

Bernd Meißnest

Vortrag: Menschenwürde im Krankenhaus am 21.1.09 in Villigst

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Zuhörer,

Menschenwürde im Krankenhaus, so mein Vortragsthema.

Ich spreche heute zu Ihnen aus mehreren Perspektiven , zum Einen als Psychiater und hier v.a. als Gerontopsychiater; dann als Betroffener, der sich auch wiederholt im KH befand; als heimlicher Beobachter, der mittlerweile viele Kliniken als Konsiliarier von Innen gesehen hat; als Angehöriger und auch als Ökonom, der in seiner Leitungsfunktion und durch Vorstandstätigkeit bei einem ambulanten Träger der Altenhilfe auf die Zahlen und auf die Wirtschaftlichkeit achten muss.

Ich möchte meinen Vortrag beginnen mit einem Plakat.

„ Getränke heute frei „.

Mehr möchte ich Ihnen hierzu zunächst nicht auf den Weg geben und überlasse Sie Ihren eigenen Assoziationen.

Warum ist für uns heute das Thema Menschenwürde im Krankenhaus ein Thema? Oder anders gefragt, war es bisher kein Thema?

Die Psychiatrie eignet sich sehr gut um einen Rückblick in die Krankenhausstruktur zu wagen.

Schon in der Antike waren geistig Verwirrte als von Dämonen und Geistern Besessene isoliert und der Behandlung durch Exorzisten, Hexenverfolgern überlassen worden. Im 19. Jahrhundert nach Aufstieg der Epoche der Vernunft, des Merkantilismus und des aufgeklärten Absolutismus erfolgte die

Ausgrenzung von Verrückten, Verbrechern, Armen in Tollhäusern, Narrentürmen, Zucht- und Arbeitshäusern.

Zwischen 1800 und 1860 entstanden rund 90 psychiatrische Anstalten in Deutschland. In Ihnen verschwanden die ökonomisch nicht nutzbaren Unvernünftigen, die psychisch Kranken.

Die modernen Psychiater, allen voran *Griesinger*, begannen sich mit diesen Verhältnissen auseinanderzusetzen. Er forderte als Alternative zu den Irrenkolonien kleine Stadtasyle, menschenwürdigere Behandlungs- und Unterbringungsverhältnisse für die Kranken, sowie u.a. Hausbesuche um zu erfahren wie die Menschen außerhalb der Klinik leben. Die Gegenposition nahmen die damaligen Anstaltsdirektoren in der Bundesdirektorenkonferenz war. Sie forderten Großanstalten da diese 1. Zu Lehrzwecken ausreichend Krankheitsbilder boten, 2. Nur durch sie ausreichende Sicherheit und Kontrolle gegeben ist und 3. Durch sie beträchtliche finanzielle und administrative Vorteile bestehen.

Mit der Etablierung einzelner Therapieformen wurde das Ende der kustodialen Krankenhausbehandlung eingeläutet. Ein wichtiger Vertreter war Hermann Simon, der in der Gütersloher Anstalt begann die Aktivenbehandlung einzuführen in dem er die sogenannte Bettbehandlung als unwürdig erklärte und Patienten in die Arbeitstherapie aktivierte.

Auf die Psychiatrie im Nationalsozialismus möchte ich nicht näher eingehen. Es ist mit das dunkelste Kapitel der Krankenbehandlung psych. Erkrankter Menschen.

Nach Jahre der Starre und der steten Größenzunahme der Anstalten kam es mit auf Initiative von Walter Picard 1975 zur Psychiatrie-Reform. Es waren die unwürdigen Verhältnisse der Unterbringung und Behandlung in den Krankenhäusern die durch 1. gemeindenahe Organisation, 2. Koordination der Angebote, 3. Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken und 4. bedarfsgerechte Versorgung geändert werden sollten. Das Ergebnis dieser Reform sind u.a. die vielen kleinen psychiatrischen Abteilungen an

Allgemeinkrankenhäusern, das Netz ambulanter Angebote für psych. Kranke und der Abbau der Langzeitbereiche in den Anstalten.

Waren es in den 70-ziger und 80-ziger Jahren die unwürdigen Unterbringungsverhältnisse die uns Aufschreien ließen, die eine Krankenhausbehandlung unwürdig gestalteten, so ist es in den 90-ziger Jahren die Behandlung als solches gewesen, die in den Psychiatrien für Unmut bei Betroffenen, Angehörigen und Profis sorgte. Die Behandlung bestand meist aus einer Psychopharmakagabe die regelhaft Nebenwirkungen wie Speichelfluss, Bewegungsstörungen, Wesensveränderungen auslöste. Durch gezielteren Einsatz, behutsamere Dosierung und der Anwendung von neueren Präparaten veränderte sich dieser medikale Missstand. Hinzu kamen spezielle v.a. psychotherapeutische Angebote. Entscheidend aus meiner Sicht war aber die Mitbeteiligung der Betroffenen und deren Angehörige. In dialogischen Zusammensetzungen gestalteten Angehörige, Betroffene und Profis die Krankenhausbehandlung mit. Es etablierten sich immer mehr die sogenannten Behandlungsvereinbarungen zwischen Betroffenen und Institution Krankenhaus. In Ihnen legten die Verhandlungspartner fest, wie bei möglicher erneuter Krankenhausbehandlung diese ablaufen sollte, was für den Betroffenen gut ist und was vermieden werden sollte. Geschlossene Stationen wurden geöffnet, Räumlichkeiten umgestaltet in „weichere“, Wohlfühlumgebungen (Soteriaelemente in der Krankenhausbehandlung).

Und heute? Welche Verhältnisse erleben wir heute in Krankenhäusern?

In den letzten Jahren sind durch weitere Ausdifferenzierungen einzelner Disziplinen Spezialabteilungen für z.B. Internistische Krankheitsbilder entstanden; so Abteilungen für Stoffwechselstörung, für Nephrologie, für Pulmonologie. Auch die Psychiatrie hat sich weiter ausdifferenziert. Gab es in großen Kliniken noch in den 90-ziger die sogenannten Sektorstationen d.h. für ein Versorgungsgebiet zuständige Stationen, so löste sich diese Struktur vielerorts zu Gunsten von spezialisierten Stationen auf in Stationen für spez. Krankheitsgruppen z.B. für Depressive, für Traumatisierte, für Demente, für Schizo-Affektive, u.a.. Ob diese Ausrichtung eine Verbesserung der Versorgung und Behandlung brachte wird n.w.v. kontrovers diskutiert.

Neue therapeutische Angebote wurden selbstverständlich, wie z.B. Palliativstationen, Schmerzambulanzen. Patienten werden durch spezielle Konzepte und therapeutische Haltungen „anders und auch menschenwürdiger begleitet“. Hierzu wurden Mitarbeiter spezialisiert durch Fort- und Weiterbildung z.B. zur Wundmanagerin, zum Fachpfleger für Sucht oder Psychiatrie, Schwester für Palliative care.

Die Standardisierung von Behandlung und Abläufen garantieren sicherere Ergebnisse, transparentere Wege und einheitlicheres Vorgehen. Die Qualitätsprüfung stellt dann am Ende die Sicherheit für ein gutes Behandlungssetting dar.

Finanzierungswege wurden verändert. Vor allem durch die Einführung der DRG´s (diagnosis related groups) wurden transparentere Abrechnungsbedingungen geschaffen. In der Psychiatrie, als einzige Disziplin bisher außen vor, steht die Reform des Entgeldsystems für 2013 an.

Diese Entwicklungen kennen Sie alle und sind darüber möglicherweise dankbar oder haben auch negative Erfahrungen gemacht.

Ich habe zur Vorbereitung meines Vortrages einigen meiner Mitarbeiter die Frage gestellt, was für sie aus heutiger Sicht eine menschenwürdige Krankenhausbehandlung sei. Die Antwortmuster waren sehr vielfältig. So z.B.:

- Räumliche Verbesserungen
- Mehr Zeit für den Patienten
- Bessere therapeutische Ausstattung
- Bessere Vernetzung mit den ambulanten Behandlungsbereichen
- Weniger Dokumentation

Alles Punkte, und die Liste ist noch länger, die ich so unterschreiben würde.

Fragt man bei Angehörigen, oder liest im Internet in Bewertungsforen, dann kommen Argumente wie...

- Besseres Essen, besserer Service

- **Aufmerksamere Mitarbeiter**
- **Badezimmer im Krankenzimmer**
- **Zügigere Behandlungsverläufe**

Auch diese Argumente sind Ihnen durchaus nicht neu.

Jede Institution führt regelmäßige Befragungen im Sinne des Dienstleistungsgedanken am Kunden durch, hat ein Beschwerdemanagement eingeführt und Briefkästen für Anregungen hängen allerorts. Der Kunde, hier der Patient, wird mit in die Verantwortung hineingenommen, kann mitgestalten.

Nun gibt es aber auch Menschen, die sich nicht äußern, weil sie es möglicherweise auch nicht können. Dazu gehören Migranten, Kinder, Alte, Schwerhörige und v.a. zunehmend auch demente Menschen.

Mittlerweile leben in Deutschland 1,2 Mio Demenzkranke. Bis zum Jahr 2020 werden es 2,0 Mio sein. Dies begründet sich v.a. durch die uns allen bekannte demographische Entwicklung. Eine Erkenntnis, die nicht neu ist. Neu ist allerdings, dass diese Gruppe der demenzkranken Menschen sich überall wiederfindet. So gibt es niemanden mehr, der nicht in seinem erweiterten Verwandtenkreis einen demenzkranken Mitmenschen hat. In Arztpraxen, bei Behörden, am Bankschalter, in Krankenhäusern; überall begegnen sie Menschen die in ihren geistigen Fähigkeiten eingeschränkt sind, selten auf sich aufmerksam machen und mit der Komplexität von Anforderungen, Abläufen und Formularen nicht zurecht kommen.

Diese Gruppe fällt nun auch regelhaft in Krankenhäusern auf. Sie werden in Behandlungsabläufe eingeschleust ohne zu verstehen was mit Ihnen passiert. So fühlen sie sich in traumatische Kriegserlebnisse zurückversetzt, wenn sie sich in dem abgedunkelten Ultraschallraum ausziehen müssen und der Bauch von einer fremden Person untersucht wird. Sie entziehen sich notwendiger Behandlung, passen sich den Abläufen nicht an und urinieren nicht in die behindertengerechte Toilette weil sie diese als solche nicht erkennen.

Die Ergebnisse empirischer Studien zeigen, dass es während des Krankenhausaufenthaltes bei Demenzkranker vielfach zu einem weiteren
Vortrag: Menschenwürde im Krankenhaus am 21.1.09

Selbstständigkeitsverlust, zur Verschlechterung der Kognitionen und zu einem vermehrten Auftreten problematischer Verhaltensweisen kommt (vgl.

Wingenfeld 2005). Die Patienten erleben aufgrund der fremden Umgebung, aber auch infolge der erzwungenen Untätigkeit häufig weitere Verluste ihrer ohnehin schon eingeschränkten alltagspraktischen Fähigkeiten (Pedone et al. 2005, Hansen et al. 1999). Sie sind in hohem Maße darauf angewiesen, die ihnen verbliebenen Alltagskompetenzen regelmäßig zu aktivieren, was während des Krankenhausaufenthaltes nicht möglich ist. Selbst Demenzkranke, die bislang fähig waren, ihren Alltag relativ selbstständig zu bewältigen, geraten durch das Fehlen vertrauter Bezugspersonen, die veränderte Umgebung, ungewohnte Tagesstrukturen und die laute, hektische Atmosphäre an ihre Grenzen. Orientierungseinbußen und herausfordernde Verhaltensweisen verstärken sich oder treten neu auf (Kirchen Peters 2005, Wojnar 2003). Darüber hinaus sind demenzkranke Patienten überdurchschnittlich häufig von nosokominalen Infektionen betroffen. Als eine mögliche Ursache kommt das mangelnde Verständnis von Versorgungsabläufen und -anforderungen in Betracht: Werden beispielsweise Injektionsnadeln, Drainagen oder Katheter nicht toleriert und erfolgen von Seiten der Patienten Manipulationen oder ein aus hygienischer Sicht unangemessener Umgang damit (Kirchen-Peters 2005).

Verschiedene andere Probleme im Verlauf der Versorgung stehen ebenfalls im Zusammenhang mit kognitiven Einbußen. Informationen über die bisherige Symptomatik und den Verlauf der akuten Gesundheitsstörung sind von den Betroffenen selbst nur eingeschränkt zu erhalten. Sinn und Zweck diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen sind für die Betroffenen nicht nachvollziehbar, weshalb sie zu einer aktiven Mitarbeit nicht in der Lage sind (KDA 2002).

Für das Krankenhaus ergibt sich mit den DRGs ein verstärkter Druck, Versorgungsabläufe effizient zu gestalten. Daraus erwachsen Risiken für die Versorgungsqualität, von denen drei für demenzkranke Patienten von besonderer Relevanz sein dürften (vgl. Wingenfeld 2005):

- Die Gefahr einer Begrenzung der diagnostischen und therapeutischen Leistungen auf ein Minimum dessen, was zur Behandlung der akuten Erkrankung, die den Patienten in das Krankenhaus führte, erforderlich ist.**

- **Betriebswirtschaftlich funktionale Abläufe kollidieren leicht mit Patientenbedürfnissen. Demenziell Erkrankte stellen eine Patientengruppe dar, deren Bedürfnisse und Möglichkeiten quer zu dem Ziel eines reibungslosen Betriebsablaufs liegen. Sie sind weniger als andere Patienten in der Lage, sich auf die Anforderungen und den Rhythmus des Krankenhausalltags oder die Erwartungen von Ärzten und Pflegekräften einzustellen. Ihre Versorgung setzt vielmehr Flexibilität in der Gestaltung von Arbeitsroutinen voraus, für die im Gefolge zunehmender Bemühungen zur Effektivitätssteigerung zukünftig immer weniger Spielraum gegeben ist.**
- **Das Risiko frühzeitiger Entlassungen in instabile Versorgungssituationen. Demenzkranke sind im Vergleich zu kognitiv nicht eingeschränkten Patienten weniger in der Lage, mit den Folgen eines noch nicht vollständig gelösten Gesundheitsproblems umzugehen. Sie sind also in hohem Maße auf eine rechtzeitige Vorbereitung der Versorgung nach der Krankenhausentlassung angewiesen.**

Nachdem ich Ihnen unterschiedliche Felder der heutigen Krankenhausbehandlung vorstellte, möchte ich nun versuchen anhand von 7 Punkten darzustellen wie eine menschenwürdige Krankenhausbehandlung in einer älter werdenden Gesellschaft aussehen kann.

1. Vom Patienten her gedacht – Vernetzung im Krankenhaus:

Steht der Patient bei allen Veränderungen unseres Gesundheitssystems immer im Mittelpunkt? Ich glaube nicht. Gerade die Veränderungen in den letzten Jahren schließen zunehmend ältere Menschen die auf Hilfe Dritter angewiesen sind aus. Mittlerweile gibt es hierüber ausreichende wissenschaftliche Erkenntnisse. So ist bei alten Menschen, die zu einem operativen Eingriff incl. Vollnarkose ins Krankenhaus kommen, das Risiko für einen postoperativen Verwirrheitszustand erhöht. Demente Patienten erleiden in 1/3 der Fälle ein sogenanntes Delir. Nachweislich verschlechtert sich hierdurch auch die Demenz und die Fähigkeit den Alltag weiterhin selbstständig zu

bewerkstelligen. Mit dieser psychischen Verschlechterung wird der Patient zum Störfaktor auf einer Intensivstation. Die Regel ist, dass er schnellstmöglich in eine gerontopsychiatrische Abteilung verlegt wird. Dort sind die Mitarbeiter zwar vertraut in der Delirbehandlung, aber mit einer postoperativen Wundversorgung überfordert. Und so erfolgt irgendwann wieder die Rückverlegung.

Das Eigentliche, was der Patient benötigt ist eine optimale operative Versorgung incl. begleitender Mitbetreuung seiner Ängste und Verwirrungen. Dies kann durch eine enge konsiliarische Mitbehandlung, durch einen Gerontopsychiater, einer gerontopsychiatrischen Fachschwester erfolgen, oder an einem Ort der Interdisziplinarität stattfinden.

In Gütersloh haben wir über 3 Jahre Erfahrung mit einer interdisziplinären Einheit. Auf einer Stationsebene werden von einem Pflorgeteam 10 internistische Betten, 8 neurologische Betten und 10 gerontopsychiatrische Betten betreut. Die Mitarbeiter führen interdisziplinäre Visiten, Übergaben und Fallbesprechungen durch. Muss ein Patient von einer zur anderen Disziplin verlegt werden, so geschieht dies auf der administrativen Ebene, sein Bett bleibt das Gleiche. Dieses System bedarf einer hohen Abstimmungsbereitschaft und Kollegialität.

Es gilt also Abläufe und Prozesse durch die Brille der Patienten neu zu bewerten und entsprechend zu verändern. Sei es durch veränderte Milieugestaltung, z.B. auf einer internistischen Station einen gemeinsamen Speiseraum einzurichten, oder durch Begleitdienste für Demenzkranke im Krankenhaus, wie es im Franziskus-Hospital in Münster umgesetzt wurde.

Aber der Patient muss auch an seiner Mitverantwortung abgeholt werden. Das aktive Einbeziehen des Betroffenen und seines Angehörigen bedeutet die Verantwortung für die Krankenhausbehandlung gemeinsam zu tragen.

In der Praxis bedeutet dies den Patienten umfassend zu informieren über die Therapien, über Chancen und Risiken der Behandlung. Ihn nach einer Patientenverfügung, nach einer Vorsorgevollmacht zu befragen. Immer noch

besitzt nur eine Minderheit der Patienten diese für eine würdevolle Krankenhausbehandlung wichtigen Dokumente.

Hier sehe ich zukünftig eine große Chance den Bedürfnissen der Patienten gerechter zu werden.

2. Das Prinzip der Normalität:

In den letzten Jahren wurden Behandlungsabläufe, Therapien, Vernetzungen und Kommunikationswege systematisch durch Controlling, Standards, Leitlinien und neue Dokumentationswege optimiert. Institutionen und ihre Mitarbeiter entwickelten eine hohe Kreativität in der Verbesserung ihres Behandlungsauftrages. Wir profitieren ohne Frage in vielen Bereichen davon.

Aber geht es denn den Betroffenen, den sogenannten Nutzern auch so? Mittlerweile stelle ich fest, haben sich hier Bereiche in Krankenhäusern etabliert, die an der Patientenorientierung vorbei gehen.

Versuchen Sie es selbst gedanklich einmal. Nehmen Sie die letzte Veränderung an der Sie aktiv mitgestaltet haben und gehen dann der Frage nach: „Inwiefern profitiert der Patient davon?“ Wenn Sie eine Antwort finden, haben Sie möglicherweise alles richtig gemacht.

Schwieriger wird es bei der Frage der Normalität. Normal ist für mich zunächst das Selbstverständliche, das was mir gut tut, tut meist auch dem Anderen gut.

Ein Beispiel aus der Praxis: Nach einer durchgeführten Visite auf einer Station erfuhr ich, dass eine Patientin Geburtstag hat. Ich fragte, was für diesen besonderen Tag für die Patientin gestaltet wurde. Die Antwort war „Nichts, da wir nicht wussten, ob die Patientin z.B. ein Ständchen wünscht“. „Wie bekommt man den raus, ob jmd. eine Besonderheit wünscht? – Indem man ihn einen Tag vorher fragt.“ Dies war für das Stationsteam einleuchtend und sie beschlossen einen „Geburtstagsstandard“ zu entwickeln.

Begegnung mit dem Anderen ist für mich ein normales, ein menschliches Grundbedürfnis. Besonders menschlich behandelt fühlen sich Menschen, die

man menschlich behandelt. Dieser Satz ist nicht tautologisch aus dem Leim geraten; er lenkt den Blick auf Beziehung, auf Austausch, ohne die eine gemeinsam erlebbare Realität nicht zustande kommt. Das Menschenbild und die kommunikative Praxis gehen enge Verbindungen ein. (Otte 1996a) Leidet ein an Alzheimer erkrankter Patient nur unter Leistungsstörungen als Folge neurologisch beschreibbarer Veränderungen? Wenn man nicht mit dem Menschen in Kontakt tritt, werden sein Leben und seine Geschichte für den Anderen nie erlebbar. Die Gefahr wächst, den Patienten zu dem stummen Objekt zu machen. Wenn wir uns nicht erlauben die Frage nach der Normalität zu stellen, verhindern wir authentische Begegnung die Heilsam ist. Dies gilt für den an Alzheimer Erkrankten genauso, wie für das Kind in der Notaufnahme.

Dies bedeutet für die Praxis: Wir, und hier spreche ich alle sich in der Begegnung befindlichen Akteure an, wir müssen uns immer wieder mit der Frage konfrontieren, „ Ist das normal, was wir da machen oder nicht?“. Da es uns gemeinhin schwer fällt regelmäßig daran zu denken, empfehle ich einen Normalitätsbeauftragten. Jemanden der z.B. in einem Team offiziell autorisiert ist diese Frage stellen zu dürfen und zu müssen, und so Prozesse und Veränderungen nochmals hinterfragt.

3. Ethisches Handeln:

In Gütersloh haben wir über ein Jahr gemeinsam mit unserer Partnerklinik in Paderborn ein Ethikkomitee projiziert und realisiert. Anfänglich war die Frage nach der Notwendigkeit gestellt worden. Ist es ein Trend dem wir da blind folgen oder benötigen wir wirklich solch ein Gremium neben all den sonstigen Gremien und Standards. Klaus Dörner sagt zum Thema Ethik“ Ethik ist etwas für Leute, die nicht wissen was sich gehört“. Kurzum, wir wussten nicht so richtig was sich gehört und entwickelten ein Konzept für ein Ethikkomitee. In den sehr intensiven Sitzungszeiten sammelten wir mögliche Themen und Fragen, denen sich solch ein Gremium stellen muss. Natürlich waren Fragen wie z.B. Umgang mit erschwerten Ernährungssituationen, Umgang mit Gewalt und Zwang, etc. dabei. Alles Themen, mit denen wir uns

seit langem in Teams, in Fallkonferenzen auseinandersetzen. Für mich war ein Bereich viel entscheidender. Fragen zur Ökonomisierung, zur Standardisierung, zur Entpersonifizierung von Prozessen und Handlungen, Fragen zur Mitarbeiterführung. Was muten wir und uns zu und ist das noch ethisch vertretbar. Hier sehe ich in einem Ethikkomitee, oder einer Ethikkommission eine Chance, all die über uns hereinbrechenden Veränderungen zu hinterfragen. Ich kann mir momentan keinen anderen Ort vorstellen, an den sich ein Mitarbeiter, ein Team wenden könnte um solche Themen legitim anzusprechen ohne die Sorge haben zu müssen, als unwilliger Mitarbeiter abgestempelt zu werden.

Und so meine Empfehlung für die Praxis: Gönnen Sie sich solch ein Gremium, gönnen Sie sich als Institution Krankenhaus einen Ort, an dem Hinterfragen erlaubt ist.

4. Mitarbeiter

Menschenwürde im Krankenhaus betrifft nicht nur die Patienten, ihre Angehörigen, sondern auch die dort Tätigen.

Seit der Einführung der DRG's haben sich die Behandlungsfälle in den Krankenhäuser nahezu verdoppelt, die Liegezeiten gegenläufig fast halbiert. Im Schnitt wurden 20% der Pflegestellen in den Krankenhäusern abgebaut. Wo früher noch 4 Pflegemitarbeiter sich um 18 demente Patienten in einer Schicht kümmerten, stehen heute nur noch 2 Mitarbeiter auf dem Dienstplan. Gerade in der Psychiatrie ist die durchschnittliche Verweildauer der Patienten um 10 Tage gesunken und liegt heute bei ca. 22 Tagen. Die Mitarbeiter müssen sich an neue Dokumentationsrichtlinien orientieren, sind verpflichtet besondere Vorkommnisse z.B. Stürze nach einem vorgegebenen mehrseitigen Standard zu dokumentieren. Ein guter Mitarbeiter ist der, der diese Dokumentationspflichten optimal erfüllt unabhängig wie viel Zeit er mit dem Patienten verbringt. In Gesprächen höre ich oft, „wir kommen nicht mehr zu dem, was wir eigentlich gelernt haben“. „Wir würden ja gerne uns mit den Patienten beschäftigen, schaffen es aber nicht. „

Patienten und Angehörige beklagen sich über die fehlende Zeit der Mitarbeiter.

Die Mitarbeiter stehen täglich unter enormen physischen und psychischen Druck. Es ist v.a. der virtuelle Druck, der Druck alles um den Patienten herum richtig und korrekt machen zu müssen. Burn-out, ansteigende Krankheitstage sind die Folgen. Wir haben alle nicht gelernt, weder im Studium, noch in der Ausbildung, mit solchen Situationen umzugehen. Wir haben nicht gelernt sich selbst zu motivieren.

Jeder Träger von KH bietet mittlerweile für seine Führungskräfte Schulungen an durch die ein besseres Rollenverständnis stattfinden soll. Auch ich habe momentan das Glück an solch einer Schulung teilnehmen zu können. Vergessen wird aber die breite Masse der Mitarbeiter. Und hier reicht es nicht aus, ein riesiges Fortbildungsprogramm anzubieten, sondern die Motivationsarbeit muss dort beginnen, wo die Demotivation entsteht. In der Gestaltarbeit gibt es den sogenannten Gestaltzyklus, der beschreibt, wie sich Neues in einem Prozess entwickelt, weitergetragen wird und integriert werden muss. In der Regel entsteht dort Demotivation, wo Integration nicht stattgefunden hat, wo Wertschätzung keinen Platz mehr findet. Viele Veränderungen in der Krankenhausbehandlung ist den Mitarbeitern „übergestülpt“ worden. Dies ist ein Garant für Desintegration und v.a. auf den Leitungsebenen wundern sich Verantwortliche warum die Umsetzung hakt.

Für die Praxis heißt das: Mitarbeiter benötigen Schulung für die eigene Motivation. Wie kann ich mich bei Laune halten, was muss ich für mich tun, damit ich etwas für andere tun kann. Ein erster Ansatz ist das Gesundheitscoaching. Hier kann ich die Literatur von Matthias Lauterbach empfehlen.

Mitarbeiter benötigen Wertschätzung. Wieder ein Beispiel aus der Praxis: Ich wurde in ein somatisches Krankenhaus zu einem Konsil gerufen. Auf der Station stand die Stationsärztin am Visitenwagen. Darauf war ein Teller mit Gummibärchen und sie bot mir an mich zu bedienen. Ich sagte“ Schön, Ihr Chef hat Ihnen zur Chefvisite Nervennahrung mitgebracht.“ „ Nein, wir (das Stationsteam) haben diese zur Motivation unseres Chefs mitgebracht.“ „Was

tut Ihr Chef dann Gutes für Sie, damit Sie motiviert sind?“ „Nichts außer den Dank, dass wir hier Arbeiten dürfen.“ Wertschätzung ist keine Einbahnstraße und gerade in hierarchischen Strukturen erforderlich.

5. Der notwendige „andere“ Blick:

In der Presse lesen wir regelmäßig von skandalösen Zuständen in Krankenhäusern. Da werden Patienten im Fahrstuhl vergessen, Verwirrte irren in Kellern umher auf der Suche nach ihrer Station. Vielleicht haben Sie selber schon die eine oder andere Erfahrung negativer Art gemacht oder Angehörige berichteten diese.

Es ist davon auszugehen, dass keiner der im Krankenhaus Tätigen bewusst solche skandalträchtigen Situationen herbeiführt. Oftmals ist es die eigene fehlende Wahrnehmung, die für diese Situationen verantwortlich ist. Da denkt die Schwester nicht daran, wenn Sie sich in der Besucherecke über Erkrankungen ihrer Patienten unterhält, dass Dritte dies mitbekommen könnten, oder die Hilfskraft auf Station das Essen verteilt und nicht informiert wurde, über die Demenz der Patientin und die damit verbundene Hilflosigkeit die Mahlzeit selbst zu sich zu nehmen. Und so räumt sie das nicht angetastete Essen wieder ab.

Ein Weg aus dieser Situation ist sich den Blick einer außenstehenden Person zu gönnen. Eine regelmäßige Visitation der Institution durch Außenstehende, die autorisiert sind alles Verdächtige, Ungewöhnliche zu melden ermöglicht eine Reflektion innerhalb der eigenen Handlungsräume.

In der Psychiatrie haben wir solch eine Erfahrung mit dem Klinikbeirat gemacht. In ihm sitzen Angehörige, Betroffene, Kooperationspartner. Regelmäßig besucht dieser Beirat die Stationen, führt Gespräche mit Patienten und gibt eine Rückmeldung. Kritische Rückmeldungen schmerzen zunächst, treffen das eigene Ego, bringen uns allerdings ins Handeln.

In der Altenhilfe gehen einzelne Träger mittlerweile dazu über in ihrem Qualitätsbericht nicht die Stärken zu betonen, sondern die Mängel aufzuführen

an denen sie planen zu arbeiten. Ein offener menschenwürdiger Umgang mit den eigenen Schwächen.

6. Ökonomisierung:

Nicht erst seit dem neuen Entgeltsystem, den DRG's wird die Krankenhausbehandlung bestimmt von ökonomischen Rahmenbedingungen. Wurden in den letzten Jahren in NRW gerade mal um 1,5 bis 2% die Einnahmen erhöht, so sind durch Tarifabschlüsse, Energiekostensteigerung, Lebenshaltungskosten, etc. die Ausgaben im Jahr um ca. 8% gestiegen. Unterm Strich blieb eine jährliche Einsparungsverpflichtung von mindestens 6%. Dies kann ein Krankenhaus nur bedingt tragen. Gerade kleine Häuser treibt es in eine Existenzkrise. Prognostiziert ist das Verschwinden von ¼ der bestehenden Krankenhäuser.

Künftige Entwicklungen werden durch Rationalisierungsprozesse vorgegeben. Die Karriere von Controlling, Kostensenkungsprogrammen und ständigem Benchmarking gestaltet sich im Gesundheitswesen nicht viel anders als in der gewerblichen Wirtschaft. Die Gesundheitsökonomie ist erfinderischer. Mit jedem Angebotssegment, das in der solidarischen Finanzierung weggestrichen wird, könnte sich ein neuer Markt für Privatzahler auftun. Neue Kundengruppen werden definiert – beliebt sind die solventen „jungen Alten“, für die spezifische Angebotspäckchen geschnürt werden. Man kann diesen Trend an der Expansion privater Zusatzversicherungen ablesen. Sie decken Leistungen ab, die vor nicht allzu ferner Zeit zum Kernbestand der gesetzlichen Krankenkassen oder ihrer staatlichen Pendanten gehörten.

Der Journalist Frank Drieschner berichtete in der Wochenzeitung *Die Zeit* vom anonymen Sterben in Altersheimen. Sterbende werden in ihren Exkrementen liegen gelassen; medizinischer Beistand beschränkt sich auf das Ausfüllen der Todesbescheinigung. In High-Tech-Kliniken wird dagegen aufgefahren, was nicht immer das Leben, wohl aber das Sterben verlängern kann. „Der Intensivpatient verursacht, grob geschätzt, an jedem seiner letzten Lebensstage so viel Kosten wie eine gut geführte Altenpflegestation. Im Extremfall öffnen

Intensivschwestern im Viertelstundentakt Ampullen, deren jede das Monatsgehalt einer Altenpflegerin kostet. Solche Berechnungen anzustellen gilt hierzulande, gelinde gesagt, als unfein.“ (Drieschner 2004) durch „extreme Kostenausreißer“: Das sind vor allem die „Langlieger“ oder Langzeitbeatmete, aber auch Notfälle und Aufnahmen aus anderen Kliniken. Finanzielle Risiken werden auf dem Überweisungswege in andere Häuser verlegt. Hochbetagte, Menschen mit Krebserkrankungen oder Chroniker sind hiervon überdurchschnittlich betroffen.

Wollen wir das, ist das Vernünftig?

Ökonomische Vernunft ist die Kritik der Wirtschaft und ihrer Bedeutung für lebenspraktische Ziele und Realitäten. Wirtschaftsethik wäre nach diesem Verständnis die *„kritische Selbstreflexion der ökonomischen Rationalität. Es kommt aus dieser Sicht darauf an, die real so wirkungsmächtige ökonomische Rationalität selbst zur Vernunft zu bringen. Und das heißt in diskursethischen Kategorien zunächst, sie zur Sprache zu bringen.“* (Ulrich 1994, 79) Es gelte, den Automatismus des stummen ökonomischen Funktionierens zu durchkreuzen. Man sollte eine gewisse Unruhe stiften und sich aus dem Mitläuferstatus befreien. Bei der Mikroebene des einsamen Einzelnen oder bei den betriebswirtschaftlichen Meso-Ebenen kann man schlecht stehen bleiben. Entscheidend ist, die gesundheitspolitischen Makro-Ebenen mit einzubeziehen. Denn keine dieser Ebenen kann für sich allein die Ansprüche dieser umfassenderen Vernunft einlösen.

Für die Praxis bedeutet dies zunächst den Sachverhalt wahrzunehmen, Transparenz zu schaffen. Jeder Mitarbeiter im Krankenhaus soll Informationen über die ökonomische Lage des Hauses erhalten; die Chance bekommen mitzugestalten. Je mehr Transparenz, je mehr Gestaltungsmöglichkeiten ein Einzelner erhält, desto höher ist der Identifikationsgrad mit der Tätigkeit und das Bedürfnis nach Solidarisierung.

Verwaltung und Behandler, d.h. Ärzte, Pflege, müssen sich auf eine gemeinsame Sprache verständigen – eine Herausforderung für beide Seiten, den üblicherweise gibt es die Meldung an die Behandler „ ihre Zahlen sind

schlecht – verbessern sie ihr Ergebnis“. Nur als Behandler kann ich nicht Patienten von der Straße weg zu einer OP motivieren.

Es gibt aber auch eine weitere wichtige ökonomische Haltung. Wir leben in einer Solidargemeinschaft in der es zukünftig mit dem Altern der Bevölkerung mehr und mehr Menschen geben wird, die finanziell und materiell auf Unterstützung angewiesen sind. Dies werden v.a. chronisch Kranke sein. Jedes Krankenhaus, jede ambulante Behandlungsstruktur muss sich selbstverpflichtend eine gewisse Zahl an diesen „Schwachen“, ökonomisch nicht Brauchbaren zumuten. Zu jedem schmucken Zimmer für Privatpatienten gehört ein Behandlungsplatz für einen chron. Kranken.

Klaus Dörner forderte schon vor Jahren, den marktwirtschaftlichen Prinzipien, die das Überleben des Stärksten fördern, einen neuen kategorischen Imperativ entgegen zu stellen: „Handle in Deinem Verantwortungsbereich so, dass du mit dem Einsatz all deiner Ressourcen an Empfänglichkeit, Verwundbarkeit, Zeit, Kraft, Manpower, Aufmerksamkeit und Liebe immer beim jeweils Schwächsten, Letzten beginnst, bei dem es sich am wenigsten lohnt.“ (Dörner 2001, 98)

7. Krankenhausbehandlung ernst genommen.

Ist in Deutschland die Krankenhausbehandlung unsozial? Betrachten wir die Voraussetzungen und die Erwartungen. Im Sozialgesetzbuch V ist die Definition einer Krankenhausbehandlung und deren Voraussetzungen beschrieben. Gesetzlich ist auch festgelegt „ambulant vor stationär“. Eine Krankenhausbehandlung bedarf einer medizinischen Begründung. Soziale oder pflegerische Notwendigkeiten begründen keine Krankenhausbehandlung. Die Erwartung, unsere Erwartung, an das System allerdings ist, dass für den Patienten auch gleichzeitig mit der OP ein Pflegeplatz gesucht wird, dass die Angehörigen sich mal erholen können, wenn der Betroffene 10 Tage länger in der Klinik verweilt. Gerade in der Psychiatrie ist es bei langen Krankenhausaufenthalten schwer die medizinische Notwendigkeit nachzuweisen. Oft bestehen Krankheitssymptome weil gerade soziale Nöte entstanden sind und diese nicht leicht zu beheben sind. Erst wenn die

Häuslichkeit des Patienten gesichert ist verschwinden die depressiven Symptome und der Patient kann entlassen werden.

Es gibt auch die andere Seite, wo Menschen vereinsamen, keinen Ansprechpartner haben und sich ins Krankenhaus einweisen lassen. Sie werden einem teuren System zugeführt, obgleich sie eigentlich etwas anderes benötigen. Jeder weiß das, jeder trägt dies mit und profitiert davon, zumindest kurzfristig.

Mit dieser Diskrepanz zwischen Erwartung und Voraussetzung wird unser System auf eine ungesunde Weise gefordert.

Hier sehe ich einen dringenden Handlungsbedarf, gerade beim Blick auf die zunehmende Singularisierung der älter werdenden Gesellschaft. Wir benötigen Orte der Begegnung, die Dänen bezeichnen diese als Aktivitätszentren, vorzufinden in jedem Stadtteil. Orte an denen kommunikativer Austausch stattfinden kann, Einsame einen Wegbegleiter finden, Redeselige auf einen Zuhörer treffen. Natürlich kann auch ein Krankenhaus oder eine Arztpraxis kann solch einen Ort mit anbieten, allerdings nicht im Rahmen der Krankenbehandlung. Eine neueste Umfrage einer Krankenkasse ergab, dass wir Deutsche die Weltmeister bei den Arztbesuchen sind. Gerade der Montag ist der beliebteste Tag.

Meine Damen und Herren, ich habe Ihnen anhand von 7 Punkten aufgezeigt, wie aus meiner Sicht Menschenwürde im Krankenhaus heute und zukünftig zu verstehen ist. Sehen sie es mir nach, dass manches nicht Erwähnung fand, oder möglicherweise zu psychiatrisch betrachtet wurde.

Und nun noch zur Aufklärung des Plakates. „Getränke heute frei“. Bei Demenzkranken entsteht irgendwann das Problem der Flüssigkeitszufuhr. Sie vergessen, dass sie regelmäßig trinken müssen und sind davon überzeugt bereits hinreichend getrunken zu haben. Nun stellen sie ein Gedeck mit Getränken unter dieses Plakat. Der Demente kommt vorbei, liest die Schrift, sieht das Getränke und nimmt sich etwas. Kommt er nach 5 min erneut vorbei wiederholt sich das Ganze, da er vergessen hat bereits getrunken zu haben. Dies ist ein Beispiel für würdevollen, kreativen Umgang.

Ich bedanke mich für´s Zuhören und für Ihre Aufmerksamkeit.

Literatur:

- Dörner, Klaus (2001): Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Stuttgart: Schattauer
- Drieschner, Frank (2004): Ethik ohne Gnade. *Die Zeit* Nr. 29: 08.07.2004
- Hansen, K./Mahoney, J./Palta, M. (1999): Risk factors for lack of recovery of ADL independence after hospital discharge. *Journal of American Geriatrics Society* 47, Nr. 3, 360-365
- KDA - Kuratorium Deutsche Altershilfe (2002): Menschen mit Demenz im Krankenhaus - Eine verdrängte Problematik. *Pro Alter* 4/02, Köln: KDA, 66-70
- KDA - Kuratorium Deutsche Altershilfe (2006): Die Perspektive der Menschen mit Demenz in den Mittelpunkt stellen. *Pro Alter* 2/06 Köln: KDA, 58-62
- Kirchen-Peters, S. (2005): Aufenthalt im Allgemeinkrankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance für psychisch kranke alte Menschen? Saarbrücken: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft
- Pedone, C./Ercolani, S./Catani, M./Maggio, D./Ruggiero, C./Quartesan, R./Senin, U./Mecocci, P./Cherubini, A./GIFA Study Group (2005): Elderly patients with cognitive impairment have a high risk for functional decline during hospitalization: The GIFA Study. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 60, Nr. 12, 1576-1580
- Ulrich, Peter (1994): Integrative Wirtschafts- und Unternehmensethik – ein Rahmenkonzept. In: *Forum für Philosophie Bad Homburg* 1994, 75-107
- Wingenfeld, K. (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus - Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern: Verlag Hans Huber
- Wingenfeld, K./Schnabel, E. (2002): Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Eine Untersuchung im Auftrag des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf
- Wojnar, J. (2003) Demenzpatienten im Krankenhaus. *Alzheimer Info* 1/2003, Berlin, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 2-4