

Georg Marckmann

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

Gemeinsam Versorgung gestalten: Was ist aus ethischer Sicht zu berücksichtigen?

2. MSD-Forum Gesundheitspartner

Haar bei München, 10.10.2012





Grundlage ethischer Verpflichtungen:
4 klassische medizinethische Prinzipien

- **Wohltun** (*beneficence*)
 - Nutzen für den Patienten optimieren
- **Nichtschaden** (*nonmaleficence*)
 - dem Patienten möglichst geringen 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

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 & psychischer 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 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



Ethische Kriterien

Nutzenpotenzial

Schadenspotenzial

Autonomie

Gerechtigkeit

Auswirkungen auf
soziales Umfeld

Auswirkungen auf
Gesundheitspersonal

Effizienz

Legitimität

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 in der Versorgung

Kooperation 3: Professionelle & Nichtprofessionelle

- v.a. bei Pflege & sozialer Betreuung



Ethische Kriterien

Nutzenpotenzial

Schadenspotenzial

Autonomie

Gerechtigkeit

Auswirkungen auf
soziales Umfeld

Auswirkungen auf
Gesundheitspersonal

Effizienz

Legitimität

Vernetzung
ambulanter
Strukturen

Beratung v.
Pat. mit
Übergewicht

Regional
integrierte
Vollversorgung

Ärztenez &
therapiebegleit.
Einrichtungen

Netz v. Ärzten,
Klinik, Pflege,
Selbsthilfe etc.

AGR – Ambulant Geriatrischer
Rehakomplex

aha! (Prävention Diabetes Typ 2)

Gesundes Kinzigtal

Opti-MuM „Medizin und Mehr“

QuE – Qualität & Effizienz
Gesundheitsnetz Nürnberg

⇒ Gute Ansätze für: *Gemeinsam Versorgung gestalten*



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

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

Kontakt: marckmann@lmu.de

Folien: www.dermedizinethiker.de

Literatur:

Renz G, Marckmann G, Gesundheitsrat Südwest (Hg.) Die medizinisch-pflegerische Versorgung älterer Menschen. Evangelische Akademie Bad Boll 2009
(darin: Abschlussbericht des Gesundheitsrats Südwest)



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

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 & psychischer Belastungen; Arbeitszufriedenheit des Gesundheitspersonals;
Effizienz	Behebung von Ineffizienzen; Versorgung zu niedrigsten Kosten
Legitimität	Transparenz, Konsistenz, Begründung, Partizipationsmöglichkeiten, Minimierung von Interessenkonflikten, Offenheit für Revision