

DRG (= Diagnosis Related Groups) und die Frage nach dem Menschenbild

DRG sollen ab 2012 in allen Spitälern der Schweiz als flächendeckendes Finanzierungssystem eingeführt werden. Die einheitliche Bezahlung für erbrachte Leistungen soll mehr Wettbewerb unter den Leistungsanbietern, mehr Transparenz in der Finanzierung und schliesslich mehr Qualität bringen. Landauf und landab arbeiten unterschiedliche Akteure mit grossem Aufwand an den Vorbereitungen für diese Systemänderung. Dass dieser Systemwechsel in Deutschland zu enormer Kritik und vor allem im klinischen Alltag zu einer Vielzahl von negativen Erfahrungen geführt hat, wird hier zu Lande öffentlich erst seit kurzem thematisiert. Vor allem Politiker scheinen von diesem Finanzierungssystem angetan zu sein und die Problemfelder kaum wahrzunehmen. Ganz anders ist der Tenor bei einer Vielzahl von Behandelnden, die tagtäglich mit Patienten und deren Leiden konfrontiert sind. In Deutschland hat sich mittlerweile bereits ein dramatischer Kulturwandel in den Spitälern eingestellt. Worum geht es?

Viele Diskussionen im Gesundheitswesen leiden an der Oberflächlichkeit ihres Ansatzes. Einzelprobleme werden herausgegriffen und mit scheinbaren Lösungen Veränderungen ausgelöst, die das komplizierte System durcheinander bringen. Insofern gleicht die aktuelle Gesundheitspolitik durchaus dem fragmentierten Ansatz der Medizin selbst, die mit Korrekturen von Laborwerten, Einzelsymptomen und ihrem isolierten Blick auf Diagnosen, menschliches Leiden zu erfassen sucht. Dahinter steht die Problematik der unreflektierten Frage des Menschenbildes. Das naturwissenschaftlich-schulmedizinische Verständnis von Krankheit ist geprägt von der Idee, dass alles Leiden auf ursächlich dahinterstehende materielle und damit messbare Störungen zurückzuführen ist (materialistischer Reduktionismus). Das Resultat ist, dass menschliches Leiden nur noch als unnötige Defekte in einer biochemischen oder elektrophysiologischen Fabrik wahrgenommen und entsprechend manipuliert wird. Jedem Menschen, der schon einmal krank war, ist aber sehr wohl bewusst, dass sogenannte weiche Faktoren, wie die Spitalatmosphäre, die Empathie von Pflege und Ärzteschaft sowie anderer therapeutischer Fachgruppen, die Einordnung des Krankseins in den persönlichen Lebenskontext, die Einstellung zum Kranksein, wesentliche Faktoren sind, die die Heilung mitbeeinflussen. Diese Faktoren sind aber weder einfach zu messen noch in das klassische biochemisch-elektrophysiologische Erklärungskonzept einzubinden.

Während der schulmedizinische Ansatz noch Raum für ergänzende Unterstützung, Empathie, Angebote zur Bewältigung und Sinnsuche bietet, führt nun das bevorstehende DRG-System zu einer dramatischen Verschärfung dieser auf Materie reduzierten Sichtweise. In diesem System wird jedes Kranksein einem bewertbaren bzw. bewerteten Diagnose-Code zugeordnet. Die Geschichte der Medizin zeigt allerdings, dass Diagnosen keine harten Wirklichkeiten sind. Diagnosen kommen und gehen und sind letztlich Orientierungsschubladen in der Komplexität menschlichen Leidens. Als solche machen sie zur Verständigung und zum gegenseitigen Erfahrungsaustausch durchaus Sinn. Als Grundlage der Finanzierung führen sie aber zu einer kompletten Instrumentalisierung des Patienten. Dieser wird zum geldbewerteten Objekt, das je nach Diagnose und Eingriffsmassnahmen mehr oder weniger attraktiv für den einzelnen Betrieb sein wird. Die Oekonomisierung der Spitalwelt als einziges Regulie-

rungswerkzeug führt konsequenterweise zur Codierung des Menschen und seines Leidens. Sie führt zur Wahrnehmung des Menschen als zu bewertende Ware. Patienten mit komplexen und in ihrer Prognose schlecht abschätzbaren Leidenszustände werden zu unkalkulierbaren Risiken und daher tendenziell abgeschoben, während andere, banale Beschwerden, zu Diagnosen hochstilisiert und damit einer Überbehandlung zugeführt werden. Die Behandlungsatmosphäre in einem Betrieb wird zunehmend durch Controller, Codierer, durch Rapporte über die Aufenthaltsdauer der einzelnen Patientengruppen sowie durch Optimierungsanreize für bessere Ertragsgenerierung aus dem Produkt „kranker Mensch“ geprägt und pervertiert.

Was kann noch getan werden?

Die grossen politischen Weichen sind offensichtlich gestellt. Mittlererweile ist auch klar, dass mit diesem System keineswegs gespart werden kann. Die immensen Ressourcen (zusätzliche Kosten, Arbeitszeit von bereits bestehendem Personal), die durch die Umstellung auf das DRG-Vergütungssystem nötig sein werden, können somit nur dem Patienten entzogen werden. Die erwünschte Qualitätsverbesserung ist deshalb nicht zu erhoffen. Im Gegenteil. Wichtig scheint, dass nun eine Begleitforschung, im Minimum zwei Jahre vor Einführung dieses Systems, aufgegleist wird, um die Veränderungen nach Einführung der DRG erfassen zu können. Zweitens eignen sich einfache „gesundheitliche Probleme“ für ein solches Entgeltungssystem grundsätzlich eher. Es wäre deshalb wünschenswert, wenn das System vorderhand auf eine begrenzte Diagnosegruppe angewandt würde. Dazu könnten einfache Verletzungen, Meniskusoperationen, Leistenbrüche etc. gehören. Komplexere Situationen dagegen, die oft, gerade in unserer Gesellschaft der Vereinzelung, durch psychosoziale Gegebenheiten mitgeprägt sind, lassen sich nur unter Vernachlässigung aller menschlichen Werte im DRG-System abbilden. Palliative Care schliesslich und Sterbeprozesse können und dürfen in dieses System nicht einbezogen sein. Eine Gesellschaft, die für sich in Anspruch nehmen will, dass sie einer humanistischen Tradition folgend ein hochstehendes Gesundheitswesen aufgebaut hat, sollte dieses nicht in einem aberwitzigen Glauben an Oekonomie und Oekonomismus aufgeben.

Bezirksspital Affoltern

Dr. med. Christian Hess
Chefarzt Medizin