

Der aufgeklärte Patient

Heinrich von Kleist-Forum

Hamm, 06.02.2019

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe
Universität Köln

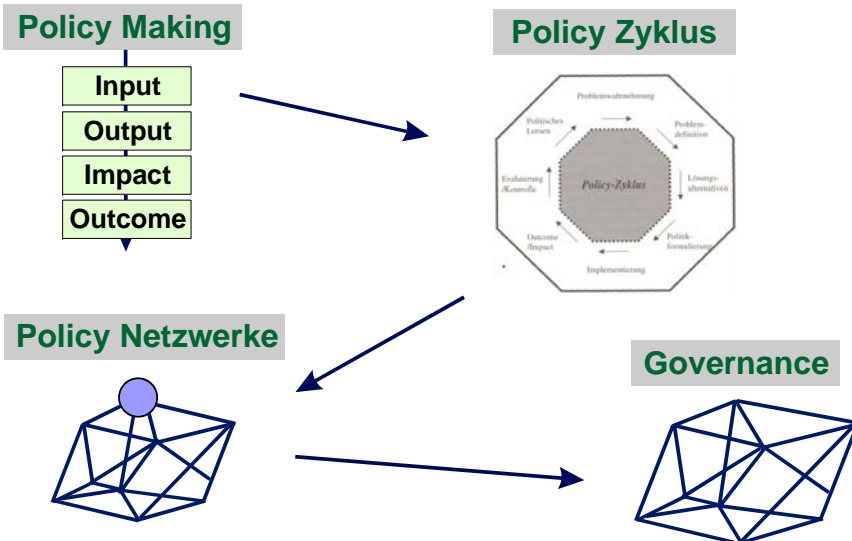
pdf-Version unter
matthias.schrappe.com

Der aufgeklärte Patient

- ➔ Compliance
- ➔ Adhärenz
- ➔ Shared Decision Making

Prof. Dr. M. Schrappe

Politische Steuerung



Prof. Dr. M. Schrappe

Patient-Centered Care

- ➔ Aktive Beteiligung von Patienten an Entscheidungen der individuellen Gesundheitsversorgung
- ➔ Berücksichtigung der Bedürfnisse, Werte und Vorstellungen der Patienten
- ➔ Verbesserung der Kommunikation in der Behandlungssituation
- ➔ Verbesserung der Gesundheitskompetenz durch gezielte Gesundheitsinformationen
- ➔ Auf Seiten der Patienten: Informationen verstehen, kommunikative Kompetenz einsetzen, Präferenzen artikulieren, Wissen aneignen und in Verhalten umsetzen

modif. n. Zill und Härter 2017

Prof. Dr. M. Schrappe

Der aufgeklärte Patient

- ➔ Compliance
- ➔ Adhärenz
- ➔ Shared Decision Making
- ➔ Patientenzufriedenheit
- ➔ Patientenorientierung
- ➔ Patientenzentrierung
- ➔ Patientenfürsprecher
- ➔ Patientenbeauftragte
- ➔ Patientenvertreter

Prof. Dr. M. Schrappe

vf/propat_or_gesetz.cdr

Patienten-Orientierung: Gesetzl. Vorgaben

- ➔ GMG 2003, §140 SGB V: • Patientenvertreter in Gremien
- ➔ WSG 2007, §§91, 137a, 139a SGB V: • Patientenverbände
- ➔ PRG 2013, §§630a ff BGB • Untertitel 2 "Behandlungsvertrag"
- ➔ KQM-RL des GBA 2014, "Prinzip des Umfassenden QM":
 - Element "Patientenorientierung"
- ➔ FQWG 2014, §137a SGB V:
 - "Module für ergänzende Patientenbefragungen"
- ➔ KHSG 2015, §1 Abs. 1 KHG und §136b SGB V:
 - "qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung", "die sich an den Wünschen der Patienten orientiert" (Begr.), Q-Bericht: Patientenbefragungen

Prof. Dr. M. Schrappe

1. Der aufgeklärte Patient im Behandlungsprozess

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

00qm\rm\aufklär\umkehr.cdr

Beweislasterleichterung

- Grober Behandlungsfehler
 - ➔ Der Ursachenzusammenhang zwischen Fehler und Schaden ist *grundsätzlich* zu vermuten.
- Organisationsverschulden, z.B.
 - ➔ Anfängeroperation
 - ➔ Voll beherrschbare Risiken
- Mangelnde Dokumentation
- Fehlerhafte Aufklärung
 - ➔ Voraussetzung für Eingriff nicht gegeben.

Prof. Dr. M. Schrappe

Umfang der Aufklärung

- ➔ Lebensumstände des Patienten
- ➔ Dringlichkeit des Eingriffes
- ➔ Typische Risiken
- ➔ Verständnis und Vorwissen des Patienten
- ➔ Nähe zum medizinischen Standard

Prof. Dr. M. Schrappe

§ 630e

Aufklärungspflichten

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

(2) Die Aufklärung muss

1. mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt; ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält,
2. so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann,
3. für den Patienten verständlich sein.

Dem Patienten sind Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen.

Spontangeburt: Aufklärung über Risiken

MEDIZINREPORT

Thema Beckenbodenschäden

Besser als bisher über Risiken vaginaler Geburten aufklären

Schwangeren wird zunehmend bewusst, in welchem Ausmaß der weibliche Beckenboden infolge einer natürlichen Geburt Schaden nehmen kann. Immer öfter fordern sie selbst – im Verbund mit Experten aus der Urogynäkologie und Geburtshilfe – eine Aufklärung, die sich mehr als bisher am individuellen Risiko der Gebärenden orientiert.

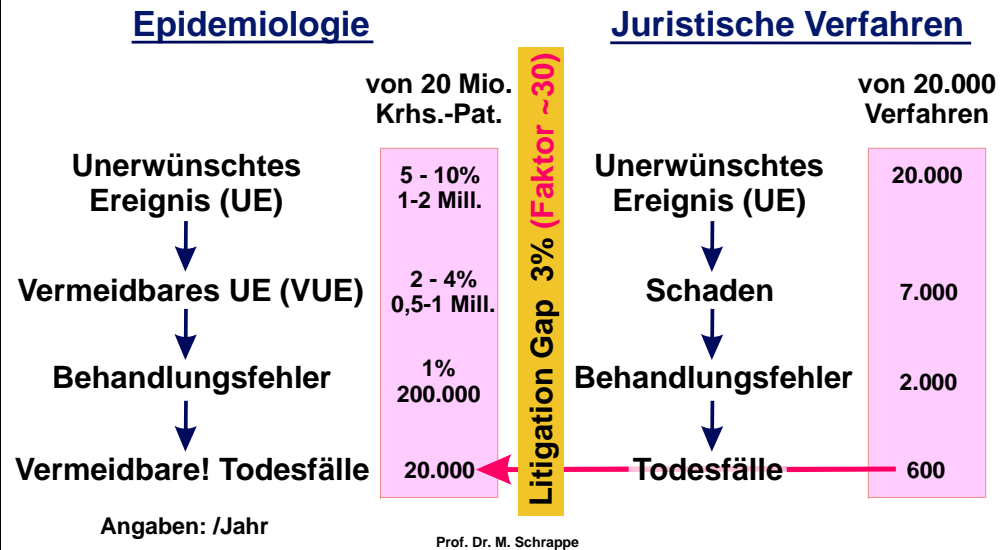
Dtsch. Ärzteztbl. 9.11.2018

Litigation Gap

Jahr	Datenbasis	Bezugsgröße			Quelle
		UE**	VUE**	NAE**	
1974	California Medical Insurance Feasibility Study (USA)			10%	Danzon 1985
1983	Beobachtungsstudie an 1047 stationären Patienten	2,3%			Andrews et al. 1997
1984	Harvard Medical Practice Study III			1,53%	Localio et al. 1991
1992	Nachuntersuchung von 14700 Krankenakten der Utah-Colorado-Studie			2,5%	Studdert et al. 2000
1995	Adverse Events in New Zealand Public Hospitals Study			5%	Davis et al. 2002B
2002	Befragung	6%***			Blendon et al. 2002
1996 2006	Zu erwartende vermeidbare nosokomiale Infektionen, ECCLESIA-Versicherungsdaten in Deutschland		0,2%		Mönch et al. 2011

Tab. 3.4.-1 (S. 305): Relative Häufigkeit der juristischen Klärung von UE als Annäherung für die Größe der Haftungslücke (*litigation gap*) in der Übersicht. *Durchführung der Studie, ** UE Unerwünschtes Ereignis, VUE Vermeidbares Unerwünschtes Ereignis, NAE *Negligent Adverse Event* (epidemiologische Erfassung von Behandlungsfehlern, zur Terminologie s. Kap. 3.2.), *** Angabe bezieht sich auf die befragte Öffentlichkeit, 2% unter den befragten Ärzten; gefragt wurde nach „errors“, was hier als UE interpretiert wird.

Häufigkeit: Ausgangspunkt



Ergebnisse 1

	Physicians (n = 831)	Public (n = 1207)
Errors (own, family)	35	42
Serious health consequences	18	24
Responsability doctors	70	81
nurses	25	25
others	15	26
institution	22	43
Error was told	31	30
Apologized	34	33
Health professional was sued	2	6

Blendon et al. NEJM 347, 2002, 1933

Prof. Dr. M. Schrappe

Das kalte Gesicht der Statistik

Befragung erfahrener Kliniker:

➤ Statistik

mechanisch, atomistisch, additiv, schablonenhaft, künstlich, unwirklich, willkürlich, unvollständig, tot, pedantisch, zersplittert, trivial, gezwungen, statisch, oberflächlich, starr, steril, akademisch, pseudowissenschaftlich, blind

➤ Erfahrung/"klinische Methode"

dynamisch, global, bedeutungsvoll, ganzheitlich, hintergründig, teilnehmend, integrativ, strukturiert, organisiert, reich, tief, echt, gefühlvoll, differenziert, real, lebendig, konkret, natürlich, lebensecht, verständnisvoll

P. Meehl, aus: D. Kahnemann, Schnelles Denken, langsames Denken 2014

Prof. Dr. M. Schrappe

1. Der aufgeklärte Patient im Behandlungsprozess

2. Der aufgeklärte Patient: Aufklärung und Modernität

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

Modernität: 3 Phasen

aus: Blühdorn, I.:
Simulative Demokratie,
Berlin 2013, S. 149

Erste Moderne

Industrielle
Gesellschaft

Unmündigkeit

Unterdrückte
Subjektivität

Identität als
Schicksal

Zweite Moderne

Postindustrielle
Gesellschaft

Emanzipation
erster Ordnung

Artikulierte und
realisierte
Subjektivität

Identität als
Lebensprojekt

Prof. Dr. M. Schrappe

Critik am
dheitswesen
en wird
as Problem
losion.

lem hat der
ztetag,
ngen
urg
utiert.

ünde für die
- zu hohe
Ärzte? Zu
Medika-
Verdienst-
theker?



Etwa 250 Ärzte aus der Bundesrepublik. Angehörige der ALIA (vormals Arbeitsgemeinschaft unabhängiger Ärzte), protestierten vor dem Ärztetag in Hamburg gegen das Geschäft mit der

Zeit 16.5.1975

Der Patient spielt bald nicht mehr mit

Die Kosten in der Medizin zwingen zu einer Änderung in dem bestehenden System / Von Gerd Bucerius

00qmrmapelitel_wb.cdr

APS-Weißbuch Patientensicherheit

Sicherheit in der Gesundheitsversorgung:
neu denken, gezielt verbessern

- ① → Verständnis und Definition
- ② → Messen
- ③ → Interventionen (CMCIs)



Prof. Dr. M. Schrappe

Definition Patientensicherheit

Patientensicherheit ist das aus der Perspektive der Patienten bestimmte Maß, in dem handelnde Personen, Berufsgruppen, Teams, Organisationen, Verbände und das Gesundheitssystem

1. einen **Zustand** aufweisen, in dem Unerwünschte Ereignisse selten auftreten, Sicherheitsverhalten gefördert wird und Risiken beherrscht werden,
2. über die **Eigenschaft** verfügen, Sicherheit als erstrebenswertes Ziel zu erkennen und realistische Optionen zur Verbesserung umzusetzen, und
3. ihre **Innovationskompetenz** in den Dienst der Verwirklichung von Sicherheit zu stellen in der Lage sind.

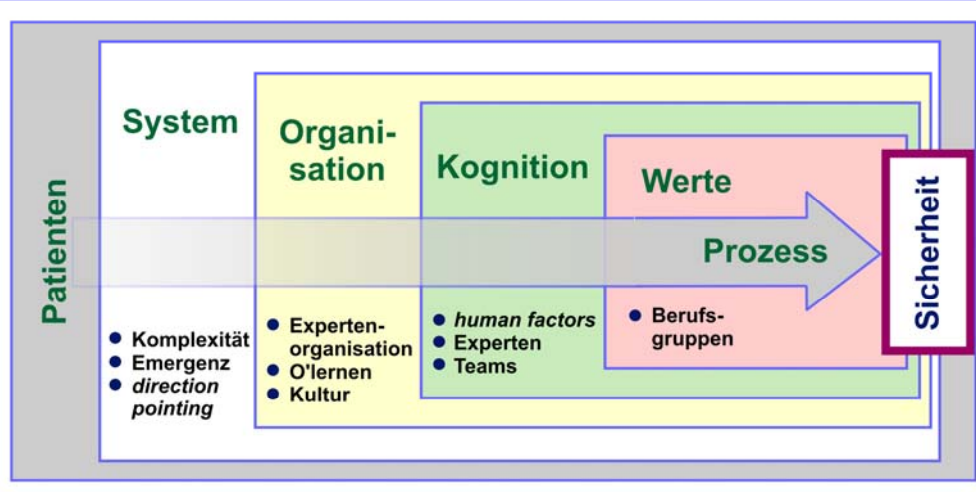
EBM: Definitionen (3)

- Systematische Informationsgenerierung und -wertung
- “best available” Information und klinische Erfahrung
- Patientenpräferenzen

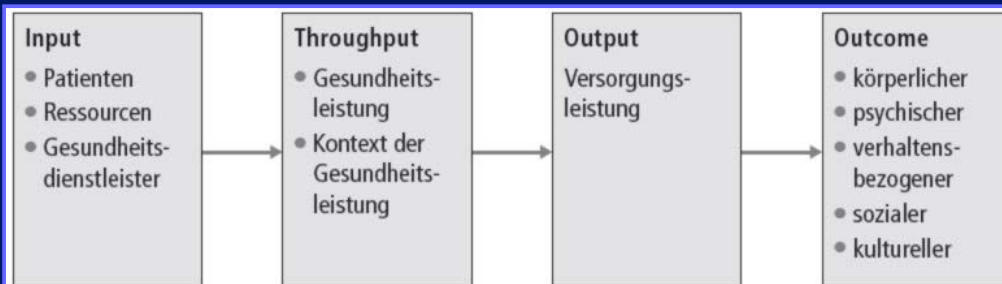
“Evidence-based medicine is a practice of medicine based on the integration of the best research evidence with clinical expertise and patient values.”

Jenicek Med Sci Monit 12, 2006, 241

Prof. Dr. M. Schrappe



VF: Throughput-Modell



Pfaff, H., Schrappe, M. in:
Pfaff/Neugebauer/Glaeske/Schrappe
Lehrbuch Versorgungsforschung, 2011

Prof. Dr. M. Schrappe

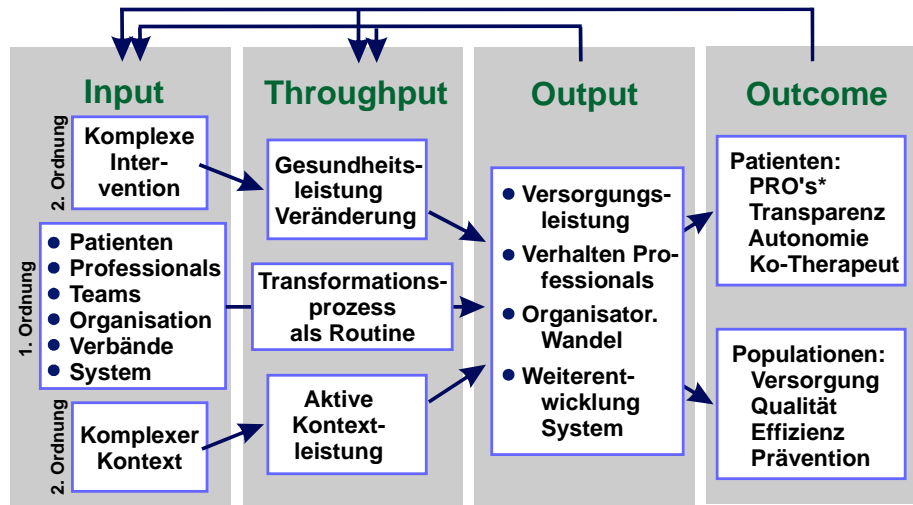
Definition Versorgungsforschung

Versorgungsforschung ist ein fachübergreifendes Forschungsgebiet, das ausgehend von der **Patienten- sowie Populationsperspektive** und vor dem Hintergrund komplexer Kontextbedingungen die Versorgungsstrukturen und -prozesse der Gesundheitsversorgung untersucht, den Outcome auf Ebene der Alltagsversorgung beschreibt und komplexe Interventionen zur Verbesserung der Versorgung evaluiert.

Schrappe und Pfaff 2016

Prof. Dr. M. Schrappe

Throughput-Modell: Weiterentwicklung



Schrappe und Pfaff 2016

Prof. Dr. M. Schrappe

*Patient Reported Outcomes

1. Der aufgeklärte Patient im Behandlungsprozess
2. Der aufgeklärte Patient: Aufklärung und Modernität

3. Der aufgeklärte Patient: Erfolgsfaktor und Kotherapeut

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

Patienten: Rationales Verhalten?

Welches Krankenhaus würden Sie nach Lektüre des Qualitätsberichtes heute (2015) vorziehen?

➔ Krankenhaus 1

Verbesserung auf die Hälfte!

- Nosokomiale Infektionen 2013: 10%
- Nosokomiale Infektionen 2014: 5%

➔ Krankenhaus 2

Verschlechterung auf das Doppelte!

- Nosokomiale Infektionen 2013: 2,5%
- Nosokomiale Infektionen 2014: 5%

Prof. Dr. M. Schrappe

Denksportaufgabe ?

Ein Schläger und ein Ball kosten 1,10 Dollar.

Der Schläger kostet einen Dollar mehr als der Ball.

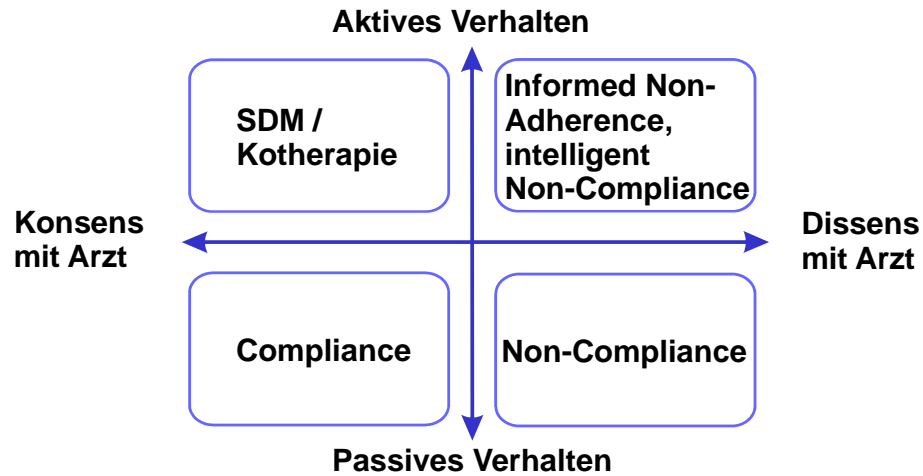
Wieviel kostet der Ball?

Ball 0,10 Dollar
Schläger 1,00 Dollar

aus: D. Kahnemann, Schnelles Denken, langsames Denken 2014

Prof. Dr. M. Schrappe

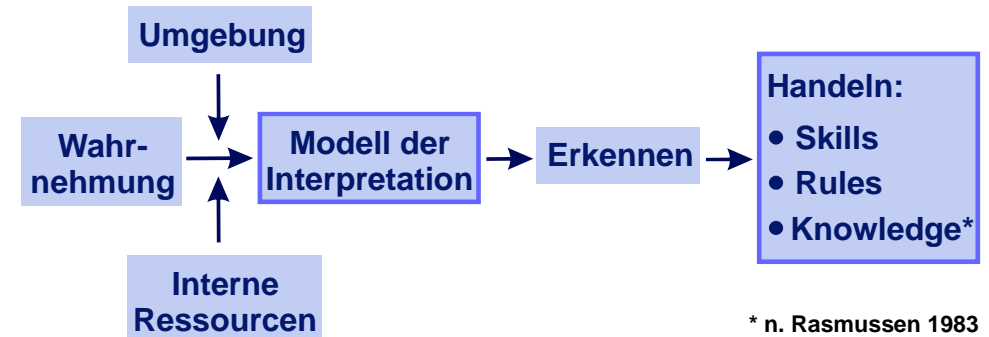
Typologie Patientenverhalten



Scheibler 2002

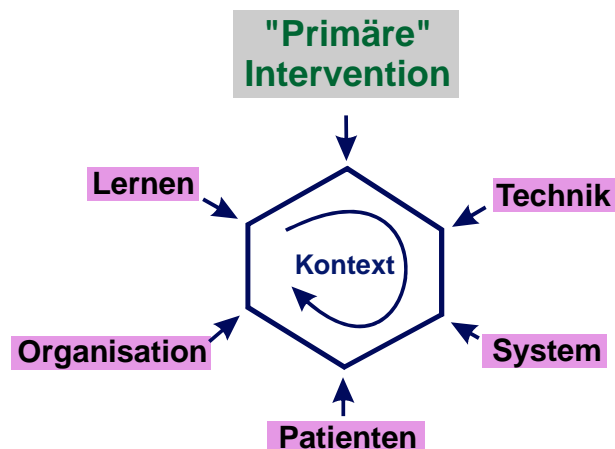
Prof. Dr. M. Schrappe

Cognition: einfaches Modell



Prof. Dr. M. Schrappe

Komplexe Mehrfachinterventionen*



*Complex MultiComponent Interventions (CMCIs)
s. Berwick 2008, s. Schrappe und Pfaff 2017

Prof. Dr. M. Schrappe

1. Der aufgeklärte Patient im Behandlungsprozess
2. Der aufgeklärte Patient: Aufklärung und Modernität
3. Der aufgeklärte Patient: Erfolgsfaktor und Kotherapeut

4. Der aufgeklärte Patient als aktiver Systemfaktor

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

KHSG: Patientenorientierung

Entwurf vom 30.6.2015

➤ §1 Abs. 1 KHG

Zielformulierung "qualitativ hochwertige, **patienten-** und bedarfs-**gerechte Versorgung**". Begründung: als "patientengerecht" ist "eine Versorgung anzusehen, **die sich an den Wünschen der Patienten orientiert**, auch für die Dauer ihrer Eingliederung in die Krankenhausorganisation und der medizinischen Behandlung als Personen mit individuellen Bedürfnissen wahrgenommen zu werden."

➤ §136b Abs. 6 [neu] SGB V

"Ergebnisse von Patientenbefragungen, soweit diese vom GBA veranlasst werden, sind in den **Qualitätsbericht** aufzunehmen." (Satz 3)
 "In einem speziellen Berichtsteil sind die **besonders patientenrelevanten Informationen** in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache zusammenzufassen. Besonders patientenrelevant sind insbesondere Informationen zur Patientensicherheit und hier speziell zur Umsetzung des Risiko- und Fehlermanagements, zu Maßnahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit, zur Einhaltung von Hygienestandards sowie zu Maßzahlen der Personalausstattung ..." (Satz 5)

Qualitäts-bezogene Anreizsysteme

- Veröffentlichung von Qualitätsdaten
"public disclosure"
 - Qualitäts-bezogenes Patienten- und Einweiser-verhalten, Reputation als Anreiz
- Qualitäts-bezogene Vergütung
"pay for performance"
 - Finanzielles Anreizsystem

AQUA-Institut: Qualitätsreport 2009

Indikation	Ergebnis	Fälle (Zähler Nenner)	
Indikation	1,4 %	2.474	172.556
Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase	97,6 %	11.842	12.135
Erhebung eines histologischen Befundes	99,3 %	171.257	172.556
Eingriffsspezifische Komplikationen ...			
a: Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC (Ductus hepaticus communis)	0,1 %	235	172.556
b: Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation nach laparoskopisch begonnener Operation	2,4 %	3.776	159.356
Allgemeine postoperative Komplikationen ...			
a: Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation	3,0 %	5.109	172.556
b: Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation nach laparoskopisch begonnener Operation	2,1 %	3.262	159.356
c: Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation nach offen-chirurgischer Operation	14,0 %	1.791	12.810
Reinterventionsrate	1,0 %	936	98.134
Letalität	0,5 %	785	169.081

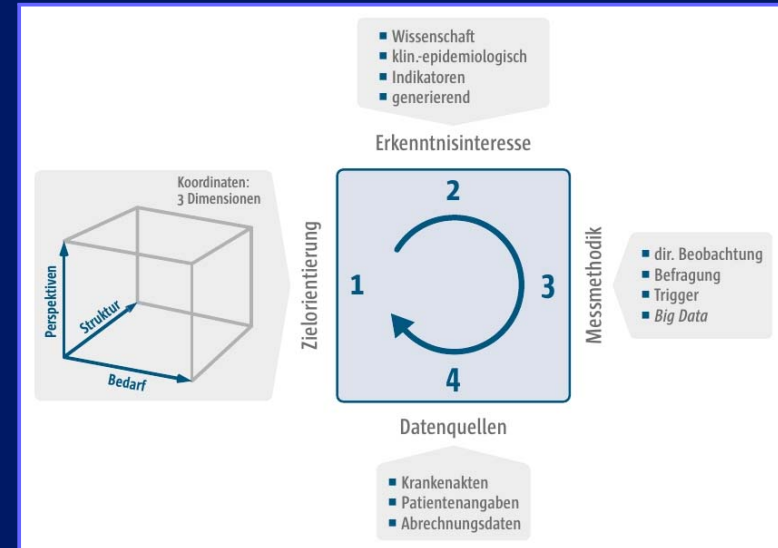
Qualitätswettbewerb

- Patienten informieren sich und wählen Leistungsanbieter, die bessere Qualität bieten
- Leistungsanbieter mit besseren Ergebnissen werden besser bezahlt
- Die *high quality* Anbieter werden von den Zuweisern bevorzugt
- Die Leistungsanbieter fühlen sich in ihrer Reputation bedroht und reagieren mit Qualitätsverbesserung
- Die Verantwortlichkeit der Partner im Gesundheitswesen und das Vertrauen nimmt zu



Erhebungsmethodik: 4stufiges Verfahren

00qmindikmethviereck.cdr



APS-Weißbuch 2018, S. 379

Prof. Dr. M. Schrappe

Die Metapher mit den Radmuttern

00qmindicradmuttern.cdr

Für welche Werkstatt entscheiden Sie sich:

("informierte Wahlentscheidung")



Nach dem Reifenwechsel sind die Radmuttern nicht angezogen in

- 3% aller Fälle
- 5% aller Fälle
- 8% aller Fälle



Prof. Dr. M. Schrappe

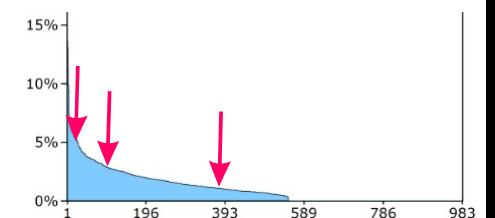
Patienten: Alternativen?

vfproalternativen.cdr

➔ Postoperative Wundinfektionen gelenknahe Femurfraktur

- AQUA-Bericht: 1,1%
- Länderauswertung: 0,7 (BW) bis 1,7% (S)
- Nat. Referenz-Zentrum: 3%
- Verteilung (AQUA): 5% bs. 3% vs. 1%

➔ Entscheidung?



AQUA 2014

Prof. Dr. M. Schrappe

Qualitätswettbewerb: implizite Annahmen

00qm/qm_polit/qwert3.cdr

➤ Patienten:

- Patienten maximieren ihren Nutzen
- Qualitätsinformationen entsprechen Informationsnachfrage
- Informationen sind verständlich und entscheidungsrelevant

➤ Professionals:

- Interne Motivation und externer Anreiz vereinbar

➤ Institutionen:

- Institutionen sehen Qualität als marktrelevant
- Qualität als Organisationskultur (z.B. Verzicht auf *gaming*)

➤ Rahmenbedingungen:

- Fördern Qualitäts- und Sicherheitsanreize
- "Qualitätssicherung der Qualitätssicherung"
- Setzen - bei regionaler Umsetzung - Mindeststandards

Prof. Dr. M. Schrappe

vfpropro_data.cdr

Patient Reported Outcomes

"For some treatment effects,

- the patient is the only source of data."

Guidance for Industry. Patient-Reported Outcome Measures. FDA 2006

Prof. Dr. M. Schrappe

PROM's: Anforderungen

vfpro/prom_anford.cdr

- Indikatoren statt quantitative Erfassung
- Indikatoren: hohe Sensitivität
- Indikatoren: Patient-Reported vor Abrechnungsdaten
- Koordination führt, daher Prozessindikatoren
- Ergebnisindikatoren sekundär wg. Risikoselektion, Tendenz zur Akutmedizin und Mengenanreiz
- Prozessindikatoren mit Informationsasymmetrie

Prof. Dr. M. Schrappe

1. Der aufgeklärte Patient im Behandlungsprozess
2. Der aufgeklärte Patient: Aufklärung und Modernität
3. Der aufgeklärte Patient: Erfolgsfaktor und Kotherapeut
4. Der aufgeklärte Patient als aktiver Systemfaktor

5. Der aufgeklärte Patient - der gesteuerte Patient

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

Med-Apps: CHARISMHA-Gutachten

"Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps" (Kurzf.)
Gutachten im Auftrag des BMG, Urs-Vito Albrecht, MHH 2016

3.3.2.2 Wissenschaftliche Maßstäbe und die Lebenswirklichkeit der Nutzerinnen und Nutzer

S. 24

Die vielfach geforderte Evidenz der Wirksamkeit muss nicht mit dem tatsächlichen Nutzen von Gesundheits-Apps oder den sich dahinter verbergenden Maßnahmen identisch sein. Das Ergebnis der Bewertung hängt von dem gewählten Studienaufbau und dem Setting ab, in dem der Einsatz erfolgt. Findet sich „Evidenz“ für eine Maßnahme oder App, bedeutet dies, dass eine Aussage getroffen werden kann, die den wissenschaftlichen Qualitätskriterien von Objektivität, Reliabilität und Validität genügt. Die Übertragbarkeit auf die Lebenswirklichkeit der Nutzerinnen und Nutzer unterscheidet sich jedoch in der Regel in einer Vielzahl von Details von dem in der Studie angelegten Standard. Andererseits schließt fehlende Evidenz nicht grundsätzlich die Nützlichkeit aus.

5.1 Privatheit und Transparenz

S. 27

Durch die (über mobile Lösungen möglichen) umfassenden Aufzeichnungen von Daten ergeben sich große Chancen zur Verbesserung der Versorgung. Hier geht es unter anderem um die transparente Nutzung großer Datenmengen zum Wohle Vieler. Andererseits sind unter dem Stichwort „Privatheit“ auch im ethischen Kontext Datenschutz und Datensicherheit ein Thema,

Prof. Dr. M. Schrappe

Modernität: 3 Phasen

aus: Blühdorn, I.:
Simulative Demokratie,
Berlin 2013, S. 149

Erste Moderne

Industrielle
Gesellschaft

Unmündigkeit

Unterdrückte
Subjektivität

Identität als
Schicksal

Zweite Moderne

Postindustrielle
Gesellschaft

Emanzipation
erster Ordnung

Artikulierte und
realisierte
Subjektivität

Identität als
Lebensprojekt

Dritte Moderne

Flüchtige
Gesellschaft

Emanzipation
zweiter Ordnung

Zerfallene und simu-
lativ stabilisierte
Subjektivität

Identität als
Inszenierung

Prof. Dr. M. Schrappe

Krise der Demokratie

➤ Krise der politischen Entscheidungsfähigkeit

- Komplexität, Internationalität, vorherrschende Ökonomie

➤ Verlagerung der Entscheidungsebene

- Expertengremien, Befragungen, Verbände, (Schieds-)Gerichte

➤ Legitimationskrise

- Handlungsfähigkeit, Regelungshohheit, Relevanz

➤ Demokratisches Paradoxon

- Zustimmung vs. Vertrauen auf Kompetenz
- Politischer Liberalismus vs. Demokratie

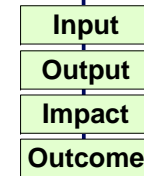
➤ Postdemokratisches Paradoxon

- Einforderung von Demokratie bei "inszenierter Identität"

Prof. Dr. M. Schrappe

Politische Steuerung

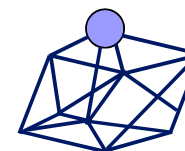
Policy Making



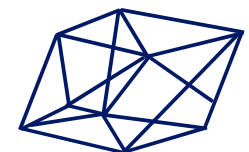
Policy Zyklus



Policy Netzwerke



Governance



Prof. Dr. M. Schrappe

1. Der aufgeklärte Patient im Behandlungsprozess
2. Der aufgeklärte Patient: Aufklärung und Modernität
3. Der aufgeklärte Patient: Erfolgsfaktor und Kotherapeut
4. Der aufgeklärte Patient als aktiver Systemfaktor
5. Der aufgeklärte Patient - der gesteuerte Patient

6. Schlussbemerkung

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

Schluß

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Download pdf-Version unter
www.matthias.schrappe.com

Prof. Dr. M. Schrappe