

Informationsgehalt zu tun hat, wird von den meisten Ärzten bestritten.“ Was allerdings nicht ausschließt, dass viele auf Befragen auch von der Attraktivität der Bilder erzählen, selbst ein „Tumor wird als ‚schön‘ empfunden“.

Bilder sprechen nicht für sich, sie werden interpretiert. Dabei sind offensichtlich „kulturelle Deutungsmuster“ und die Orientierung an Normalitätsvorstellungen leitend. „Die Notwendigkeit, Bilder an bekannte Sehweisen anzuschließen, um sie überhaupt mit Bedeutung versehen und verstehen zu können, ist auch den MR-Akteuren bewusst“, notiert Burri. Aus fast unzähligen Bildern müssen die relevanten ausgewählt werden. Neben Vorkenntnissen und Fachwissen kommt die subjektive und intuitive Erfahrung im Umgang mit den Bildern zum Zug. Hier erhalten die medizinischen Bilder eine kommunikative Funktion, sie verlangen nach interdisziplinärer Kooperation oder verleiten zu neuen Sichtweisen. Nicht zuletzt wegen ihrer Anschaulichkeit wirken sie treffender als abstrakte Erklärungen.

Auch wenn zugestanden wird, dass es bei der Interpretation Spielräume gebe, verbreiten die manifesten Bilder als Fakten eine evidente Gewissheit. Ein Neuroradiologe bezeichnet die Bilder als „gefrorene Information“. Da diese Rede von den Bildern als „gefrorener Information“ selbst wie eine „schöne“ Symbolisierung wirkt, wird das Fazit Burris, das von den Bildern als einer legitimierenden oder sanktionierenden „sozialen Tatsache“ spricht, unbeabsichtigt bestätigt. Ein anderer Neuroradiologe, den Burri zitiert, fügt allerdings hinzu, dass die Präzision und Objektivität der Bilder nur vorgetäuscht sei, die Möglichkeiten der digitalen Nachbearbeitung auf dem Computer könne man nicht außer Acht lassen. Da davon auszugehen ist, dass die bildgebenden Verfahren sich weiter ausbreiten, ist diese aufschlussreiche Studie Burris von großen Interesse für die soziale Einordnung der Bilder auch in den Medien und in Bezug auf die Herstellung von „Normalität“.

CHRISTIAN MÜRNER

Sonderpädagoge und Publizist, Hamburg

Literatur: Regula Valérie Burri: *Doing Images. Zur Praxis medizinischer Bilder.* Transcript Verlag Bielefeld 2008, 330 S., € 23,80



xose castro / flickr

In wessen Interesse sind die DRGs?

Was Spitalfinanzierung mit Ethik zu tun hat

Der Spitalfinanzierung in der Schweiz steht eine tiefgreifende Änderung bevor, die ethische Fragen aufwirft. Im Rahmen der Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) sollen bis zum 1. Januar 2012 landesweit sogenannte leistungsbezogene Fallpauschalen eingeführt werden. Der englische Fachbegriff dafür lautet „DRG“ und bedeutet diagnosis related groups – diagnosebezogene Fallpauschalen.

Budgetiert ein Spital mit DRG, dann rechnet es nicht mehr wie bisher gemäss erbrachtem Aufwand oder per Tagespauschalen ab, sondern es erhält pro Patient oder Patientin einen fixen Pauschalbetrag, der sich nach der ihm oder ihr gestellten Diagnose richtet. Mit diesem Betrag muss

das Spital wirtschaften. Wenn es einen Kranken günstiger behandelt, als es nach den DRG vorgesehen wäre, erreicht es einen Gewinn, wenn es teurer behandelt, einen Verlust. Damit werden ganz bewusst die Interessenkonstellationen zwischen Spital, behandelnden Ärzten und Patienten so umgestellt, dass die Leistungserbringer einen Vorteil (und nicht wie jetzt einen Nachteil) davon haben, wenn sie ihre Patienten günstiger behandeln. Die Frage entsteht, wie sich diese Umstellung auf die Behandlungsqualität in den Spitälern auswirkt und welche Folgen für die Gesellschaft daraus entstehen.

Negative Erfahrungen in Deutschland

Die politischen Ziele, die hinter diesen Beschlüssen liegen, sind aber nicht nur die Kosteneinsparung. Denn es ist gar

nicht gewiss, ob DRGs das Gesundheitswesen überhaupt billiger machen können. Es ist ganz wesentlich das Ziel, eine grössere Transparenz von Kosten zu ermöglichen, sowie die Versorgungsqualität verschiedener Spitäler miteinander vergleichen zu können. Damit soll der Wettbewerb zwischen den Spitälern ermöglicht werden. Es wurde Anfang 2008 eine Aktiengesellschaft SwissDRG gegründet, die eine gemeinnützige Zweckbindung hat und die Aufgabe übernommen hat, die neue Tarifstruktur zu entwickeln und zu implementieren. Mitglieder sind u.a. die Medizinaltarifkommission, H+, die FMH und die Gesundheitsdirektorenkonferenz. SwissDRG hat das in Deutschland seit vier Jahren verwendete DRG-System eingekauft und passt es den Schweizer Verhältnissen an. Aber auch hierzulande hat man bereits erste Erfahrungen mit DRG gesammelt. So arbeitete beispielsweise das Tessin schon seit längerem mit DRG, um Leistungen zu erfassen. Jedoch wird es erst seit diesem Jahr auch für die Abrechnung und Budgetierung genutzt und somit „scharfgestellt“.

In Deutschland hat man aber in den letzten Jahren verschiedene negative Erfahrungen mit den Härten von DRG als Abrechnungsinstrument gemacht. Das Arbeitsklima in den Spitälern habe sich deutlich verschlechtert. Wie offensichtlich wurde, schafft DRG im Spital eine Anreizstruktur, die den Interessen der Patientinnen und Patienten aber auch der Caregiver zuwiderlaufen kann. Es besteht nun die Gefahr, dass Probleme, wie Deutschland sie bereits kennt, in der Schweiz reproduziert werden.

Ökonomisches Korsett

Anfang September hat die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK-CNE) zu diesem Thema Stellung bezogen. Sie hat auf eine ganze Reihe von möglichen Problemen hingewiesen, die aus ethischer Sicht zum Nachdenken Anlass geben sollten. Sie hängen damit zusammen, dass DRGs die Akteure im Spital – von der strategischen Planung bis hinunter zu den Behandlungsteams – in ein ökonomisches Korsett einbinden und sie zwingen, Massnahmen wirtschaftlich effizienter

einzusetzen und die Kosten zu reduzieren, die für bestimmte Leistungen entstehen. Das kann nebst wünschbaren aus Patientensicht auch problematische Auswirkungen haben. In Einzelnen hat die Kommission auf folgende Probleme hingewiesen:

- Das DRG-Regime kann allzu frühzeitigen Entlassungen aus dem Spital führen. Das würde die Rehospitalisierungsrate erhöhen („Drehtüreffekt“).
- Mit DRG könnte es nicht mehr im Interesse des Spitals sein, den Gesundheitszustand umfassend genug abzuklären.
- DRG enthalten systemimmanente Optimierungsanreize wie das „upco-

eingebunden werden, welches therapeutisch kontraproduktive Anreize setzt. Negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität, die Verteilungsgerechtigkeit von Spitalleistungen und die Beziehungen zwischen dem Gesundheitspersonal und den Patienten und Patientinnen sind gemäss den Erfahrungen aus anderen Ländern zu befürchten. Dabei müssen sich therapeutisches Ethos und ökonomische Effizienz auch nach Ansicht der NEK-CNE nicht ausschliessen. Es ist ein Gebot der Ethik, vorhandene Mittel effizient zu nutzen und angesichts ihrer Knappheit eine gerechte Verteilung anzustreben. Jedoch darf die traditionelle Orientie-



Wenn ein Spital durch eine günstigere Behandlung Gewinn erzielen kann, verschieben sich die Interessenkonstellationen zu Ungunsten der Patientinnen und Patienten.

ding“, d.h. die Einordnung in eine Gruppe, die für das Spital lukrativer ist, den besten Interessen der Patientinnen und Patienten aber zuwiderlaufen kann.

- Die DRG-Administration kann zu einer Verlangsamung im Angebot von medizinischen Innovationen führen, wenn die Berechnungen zuerst nachgeführt werden müssen.

Nach Veröffentlichung ihrer Stellungnahme hat die NEK-CNE am 18. September eine Reihe von führenden Experten nach Bern zu einem Hearing eingeladen (1). Diese Themenwahl für die Ethikkommission mag auf dem ersten Blick verwundern. Was sollte Ethik mit Spitalfinanzierung zu tun haben? Nach den Zwischenergebnissen der Kommission zu urteilen, viel. DRG ist ein weiterer Schritt, mit dem klinische Entscheidungen und ärztlich-pflegerisches Handeln in ein ökonomisches Denken

des therapeutischen Handelns am Patientenwohl und an der Schadensabwendung nicht durch ein ökonomisches Handlungsprinzip in Mitleidenschaft gezogen oder gar substituiert werden.

Wenn ein Spital durch eine günstigere Behandlung Gewinn erzielen kann (und unter Konkurrenzbedingungen wird erzielen müssen), verschieben sich die Interessenkonstellationen zu Ungunsten der Patientinnen und Patienten. Diese können nicht mehr davon ausgehen, dass die Massnahmen „in ihrem besten Interesse“ ausgewählt und gestaltet werden können, da sie im System nicht mehr als individuelle Personen mit spezifischer Krankheitsgeschichte und Besonderheiten wahrgenommen werden, sondern lediglich als ein Exemplar einer homogenisierten DRG-Gruppe, die ertragsmässig mehr oder weniger „abwirft“. Es entsteht so ein Anreiz, Patientinnen und Patienten einer möglichst profitablen Gruppe zuzuordnen und sie entspre-

chend zu behandeln. Maximal invasive Massnahmen wie Operationen sind für das Spital vorteilhaft, auch wenn sie nicht in jedem Fall tatsächlich notwendig sind. Die Sachzwänge erzeugen für die Pflegenden und die Ärztinnen und Ärzte die Aufgabe, Krankheitswertigkeiten von Patienten und Patientinnen zu dokumentieren und berechnend in die Behandlung einfließen zu lassen. Das kann auf Kosten der Diagnose- und Therapiefreiheit gehen. Es kann auch zu Frustrationen bei den betroffenen Berufsgruppen und zu Qualitätseinbussen führen. Sowohl das ärztliche und pflegerische Handeln als auch der behandelte Patient oder die behandelte Patientin laufen Gefahr, für die Ressourcenökonomie der Klinik instrumentalisiert zu werden. Das wäre eine Tendenz, die dem therapeutischen Ethos widerspricht.

Gerechtigkeit in Bedrängnis

Einbussen sind wohl am ehesten im Bereich der psychosozialen Betreuung zu befürchten, da diese im DRG-System nicht so gut abgebildet und somit auch nicht vergütet werden könnten. Betroffen sind am ehesten die „menschlichen“ Seiten der Betreuung, die für die Behandlungsqualität aus Patientensicht aber im Vordergrund stehen. Zeiteinsparungen in der zwischenmenschlichen Kommunikation (auch mit Angehörigen), bei der Erklärung von medizinischen Informationen und bei der psychosozialen Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden werden wohl unvermeidlich. Solche Gespräche und Zuwendung sind für Genesungsprozesse, Begleitung bei chronischen Erkrankungen wie auch für eine würdevolle letzte Lebenszeit im Spital von äusserster Wichtigkeit. Es braucht Zeit, um den Patienten oder die Patientin einen Therapievorschlagn (z.B. eine Operation) zu erklären, Alternativen abzuwägen, deren Implikationen und Folgen verständlich zu machen und bei der Entscheidungsfindung zur Seite zu stehen. Das Einholen eines solchen „informierten Einverständnisses“ in eine medizinische Massnahme ist rechtlich gefordert, gestaltet sich aber je nach Krankheitssituation, Vorwissen, und Persönlichkeit zeitaufwändig. Mit

Zeiteinsparungen wird das Spital also nicht nur wichtige psychosoziale Funktionen verlieren, sondern auch das ethische Prinzip der Patientenautonomie, deren Kern das „informierte Einverständnis“ in medizinische Massnahmen darstellt, touchieren.

Die Forderungen der NEK-CNE zu DRGs

1. Es muss eine offene Debatte über die positiven, aber auch über mögliche nachteilige Effekte geführt werden.
2. Diese Debatte soll über die Fachkreise hinaus in die Öffentlichkeit getragen werden.
3. Die Erfahrungen aus anderen Ländern, insbesondere Deutschland sollen systematisch ausgewertet werden.
4. Zur Einführung des Systems sollen alle betroffenen Berufsgruppen (inklusive Ärzteschaft und Pflege) ausreichend informiert und ausgebildet werden.
5. Rechtzeitig, das heisst noch vor der Einführung des DRG-Systems, soll eine interdisziplinäre Begleitforschung eingerichtet und mit genügend Mitteln ausgestattet werden. Sie muss unabhängig sein. Sie soll qualitativ und quantitativ erfassen, wie sich die Arbeitssituation der verschiedenen Berufsgruppen verändert und wie das neue System sich auf die Versorgung der Kranken, sowie auf ihre Angehörigen auswirkt. Daraus sollen rechtzeitig entsprechende Korrekturmaassnahmen abgeleitet und implementiert werden.

Noch ein weiteres ethisches Prinzip kommt in Bedrängnis: die Gerechtigkeit. Das DRG-System schafft für ein Spital Anreize zu einer Bevorzugung „lukrativer“ Patientengruppen, die mit einem geringeren Aufwand als budgetiert versorgt werden können. „Unlukrative“ Patientengruppen, deren Behandlungskosten durch die Fallpauschale nicht vollumfänglich abgegolten werden, wür-

den dann entweder gar nicht ins Spital aufgenommen oder rasch in eine andere Pflegeinstitution überwiesen oder frühzeitig nach Hause entlassen werden. Zu solchen Gruppen gehören chronisch Erkrankte, multimorbide und geriatrische Patientinnen und Patienten, geistig und körperlich Behinderte sowie Sterbende. Das sind Anreize zu einer Diskriminierung, die dem Anliegen einer fairen Verteilung medizinischer Ressourcen zuwiderlaufen. Durch frühzeitige Entlassungen werden Betreuungslasten nicht zuletzt in den Bereich der häuslichen Pflege verschoben, die unbezahlt und grösstenteils von Frauen geleistet wird.

Die Nationale Ethikkommission für den Bereich der Humanmedizin setzt sich mit Nachdruck dafür ein, dass eine über die Fachkreise hinausgehende öffentliche Debatte über Risiken und mögliche Chancen des neuen Vergütungssystems geführt wird, bevor es zu spät ist. Ganz wesentlich ist, dass eine umfassende Begleitforschung schon frühzeitig, d.h. vor der Einführung des Systems etabliert und finanziert wird. Denn nur so können die Einführungseffekte überhaupt abgebildet werden. Die Begleitforschung muss auch die „weichen“ Faktoren wie die psychosozialen und qualitativen Aspekte mit erfassen. Die Ergebnisse müssen dann laufend zur Verbesserung des Systems einbezogen werden. Die Worte der für die Einführung des DRG-Systems Verantwortlichen, dass es ein „lernendes System“ sein werde, müssen mit Taten ernst genommen werden. Im nächsten Sommer plant die NEK-CNE zusammen mit der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften und der Schweizerischen Gesellschaft für Biomedizinische Ethik ein Symposium zu diesem Thema.

SUSANNE BRAUER UND
CHRISTOPH REHMANN-SUTTER

Susanne Brauer, PhD, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Sekretariat der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin

Prof. Dr. Christoph Rehmman-Sutter ist Präsident der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin

(1) Stellungnahme sowie Protokoll des Hearings als Download unter www.nek-cne.ch erhältlich.