

Prof. Dr. Thomas Heinemann

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

Berlin, 5. April 2016

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ausgangspunkt der Stellungnahme sind zunehmend besorgniserregende Berichte von Patienten, aber auch von Ärzten, Pflegenden und Angehörigen anderer therapeutischer Berufsgruppen über die Entwicklung der Krankenhausmedizin in Deutschland.

Mengenausweitungen mit zweifelhafter Rechtfertigung, aber auch Reduzierungen von Behandlungsleistungen, eine zunehmend häufig anzutreffende Konzentration auf besonders gewinnbringende Behandlungsverfahren und problematische Arbeitsbedingungen für das im Krankenhaus tätige Personal haben mittlerweile auch durch die Medien die Öffentlichkeit erreicht.

Dieses Thema geht jeden Bürger in unserem Land an, nicht zuletzt, weil jeder sehr schnell zum Patienten werden kann. Der DER hat beschlossen, sich dieses Themas anzunehmen, weil die problematischen Entwicklungen in der Krankenhausmedizin in Deutschland Überlegungen zu den leitenden normativen Maßstäben geboten erscheinen lassen. Die einstimmige Zustimmung der Ethikrats-Mitglieder zu der Stellungnahme verdeckt etwas die zahlreichen kontroversen Diskussionen, die geführt wurden, zeigt aber auch, dass Beharrlichkeit zum Ziele führt und sich diese Diskussionen gelohnt haben.

Ich möchte Sie nachfolgend durch die Struktur der Stellungnahme führen und wesentliche Inhalte vermitteln.

1 Einleitung und Problemaufriss

Aus Sicht des DER ist es unstrittig, als normatives Leitprinzip für die Krankenhausmedizin das **Wohl des Patienten** anzuerkennen und in den Mittelpunkt der Stellungnahme zu stellen.

Diese Fokussierung auf das Patientenwohl korrespondiert in gewisser Weise dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG), das Anfang dieses Jahres in Kraft getreten ist. Mit diesem Gesetz und der Forderung, eine „qualitativ hochwertige“ und eine „patientengerechte“

Versorgung zu gewährleisten, nimmt der Deutsche Bundestag den Patienten und sein Wohl wieder verstärkt in den Blick und bindet die zukünftige Ressourcenbemessung an diesen übergeordneten Maßstab. Allerdings bleibt die maßgebliche Herausforderung bestehen, wie vom Gesetz gefordert die Kriterien für eine qualitativ hochwertige und patientengerechte Versorgung näher zu bestimmen, für die Patienten und die Gesellschaft transparent zu machen und in die Praxis umzusetzen. Auch in Bezug auf diese Herausforderung kann und soll unsere Stellungnahme dienlich sein.

Damit habe ich Ihnen den Problemaufriss in Kapitel 1 skizziert.

2 Überblick über das Versorgungssystem Krankenhaus in Deutschland

In Kapitel 2, wird ein Überblick über die Struktur und die Finanzierung des stationären Versorgungssystems, über das Strukturprinzip der Gemeinsamen Selbstverwaltung und gesetzgeberische Aktivitäten vermittelt, der sich folgendermaßen zusammenfassen lässt:

Es ist festzustellen, dass die Dichte der Krankenhäuser und die finanzielle Ausstattung des stationären Bereichs in Deutschland im internationalen Vergleich insgesamt auf einem hohen Niveau liegen. Allerdings ist auch zu konstatieren, dass der Bereich der stationären Versorgung in Deutschland in operationaler, finanzieller, struktureller und rechtlicher Hinsicht eine höchst komplizierte, weitgehend unübersichtliche und teilweise nicht hinreichend funktionierende Konstruktion darstellt. Für die Ebene der Krankenhäuser ist festzustellen, dass zwar durch gesetzgeberische Aktivitäten Verbesserungen erreicht wurden, jedoch für die einzelnen Einrichtungen eine mittelfristige Planungssicherheit kaum existiert.

Insbesondere aber sind die normativen Referenzpunkte des Systems der stationären Versorgung nicht eindeutig bestimmbar.

Dieser Befund dient als Ausgangspunkt für eine Entwicklung des

3 Patientenwohl als ethischer Maßstab, das in Kapitel 3 dargestellt wird.

Das Patientenwohl bestimmt sich nach Auffassung des DER durch die drei Kriterien der selbstbestimmungsermöglichenden Sorge, der Behandlungsqualität sowie der Gerechtigkeit in Form eines gleichen Zugangs zu Gesundheitsleistungen und einer gerechten Verteilung von Ressourcen. Alle drei Kriterien sind für das Patientenwohl notwendig und müssen gegenseitig ausbalanciert werden.

3.1 Selbstbestimmungsermöglichende Sorge

Das Konzept einer selbstbestimmungsermöglichenden Sorge betont zunächst die **Selbstbestimmung** des Patienten, die in der Autonomie als Fähigkeit gründet, aus eigenen Stücken vernünftige Erwägungen anzustellen und Entscheidungen verantwortlich zu treffen.

Die Sicherstellung selbstbestimmter Entscheidungen stellt hohe Anforderungen an die Kommunikation zwischen Behandler und Patient.

Das Konzept der selbstbestimmungsermöglichenden Sorge greift zudem die Art der Zuwendung zum Patienten im Kontext von Medizin und Pflege auf, die durch eine zugewandte, unterstützende **Sorge** für den Patienten charakterisiert ist, die darauf abzielt, Selbstbestimmung des Patienten so weit wie möglich zu bewahren.

3.2 Behandlungsqualität

Die zweite Maßstabsgröße für das Wohl des Patienten ist die Behandlungsqualität. Die Qualität lässt sich dabei unterteilen in objektive Kriterien nach medizinisch-wissenschaftlichen Gesichtspunkten, etwa Besserung oder Heilung der Krankheit, Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen, sowie in subjektive Kriterien wie die Lebensqualität, die Patientenzufriedenheit und die Übereinstimmung eigener Ziele mit dem Behandlungsergebnis. Insbesondere subjektive Kriterien sind schwierig zu erfassen und werden bei der Messung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität kaum erfasst. Aber auch objektive Kriterien – etwa in Form von Leitlinien – sind häufig kaum auf besondere Patientengruppen anzuwenden wie ältere und hochbetagte Patienten, multimorbide und chronisch kranke Patienten mit funktionellen Einschränkungen oder Patienten mit verschiedenen Demenzformen und -stadien. Diese Situationen bedürfen daher einer besonderen ärztlichen Expertise, Sorgfalt und Einfühlungsvermögen.

3.3 Gleicher Zugang zu Gesundheitsleistungen und gerechte Verteilung von Ressourcen

Die dritte Maßstabsgröße für das Wohl des Patienten stellt die Gerechtigkeit im Sinne von gleichem Zugang zu Krankenhausleistungen und deren gerechter Verteilung dar. Diese umfasst sowohl das Gebot der statusindifferenten Gleichbehandlung (*equality*) als auch das Gebot des fairen und jeweils individuell patientenorientierten Einsatzes von Ressourcen (*equity*).

Patienten mit besonderen Bedarfen: Eine besondere Herausforderung für eine statusindifferente und diskriminierungsfreie Krankenhausversorgung in der Praxis stellen alle diejenigen Patientengruppen dar, die eines besonderen Aufwands in der Diagnostik, Therapie, Pflege, Begleitung und Kommunikation bedürfen und nicht selten auch spezielle Kenntnisse und Einfühlungsvermögen seitens der Behandelnden erfordern. Hierzu gehören neben Patienten mit seltenen Erkrankungen vor allem Kinder und Jugendliche, alte und multimorbide Patienten, Menschen mit Behinderung und Menschen mit Demenz sowie Patienten mit Migrationshintergrund und dadurch bedingten differierenden kulturellen Vorstellungen und eingeschränkten Sprachkenntnissen.

Bewusster Umgang mit Ressourcen: Unabhängig von solchen Herausforderungen ergibt sich angesichts begrenzter Ressourcen für alle Beteiligten das Gebot des ressourcenreflexiven Verhaltens, demzufolge Ressourcen im Krankenhaus stets effektiv und effizient einzusetzen sind. Allerdings schließt dieses Gebot eine primär ökonomische Ausrichtung ärztlichen wie pflegerischen Handelns aus („Ökonomisierung“). Ausgeschlossen sollte auch sein, dass Allokationsentscheidungen einfach von der Systemebene über die Einrichtungsebene „nach unten“ weitergereicht und regelhaft dem einzelnen Krankenhaus oder gar dem individuellen Arzt aufgebürdet werden, der dadurch in eine mit seinen berufsethischen Forderungen unvereinbare Zwangslage geraten kann. Allerdings wird gerade diese Situation von den Berufsgruppen im Krankenhaus häufig beklagt.

4. Gefährdungen des Patientenwohls: Konfliktfelder

Kapitel 4 analysiert nun sieben Konfliktfelder, in denen der DER das Patientenwohl gefährdet sieht und für die jeweils Empfehlungen erarbeitet wurden.

Ich werde Ihnen vier dieser Konfliktfelder (Berufsethos und Berufswirklichkeit, das Krankenhaus als Organisation, Qualitätssicherung und Dokumentation sowie die Ressourcenallokation) und die sich hierauf beziehenden Empfehlungen kurz skizzieren. Konflikte in Bezug auf die Kommunikation im Krankenhaus, Patientengruppen mit besonderen Bedarfen und die fallpauschalenbasierte Abrechnung (DRGs) werden anschließend Herr Wunder und Herr Radtke behandeln.

Zunächst zu der Diskrepanz zwischen

(1) Berufsethos und Berufswirklichkeit: Von vielen Angehörigen der im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen wird beklagt, dass sie unter den gegebenen Umständen zunehmend Schwierigkeit haben, ihre jeweiligen berufsethischen Pflichten im Hinblick auf die Gewährleistung des Wohles ihrer Patienten umsetzen zu können.

Von Ärzten ist zu hören, dass der ständige ökonomische Druck im Krankenhaus und die spezifischen Bedingungen des fallpauschalenbasierten Abrechnungssystems Handlungen nahelegten, die sie als ethisch problematisch empfinden.

- Hierzu gehöre z.B. die Entlassung von Patienten aus der stationären Behandlung zu einem Zeitpunkt, an dem die Genesung klinisch noch nicht konsolidiert ist, oder die Entlassung und eingeplante spätere Wiederaufnahme von Patienten unter anderer Diagnose lediglich aus abrechnungstechnischen Gründen („Drehtüreffekt“), überdies auch Vorbehalte bei der Aufnahme von diagnostisch aufwendigen Patienten, wie z. B. bei der Abklärung eines unklaren Fiebers, oder von Patienten, die einer personal- und kostenintensiven Betreuung bedürfen, wie etwa Patienten mit demenziellem Syndrom, Bettlägerigkeit oder Isolationspflicht bei Besiedlung mit multiresistenten Keimen.

- Durch kurze Verweildauern von Patienten wie auch durch höheren Patientendurchsatz stehe für den einzelnen Patienten zunehmend weniger Zeit zur Verfügung, wodurch eine Behandlung, die auf individuelle Besonderheiten eingeht, deutlich erschwert werde.
- Auf das Problem der „Mengenausweitung“ bei Behandlungen habe ich eingangs bereits hingewiesen.

Ähnliche Probleme betreffen auch die **Pflege**: Pflegende klagen vor allem über Zeitnot, häufigen Personalwechsel und den Ersatz ausgebildeter Kräfte durch Hilfspersonal gerade für körpernahe Verrichtungen. Personalabbau im Pflegebereich, Verweildauersenkung und Fallzahlsteigerung führen in der Pflege zu einer erheblichen Arbeitsverdichtung.

Eingeschränkt werden zunächst die „unsichtbaren“ und schwer messbaren Arbeiten, die allerdings unabdingbar zum Selbstverständnis einer guten Pflege gehören, wie Zuhören, Trost spenden, für Wohlbefinden sorgen, des Weiteren dann auch das Durchführen von Prophylaxen zur Verhinderung von Komplikationen (Dekubitus, Thrombose, Pneumonie, Kontrakturen), ferner auch Aktivitäten der Grundpflege, die ent-individualisiert werden, sowie überdies das Informieren, das Beantworten von Fragen und die Kommunikation mit dem Patienten über das Verhalten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus.

Diese Entwicklungen bzw. Klagen gelten in ähnlicher Weise auch für die anderen therapeutischen Berufsgruppen im Krankenhaus. Eine Folge dieser Entwicklung ist eine zunehmende Berufsflucht bzw. Nachwuchssorgen in den Heilberufen.

Zu den sich hieraus ergebenden Empfehlungen für notwendige Änderungen bei den DRGs wird Herr Wunder Stellung nehmen. Ich möchte mich hier auf die Verbesserung der Pflegesituation konzentrieren.

Um die Bedingungen für eine patientenwohlorientierte Pflege sicher zu stellen, empfiehlt der DER, Pflegepersonalschlüssel in Abhängigkeit von Stations- und Bereichsgrößen für Krankenhäuser zu entwickeln und zu implementieren, die sich an der Anzahl der zu versorgenden Patienten und ihren Erkrankungen bzw. ihrem Pflegebedarf orientieren. Zudem sollten Mindestquoten für vollqualifizierte Pflegekräfte, differenziert nach Fachabteilungen, festgelegt und transparent gemacht werden. Ferner sollten neue Qualifizierungsmodelle für die Pflege entwickelt und gefördert werden. Überdies sollte eine personale Kontinuität in der Pflege der Patienten so weit wie möglich gewährleistet werden.

Diese Änderungen sowie eine Adjustierung der DRGs werden allerdings ohne weitere Maßnahmen nicht ausreichen. Zu solchen zählen organisatorische Maßnahmen:

(2) Das Krankenhaus als Organisation. Die fachspezifischen Belange der verschiedenen Berufsgruppen werden im Krankenhaus oft nicht hinreichend wahrgenommen und berücksichtigt. Der DER empfiehlt daher, eine fachübergreifende Perspektive in der

Krankenhausleitung sicher zu stellen, indem entsprechende interdisziplinäre Ausbildungsgänge zur verbindlichen Voraussetzung für Leitungspositionen (Krankenhausmanager, leitende Ärzte, leitende Pflegekräfte) gemacht werden. Zudem sollten angemessene partizipative Leitungsstrukturen im Krankenhaus geschaffen werden, die die Fachkompetenz der im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen integrieren.

Insbesondere für die Beachtung der ethischen Belange der Berufsgruppen im Krankenhaus wird die obligate Etablierung unabhängiger (!) Klinischer Ethikkomitees oder anderer Gremien empfohlen, die neben der Entwicklung von ethischen Leitlinien für das Krankenhaus auch beratend an der Festlegung der strategischen Ausrichtung des Krankenhauses beteiligt werden könnten.

Im Hinblick auf eine angemessene und zielführende

(3) Qualitätssicherung und Dokumentation empfiehlt der DER, die Behandlungsqualität durch krankheitsbildorientierte Organisationsmodelle in deutschen Krankenhäusern in Form von multidisziplinären Zentren für bestimmte Patientengruppen, insbesondere für geriatrische Patienten, zu verbessern.

Zudem sollten zeitliche Ressourcen freigesetzt werden durch eine Fokussierung der Dokumentation auf patientendienliche Kriterien. Überdies sollte die Dokumentation vereinfacht und technisch durch Modelle mit digitaler Unterstützung erleichtert werden. Ferner sollten Modelle der Dokumentation entwickelt und erprobt werden, die die interprofessionelle Kommunikation, die Kommunikation mit dem Patienten, die Kommunikationsqualität sowie die „weichen“ Pflegefaktoren (Gespräch, Zuwendung, Kontakt) erfassen. Auch sollte der Gesetzgeber Maßnahmen verstärken, die darauf abzielen, eine vereinheitlichte Dokumentation und Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich einzuführen, um die Abläufe im Krankenhaus effektiver und effizienter zu gestalten, die Kooperation zwischen beiden Sektoren zu vereinfachen und Doppeluntersuchungen auf solche Fälle zu reduzieren, bei denen eine strenge medizinische Indikation für eine erneute Diagnostik besteht.

Auch im Hinblick auf eine gerechte

(4) Ressourcenallokation ergeben sich nach Auffassung des DER gegenwärtig problematische Entwicklungen. Dies betreffen insbesondere

- die Krankenhausfinanzierung durch das duale System, bei dem sich die Investitionsfördersummen der einzelnen Bundesländer erheblich unterscheiden und im zeitlichen Verlauf seit vielen Jahren stetig rückläufig sind. Dies zwingt viele Krankenhäuser zur Quersubventionierung und zum Aufschub wichtiger Bau- und Investitionsmaßnahmen

- den Wandel der Trägerstruktur im stationären Sektor, der die Gefahr birgt, besonders lukrative Versorgungsbereiche auf Kosten allgemeiner notwendiger Leistungen zu bevorzugen,
- Anreize und Fehlanreize des DRG-Systems, etwa in Form eines Abbaus von Behandlungsfeldern, in denen die DRGs erfahrungsgemäß nicht kostendeckend sind (z.B. Kinder- und Jugendmedizin).

Vor diesem Hintergrund empfiehlt der DER, transparente Kriterien für eine primär am Patientenwohl ausgerichtete Krankenhausplanung zu entwickeln und zu prüfen, inwieweit die Erfüllung dieser Kriterien für Krankenhäuser verbindlich gemacht werden kann. Ferner sollten Bund und Länder bundeseinheitliche Standards für die Krankenhausplanung entwickeln und einführen, um die derzeit bestehenden Unterschiede und Doppelstrukturen der Krankenhausversorgung in den Bundesländern zu minimieren bzw. aufzuheben. Zudem wird empfohlen, die Schnittstellenproblematik zwischen stationärem und ambulantem Sektor erneut unter dem besonderen Aspekt des Patientenwohls im Hinblick auf das Gesundheitswesen im Allgemeinen und das Krankenhaus im Besonderen systematisch zu evaluieren und Lösungspfade zu erarbeiten.