

### 3. Kärntner Ethik-Tag der Ethikkommission des Landes Kärnten

„Ethik an der Schnittstelle von Bedarf und Bedürfnissen im Gesundheitssystem –  
Wohin führt eine immer kürzere Verweildauer?“

Casineum, 30. 11. 2007

Der nun schon zum dritten Mal durchgeführte Kärntner Ethik-Tag befasste sich mit dem Thema „Ethik an der Schnittstelle von Bedarf und Bedürfnissen im Gesundheitssystem“. Im Untertitel der Veranstaltung wurde der Blickwinkel mit der Frage „Wohin führt eine immer kürzere Verweildauer?“ noch präziser ausgerichtet.

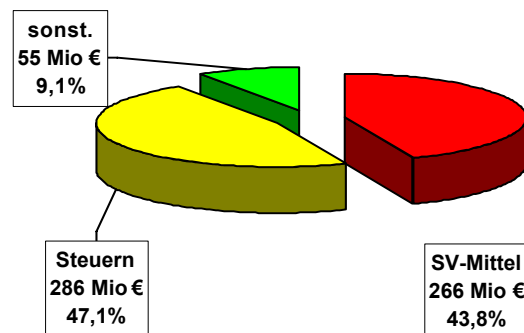
Eine Reform tut not. Die Ökonomie weist die Richtung. Viele Schritte dazu sind mittlerweile schon unternommen worden. Eine Evaluierung der Folgen auf die Beteiligten gibt es nicht. Hier und dort eine kleinere Untersuchung, das war es aber auch schon. Eine unmittelbare Folge der leistungsorientierten Abrechnung ist die kürzere Verweildauer im stationären Bereich. Das mag schon bei jüngeren Patienten Schwierigkeiten verursachen, bei älteren kann dies den vorübergehenden Aufenthalt in Pflegeheimen bedeuten, der dann oft auch „fließend“ in einen bleibenden Aufenthalt übergeht.

Wenngleich die Auswirkungen für alle Patienten spürbar sind, so befassten sich die Referierenden vorwiegend mit der Situation von Menschen, die auf Dauer nach einem Krankenhausaufenthalt erhöhten Pflegebedarf haben: ältere Menschen sowie Menschen mit (vorübergehenden) Einschränkungen. Der Patient und die allenfalls pflegenden Angehörigen sind im Mittelpunkt eines „Dreiecks“ von stationärem Bereich, der Ökonomie und dem extramuralen Bereich (mit Hausarzt, mobilen Pflegediensten und Pflegeheimen). Entsprechend wurde das Tagungsprogramm nach diesen Sichtweisen ausgerichtet: Es gab einen Vortrag einer Betroffenen, die Angehörige pflegt (Frau M. Mendel). Die Sicht der Ökonomie wurde von Dr. H. Tschernutter (Land Kärnten) und Frau Dr. H. Kerschbaumer (Kärntner GKK) vertreten. Der extramurale Bereich deckte Vorträge zur Sicht des Hausarztes (Dr. H. Ragossnig) und der Pflegeheime (Dr. S. Marin) ab. Die Sicht der Krankenanstalten wurde von Frau Dr. M. Warmuth und Dr. M. Gosch dargestellt.

In einem Grundsatzreferat – „Welche Werte tragen unser Gesundheitssystem“ – ging Frau Doz. Dr. B. Maier auf die Werte, welche unser Gesundheitssystem tragen, ein. Sie sprach von der nötigen – aber schwierigen – Balance zwischen den Werten „Autonomie“, „Verantwortung“, „Vertrauen“ und „Gerechtigkeit“, welche durchaus in Konflikt zueinander stehen. Sie sprach sich gegen die vollständige Abschiebung der Wertsetzung von der Medizin weg in die Ökonomie aus.

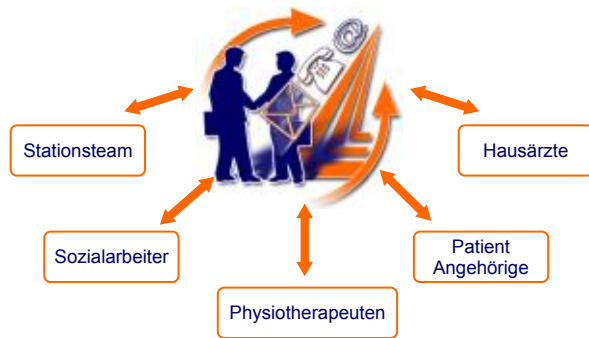


„Öffentliche Finanzierung zwischen Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen“ war der Titel des Vortrags von Dr. Tschernutter. Die Daten zum wirtschaftlichen Hintergrund des Gesundheitsbereichs sind beeindruckend (rund 600 Mio. €). Auch die Pflege erfordert Summen, über die man sich erst orientieren muss: 45€ pro Stunde mobiler Pflegedienste; rund 1500 € plus Pflegezuschläge im Pflegeheim. Der Vortragende fand es als ein großes Problem, dass die Finanzierung derzeit zu einem Teil konjunkturabhängig sei und forderte, dass dies hinkünftig geändert werden müsse.



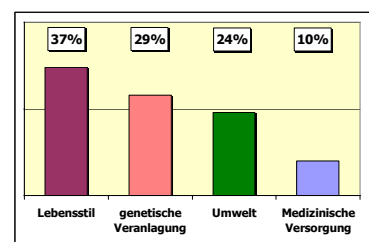
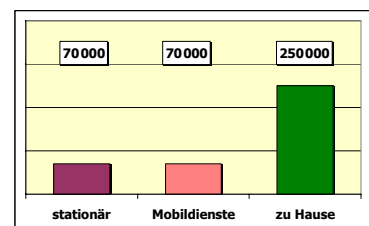
Fondsmittel und Landeszuschüsse 2006

Dr. Kerschbaumer sprach über „Versorgungskoordination aus Sicht der Kärntner Gebietskrankenkasse“. Aus Sicht der Krankenkassen hätte man sich vieles erwartet. Klagen über zu hohe Kosten, eine Unfinanzierbarkeitserklärung. Es kam ganz anders: Eine interessante Initiative der Kärntner GKK mit dem LKH Villach richtet einen so genannten Lotsen durch das Sozialsystem ein. Eine Ansprechperson, die Patienten und deren Angehörigen den Übergang aus dem Krankenhaus in die Rehabilitation oder Pflege helfen soll:



Wo stellt man Anträge, wo bekommt man Geräte, welche gibt es zur Unterstützung welche Hilfen kann man erwarten?

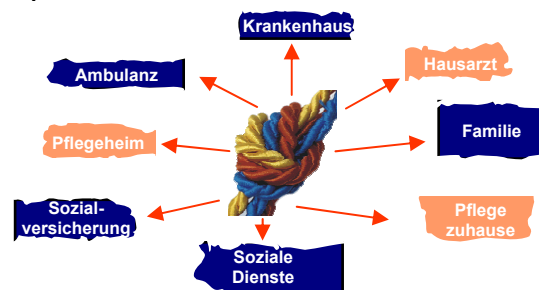
Dr. Ragossnig befasste sich mit dem „Hausarzt zwischen Primärversorgung und Krankenhaus“. Noch immer bilden die Hausärzte einen Eckpfeiler unseres Gesundheitssystems: 80% der medizinischen Versorgungsleistung werden über sie erbracht. Zieht man Prognosen über den erhöhten Pflegebedarf heran und berücksichtigt den Wunsch der Menschen nach Pflege zu Hause (mehr als 2/3 werden zu Hause gepflegt; 95% wünschen sich, zu Hause gepflegt zu werden), so kommt dem Hausarzt hinkünftig eine noch größere Bedeutung zu. Hinzu kommt, dass der Hausarzt durch seine Bindung an die Patienten auch Einfluss nehmen kann auf die private Lebensführung. Ein Faktor, der nicht unterschätzt werden sollte, weil – wie Dr. Ragossnig ausführte – fast 40% der Erkrankungen auf falsche Lebensführung zurückgehen (Rauchen – COPD; Ernährung – Diabetes; Bewegungsmangel – Osteoporose).



Dr. Marin referierte über „Soziale Institution zwischen Markt und Moral“. Er sprach aus der Sicht von Pflegeheimen auch über Kosten und wer sich diese noch hinkünftig leisten wird können. Pflegebedürftigkeit erzeugt Armut: Bei eigener Pension von angenommen € 750 kann man die Kosten von mehr als 1500 € plus Pflegezuschlag nicht mehr aufbringen. Das bringt alte Menschen in eine persönliche Notlage, von ihren Angehörigen abhängig zu werden (er sprach von „Scham“). Ein weiterer Wermutstropfen rührt aus den Qualitätsanforderungen: Dienstpläne mit diplomierten Krankenschwestern Tag und Nacht sind bei Pflegeheimen mit 50 Betten nicht einfach erstellbar. Gerade diese Zahl wäre aber noch überschaubar, familiär und ortsbezogen.

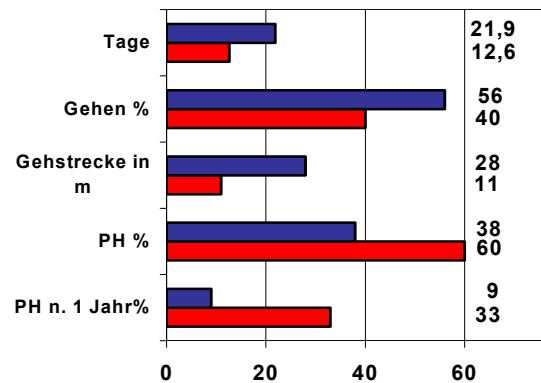
Frau Dr. Warmuth referierte über „Entlassungsmanagement – vernetzt, verknüpft und fein gewebt“. Sie berichtete von innovativen Projekten im LKH Villach. Nach vorangegangenen Befragungen über die Entlassungszufriedenheit von Patienten baut man nun auf stärkere Vernetzung zwischen verschiedensten Bereichen, die zur besseren Organisation der Entlassung von Patienten beitragen können.

#### Kooperationen fördern



Hier beginnt man, das Potential von Patienten und deren Angehörigen, vor allem aber auch von selbstorganisierenden Netzwerken zu nutzen. Als ein Teil der Neuerungen kann wohl auch der Lotse der GKK angesehen werden, der über die sozialrechtlichen Hürden und Unterstützungen (auch im Heilbedarf) informiert. Effektivere Dokumentation über die Patienten könnte nicht nur Arbeit erfordern, sondern auch nachstehende Ansprechstationen wie den Hausarzt besser informieren helfen.

Auch Dr. M. Gosch sprach über den älteren Menschen: „Bleibt der ältere Mensch im Gesundheitssystem auf der Strecke“. Die Prognosen für den erhöhten Pflegebedarf sind „atemberaubend“ – Ursachen liegen in der Demographie (1,5%) und im medizinischen Fortschritt (98,5%). Nach Ansicht des Referenten arbeiten wir teilweise an den Bedürfnissen der Menschen vorbei. Er fordert eine bessere Balance zwischen rationalem Ansatz an Therapie und einem emotionalen Ansatz durch Zuwendung. Der Umgang mit Guidelines erweist sich, wenn man sich streng daran hält, als schwierig. Speziell, wenn man es mit älteren Menschen zu tun hat. Wie überhaupt Dr. Gosch einen selbstkritischen Umgang mit den eigenen Möglichkeiten einfordert:



Folgen der Einführung von Fallkostepauschalen 1988 – USA. PH = Pflegeheim

Fitzgerald J.F. 1988: The Care of Elderly Patient with Hip fracture: Changes since Implementation of the Prospective Payment System NEJM 1988: 319(21): 1392-7

Der Beitrag der Medizin zur höheren Lebenserwartung heute wird üblicherweise überschätzt: nur ein kleiner Teil geht darauf zurück; der Hauptteil ist auf bessere Ernährung zurückzuführen.

Frau Mendel sprach über „Subjektive Erfahrungen mit Schnittstellen: Barrieren und Chancen“ aus eigener Erfahrung. Sie pflegt ihre an Alzheimer erkrankte Mutter und ihren mit Down-Syndrom auf die Welt gekommenen Sohn. Diese Perspektive zu hören ist lehrreich, wenn man ernsthaft interessiert ist, Schwachstellen der Systeme zu mildern. In der Pflege zu Hause muss sie alle Verantwortung übernehmen. Wenn die Mutter ins Krankenhaus kommt, darf sie gewisse Dinge nicht mehr tun: Sie muss etwa während der Körperpflege das Zimmer verlassen. Sie kann ihre Mutter nicht mit der Nahrung versorgen, die sie bräuchte. Stattdessen bemühen sich Krankenschwestern redlich, ihrer Mutter Nahrung zu verabreichen, die sie wegen der Schluckschwierigkeiten nicht aufnehmen kann. Wenn sie mobile Dienste in Anspruch nimmt, dann darf diese die Tabletten nicht verabreichen oder ein Wundpflaster nicht aufbringen, wenn sie keine diplomierte Pflegekraft ist. Das besondere Heilpflaster wird – aus Kostengründen – von der Krankenversicherung nicht genehmigt. Die schlechter heilende Wunde verursacht ihr als Betreuungsperson mehr Arbeit. Die Liste könnte fortgesetzt werden – obwohl wir mit Recht stolz auf unser gutes Gesundheitssystem sein können. Aber punktuelle Verbesserungen helfen vielleicht gerade jenen, die es ganz besonders schwer getroffen hat.

Der Gesundheitsbereich benötigt aber nicht nur Unmengen an Geld. Er ist inzwischen auch zum zweitgrößten Arbeitgeber des Landes herangewachsen. Ein Wirtschaftsfaktor, dessen Wachstum nicht nur neuerliche Kosten bedeuten, sondern auch Wirtschaftswachstum und neue Einkommen. Ein System, das als System Beschränkungen aufweisen muss, das aber Erneuerungskraft beweist. Darin besteht die Hoffnung, dass auch Schwächere in einem anwachsenden Netz von Hilfen aufgefangen werden. Die Zusammenarbeit verschiedener Institutionen (Krankenhaus – Krankenkassen, der angesprochene Lotsendienst durch das Sozialsystem), aber auch die Einbindung privater, selbst organisierter Netzwerke von Selbsthilfegruppen – fast schon visionär - weist in die Zukunft. Hier könnte die Rolle des Hausarztes als zentrale Anlaufstation noch gestärkt werden; ihm könnte man im positiven Fall ein Vertrauensverhältnis durch langjährige Bindung an die Patienten zubilligen. Er oder sie könnte den Wunsch so vieler Menschen mit ermöglichen: nämlich trotz hoher Pflegebedürftigkeit zu Hause verbleiben zu können.

Der 3. Ethik-Tag fand, wie schon die vorangegangenen, im Gesundheitsbereich großen Anklang. Mehr als 130 Teilnehmer und Teilnehmerinnen waren bis zum Ende der Veranstaltung mit dabei. Im Anschluss an die Vorträge gab es rege und eindrucksvolle Diskussionen. Ein großes Verdienst der Veranstaltung liegt auch darin, zu informieren. Zu informieren über die vielfältigen Initiativen, die

doch teilweise von einzelnen Menschen ausgehen, seien sie im System oder als Betroffene, die sich selbst organisieren. Wie sagte eine Referentin: „In der Steiermark hatten sie ein so schönes Modell, da mussten wir dies nur noch übernehmen und auf unsere Verhältnisse anpassen“. Es gibt Vorbilder; man muss sie nur kennen, damit man die eigene Phantasie anheizen und die kreativen Kräfte zur Entfaltung bringen kann. Die Probleme sind groß, das menschliche Potential, sie zu lösen, ist aber unerschöpflich. Die Ethikkommission des Landes Kärnten als Veranstalter des Ethik-Tages hat sich damit wieder einmal als Institution in Erinnerung gerufen, die sich kraft ihrer Statuten auch mit ethischen Fragen rund um das Gesundheitswesen zu befassen hat. Der Vorsitzende der Kommission, EOA Dr. G. Kober, hat in seinem abschließenden Resümee angekündigt, dass die Reihe der Ethik-Tage fortgesetzt werden soll. Die vollständigen Präsentationen können im Internet unter <http://www.ethikkommission-kaernten.at> abgerufen werden.