

Ruth Baumann-Hölzle

Von der Heilpflege zur Gesundheitswerkstatt – von der Heilsökonomie zum Gesundheitsmarkt

Ethische Reflexionen zum Handlungsauftrag der Spitäler im Wandel der Zeit anlässlich der Einführung von Fallpauschalen

Die ab dem Jahr 2012 vorgesehene Einführung der Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRG) in den Spitälern soll mehr Effizienz, Transparenz und damit Vergleichbarkeit für die erbrachten Leistungen bringen. Ziel dieser Massnahme ist es, die zur Verfügung stehenden Mittel effektiver und gerechter zwischen den Spitälern und damit letztlich zwischen den Patienten verteilen zu können. Aus der Tatsache, dass Fallpauschalen eingeführt werden, lässt sich schliessen, dass bei der bestehenden Spitalfinanzierung hinsichtlich einer gerechten oder zumindest fairen Verteilung von Ressourcen im Spitalwesen Reformbedarf besteht. Dies zeigt sich unter anderem daran, dass gleiche Leistungen in der Schweiz unterschiedlich hoch verrechnet werden. Zudem erhofft man sich, dass die DRG zur Verminderung der Gesundheitskosten beitragen werden. Diese steigen derzeit derart rasant an, dass die Schere zwischen den zunehmenden Therapieangeboten und der Zahlungsbereitschaft bzw. Zahlungsfähigkeit der Bevölkerung immer weiter auseinandergeht. Der folgende Artikel geht der Frage nach, ob die Einführung der Fallpauschalen die anstehenden Probleme zu lösen hilft und was für ethische Probleme sich dabei stellen.

Mit den DRG findet ein Paradigmenwechsel in der Finanzierung der Patientenbehandlung statt. Statt wie bisher die Finanzierung am konkreten Aufwand für den einzelnen Patienten zu orientieren, wird in Zukunft nur noch ein Pauschalbetrag für eine bestimmte Indikation bezahlt. Die Frage stellt sich, ob dieser Paradigmenwechsel in der Finanzierung zu Qualitätseinbussen sowohl bei der Behandlung und Betreuung der Patienten als auch bei den Anstellungsbedingungen des Personals führen wird.

Was für Veränderungen sind zu erwarten?

Im Gegensatz zu Deutschland sollen die Fallpauschalen in der Schweiz für die Patienten erst beim Austritt definitiv festgelegt werden. Somit können auch Zusatzdiagnosen, für die eine Spitalbehandlung notwendig ist, beim gleichen Spitalaufenthalt ausgeführt werden. Da nur diejenigen Leistungen verrechnet werden können, die auch dokumentiert sind, sollen die Fallpauschalen zu einer viel genaueren Dokumentation der tatsächlich erbrachten Leistungen und damit zu mehr Transparenz führen. Spitäler werden damit vergleichbarer.

Neu ist auch, dass während eines Spitalaufenthaltes keine Leistungen mehr erbracht werden können, wenn diese auch ambulant durchführbar wären. Unklar ist jedoch, wie diejenigen Leistungen, die im Spital erbracht werden, ohne dass sie an eine Diagnose gekoppelt sind, in Zukunft finanziert werden. Dazu gehören unter anderem das soziale Engagement des Personals bei Patientinnen und Patienten mit höherem Betreuungsaufwand, die Ausbildungsleistungen, die Qualitätssicherungen oder auch Renovationen. Welche dieser Leistungen sollen in den Fallpauschalen überhaupt und – falls ja – wie abgebildet werden? Diese Fragen werfen die grundsätzlichere Frage nach dem Handlungsauftrag der Spitäler im Rahmen der Gesellschaft in der Schweiz auf.

Der Handlungsauftrag eines Spitals

Wie die Entstehungs- und Entwicklungsgeschichte der Institution «Spital» zeigt, wandelt sich ihr Handlungsauftrag und auch ihre gesellschaftliche Rolle im Verlauf der Geschichte ständig. Historische Quellen weisen nach, dass die Pflege und Heilkunst eine bereits sehr früh in der Menschheitsgeschichte und meist von Frauen ausgeführte Tätigkeit war [1]. Als Institution verbreitet hat sich die Krankenpflege im westlichen Kulturraum jedoch erst mit der Entwicklung und Ausbreitung des Christentums. Christen fühlten sich moralisch zur Nächstenliebe verpflichtet [2]. In dieser Entwicklung lässt sich ein andauerndes Spannungsverhältnis zwischen dem christlich begründeten, karitativen Engagement für die sozial Benachteiligten (Heilpflege) und dessen ökonomische Vereinnahmung feststellen. Zuerst wurde das karitative Engagement für die Heilpflege durch die so genannte «Heilsökonomie» vereinnahmt. Im Gegensatz zur Heilpflege erwächst der Dienst am Nächsten bei der Heilsökonomie nicht mehr aus der Nächstenliebe, sondern aus der Hoffnung, sich durch den Dienst am Nächsten einen Platz im Himmel verdienen zu können [3]. Im Mittelalter kam es daher nicht nur aus karikativen Gründen zu zahlreichen Spitalgründungen. Im Zuge des Säkularisierungsprozesses wurden die Spitalbauten bereits ab dem 18. Jahrhundert vermehrt zu Prestigeobjekten der Städte.

Heute ist dieselbe ökonomische Vereinnahmung des karitativen Engagements für das transzendente Gut «Gesundheit» durch den Gesundheitsmarkt zu beobachten. Dies wirkt sich nun zusätzlich dahingehend aus, dass das karitative Engagement für das Gut «Gesundheit» zunehmend auf die Wiederherstellung der physischen und psychischen Funktionstüchtigkeit reduziert wird. Der Patient wird nicht mehr ganzheitlich als Person behandelt, sondern er begibt sich in die Gesundheitswerkstätte «Spital».

Aus meiner Sicht liegt hier das Kernproblem der Einführung der Fallpauschalen: Heute erbringt das Spitalpersonal neben rein durch die Krankheit eines Patienten indizierten medizinischen und pflegerischen Handlungen auch soziale Leistungen wie Familienzusammenführungen, Organisation der Schnittstellen und Zusatzleistungen, die auch ambulant erbracht werden könnten. Diese Leistungen sind in den Fallpauschalen bisher nicht abgebildet. Es stellt sich somit die Frage, wer denn diese wichtigen sozialen Leistungen in Zukunft erbringen soll. Ein Beispiel hierfür ist die Übergangspflege. Wenn Patienten sozial gut aufgehoben sind, können sie relativ früh nach Hause entlassen werden. Doch was geschieht

Die Qualität der Behandlung kann nur dann aufrecht erhalten werden, wenn die Fallpauschalen nicht nur Ressourcen für die Wiederherstellung von Körperfunktionen umfassen, sondern auch die sozialen Aufgaben und die anderen wichtigen Aufgaben der Spitäler integriert werden.

mit denjenigen, die alleine wohnen oder deren Angehörige überfordert sind? Früher wurden diese Patienten länger im Spital gehalten. Doch was soll in Zukunft mit ihnen an Orten geschehen, an denen keine Übergangspflege angeboten wird? Für relativ fitte und/oder sozial gut eingebettete Menschen wird die Einführung der DRG wenige Probleme bieten. Aber wer begleitet den alten, fragilen Patienten in Zukunft zum Augenarzt? Etwa seine ebenso fragile und vielleicht sogar demente Ehefrau? Wer beurteilt hier die soziale Zumutbarkeit?

Betrachtet man diese Situation aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive, so stellt sich die Frage, ob es die Gesellschaft nicht billiger zu stehen käme, wenn all diese Leistungen an einem Ort erbracht werden und die erwerbsfähigen Patienten nicht extra noch frei nehmen müssten usw. Zudem kommt es die Gesellschaft vermutlich sogar noch teurer zu stehen, wenn diese bisher spitalintern erbrachten Leistungen beispielsweise in den teureren ambulanten Sektor verschoben werden.

Der Paradigmenwechsel im Finanzierungssystem muss nicht zwingend zu einer Qualitätsverminderung in der Behandlung und Betreuung der Patienten führen. Die Qualität kann aber nur dann aufrecht erhalten werden, wenn die Fallpauschalen bei der Festlegung der so genannten «Baserate» nicht nur Ressourcen für die Wiederherstellung von Körperfunktionen umfassen, sondern auch die sozialen Aufgaben und die anderen wichtigen Aufgaben der Spitäler integriert werden. Werden die DRG jedoch so eng gefasst, dass das karitativ-soziale Engagement keinen Platz mehr hat, stellt sich die Frage, wer denn sonst diese Aufgaben übernehmen würde. Es kann zwar argumentiert werden, dass die durch das soziale Engagement der Spitäler bedingten Kosten ins Sozial- und nicht ins Gesundheitswesen gehörten, was durch das Argument gestützt würde, dass heutzutage soziale Probleme vermehrt medizinisiert werden. Aber es ist keineswegs gesichert, dass im Sozialbereich der Wille zur Finanzierung dieser Leistungen wirklich besteht.

Die Fallpauschalen können durch die erhöhte Transparenz einen Beitrag an eine fairere Verteilung der Ressourcen gegenüber der heutigen Situation leisten. Zudem können sie auch zur Preissenkung bei den verwendeten Medikamenten und Medizinalprodukten beitragen. Die Fallpauschalen führen jedoch nur dann nicht zu

Qualitätseinbußen bei Behandlung und Betreuung, wenn sie den ganzen Behandlungs- und Betreuungsbogen der Patienten mit allen Schnittstellen umfassen, verbindliche Qualitätsstandards festgelegt und soziale Aspekte berücksichtigt werden. Wer auch immer diese Leistungen erbringt und sie bezahlt – sie gehören zu einer humanen Gesellschaft. Humanität und Solidarität beginnen nicht erst an der Spitalpforte und enden auch nicht dort. Denn eine humane Gesellschaft stellt für Leidende und Schwache Geborgenheitsräume zur Verfügung, auch wenn sich diese finanziell nicht rechnen. Angesichts der stets begrenzten Ressourcen hat die Gesellschaft aber auch die Aufgabe, die vorhandenen Mittel möglichst effektiv einzusetzen und ihr Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis auf Angemessenheit hin zu prüfen. Denn nur so kann verhindert werden, dass das gesellschaftliche karitative Engagement von Partikularinteressen vereinnahmt und das Gesundheitswesen ausgebeutet wird. Ein Spital ist nicht einfach eine Firma und das Gesundheitswesen nicht wirklich ein Markt.

Literatur

- 1 Historisches Lexikon der Schweiz (HLS). Spital, 1 – Mittelalter. Zugänglich unter: hls-dhs-dss.ch/textes/d/D16579-2-1.php.
- 2 Leibbrand W. Heilkunde – Eine Problemgeschichte der Medizin. Freiburg, München; 1954:131.
- 3 Schaper HP. Krankenwartung und Krankenpflege. Tendenzen der Verberuflichung in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Opladen; 1987:1892.

Weiterführende Literatur zum Thema

- Ohler N. Sterben und Tod im Mittelalter. München; 1990.
Schipperges H. Die Kranken im Mittelalter; München; 1993.
Mollat M. Die Armen im Mittelalter. München; 1984.

Korrespondenz:

Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle
Leiterin des Interdisziplinären Instituts für Ethik im Gesundheitswesen
Dialog Ethik
Schaffhauserstrasse 418
8050 Zürich
rbaumann@dialog-ethik.ch