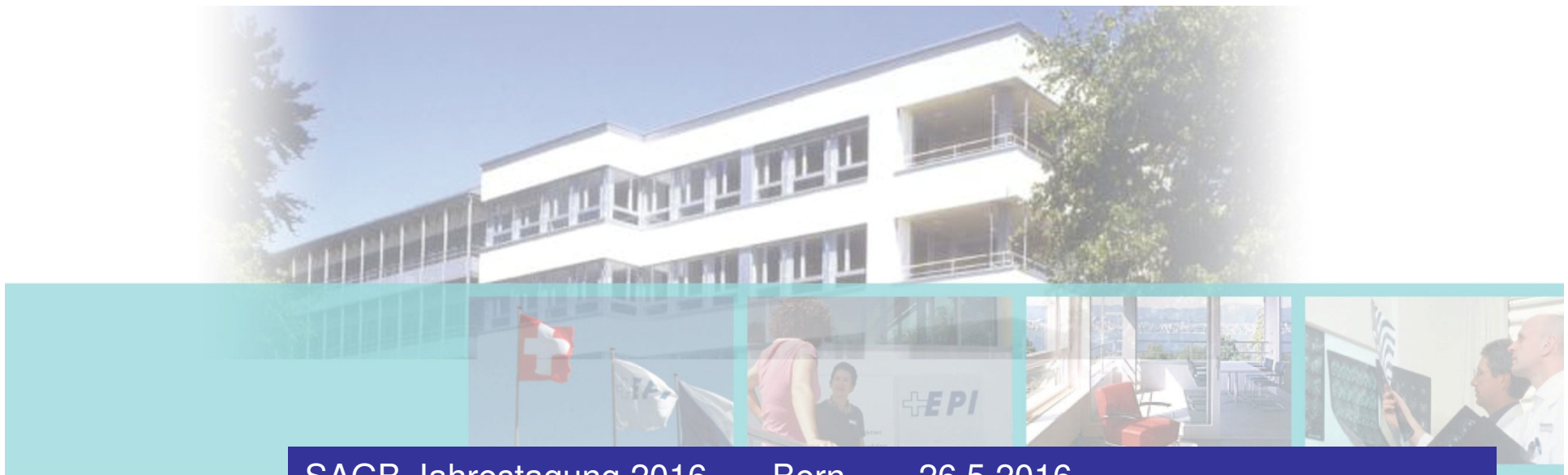


Der behinderte Patient im Spital: Indikationen, ethische, juristische und ökonomische Aspekte

Thomas Dorn



SAGB Jahrestagung 2016

Bern

26.5.2016

Übersicht

- Warum/wann ins Spital?
- Ethische Aspekte - SAMW
- Juristische Aspekte – Urteils(un)fähigkeit
- Ökonomische Aspekte – DRG
- Fazit/Wünsche

Warum/Wann ins Spital?

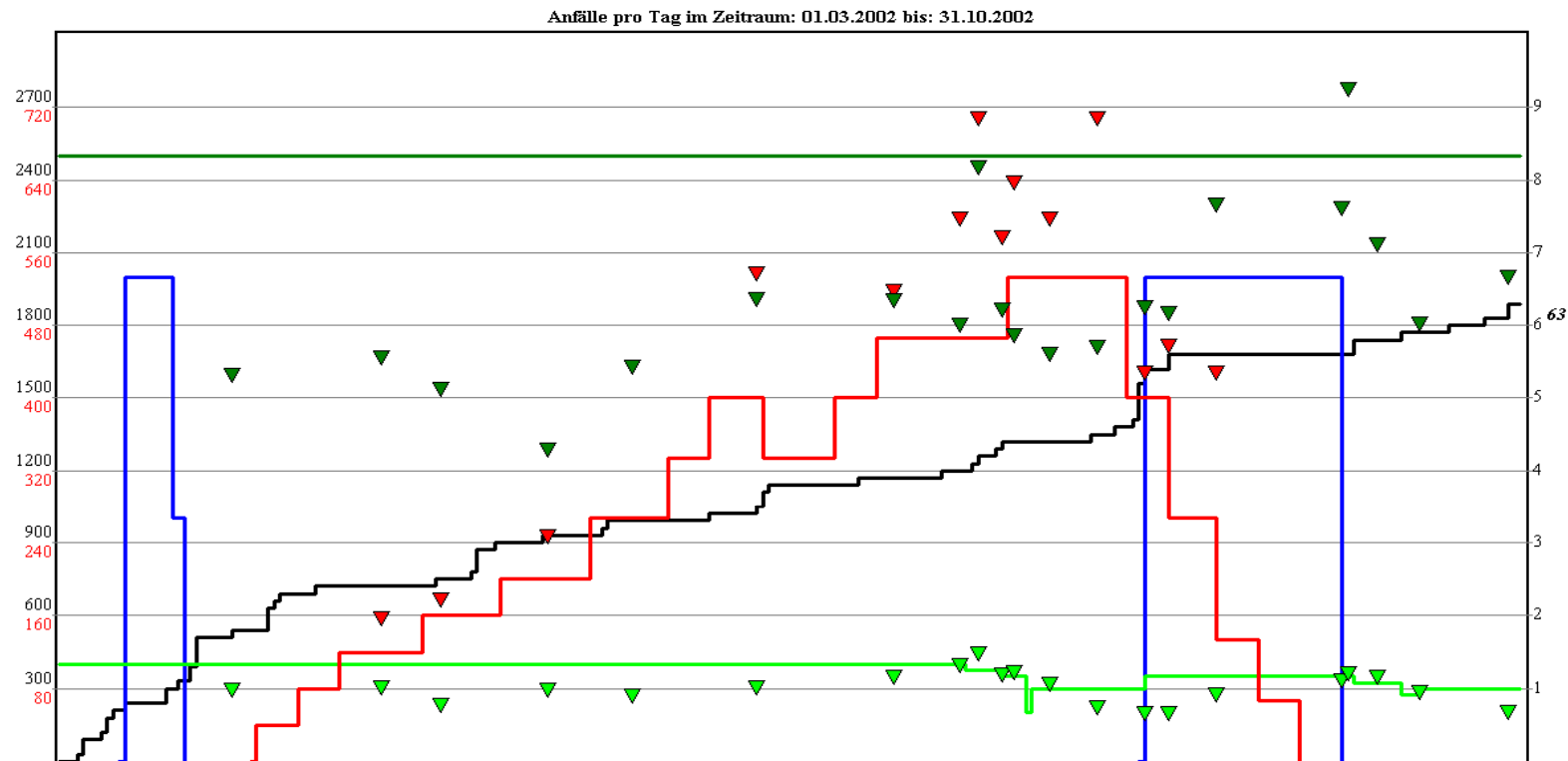
- Akute (lebensbedrohliche) Erkrankung aus dem Spektrum der Allgemeinen Inneren Medizin/Chirurgie
- Nicht ambulant mögliche Abklärung/Behandlung chronischer Erkrankungen (z.B. Bildgebung in Narkose)
- Somatische Abklärung/Behandlung akuter psychiatrischer Symptome
- Psychiatrische Abklärung/Behandlung schwerer psychiatrischer Symptome
- EEG-Langzeit-Diagnostik und medikamentöse Umstellungen bei Epilepsie
- Abklärung und Behandlung einer “seltenen Erkrankung”

Warum/Wann ins Spital?

- Akute (lebensbedrohliche) Erkrankung aus dem Spektrum der Allgemeinen Inneren Medizin/Chirurgie
- Nicht ambulant mögliche Abklärung/Behandlung chronischer Erkrankungen (z.B. Bildgebung in Narkose)
- Somatische Abklärung/Behandlung akuter psychiatrischer Symptome
- Psychiatrische Abklärung/Behandlung schwerer psychiatrischer Symptome
- **EEG-Langzeit-Diagnostik und medikamentöse Umstellungen bei Epilepsie**
- **Abklärung und Behandlung einer “seltenen Erkrankung”**

Warum/Wann ins Spital?

Umstellung der Antiepileptika



Anfallsarten	Medikamente (mg/mA)		Blutspiegel (mg/l)	
Nicht einzuordnenden (03.03.2002)	Clobazam(x100)		Phenytoin	
	Natriumvalproat.		Topiramat(x100)	
	Phenytoin		Valproinsäure	
	Topiramat(x10)			
Patient: AD; geb. 21.06.1973; männlich; erstellt am: 04.02.2003				

Warum/Wann ins Spital?

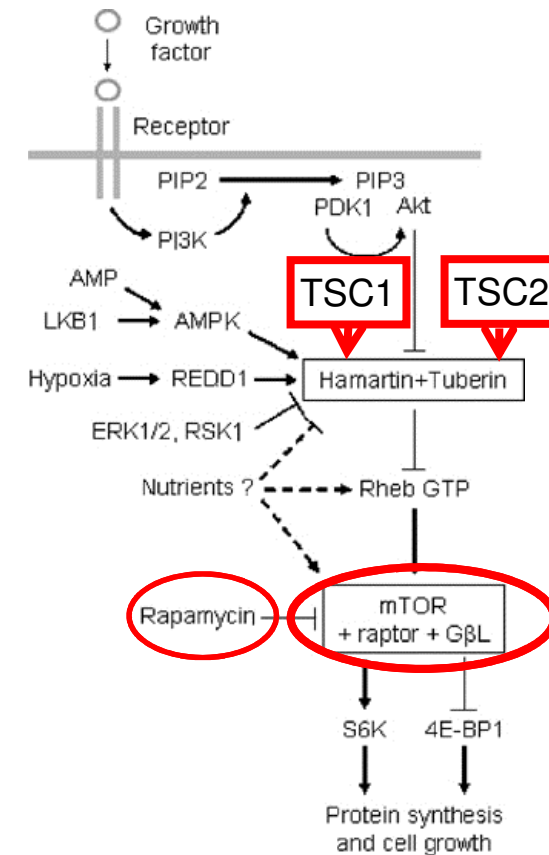
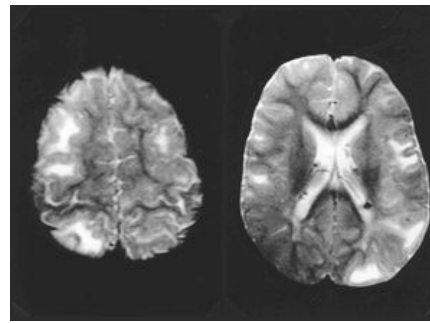
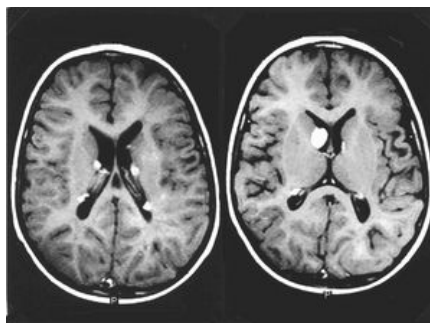
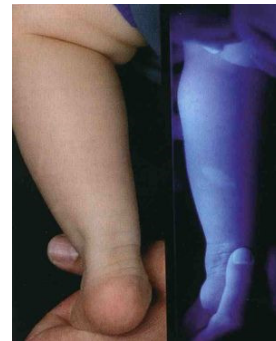
Non-convulsiver status epilepticus bei internistischer Komorbidität

Pat. ♂, * 1952:

- Vorerkrankungen:
 - Epilepsie mit komplex-fokalen und generalisiert tonisch-klonischen Anfällen seit 1968
 - Leichte Minderintelligenz
 - Anamnestic Zst. nach „Meningitis“ 1962
 - Plattenepithelkarzinom Vestibulum nasi rechts, pT3c N0 G3 Mx (ED 08/2011) mit St.n. Ablatio nasi 09/11, Radiatio der ehemaligen Tumorregion mit 33 x 2 Gy 10-12/11, RT Pause 03.-23.11 sowie 05/12: Neck dissection Level I-IV rechts bei Nachweis einer rechtsseitigen LK-Metastase
 - Arterielle Hypertonie, medikamentöse Therapie seit 12/12
 - Osteoporose St.n. perthrochantärer Femurfraktur re 10/13
 - Schizophreniforme Psychose mit zeitweise paranoid-aggressiven Zuständen
- Rezidivierende Non-convulsive status epileptici seit 8/2014
 - Abklärung von Ursache/Auslösern (u.a. Labor, Medikamentenspiegel CT MRI, LP)
 - Anpassung der antiepileptischen Pharmakotherapie
 - Komplikationen 10- 11/2014:
 - Pneumonie links (DD Aspirationspneumonie)
 - Urosepsis
 - Blasentamponade
 - Pseudomembranöse Kolitis
 - Konsekutiv: iv-Antibiosen, Anlage einer PEG-Sonde,
 - Wiederholte Hospitalisationen im Klinik Lengg, USZ, Spital Zollikerberg
 - Am 1.12.2014 Übertritt ins Wohnheim in stabilisiertem Zustand

Warum/Wann ins Spital?

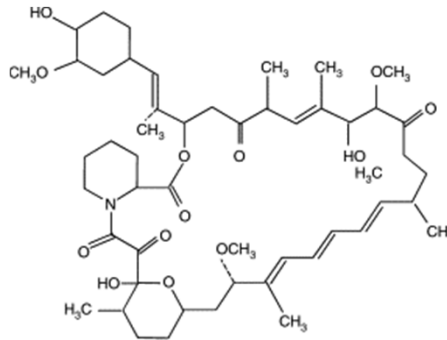
Seltene Erkrankungen – z.B. Tuberöse Sklerose



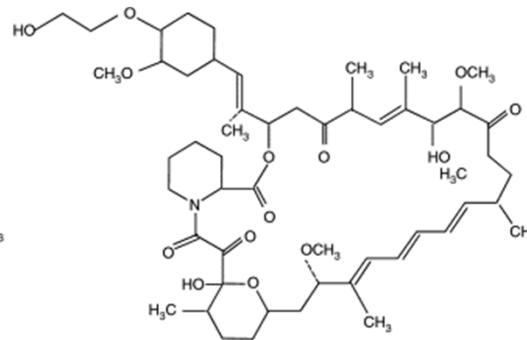
Yates JRW
European Journal of Human Genetics
2006; 14: 1065–1073

Warum/Wann ins Spital?

Seltene Erkrankungen – z.B. Tuberöse Sklerose



Sirolimus



Everolimus



Sirolimus = Rapamycin (Rapamune®),

- aus *Streptomyces hygroscopicus* aus der Erde der Osterinsel Rapa Nui 1975
- (Antimykotikum)
- Immunsuppression nach Organtransplantation
- Tumorthherapie
- **TSC (off label)**

Everolimus (Votubia®)

- Derivat von Rapamycin
- Evtl. grössere onkologische Bedeutung als Rapamycin
- **TSC**
 - **SEGA**
 - **Angiomyolipome**
 - **(Epilepsie?)**

Nach Otto, T, Hrsg. mTOR-Inhibitoren Update 2011, Uni-Med Verlag AG, Bremen 2011

Ethische Aspekte

Medizinische Behandlung
und Betreuung von
Menschen mit Behinderung

RICHT-
LINIEN

SAMW  Schweizerische
Akademie der Medizinischen
Wissenschaften

2. Grundsätze
 - 2.1. Achtung der Würde
 - 2.2. Respektierung der Autonomie
 - 2.3. Gerechtigkeit und Partizipation
 - 2.4. Berücksichtigung der Lebensqualität
 - 2.5. Fürsorge und Verantwortung
 - 2.6. Angemessene Behandlung und Betreuung
 - 2.7. Persönliche, kontinuierliche Betreuung und interdisziplinäre Zusammenarbeit
 - 2.8. Zusammenarbeit mit dem sozialen Umfeld

Ethische Aspekte

Kommunikation/Information

Eine offene, adäquate und einfühlsame Kommunikation mit dem Patienten ist Voraussetzung und Bestandteil jeder guten Behandlung und Betreuung. Nicht alle Patienten mit Behinderung benötigen eine Unterstützung oder spezielle Hilfsmittel. Eine Überforderung durch zu viele Hilfen kann kränkend sein.

Entscheidungsfindung

4.3. **Urteilsfähigkeit?**
Medizinische Behandlungen oder Betreuungsmassnahmen erfordern oft einen interdisziplinären Entscheidungsprozess. Bevor einem Patienten solche Behandlungen oder Massnahmen vorgeschlagen werden, sollen sie im Betreuungsteam diskutiert werden. Dabei können die Erfahrungen und das Wissen aller Beteiligten mitgetragen werden. Wesentliche Beschlüsse werden schriftlich festgehalten, regelmässig überprüft und allenfalls angepasst (vgl. Kap.6.).

Im Betreuungsteam

Umfassende Behandlung/Betreuung

Das Recht auf unverzügliche medizinische Hilfe bei akuter Erkrankung oder Verletzung durch angemessene Diagnostik und wirksame Therapie gilt für alle Menschen unabhängig von der Art und Schwere der Behinderung. Bei bestimmten spezifischen Besonderheiten können die Anamneseerhebung, die Untersuchung, die Interpretation von Befunden und die Wahl und Applikation der bestmöglichen Therapie erschwert werden. Das der Behinderung zugrunde liegende Gesundheitsproblem oder die Behinderung selbst kann die Behandlung ansprechen auf Standardtherapien, insbesondere mit Medikamenten, verändern und unerwartete Nebenwirkungen auslösen. Dem soll einerseits durch den Beizug von Angehörigen, Betreuern und früheren Behandlern begegnet werden, die den Patienten besser kennen, andererseits durch den Erwerb behinderungsspezifischer Kenntnisse aus der Literatur oder durch den konstanten Beizug von Experten begegnet werden.

Ätiologische Diagnostik

Akuttherapie

Komplexe

Grundkrankheit

7. Misshandlung und Vernachlässigung

Ursachen für Vernachlässigung können ungenügende materielle Ressourcen, ungünstige Umgebungsbedingungen, mangelnde Kenntnisse, mangelnde Motivation und Erfahrung der Betreuungspersonen sowie eine gestörte Beziehung zur betreuten Person sein.

Cave: Misshandlung

Pflege ↑

Arzt ↑

Technik ↑

Zeit ↑

Kosten ↑

Juristische Aspekte

Definitionen (Art. 13,16,17 ZGB):

- Die **Handlungsfähigkeit** besitzt, wer volljährig und urteilsfähig ist.
- **Urteilsfähig** im Sinne dieses Gesetzes ist jede Person, der nicht wegen ihres Kindesalters, infolge geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlicher Zustände die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln.
- **Handlungsunfähig** sind urteilsunfähige Personen, Minderjährige sowie Personen unter umfassender Beistandschaft.

Cave: Auch eine Person unter umfassender Beistandschaft kann bezüglich medizinischer Eingriffe urteilsfähig sein

Schlussbericht zum Projekt Evaline

Die Urteilsfähigkeit von Menschen mit Beeinträchtigung bei medizinischen Entscheidungen erfassen

Zürich, 12.3.2016

Projektleitung
Dr. Monika T. Wicki
Wissenschaftliche Mitarbeiterin Forschung und Entwicklung
Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich
Schaffhauserstrasse 239
Postfach 5850
CH-8050 Zürich

T +41 (0)44 317 12 34
F +41 (0)44 317 11 10
monika.wicki@hfh.ch
www.hfh.ch

Projektmitarbeit
Mirjam Arter, Studentin an der
Berner Fachhochschule

Désirée Paternoster-Honauer
Studentin an der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik, Zürich

«**Evaline**» = Entwicklung und Evaluation eines Instrumentes zur Erfassung der Urteilsfähigkeit von Personen mit einer intellektuellen oder schweren mehrfachen Beeinträchtigung

«Evaline»

Methoden

- 4 Personen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung wurden zu zwei ausgewählten medizinischen Entscheidungen anhand eines spezifischen Gesprächsleitfadens befragt.
- Die Befragung wurde dokumentiert und gefilmt.
- Rund 60 Personen, Betreuende, Angehörige und Ärzte und Ärztinnen beurteilten, ob sie die Person als urteilsfähig bezüglich dieser Entscheidung betrachteten oder nicht.

Ergebnisse

- Ärztinnen und Ärzte sehen deutlich häufiger die Urteils~~un~~fähigkeit, während die Betreuenden vielmehr die Urteilsfähigkeit betonen.
- Die geringsten Werte bei der Interrater-Reliabilität zeigen sich bei den Angehörigen.

Dokumentation des Patientenwillens durch die vertretungsberechtigte Person*

Mit ACP Beratung und Begleitung

ACP Advance Care Planning
übersetzt: gemeinsame Vorausplanung medizinischer Behandlungen

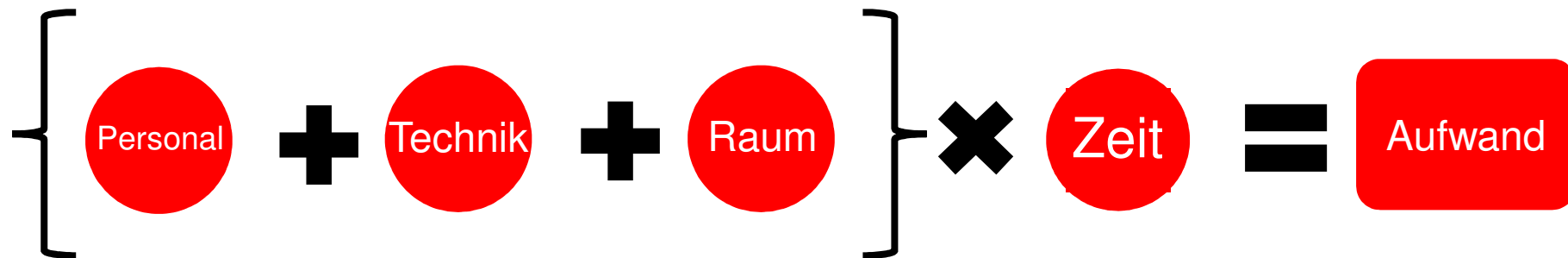
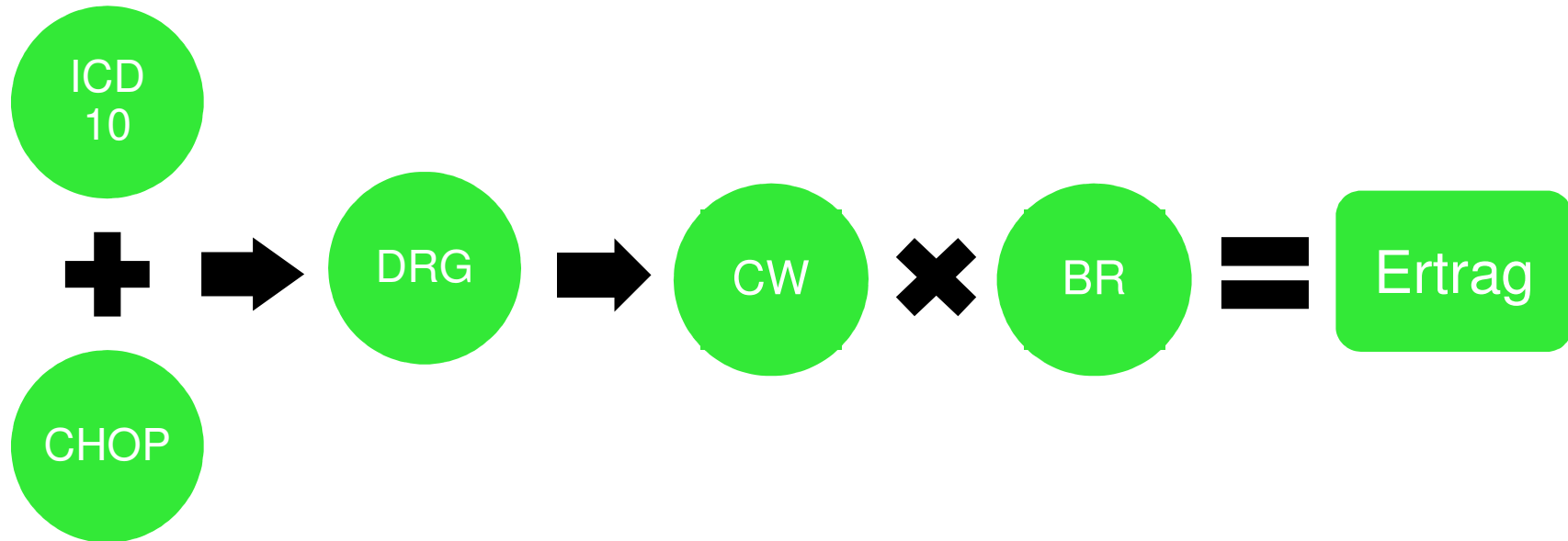
Fr. Dr. med. Tanja Krones, Fr. Dr. med. Barbara Loupatatzis, Fr. Isabelle Karzig und Fr. Theodore Otto

[Wählen Sie das Datum aus]

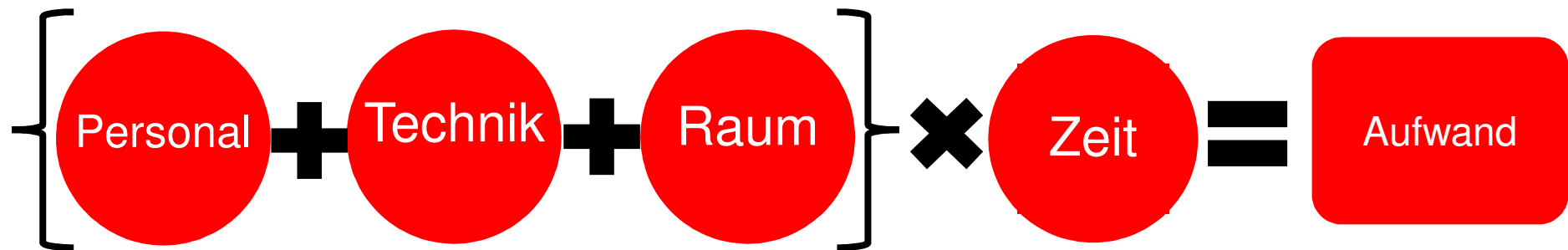
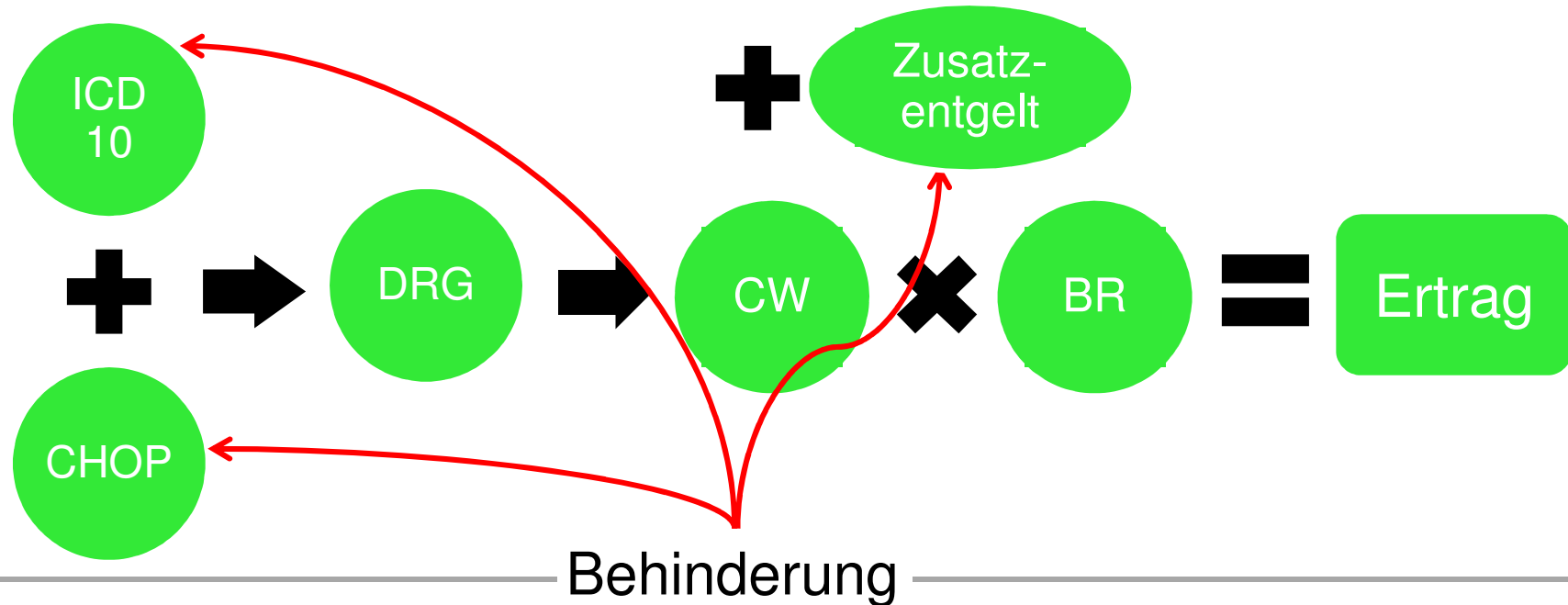
*

- Gemäss Patientenverfügung oder Vorsorgeauftrag
- Beistand/Beiständin mit Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen
- Ehegatte, eingetragene Partnerin oder eingetragener Partner in einem gemeinsamen Haushalt, die persönlich Beistand leistet
- Person in einem gemeinsamen Haushalt, die regelmässig und persönlich Beistand leistet (Konkubinatspartner /Konkubinatspartnerin)
- Nachkommen, wenn sie regelmässig und persönlich Beistand leisten
- Eltern, wenn sie regelmässig und persönlich Beistand leisten
- Geschwister, wenn sie regelmässig und persönlich Beistand leisten.

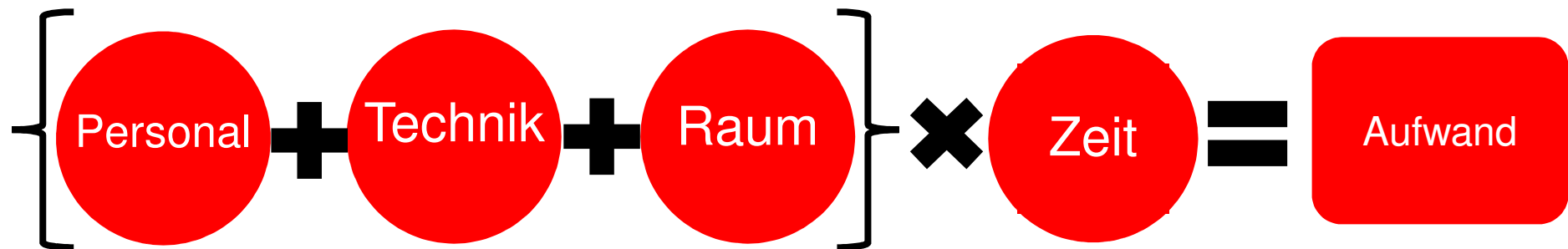
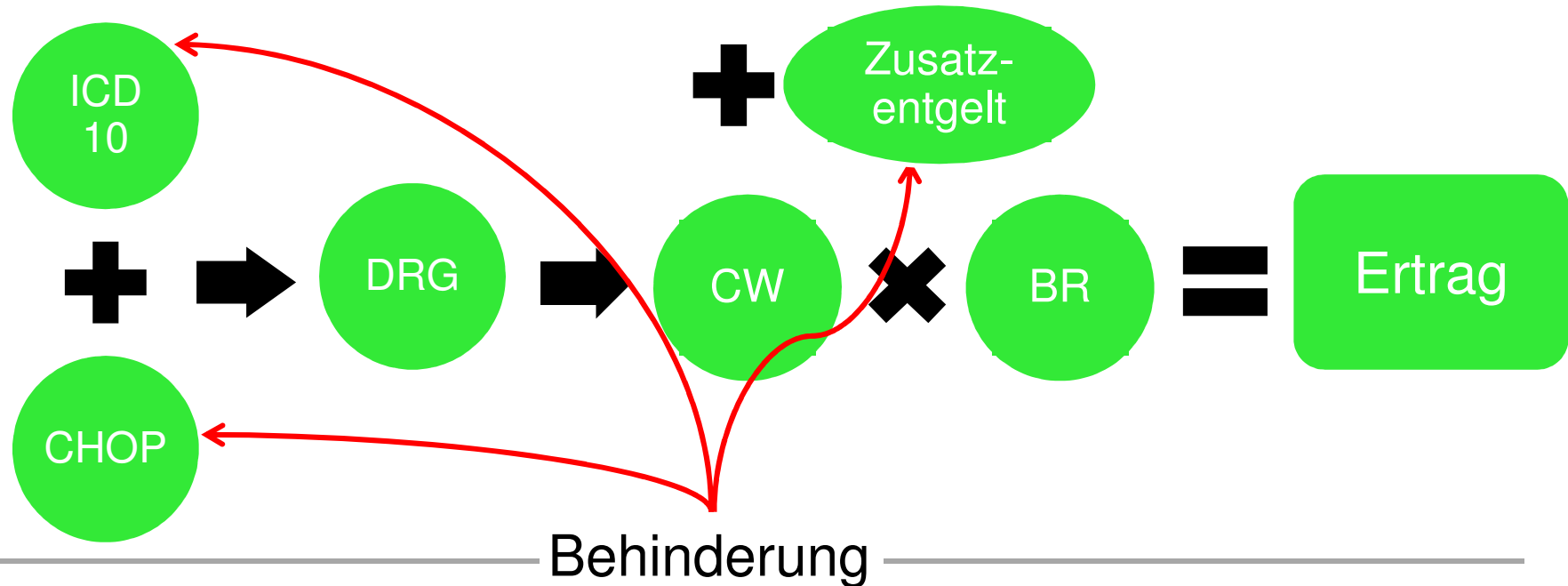
Ökonomische Aspekte - DRG



Ökonomische Aspekte - DRG



Ökonomische Aspekte - DRG



Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP)

Systematisches Verzeichnis – Version 2016

99.C1 Pflege-Komplexbehandlung, nach Aufwandspunkten

Beachte:

- Die CHOP-Kodes dienen zur Kennzeichnung besonders pflegeintensiver Fälle auf der allgemeinen Pflegestation (nicht IPS, IMC, Stroke Unit usw.).
- Es sind 6 Leistungsgruppen (Leistungsbereiche) definiert, die eines oder mehrere Pflegeinterventionsprofile (Leistungskomplexe, -bündel) beinhalten.
- Die Definition und Beschreibung der 6 Leistungsgruppen und deren Pflegeinterventionsprofile sind im Anhang der CHOP beschrieben.
- Die Pflegeinterventionsprofile sind an Messkriterien / Mindestanforderungen gebunden. Beispiel: 4 mal täglich, 1 Stunde pro Tag.
- Die Pflegeinterventionen gemäss definierten Pflegeinterventionsprofilen werden ausschliesslich durch diplomiertes Pflegepersonal bzw. unter deren Verantwortung/Aufsicht durchgeführt.
- Die Pflegeinterventionsprofile werden in der Patientendokumentation nachvollziehbar und transparent dokumentiert und visiert (Dokumentationsnachweis).

- 99.C1.11 Pflege-Komplexbehandlung, 16 bis 20 Aufwandspunkte
- 99.C1.12 Pflege-Komplexbehandlung, 21 bis 25 Aufwandspunkte
- 99.C1.13 Pflege-Komplexbehandlung, 26 bis 30 Aufwandspunkte
- 99.C1.14 Pflege-Komplexbehandlung, 31 bis 35 Aufwandspunkte
- 99.C1.15 Pflege-Komplexbehandlung, 36 bis 40 Aufwandspunkte
- 99.C1.16 Pflege-Komplexbehandlung, 41 bis 45 Aufwandspunkte
- 99.C1.17 Pflege-Komplexbehandlung, 46 bis 50 Aufwandspunkte
- 99.C1.18 Pflege-Komplexbehandlung, 51 bis 55 Aufwandspunkte
- 99.C1.1A Pflege-Komplexbehandlung, 56 bis 60 Aufwandspunkte
- 99.C1.1B Pflege-Komplexbehandlung, 61 bis 65 Aufwandspunkte
- 99.C1.1C Pflege-Komplexbehandlung, 66 und mehr Aufwandspunkte

Ökonomische Aspekte - DRG



Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP)

Systematisches Verzeichnis – Version 2016

(Arbeits-) Kode	Leistungsgruppen/Pflegeinterventionsprofile			
1	Leistungsgruppe 1: Bewegung	Pflegeinterventionsprofil	Messkriterium / Mindestanforderung	Aufwandspunkte pro Tag
1.1		Änderung der Körperposition/-lage und/oder Mobilisation (Dekubitus-, Kontrakturen-, Thrombose-, Pneumonieprophylaxe; therapeutische Lagerung usw.).	mindestens 12 x tägl.; davon maximal 4 Mikrolagerungen	1
1.2	Deutlich erhöhter Pflegeaufwand für mindestens ein Pflegeinterventionsprofil der Leistungsgruppe Bewegung	Mobilisation aus dem Bett und - aufwendiges An-/Ausziehen von Hilfsmitteln (Gilet, Halskragen, Hüftschutz/-protektor, Korsett, Prothesen usw.) oder - Anwendung von Techniken zur Tonusregulierung und Bewegungs-/Haltungskontrolle	mindestens 2 x tägl.	1
1.3	gegenüber den routinemässig erbrachten Leistungen.	Mobilisation aus dem Bett und - systematisches Gehtraining mit Einsatz von Geräten/Hilfsmitteln (Eulenburger, Gehstöcke, Gehwagen usw.) oder - systematisches Gehtraining unter Anwendung von Techniken zur Tonusregulierung und Bewegungs-/Haltungskontrolle oder - systematisches Gehtraining nach therapeutischen Standards/Konzepten	mindestens 2 x tägl.	1

Matrix Aufwandspunkte pro Leistungsgruppe und Tag

CHOP "Pflege-Komplexbehandlung"									
Leistungsgruppen	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5	Tag 6	...	Tag n	
Bewegen (3) ¹	1 (2)	1 (3)	1 (2)	1 (1)	1 (1)	1 (2)	1 (1)	1 (1)	
Körperpflege (2)	1 (1)	1 (2)	1 (2)	1 (2)	1 (1)	1 (1)	1 (1)	1 (1)	
Ausscheidung (2)	1 (2)	1 (2)	1 (2)	1 (2)	1 (2)	1 (2)	1 (1)	1 (1)	
Wundmanagement (1)	1 (1)	1 (1)	1 (1)	1 (1)	1 (1)	1 (1)	1 (1)	1 (1)	
Kommunikation (3)	1 (3)	1 (3)	1 (2)	1 (1)	1 (1)	1 (2)	1 (1)	1 (1)	
Essen und Trinken (2)	1 (2)	1 (2)	1 (1)	1 (1)	1 (1)	1 (2)	1 (1)	1 (1)	
maximale Summe pro Tag:	6	6	6	6	6	6	6	6	Gesamtsumme: n x 6

¹ (mögliche Punktzahl) ² Rechnungswert (effektive Punktzahl)

Beispiel für einen Fall mit einer Aufenthaltsdauer von 6 Tagen

CHOP "Pflege-Komplexbehandlung"									
Leistungsgruppen	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5	Tag 6			
Bewegen (3)	1 (1)	0 (0)	1 (2)	1 (2)	1 (1)	1 (1)			
Körperpflege (2)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	1 (2)	1 (2)	0 (0)			
Ausscheidung (2)	1 (2)	0 (0)	1 (2)	1 (1)	1 (1)	0 (0)			
Wundmanagement (1)	1 (1)	0 (0)	1 (1)	1 (1)	0 (0)	0 (0)			
Kommunikation (3)	0 (0)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)			
Essen und Trinken (2)	1 (2)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)			
effektive Summe pro Tag:	4	3	3	4	5	0			Gesamtsumme: 19

--> Im Beispiel oben wird der CHOP Code 99.C1.11 mit einer Gesamtsumme der Aufwandspunkte von 19 aktiviert.

- Der behinderte Patient im Spital stellt eine medizinische Herausforderung dar (komplexe Erkrankung, Polymorbidität, psychiatrische Komorbidität, seltene Erkrankung)
- Die Beachtung ethischer Grundsätze (Würde, Autonomie, Anspruch auf angemessene Behandlung, Lebensqualität) kann zu ethischen Dilemmata führen
- Die Beurteilung der Urteilsfähigkeit bezüglich medizinischer Entscheidungen ist schwierig und deshalb weiter daran zu forschen
- Die Belange einer guten Medizin für behinderte Patienten sind im DRG-System (noch) nicht adäquat abgebildet

- Auch bei behinderten Patienten ist dem Trend «möglichst ambulant» zu folgen, d.h. entsprechend spezialisierte multidisziplinäre Gruppenpraxen und aufsuchende Angebote spezialisierter Zentren auf- und auszubauen
- Eine Spitalbehandlung sollte in dem Spital stattfinden, in dem der grösste Teil der vom Patienten aktuell benötigten technischen und personellen Infrastruktur vorhanden ist
- Am Krankenbett sollten neben den aktuell unmittelbar notwendigen Fachdisziplinen auch Vor- und Nachbehandler und zuvor involvierte Spezialisten «versammelt» werden
- An einer adäquaten Abbildung der Belange der Behindertenmedizin in stationären und ambulanten Tarifsystemen ist weiter engagiert zu arbeiten