

Dr. Michael Wunder

Pressekonferenz zur Veröffentlichung der Stellungnahme „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus“

Berlin, 5. April 2016

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

Wirtschaftlichkeit im Sinne von Effektivität und Effizienz beim Einsatz von Gütern und Dienstleistungen sind heute unumstrittene Orientierungspunkte für die Handelnden im Krankenhaus. Wenn aber betriebswirtschaftliche Parameter eine zunehmende Definitionsmacht über medizinische und pflegerische Handlungsziele gewinnen, sprechen wir von Ökonomisierung und einer „ökonomische Überformung medizinischer Vollzüge“.

Um dieser nicht abzustreitenden Gefahr vorzubeugen, stellt unsere Stellungnahme das **Patientenwohl** als ethischen Maßstab für das Krankenhaus in den Mittelpunkt – konkretisiert an Hand der drei Kriterien der

- selbstbestimmungsermöglichenden Sorge
- der guten Behandlungsqualität und
- der gerechten Verteilung der verfügbaren Ressourcen.

Aus diesem Anspruch und der heutigen Realität ergeben sich eine Reihe von **Konfliktfeldern**, aus denen ich die mangelnden Möglichkeiten für eine **angemessene interpersonale Kommunikation** und die **Herausforderung der Behandlung von Patientengruppen mit besonderen Bedarfen**, wie multimorbide Patienten, Patienten in hohem Lebensalter, Patienten mit Demenz, mit Behinderung, mit Migrationshintergrund.

Das Patientenwohl als Mittelpunkt des Handelns im Krankenhaus erfordert neben der qualitativen Hochwertigkeit der medizinischen Behandlung eine patientenorientierte **Kommunikation**, die vom Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten als Person bestimmt ist. Wenn Angst oder kognitive Einschränkungen, zum Beispiel im Alter, die Selbstbestimmung des Patienten begrenzen oder erschweren, geht es um die sorgende, ermutigende Motivierung der noch möglichen Selbstbestimmung. Hierzu sind neben Zeit

und Expertise vor allem praktische Kommunikationskompetenzen notwendig, im Falle von Patienten mit Migrationshintergrund auch interkulturelle Kompetenzen.

Kommunikative Kompetenzen setzen nicht nur linguistische Fähigkeiten einschließlich der Fähigkeit zu leichter Sprache voraus, sondern auch sozial-emotionale Fähigkeiten, wie die Einfühlung in den Patienten und die Bereitschaft, nonverbale Signale und Mitteilungen wahrzunehmen.

Interkulturelle Kompetenz, die man als Schlüsselkompetenz des 21. Jahrhunderts bezeichnen kann, baut auf Offenheit und Toleranz auf, umfasst Kulturwissen, beinhaltet aber auch die Reflexion der Grenzen der Toleranz und die Bearbeitung der eigenen Abwehr und Vorurteile.

Unzureichende Kommunikation und interkulturelle Verständigung im Krankenhaus haben neben gesundheitsgefährdenden und menschlich verletzenden, diskriminierenden Folgen durchaus auch ökonomisch relevante Folgen. Informationen, die in der Behandlung nicht berücksichtigt oder verstanden werden oder verloren gehen, können nicht nur gesundheitsgefährdende, sondern auch kostenträchtige Folgen haben. Was wir also dringend benötigen, ist die Schulung der Kommunikationsfähigkeit und der interkulturellen Kompetenz aller im Krankenhaus Beschäftigten in den Aus-, Fort- und Weiterbildungen.

Was kommt auf das Krankenhaus in Zukunft zu? Neben immer mehr aufgeklärten, informierten, ihre Rechte kennenden Patienten werden es vor allem mehr **Patienten mit Migrationshintergrund** und mehr **alte Patienten** sein.

2020 werden 19,5 % der Krankenhaus-Patienten über 80 Jahre alt sein, der Anteil der 60- bis 80-jährigen Krankenhauspatienten wird 2020 37 % und 2030 mit 42 % betragen. Der Prozentsatz demenziell erkrankter Krankenhaus-Patienten über 65 Jahre 28 %.

Dies erfordert nicht nur besondere kommunikative Kompetenzen, sondern **besondere Kenntnisse, Methoden und individuelle Zugewandtheit in der Pflege** – zunehmende Unterstützung bei den täglichen Verrichtungen, bei der Orientierung im Krankenhaus – und vor allem Zeit. Heilungsprozesse brauchen bei alten Menschen mehr Zeit, Behandlungsentscheidungen dauern länger und bekommen ein besonderes Gewicht. Wir brauchen mehr Pflegekräfte als bisher und keinen weiteren Stellenabbau im Pflegbereich¹ und wir brauchen eine höhere gesellschaftliche Wertschätzung der Pflege statt ihrer nach wie vor praktizierten Abwertung als Assistenzdienst der Medizin.

Viele alte Patienten – nicht nur in der Geriatrie – sind **multimorbide**, wobei es aus Patientensicht darum geht, die verschiedenen behandlungsbedürftigen Krankheiten während

¹ Laut Statistischem Bundesamt sank die Zahl der Vollstellen im Bereich der Pflege von 331.472 im Jahre 2001 auf 318.749 im Jahre 2014, während die Zahl der im Personal-Leasing Verfahren eingesetzten Pflegenden von 2009 auf 2014 um 6.487 Vollstellen anstieg.

eines Krankenhausaufenthalts zu behandeln und nicht, wie es vom DRG-System nahegelegt wird, in mehrere Krankenaufenthalte aufzuteilen, um mehrere DRGs auslösen zu können.

Das DRG-System ist lernfähig, wird allenthalben gesagt. Darauf bauen unsere Empfehlungen auf, nicht darauf, das DRG-System abzuschaffen, was aber durchaus auch immer wieder in der Praxis diskutiert wird.

Zur Stärkung der Kommunikation mit Patienten, aber auch der interprofessionellen Kommunikation sollte der zeitliche und der organisatorische Aufwand nicht nur verpflichtend dokumentiert werden, sondern bei der Vergütung innerhalb des DRG-Systems entsprechend berücksichtigt werden, zum Beispiel indem man die Auslösung einer DRG an den Nachweis solcher Kommunikation bindet.

Zur besseren Behandlung multimorbider Patienten und entsprechenden Berücksichtigung der Kosten sollte die Abrechnung von zwei oder mehr DRGs zugelassen werden und Synergieeffekte, wie die Einsparung doppelter Hotelkosten, durch Abschläge berücksichtigt werden. Alternativ könnte auch das Zusammenziehen mehrerer einschlägiger DRGs in Form einer auf den individuellen Fall bezogenen Paketlösung oder zu einer übergeordneten neuen DRG eine Lösung sein.

Für Patienten, bei denen die tatsächlich entstandenen Kosten durch die Fallgruppen nicht realistisch abgebildet werden können, wie zum Beispiel bei bestimmten hochaltrigen Patienten, Patienten mit seltenen Erkrankungen oder Patienten mit besonderen Verhaltensauffälligkeiten usw., sollten, wie bereits vereinzelt vorhanden, neue Vereinbarungsmöglichkeiten für Zusatzentgelte oder andere zusätzliche Vergütungselemente geschaffen werden.²

Und last not least: zur andernorts heiß diskutierten medizinischen Behandlung am Lebensende: Das DRG-System sollte auch hier lernen und die **Unterlassung von Eingriffen für bestimmte Diagnosebereiche** dergestalt angemessen honorieren, dass eine Prozedur „Beobachtung“ mit entsprechender Entgeltbewertung neu eingeführt wird. Entscheidung zum beobachtenden Zuwarten sollten so von einer ökonomischen Sanktionierung enthoben werden.³

² Als Grundlage hierfür kann der bereits geltende § 17 Abs. 1 Satz 15 KHG zu den „besonderen Einrichtungen“ herangezogen werden, der auf diese Fallgruppen auszuweiten und an klare Kriterien zur Begrenzung auf überprüfbar begründete Indikationen und Diagnosegruppen zu binden wäre.

³ Das Eckpunktepapiers des BMG vom Februar 2016 für die Finanzierung der Behandlungskosten in der stationären Psychiatrie und Psychosomatik außerhalb der DRGs wird ausdrücklich von uns befürwortet, weil es eine an die hausspezifischen Anpassung, ausreichende Personalausstattung und die Unterschiedlichkeit der Behandlungsverläufe bei gleicher Diagnose und die individuell höchst unterschiedlichen Lebensumstände bei psychiatrischen und psychosomatischen Patienten berücksichtigt.