

D A S A K T U E L L E T H E M A

FOERDERUNG DER SPITALEXTERNEN KRANKENPFLEGE

Dr. med. U. Frey, Direktor
des Eidgenössischen Gesundheitsamtes Bern

Das beunruhigende Anwachsen der Spitalbehandlungskosten zwingt uns, Möglichkeiten zur Kostenbegrenzung zu studieren. Eine dieser Möglichkeiten ist der Ausbau der spitalexternen Krankenbetreuung unter der Voraussetzung, dass diese nicht nur billiger, sondern der Hospitalisation annähernd gleichwertig sei.

Zielsetzung

Die spitalexterne Krankenbetreuung soll diagnostische, therapeutische und pflegerische Leistungen sowie das Problem der Nachbetreuung einschliessen. Aber auch das Problem des psychologischen Klimas spielt hinein, mit anderen Worten: es muss auch berücksichtigt werden, wo - im Spital oder zu Hause - sich der Patient "wohler fühlt". Es wäre unzweckmässig, für eine der beiden Varianten zu optieren, wenn dieselbe mit einem Missbehagen des Kranken und entsprechenden psychologischen Nachteilen verbunden wäre. Das Problem der "Pflegeintensität" steht ebenfalls zur Diskussion. Nicht jede Krankheit und nicht jeder Krankheitszustand kann in Heimbehandlung optimal versorgt werden. Ein weiteres Ziel wird somit sein, die Spitalbehandlung so genau wie möglich auf diejenigen Krankheiten und diejenigen Betreuungsstufen zu beschränken, die spitalextern nicht oder nur schlechter versorgt werden können.

Status quo

Die spitalexterne Versorgung liegt in Händen der niedergelassenen praktizierenden Aerzte, der Gemeindeschwestern, der Haus- und Heimpflegedienste und - für gewisse Spezialfälle - der zahlreichen Fürsorgeorganisationen. Die Aufzählung wäre indes unvollständig, würden nicht auch die Angehörigen, Freunde und Nachbarn des pflegebedürftigen Kranken erwähnt.

Wir kommen damit zum eigentlichen Kernproblem der Krankenpflege: an sich schiene es durchaus möglich, dem Kranken auch in seiner Wohnung eine angemessene Krankenpflege angedeihen zu

lassen, sofern gewisse äussere Voraussetzungen besser erfüllt wären. Allzu häufig stellen ungünstige Wohnverhältnisse, unzweckmässige Betten und fehlendes Pflegeinstrumentarium im weitesten Sinne ernsthafte Hindernisse für eine zumutbare Heimbehandlung dar. In ländlichen Verhältnissen, teilweise auch in gut organisierten städtischen Gemeinden ist man zwar bestrebt, durch reichhaltige Krankenmobiliemagazine und einen mehr oder weniger gut ausgebauten Hauspflegedienst diese Lücken zu schliessen. Alles in allem ist die Situation aber recht unübersichtlich; der Kranke und seine Angehörigen wissen oft nicht, an wen sie sich für diese oder jene Leistung zu wenden haben. Es kommt dazu, dass in der heutigen Kleinfamilie und der herrschenden Vollbeschäftigung heute kaum mehr Angehörige bereit und in der Lage sind, die Betreuung eines kranken Familienmitgliedes zu übernehmen. Auch die Aerzte ziehen es vor, Kranke sofort zu hospitalisieren, wenn einigermaßen anspruchsvolle diagnostische und therapeutische Leistungen erforderlich sind.

Es ist offensichtlich, dass aus den dargelegten Gründen und den beschriebenen Unzulänglichkeiten des heutigen Systems ein grosser Trend zur Hospitalisation bei Aerzten, Kranken und Angehörigen besteht. Dieser Trend wird durch die weitverbreitete Ansicht gefördert, das Spital biete die "bessere Medizin" an. Zudem ist es dank des ausgebauten Krankenversicherungssystems für viele Patienten finanziell günstiger, sich hospitalisieren zu lassen.

Analyse

1. In organisatorischer Hinsicht fällt auf, dass die verschiedenen über das Land verstreuten Heimpflege- und Betreuungsorganisationen ungenügend koordiniert sind, und nur wenige Fachleute den Ueberblick über das Ganze haben. Auch die Aerzte sind oft über die Möglichkeiten im Bereiche ihres Praxisgebietes unvollständig orientiert. Auch die unterschiedliche Trägerschaft der genannten Organisation - öffentlich-rechtliche, gemeinnützige, private, etc. - dient nicht der Verbesserung der "Transparenz". Niemand weiss eigentlich so recht, wer für was zuständig ist, und der Kranke sieht sich dementsprechend einem Gestrüpp von hilfswilligen aber ungleichmässig ausgelasteten Betreuungsorganisationen gegenüber.
2. Zur Zeit wohl noch wichtiger als die organisatorischen Mängel sind die personellen Schwierigkeiten. Eine 1972 abgeschlossene Erhebung im Kanton Bern hat ergeben, dass
- mehr als die Hälfte der in der Gemeindepflege tätigen Schwestern über 50 Jahre alt waren und 13 % sogar schon im AHV-Alter, d.h. älter als 62-jährig;

- noch viel zu viele Gemeindeschwestern neben ihren pflegerischen Verrichtungen gewöhnliche Haushaltarbeiten übernehmen müssen;
- die wenigsten Gemeindeschwestern für besondere Aufgaben, z.B. die Mithilfe bei schulärztlichen Untersuchungen, etc. eingesetzt werden, wodurch ein wertvolles Potential ungenutzt bleibt;
- viele der befragten Gemeindeschwestern nicht voll ausgelastet sind, die Entlohnung noch sehr unterschiedlich ist und zum Teil weit unter den Ansätzen der Normalarbeitsverträge liegt;
- die Zusammenarbeit mit Kolleginnen der Nachbargemeinden und Personen anderer Berufsgruppen und Institutionen teilweise wenig erfreulich ist. Fast die Hälfte der Befragten haben keinen Kontakt mit der Gemeindeschwester der Nachbargemeinde! Hingegen wird der Kontakt mit Arzt und Pfarrer von den meisten Gemeindeschwestern als zufriedenstellend bis sehr gut bezeichnet.

Vorschläge:

- Die Aus- und Weiterbildung der Gemeindeschwestern sollte verbessert werden, wobei eine zusätzliche Ausbildung als Gesundheitsschwester sehr erwünscht wäre;
 - in Zukunft überhaupt nur noch ausgebildete Gesundheitswestern in der Gemeindepflege zum Einsatz kommen sollten.
3. Ein weiteres Problem sind die Kosten: der Beweis, dass die spitalexterne Behandlung wirklich billiger sei als die Hospitalisation ist noch nicht erbracht. Wenn man alle Zusatzleistungen, die der zu Hause behandelnde Kranke zu erbringen hat, zusammenzählt, kommt man auch auf erstaunliche Beträge! Es kommt dazu, dass die Spitalbehandlung durch die Sozialversicherung immer noch besser abgedeckt wird, und der Kranke bei Heimbehandlung noch viel zu viel aus seiner eigenen Tasche beisteuern muss.
4. Sehr wesentlich fallen im weiteren gesellschaftsstrukturelle Gegebenheiten ins Gewicht: es wurde schon angedeutet, dass der Trend zur Kleinfamilie und zur frühzeitigen Verselbständigung junger Familienmitglieder die Möglichkeiten der Heimbehandlung erheblich einschränkt. Dies wirkt sich vor allem auf die Betreuung Betagter aus. Nur noch wenige Familienangehörige sind heute Willens und zufolge ihrer intensiven beruflichen Beschäftigung in der Lage, einen betagten Angehörigen, der einige betreuende und pflegerische Anforderungen stellt, bei sich zu Hause zu behalten.

5. Schliesslich ist auch auf den modernen Wohnungsbau und die Art der Besiedlung hinzuweisen: abgesehen davon, dass im modernen Wohnungsbau erstaunlicherweise immer noch krasse Fehler in bezug auf die Anpassung an die Bedürfnisse Behinderter, sowie Schallisolation, Besonnung, usw. gemacht werden, sind viele Wohnungen heute infolge der hohen Mietpreise so klein, dass schon die kurzfristige Behandlung eines Kranken ein Problem darstellt. Besser ist es diesbezüglich auf dem Lande, wo man glücklicherweise oft noch vernünftiger baut.

Möglichkeiten zur Förderung

Der Ausbau der spitalexternen Krankenbetreuung ist nur möglich, wenn alle oder doch möglichst viele der dargelegten Faktoren im Sinne der Verwirklichung des angestrebten Zieles verändert werden können.

Unter der Voraussetzung, dass genügend qualifiziertes und verjüngtes Personal für die spitalexterne Krankenbehandlung zur Verfügung steht und dass unsere Gesellschaft entsprechend motiviert wird, d.h. in Zukunft eher bereit ist, gewisse Opfer gegenüber einem kranken Angehörigen zu erbringen und auch unter der Voraussetzung, dass in Zukunft zweckmässige und grössere Wohnungen gebaut werden, wäre eine Förderung durch gewisse organisatorische und finanzielle Massnahmen durchaus denkbar.

Bevor ich daran gehe, ein mögliches Modell, das einer Optimierung der spitalexternen Krankenbetreuung dienen könnte, zu skizzieren, möchte ich auf einige Ausbildungsprobleme hinweisen; schon in der Grundausbildung wird man sich in Zukunft mehr den spitalexternen, häuslichen Pflege- und Behandlungsmöglichkeiten zuwenden müssen, als dies heute noch der Fall ist. Leider krankt ja die Ausbildung der angehenden Mediziner am gleichen Uebel - auch sie werden fast nur im Spital ausgebildet und lernen daher die Medizin aus einer sehr einseitigen Optik! Das gleiche geschieht mit unseren Krankenschwestern. In diesem Zusammenhang darf noch einmal darauf hingewiesen werden, vermehrt ausgebildete Gesundheits-schwestern in der Gemeindepflege einzusetzen und diese nicht nur "pflegen", sondern auch präventivmedizinisch tätig sein zu lassen. Das Arbeitsgebiet der Gemeindegeschwester könnte durch Mitarbeit bei schulärztlichen oder anderen präventivmedizinischen Untersuchungen, Mithilfe bei Impfaktionen, im Gesundheitsunterricht und vieles mehr, wesentlich bereichert werden. Die Bevölkerung hätte davon grossen Nutzen, und die notorisch überlasteten Aerzte könnten sich entlasten lassen - wenn sie wollten!

Es ist aber auch eine besondere Schulung in organisatorischer Hinsicht, im "Management" erforderlich. Noch mehr als im Spitalbetrieb muss eine in der spitalexternen Pflege tätige Schwester "sich zu organisieren" wissen. Es ist auch auf die berufliche

Weiterbildung hinzuweisen, die sowohl fachbezogen wie organisationsorientiert sein muss und durch die zwangsläufig damit verbundenen Kontakte mit anderen Gleichgestellten wertvolle wechselseitige Anregungen zu vermitteln vermag.

Durch welche organisatorischen Massnahmen könnte die spitalexterne Krankenbetreuung gefördert werden? Ich gehe von der Prämisse aus, dass die Krankenbetreuung als etwas Ganzes zu betrachten ist und die - leider tief verwurzelte aber unrichtige - scharfe Trennung zwischen intra- und extramuraler Medizin abzulehnen ist. In der "globalen Krankenbetreuung" hat jeder das zu tun, was er am besten kann und was dem Patienten am besten dienlich ist. Die Drehscheibe ist der praktizierende Arzt, der darüber entscheidet, welche Form von Diagnostik und Behandlung im Einzelfall anzuwenden ist. Es sollen fließende Uebergänge bestehen zwischen privatärztlicher (extramuraler) und Spitalbehandlung. Die Hospitalisation soll nicht Platz greifen, um dem Arzt oder den Angehörigen eine möglichst bequeme Lösung zu bieten und ihnen unangenehme Arbeiten abzunehmen, sondern um dem Kranken optimale diagnostische und therapeutische Leistungen, die ihm ausserhalb des Spitals nicht angeboten werden können, zur Verfügung zu stellen. Aus dieser Konzeption liesse sich ein Modell entwickeln, bei dem ambulante Dienste und Spital möglichst eng miteinander verbunden sind. Es könnte beispielsweise eine ärztliche Einzel- oder Gruppenpraxis in nächster Nähe des Spitals oder sogar in Räumen desselben untergebracht sein. Der Arzt würde, wie bisher, als freier Unternehmer praktizieren, hätte aber gleichzeitig das Behandlungsrecht im Spital. Man könnte noch einen Schritt weitergehen, indem Arzt und Spital gewisse diagnostische und therapeutische Einrichtungen (Labor, Röntgen, physikalische Therapie, etc.) gemeinsam benützen würden.

Was nun den eigentlichen Betreuungsdienst - Krankenpflege, Fürsorge, etc. - betrifft, wäre eine Koordinations- und Informationsstelle, gewissermassen eine regionale Zentralstelle zu schaffen, die wiederum enge Verbindung zum Spital und zur Aerzteschaft unterhalten müsste. Dabei müssen die individuellen Trägerorganisationen keinesfalls verschmolzen oder aufgelöst werden. Es wäre jedoch von grossem Vorteil, sie in einer Zentralstelle zusammenzufassen. Sowohl Arzt wie Patient hätten dann nur noch eine Kontaktstelle, an die sie sich zu wenden hätten. Diese Zentralstelle sollte - und dies dürfte eines der grössten Hindernisse sein! - wenn möglich interkommunal oder regional konzipiert werden, da vor allem in kleinen Landgemeinden die Beschränkung auf eine einzelne Gemeinde viel zu wenig Möglichkeiten offen lässt. Nur durch eine regionale Konzeption ist eine leistungsfähige extramurale Krankenbetreuung überhaupt denkbar. Es wäre von grossem Wert, wenn die "Zentralstelle" im Spital untergebracht werden könnte. Dadurch wären Spital, Arzt und Betreuungsdienste gewissermassen in "Tuchfühlung", was der Koordination und Arbeitserleichterung sicher nur dienlich sein könnte.

Damit ein solches spitalexternes System zum Tragen kommt, müssen aber auch die diagnostischen Untersuchungen und anspruchsvollere therapeutische Leistungen an den Patienten herangetragen werden. Dies setzt unter Umständen ein leistungsfähiges Transportsystem voraus. Bei vielen Kranken könnte eine Hospitalisation vermieden werden, wenn gewisse aufwendige Untersuchungen - ich denke vor allem an Röntgenuntersuchungen, etc. - und sogar gewisse kleinere operative Eingriffe ambulant in der Praxis des Arztes oder im Spital vorgenommen werden könnten, ohne dass der Patient hospitalisiert werden muss. Dies setzt voraus, dass die Krankentransporte zu akzeptablen Preisen vorgenommen werden können.

Ich komme damit schliesslich zur Kostenfrage: es liegt auf der Hand, dass auch ein solches System Umtriebe mit sich bringt und etwas kostet. Es kann nur attraktiv sein, wenn es billiger als die Spitalbehandlung ist und die Familie des Kranken nicht über Gebühren belastet. Dies setzt voraus, dass die Krankenversicherung nicht nur die eigentlichen Leistungen entschädigt - und zwar zu vernünftigen Ansätzen - sondern man müsste sich überlegen, ob man nicht dem Kranken, resp. seinen Angehörigen auch noch eine Art "Inkommoditätsentschädigung" ausrichten sollte. Es ist ja klar, dass es mit der durch die Gemeindegemeinschaft verabfolgten Spritze oder dem Dienst der Heimpflegerin allein nicht getan ist. Wenn man einen Angehörigen zu Hause behandelt, hat man zahlreiche andere Inkommoditäten zu tragen. Es schiene mir, dass von seiten des Versicherungssystems auch diesbezüglich ein Anreiz geschaffen werden sollte, um unnötige und oft eben auch finanziell für den Patienten vorteilhaftere Hospitalisation zu vermeiden.

Wir sind uns ja wohl darüber einig, dass die spitalexterne Krankenpflege als Bestandteil einer "globalen Krankenbetreuung" ausgebaut und gefördert werden muss. Damit soll keineswegs gesagt sein, dass chirurgische und medizinische Notfälle oder andere Krankheitsbilder, die eine aufwendige und hochspezialisierte Untersuchung und Behandlung erfordern, nicht unbedingt in Spitalpflege gegeben werden sollen. Im Gegenteil: ich bin der Meinung, dass die Spitäler gerade für diese schweren und wirklich hospitalisationsbedürftigen Fälle vorbehalten werden und nicht mit einfachen Pflege- oder Untersuchungsfällen belastet werden sollten. Dies gilt vor allem für die Geriatrie, wo es sehr oft aus rein pflegetechnischen Gründen zu Hospitalisation kommt, die medizinisch eigentlich nicht streng indiziert wären.

Es darf aber nicht ausser acht gelassen werden, dass ein sinnvoller und zweckmässiger Ausbau der spitalexternen Krankenbetreuung tiefgreifende Wandlungen gesellschaftsstruktureller, organisatorischer und finanzieller Art erfordert. Es liegt noch ein langer und beschwerlicher Weg vor uns, bis wir

soweit sind. Viel Umdenken und gegenseitige Anpassung werden erforderlich sein, bis wir das uns gesteckte Ziel erreicht haben werden. Es ist ausgeschlossen, mit heutiger Denkweise, heutiger Gesellschaftsstruktur und heutiger Organisation der Gemeindegemeinschaftspflege mehr als unwirksames Flickwerk zu leisten. Es sollte jedoch möglich sein, durch gemeinsame Anstrengungen die Bevölkerung so zu sensibilisieren, dass gewisse dringend notwendige strukturelle Änderungen schon in nächster Zeit schrittweise realisiert werden können. Dabei soll uns aber nur ein Bestreben leiten: nämlich Lösungen zu realisieren, die für den Kranken in medizinischer und psychologischer Hinsicht besser und für die Allgemeinheit finanziell tragbar sind.

Referat, gehalten anlässlich der 32. Konferenz
der vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkannten
Schulen für allgemeine Krankenpflege vom
19. November 1974 (leicht gekürzt)

* * * * *