

Bettina Schöne-Seifert, Michael De Ridder, Marco Stier und Steffen Stürzebecher in
Zusammenarbeit mit Clemens Eickhoff, Jens Hofmann und Gita Neumann*

Medizinethisches Memorandum Eine patientendienliche Krankenversorgung für Deutsch- lands Zukunft**

Vorspann

Um das System unserer Krankenversorgung steht es nicht gut. Es besser zu organisieren, ist allerdings eine gigantische gesellschaftliche Herausforderung. So soll die bestmögliche Medizin tatsächlich bei allen Patientinnen und Patienten ankommen – eine Anforderung, die man leicht unterschätzt, wenn man nicht mit den ständig wachsenden Möglichkeiten vertraut ist, die die moderne hochspezialisierte Medizin in bestimmten Bereichen bietet. Zudem soll das Versorgungssystem fair und sorgsam mit den verfügbaren Ressourcen umgehen. Und es soll, nicht zuletzt, Raum für einen respektvollen und fürsorglichen Umgang mit den Kranken bieten. Das alles zu ermöglichen, erfordert Engagement und Expertise sowie erheblichen politischen Gestaltungswillen und Mut.

Einer Krankenversorgung mit den oben beschriebenen Zielen geht es in erster Linie um *Patientendienlichkeit*. Dabei leistet die systematische Umsetzung dieses Patientendienlichkeits-Primats nicht nur einen elementaren Beitrag zum Versorgungsnetz, das jeden Einzelnen sichern soll, sondern ist Spiegel der Menschlichkeit einer Gesellschaft.

* sowie Georg Marckmann, Jan-Ole Reichardt und Anna Lena Uerpmann und Alena Buyx und Ralf Jox.

** Eine Kurzfassung dieses Texts ist am 6. September in der Süddeutschen Zeitung erschienen.

Machen wir Patientendienlichkeit *nicht* zum übergeordneten Ziel des Ganzen – und damit auch nicht zum zentralen Wert und Maßstab für die laufenden und dringend anstehenden Reformen im Gesundheitswesen –, dann verfehlt die Medizin ihren gesellschaftlichen Auftrag. Und das, obgleich unsere Krankenversorgung im internationalen Vergleich finanziell geradezu luxuriös ausgestattet ist – was sich allerdings im Alltag der praktizierten Medizin oft nicht widerspiegelt.

Wenn wir im Folgenden aus Sicht der *Medizinethik* argumentieren, verstehen wir uns als wirtschaftlich und politisch unabhängiges Sprachrohr all derer, die zunehmend besorgt über eine insgesamt mangelhafte Patientendienlichkeit unserer Krankenversorgung sind. Auch wenn diese Diagnose im Kern nicht neu ist und unser Memorandum also auf den Schultern vieler anderer steht, ist der Bedarf einer ziel- und wertgeleiteten Radikaltherapie unseres Krankenversorgungssystems (wie sie durchaus machbar scheint) größer und offensichtlicher denn je. Eine solche Therapie wird sich nur in der Zusammenarbeit interdisziplinärer Experten, der Politik und der Gesellschaft entwickeln und umsetzen lassen. Dabei kommt der Medizinethik die Rolle zu, das therapeutische Primärziel der *Patientendienlichkeit* auszuflaggen, einzufordern und bei seiner Interpretation und Umsetzung mitzuwirken. Wir beschränken unsere nachfolgenden Überlegungen auf die Krankenhausversorgung – aus Gründen der Fokussierung und weil diese in der Politik aktuell so heftig debattiert wird. Beobachter der dort ausgetragenen Lobby-Gefechte sehen vornehmlich Kontroversen um ökonomische und organisatorische Fragen. Was aber wirklich auf dem Spiel steht und in diesen Auseinandersetzungen aus dem Blick gerät, ist eben die Patientendienlichkeit.

Istzustand: Mangelnde Patientendienlichkeit

Patientendienlichkeit bezeichnet die durchgängige Ausrichtung der Krankenversorgung am gesundheitlichen Wohlergehen und der Selbstbestimmung der Patienten. Das schließt die nachhaltige und gerechte

Versorgung im Rahmen der verfügbaren Ressourcen ein. Als normativer Leitbegriff kann sich die Patientendienlichkeit auf nahezu jeden Aspekt und jede Ebene des Gesundheitswesens beziehen und in unterschiedlichen Zusammenhängen Unterschiedliches erfordern.

In unseren Krankenhäusern mangelt es alltäglich und auf allen Ebenen an Patientendienlichkeit: man denke etwa an überlange Wartezeiten, an übereilte Abfertigungen in überfüllten Ambulanzen; an fehlende Ansprechpartner, bürokratische Vorschriften, unklare Behandlungspfade und unnötig hierarchische Arbeitsstrukturen; an finanzielle Fehlanreize, an zweifelhafte Verlegungsprozeduren, an nicht selten unzureichende Behandlungen oder mangelhafte Versorgungsstrukturen (z.B. für gemeindenahere Behandlung). So fühlen sich Patienten – und nicht nur sie – im Versorgungssystem mitunter wie in kafkaesken Labyrinthen.

Ein indirektes Symptom mangelhafter Patientendienlichkeit ist dabei auch der in den Gesundheitsberufen zunehmende *moral distress*, wie es im Fachjargon heißt. Er stellt sich bei Ärzten wie Pflegekräften ein, wenn das Versorgungssystem verhindert, dass sie ihren professionellen moralischen Maßstäben genügen können: etwa, wenn sie erleben, dass man Patienten aussichtslose Behandlungen anrät, weil diese lukrativ vergütet werden. Oft genug sehen sie sich dabei sogar zur Mitwirkung gezwungen.

Dass Fachkräfte unter derart zermürenden Bedingungen (mit dem Gefühl, in ethischer Hinsicht ohnmächtig zu sein und ‚im falschen Boot‘ zu sitzen) zunehmend aus der Patientenversorgung hinausstreben, ist so belegt wie verständlich. Dasselbe gilt für die zum Teil katastrophalen zeitlichen, organisatorischen und finanziellen Arbeitsbedingungen, die auch als Ausdruck mangelnder Wertschätzung der eigenen Professionalität empfunden werden. All dies schlägt als massive Einbuße an Arbeitszufriedenheit und Engagement des direkt betroffenen Personals zu Buche und ist aus Patientendienlichkeits-Sicht doppelt verhängnis-

voll: So gehen einerseits fähige Behandler verloren, andererseits steigen Erschöpfung und Unzufriedenheit derer, die standhalten. Wenn sich hier nicht Entscheidendes ändert, wird sich die Spirale aus Unzufriedenheit, Überforderung, Abwanderung und Verlust an Versorgungsqualität immer schneller drehen.

Medizinische Versorgungsqualität

Ideale Patientendienlichkeit würde verlangen, jeden einzelnen Patienten in den Grenzen seiner Selbstbestimmung so gut zu behandeln, wie es der Stand der Wissenschaft zulässt. In der wirklichen Welt der Krankenversorgung stehen dem vor allem drei Faktoren entgegen: eine notgedrungen begrenzte Ressourcenlage, profitgesteuerte Entscheidungen im Umgang mit Patienten und mangelnde Qualifikation. Zunächst zu den beiden Letztgenannten:

Das 2003 neu eingeführte Fallpauschalen-Vergütungssystem sollte Krankenhäuser und Ärzte vor allem dazu anhalten, kostentreibende unnötige Behandlungen und Liegezeiten zu vermeiden. Dieser Effekt trat gewiss zum Teil ein – gleichzeitig aber gingen die Fallpauschalen mit neuen Fehlanreizen einher, die die Kliniken als Reaktion auf den anhaltenden wirtschaftlichen Druck umsetzten: Sie richteten die Auswahl, Aufnahme und Liegezeit von Patienten, sowie Diagnosen, Behandlungen und Kapazitätsplanungen nicht am medizinischen Bedarf aus, sondern am Ertragspotential der Fallpauschalen.

Eines von vielen Fehlresultaten dieser Entwicklung ist der Mangel an Kinderintensiv-Betten und -Personal, der zur aktuell beklagten massiven Unterversorgung in diesem Bereich führt. Andererseits werden allzu oft Patienten, die ambulant versorgt werden könnten, stationär aufgenommen – allein, um die Betten auszulasten. Auch werden häufig ertragsstarke invasive und apparative Maßnahmen weniger lukrativen konservativen Behandlungen vorgezogen, ohne dass es dafür medizinisch nachvollziehbare Gründe gäbe. Gut belegt sind überflüssige und

zugleich risikobehaftete Operationen etwa an der Schilddrüse oder an der Prostata beim sogenannten Niedrigrisiko-Krebs. Gleichzeitig werden pflegerische und psychosoziale Maßnahmen sowie die sprechende Medizin weiter reduziert, weil sie unzureichende Erlöse erbringen. Mit anderen Worten: Auch im gegenwärtigen Vergütungssystem werden wirtschaftliche Fehlanreize auf Kosten der Patienten ausgenutzt, um Einnahmen zu erhöhen. Dahinter steht oft nicht das Streben nach hohem Profit, sondern finanzielle Überlebensnot der Krankenhäuser.

Stark beeinträchtigt wird die Qualität der Patientenversorgung zudem dadurch, dass Spezialbehandlungen nicht selten von Einrichtungen und Ärzten vorgenommen werden, denen die erforderliche technische Ausstattung oder Spezialkompetenz fehlt. Belegt ist dies etwa für die Behandlung von Herzinfarkten oder Schlaganfällen. Und doch werden diese und andere Beispiele von uns Bürgern zu wenig zur Kenntnis genommen, zu wenig verstanden oder zu wenig geglaubt. Versorger, die systematisch ihre Kompetenzen übersteigen, dürfen wir im Sinne konkreter Patientendienlichkeit schlicht nicht dulden.

Ernsthaft beeinträchtigt wird die Behandlungsqualität im derzeitigen Mix ökonomischer und politischer Vorgaben durch etliche weitere Faktoren. So geht Zeit für Patienten durch überbordende Dokumentationspflichten verloren, die vielfach mehr der Abrechnung und rechtlichen Absicherung als der Qualitätssicherung dienen. So muss zu wenig Personal viel zu viele Fälle betreuen, wodurch sich Fehler häufen und der Therapieerfolg gefährdet wird. So stehen die Träger der Krankenhäuser und Ambulanzen in dysfunktionaler Konkurrenz um lukrative Patienten, Mitarbeiter und Standorte. So wird eine integrierte Patientenversorgung dadurch erschwert, dass die unterschiedlichen Vergütungs- und Verwaltungssysteme für stationäre und ambulante Behandlungen wenig kompatibel sind. All das: Fußtritte für die Patientendienlichkeit.

Patientenbedürfnisse, Autonomie und ärztliche Empathie

Patienten haben ihre individuelle Geschichte als Quelle von Ängsten, Hoffnungen und Präferenzen. Sie dürfen nicht als bloße Empfänger medizinischer Dienstleistungen abgefertigt werden. Je nach Persönlichkeit und Situation wird ihr Bedürfnis nach uneingeschränkter Autonomie oder das nach umfassender Fürsorge im Vordergrund stehen. Patienten mit ihren Sorgen und Anliegen gerecht zu werden, erfordert daher – vor allem in existenziellen Notlagen – Empathie-Fähigkeit und Empathie-Zeit. Sie sind die Grundlage der besonderen Beziehung, die Ärzte und Behandlungsteams ihren Patienten anbieten müssen; sie sind das Fundament der Menschlichkeit und sie sind die Basis informierter, gemeinsamer Entscheidungsfindung.

Für Patienten hat ein vertrautes und vertrauendes Verhältnis zu den sie behandelnden Personen messbar positive Effekte auf ihr Wohlbefinden wie auch auf den Behandlungserfolg. Auch die Vorsorgeplanung wird erleichtert, wenn Menschen darauf bauen können, dass ihre individuellen Präferenzen berücksichtigt werden, sollten sie eines Tages nicht mehr einwilligungsfähig sein. Damit Ärzte und Behandlungsteams all dies leisten können, benötigen sie nicht zuletzt Zeit; die aber fehlt allzu oft in der gehetzten, komplexen und oft anonymen Versorgungslandschaft des modernen Großkrankenhauses. Dass zudem das Einfühlungsvermögen verloren geht, wenn Stress überhandnimmt, ist gut belegt.

Immer häufiger leiden Patienten an mehreren gleichzeitig bestehenden Krankheiten, sind hochaltrig oder haben Verständnisschwierigkeiten. Ihnen fällt es besonders schwer, sich in den Strukturen moderner Krankenhausmedizin zurechtzufinden. Immer häufiger leiden Ärzte und Pflegekräfte durch die oben skizzierten ökonomischen Fehlstrukturen an permanenter Erschöpfung. Hier müssen die Ruder entschieden herumgerissen werden: Mehr und zielgerichteter eingesetztes Personal, mehr Wertschätzung, mehr digitale Entlastung, mehr kreative Koordinierungs- und Orientierungshilfen, mehr Modellprojekte.

Zugewandtheit, Aufmerksamkeit und Empathie sind mehr als nur *nice to have*: Sie sind professionelle Erfordernisse im Umgang mit Patienten. Sie müssen mehr Gewicht erhalten und besser honoriert werden. Es wird großer Anstrengung bedürfen, der ärztlichen und pflegerischen Empathiebereitschaft mehr Raum zu geben – ist sie doch unverzichtbar für die ärztliche Tätigkeit und essenziell für das Wohl der Patienten.

Gerechtigkeit in der medizinischen Versorgung

Seiner Grundidee nach hat das deutsche Gesundheitssystem eine durchgängig faire Versorgung zu leisten: Jeder Patient soll Zugang zu den nach aktuellem medizinischen Standard erforderlichen Maßnahmen haben – unabhängig von seiner persönlichen Zahlungsfähigkeit. Dieses Gleichbehandlungs-Postulat ist eine Errungenschaft und ein Markenzeichen, auf das wir stolz sind und an dem wir festhalten müssen.

Unsere Bemühungen müssen sich also zum einen gegen bereits bestehende Ungleichheiten in der Versorgung richten, wie sie vom Wohnort, vom Versichertenstatus (privat oder gesetzlich), vom Bildungsniveau, vom medizinischen Vorwissen und von der sozialen Vernetzung der Patienten abhängen. Dass aus den genannten Faktoren gravierende Versorgungsunterschiede resultieren, weiß jeder. Sie zu objektivieren und Chancengleichheit anzustreben, gehört zu den Aufgaben der Gesundheitsberufe, insbesondere aber zu den Aufträgen der Gesundheitspolitik.

Versorgungsfairness auf hohem Niveau zu realisieren, erfordert zum anderen aber auch ein entschlossenes Vorgehen gegen überflüssige Maßnahmen und überzogene Kosten. Sie sind nicht nur deshalb abzulehnen, weil sie Patienten und das Versorgungsbudget belasten, sondern auch, weil die vergeudeten Ressourcen an anderer Stelle fehlen und so die medizinische Fairness gefährden. Rasch müssen daher Wege gefunden werden, das Ausmaß überflüssiger (und dabei oft

schädlicher) Behandlungen radikal zu reduzieren. Wider besseres ärztliches Wissen, aber zugunsten von Profiten und Rentabilitäten werden hierzulande etwa Abertausende von Herzkatheter-Untersuchungen, Bandscheibenoperationen und nicht indizierten Intensivbehandlungen am Lebensende durchgeführt.

Ändern müssen sich – nicht nur im Krankenhausbereich – auch problematische Vergütungsmechanismen. Ungerechtfertigte Lobbyinteressen und überzogene Gewinnstrategien (wie etwa bei der Privatisierung von Krankenhäusern, bei der Vermarktung von medizinischem Großgerät oder bei patentierten Arzneimitteln) dürfen nicht länger das Leistungsgeschehen bestimmen. Sie müssen durchschaubar gemacht und deutlich strikter kontrolliert werden.

Verschiedene Entwicklungen, die für sich genommen erfreulich sind, werden die Versorgungsgerechtigkeit in Zukunft noch weiter herausfordern: Der wachsende Anteil alter Menschen an der Gesamtbevölkerung geht mit einem erhöhten und qualitativ veränderten Versorgungsbedarf einher. Hinzu kommen die Innovationsschübe der modernen 4D-Medizin (*Drugs, Diagnostics, Devices, Data*), die mit willkommenen, aber teils schwindelerregend kostspieligen Behandlungen die Gesundheitsausgaben weiter in Höhe zu treiben drohen. Man denke etwa an die zahlreichen neuen Gen- und Zelltherapien (etwa bei Leukämien oder der Bluterkrankheit). Zugleich schwächt die veränderte Altersverteilung die Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung, sodass sich ihre Finanzsituation in den kommenden Jahren deutlich verschärfen wird. Schließlich macht der zunehmende Mangel an Fachkräften im Gesundheitswesen es immer schwerer, den steigenden Versorgungsbedarf zu decken. Die Patientendienlichkeit der Medizin dürfte – ohne entsprechende Gegensteuerung – durch diese Entwicklungen noch stärker unter Druck geraten.

Trotz aller Bemühungen werden sich Ressourcenengpässe unter den gegebenen Rahmenbedingungen absehbar nicht vermeiden lassen.

Strittige Fragen danach, welche Leistungen durch das Solidarsystem der Krankenkassen erstattet werden sollen und welchen Anteil des Bruttosozialprodukts unser Gesundheitssystem in Zukunft kosten darf, werden sich erwartbar immer wieder aufs Neue stellen. Hierfür sind patientendienliche Priorisierungskonzepte zu entwickeln, die sicherstellen, dass der vordringliche Versorgungsbedarf der Patienten in einer fairen Art und Weise gedeckt werden. Die Grundlagen hierfür müssen in einem transparenten gesellschaftspolitischen Verständigungsprozess entwickelt werden.

Was fordert Patientendienlichkeit heute und in Zukunft?

- Jede künftige Reform der Krankenversorgung hat sich dem Primat der Patientendienlichkeit zu verpflichten. Anderenfalls verfehlt sie ihren im Kern moralischen Auftrag.
- Eine primär profitgesteuerte Medizin ist auf jeder Ebene zu unterbinden. Diese Maxime muss durch Transparenzgebote und strikte Kontrollmechanismen umgesetzt werden – in den Köpfen, in den Institutionen und im Recht.
- Unsere Krankenhauslandschaft muss dem veränderten Potenzial moderner Spitzenmedizin angepasst werden, um alle Patienten bei optimaler Ressourcennutzung bestmöglich zu behandeln.
- Das Gleichbehandlungsgebot gehört zu den tragenden Säulen unseres Solidarsystems. Nicht toleriert werden dürfen daher Versorgungsunterschiede, wie sie etwa durch den Versichertenstatus oder Wohnort bedingt sind.
- Die aktuell bestehenden Über-, Unter- und Fehlversorgungen sind gravierend und nicht hinzunehmen. Sie verstoßen in der

Konsequenz individuell wie systemisch gegen das Gebot patiententendientlicher Medizin.

- Zu den vordringlichen Veränderungen gehört die Verlagerung der Patientenversorgung in den ambulanten Bereich, soweit dies medizinisch sinnvoll ist.
- Den demographischen Herausforderungen gerecht zu werden, erfordert hohe Priorität für die Versorgung chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen.
- Empathie im Umgang mit Patienten ist Herzstück, nicht Beiwerk ihrer Behandlung und ist mitentscheidend für den Behandlungserfolg. Statt weiterhin im Routinebetrieb buchstäblich abtrainiert zu werden, muss sie zu einem integralen, ausreichend finanzierten Bestandteil der Versorgung werden.
- Wertschätzung für Engagement und Ethos der Menschen, die die Patientenversorgung alltäglich bewältigen, erfordert mehr als Lippenbekenntnisse. Vielmehr bedarf es umfassender, kreativer Anreize, damit diese Berufe mit ihren fachlichen und empathischen Kernkompetenzen wieder attraktiv und lebbar werden.

Autorinnen und Autoren:

Bettina Schöne-Seifert: Medizinethikerin/Münster

Michael De Ridder: Internist/Berlin

Marco Stier: Philosoph/Münster

Steffen Stürzebecher: Arzt und Pharmakologe/Berlin

In Zusammenarbeit mit:

Clemens Eickhoff: Neurologe/Kassel

Jens Hofmann: Intensivmediziner/Saarbrücken

Gita Neumann: Psychologin/Berlin
Georg Marckmann: Medizinethiker/München
Jan-Ole Reichardt: Medizinethik/Münster
Anna Lena Uerpmann: Psychiaterin/Bielefeld
sowie
Alena Buyx: Medizinethikerin/München
Ralf Jox: Medizinethiker/Lausanne