensende**

München, 09.-12. September 2015



International Society of
**Advance Care Planning
& End of Life Care
Conference**

9–12 September 2015
Munich, Germany
www.acpelsociety.com



Jürgen in der Schmitten
Institut für Allgemeinmedizin
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Georg Marckmann
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie
der Medizin der LMU München