
Der Arzt, der Patient und die DRGs

Herbert A. Neumann

Die Krankenhausmedizin steht in Deutschland im Wesentlichen in der Tradition der christlichen Daseinsfürsorge. Entstanden sind die Kliniken aus Klöstern und kirchlichen Stiftungen, aber auch aus Gemeinden und Städten, die im Rahmen ihrer Armenfürsorge in Siechen- und Pesthäusern Alte und Kranke versorgt haben. Neben diesen Einrichtungen entwickelten sich parallel dazu in den Universitäten und den medizinischen Fakultäten die Universitätskliniken. 1803 wurden im Rahmen der Säkularisation die kirchlichen Stiftungen und Klöster aufgelöst. Die Verantwortung für die Krankenpflege und für die Krankenhäuser wurde den Gemeinden zugeteilt. Es kam zunächst zu einem fast völligen Zusammenbruch des Hospitalwesens. Ab Mitte des 19. Jahrhunderts entwickelten sich über bürgerliche Aktivitäten zusammen mit der sich wieder erneuernden Kirche Versorgungssysteme und eine große Zahl von Krankenhäusern, die neben einigen städtischen Kliniken im Wesentlichen in kirchlicher Trägerschaft waren. Mit der Einführung der Sozialgesetzgebung durch Bismarck im Jahre 1883 waren die Kranken nicht mehr auf die Wohltätigkeit angewiesen. Eine Krankenhausbehandlung war für weite Teile der Bevölkerung zum ersten Mal erschwinglich. Das Versicherungssystem gab dem Kranken eine anhaltende Rechtsbeziehung zwischen der Krankenkasse als Trägerin der gesetzlichen Krankenversicherung und den Krankenhäusern. Die Finanzierung der Krankenhäuser erfolgte durch Verträge, die sie mit den Krankenkassen abgeschlossen hatten, wobei sowohl die Investitions- als auch die Betriebskosten abgedeckt

wurden. Über viele Modifikationen entwickelte sich ein Finanzierungssystem, durch das die Krankenhäuser in Abhängigkeit von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Krankenkassen finanziert wurden. 1956 wurde das sog. Kostendeckungsprinzip eingeführt, d. h. die Krankenhäuser haben den Kassen jährlich die im Voraus kalkulierten Kosten des Krankenhauses vorgelegt. Durch die Kalkulation der Fallzahlen und eine großzügig bemessene Verweildauer wurden Tagessätze errechnet. Dies führte zu von Jahr zu Jahr steigenden Pflegesätzen. Hatte ein Krankenhaus seine Kosten gesenkt und Gewinne erlöst, wurden diesem bei der nächsten Pflegesatzverhandlung die Tagessätze reduziert. Zusätzlich finanzierten die Bundesländer durch Zahlungen die Investitionen für Neubauten und die Anschaffung von Großgeräten. Unter diesen Bedingungen der sog. tagesgleichen Pflegesätze, die von Krankenhaus zu Krankenhaus je nach technischem und personellem Aufwand unterschiedlich waren, wurde dem selbst definierten Bedarf der Krankenhäuser entsprochen.

1972 wurde das Krankenhaus-Finanzierungsgesetz erlassen, dessen Ziel es war, die Krankenhäuser zum einen wirtschaftlich zu sichern und zum anderen eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Zu diesem Zeitpunkt hat der Gesetzgeber erstmals in die Gestaltung ordnend eingegriffen, um die Kosten in einem sozial tragbaren Rahmen zu halten. Innerhalb dieses Rahmens hatten die Ärzte eine große Freiheit für die Gestaltung ihrer Arbeit.

In den 60er und 70er Jahren hat sich die Medizin durch Innovationen in allen Bereichen gewaltig erweitert. Es entstanden z. B. die Computertomographie, die Sonographie, die moderne Kardiologie mit der Möglichkeit der Koronarangiographie, der Kardiochirurgie sowie die Transplantationsmedizin. Für die Behandlung akuter Herzinfarkte wurde die Koronarangiographie mit der Möglichkeit der PTCA, also der Anlage von Stents, etabliert. Neben den

technischen Entwicklungen entstand eine große Zahl von neuen Medikamenten, insbesondere im Bereich der Immunologie und der Tumorthapie. Das waren kostenträchtige Entwicklungen, die aber vielen Patienten zugute kamen und die von der Gesellschaft gerne in Anspruch genommen wurden. In dieser Zeit entstanden auch viele neue, sehr große Universitätskliniken, die die Kathedralen der neuen Zeit wurden. Die Medizin expandierte, und da es in eine Zeit der wirtschaftlichen Prosperität fiel, taten die Krankenkassenbeiträge den Beitragszahlern nicht weh und so entstand das, was man heute den medizinindustriellen Komplex nennt, in dem zurzeit mehr als 4 Mio. Menschen in den unterschiedlichsten Positionen arbeiten. Im Laufe dieser Entwicklung wurden immer wieder steigende Pflegesätze ermittelt, die zunächst problemlos von den Krankenkassen erstattet wurden. Im Zusammenhang mit dieser Entwicklung fiel immer wieder das Schlagwort von der Kostenexplosion. Es muss jedoch festgestellt werden, dass es keine Kostenexplosion gab. Es gab allerdings eine Ausweitung der Leistungen durch die modernen Entwicklungen, die gewaltige diagnostische und therapeutische Fortschritte brachten und die man der Bevölkerung nicht vorenthalten konnte.

In den Zeiten wirtschaftlicher Prosperität waren die Kassen der gesetzlichen Krankenversicherungen gut gefüllt, so dass die Beiträge den Beitragszahler nicht sehr belasteten. Als die Sozialsysteme begannen an ihre Grenzen zu stoßen, haben die Sozialpolitiker in die Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung gegriffen und das Geld der Beitragszahler für sog. versicherungsfremde Leistungen verwendet. Es handelt sich dabei um soziale Leistungen, die den gesetzlichen Krankenversicherungen vom Bundesgesetzgeber oktroyiert wurden, ohne dass die damit verbundenen Kosten übernommen wurden. Als Leistungen,

die nicht mit der originären Aufgabe der Versicherungen übereinstimmen, gelten z. B.:

- Subvention von Forschung und Lehre in den Polikliniken, 200 Mio. DM,
- Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbrüche und Sterilisationen, 400 Mio. DM,
- Schwangerschafts- und Mutterschaftsgeld, 4,1 Mrd. DM,
- Betriebs- und Haushaltshilfen, 300 Mio. DM,
- Sterbegeld, 1,6 Mrd. DM,
- Beitragsfreiheit im Erziehungsurlaub, 1 Mrd. DM,
- Umschichtung von Versichertenbeiträgen in die Krankenversicherung der Rentner, 44 Mrd. DM,
- Entlastung der Rentenversicherung durch Absenkung der Beiträge zur Rentenversicherung von 17 auf 11,7 Prozent, 9 Mrd. DM,
- Entlastung der Bundesanstalt für Arbeit durch verkürzte Beitragszahlungen an die GKV, 420 Mio. DM,
- Entlastung des Bundeshaushaltes durch Streichung der Bundeszuschüsse zur Krankenversicherung der Studenten, Zuschüsse an die AOK Berlin, Zuschuss zum Mutterschaftsurlaub, 430 Mio. DM,
- Entlastung der Rentenversicherer durch einmalige Kürzungen der Beiträge zur Krankenversicherung der Rentner, 1,5 Mrd. DM,
- Entlastung der Rentenversicherung durch Verzicht auf Beitragsausgleich für die Krankenversicherung der Rentner und Tuberkulosebehandlungen aus der Rentenversicherung auf Zahlung der Sozialsicherungsbeiträge auf Krankengeld, 1,7 Mrd. DM,
- Entlastung der Rentenversicherung durch höhere Abgaben der gesetzlichen Krankenversicherung auf Krankengeldbezug an die Rentenversicherung,
- Entlastung der Bundesanstalt für Arbeit durch Verminderung der Beiträge an die GKV um 20 Prozent, 5 Mrd. DM.

Fasst man alles zusammen, was unter dem Begriff der versicherungsfremden Leistungen subsumiert werden kann, so entsteht ein Betrag von 68 Mrd. DM, um den der Bundeshaushalt zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen entlastet wurde. Hierbei wurden die Beitragszahler sehr stark belastet. Wenn diese Selbstbedienung einer ineffizienten Sozialpolitik nicht stattgefunden hätte, hätten sich die Probleme der Krankenkosten mit Sicherheit nicht so extrem zugespitzt.

Ein Ausgleich der versicherungsfremden Zahlungen ist nicht mehr zu erwarten, weil schlicht und einfach nicht mehr genug Steuermittel vorhanden sind.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes betragen die Gesundheitsausgaben im Jahre 2004 125,1 Mrd. €, das entspricht 10,7 Prozent des Bruttosozialproduktes. Die Krankenhäuser stellen dabei mit 35,7 Prozent den größten Einzelposten der Gesundheitskosten dar.

Es wird immer wieder – wie bereits erwähnt – mit dem Schlagwort „Kostenexplosion“ argumentiert. Trotz der Leistungsausweitung, die durch den medizinischen Fortschritt entstanden ist und von vielen Patienten dankbar angenommen wird, hat sich das Verhältnis zum Gesamt-Bruttosozialprodukt nicht verändert.

Die Finanznot im Gesundheitssystem wurde im Wesentlichen durch den Rückgang der Beitragszahler in die gesetzliche Krankenversicherung verursacht, da aufgrund der Arbeitslosigkeit und der demoskopischen Entwicklung die Krankenkosten auf immer weniger Schultern geladen werden müssen. Hinzu kommt, dass in Deutschland durch die Arbeitgeberzuschüsse die Krankenkosten auch Lohnnebenkosten sind. Um die Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands erhalten zu können, sah sich die Politik gezwungen, bei den Krankenkosten einzugreifen. Bis zum Jahre 2003 haben 46 Gesetze und 6.800 Einzelverordnungen mit dem

Ziel der Kostendämpfung nicht zu einer Reduktion der Krankenkosten geführt.

Geflissentlich werden dabei die Proportionen übersehen. Der Zwang zum Sparen, den die Politik zweifellos und im Hinblick auf die derzeitige Situation immer wieder darlegt, ist nicht die Folge der Ausgabenseite, das Problem ist die Einnahmenseite. Die Entwicklung des Anteils der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen am Bruttosozialprodukt zeigt, dass diese seit 1980 jährlich den gleichbleibenden Anteil von ca. 6 Prozent aufgebracht haben. Dabei muss gesehen werden, dass die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung nicht Prozentsätze des Bruttosozialproduktes sind, sondern Prozentsätze der beitragspflichtigen Löhne, Gehälter und Sozialeinkommen. Durch den sinkenden Lohnanteil am Bruttosozialprodukt steigen die Beitragssätze auch bei konstantem Ausgabenanteil seit 1982 kontinuierlich, da die Zahl der sozialversicherungs-pflichtigen Beschäftigten und damit der Hauptbeitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung permanent abgenommen hat. Der Anteil der Beiträge für die gesetzliche Krankenversicherung an den Lohnnebenkosten wird in seiner Bedeutung überschätzt. Viel belastender für die Arbeitgeber sind die Beiträge zur Rentenversicherung und die tarifvertraglichen Vereinbarungen wie Urlaubsgeld oder das 13. Monatsgehalt. Man muss sich klar machen, dass, wenn es gelänge, die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung um einen Prozentpunkt zu senken, die Lohnnebenkosten in den alten Bundesländern nur von 43,6 Prozent auf 42,3 Prozent reduziert würden. Somit reduziert sich die Wichtigkeit des Arguments, dass hohe Lohnnebenkosten als Folge der Krankenkosten zur Arbeitsplatzvernichtung und der Kapitalflucht ins Ausland etc. beitragen, deutlich.

Dennoch sind zurzeit 14,3 Prozent des Gehaltes als Beitrag für eine gesetzliche Krankenversicherung die oberste sozialpolitisch durchsetzbare Grenze. Begleitet wurde die

öffentliche Diskussion über die Krankenkosten neben den sachlichen Argumenten immer wieder von polemischen Beimischungen, wobei schon das Vokabular eine Verschiebung der Perspektive bringt, denn der Arzt wird nicht mehr als Arzt, sondern als Leistungserbringer und als Kostenversucher bezeichnet.

Es kann nicht verschwiegen werden, dass in den Zeiten der Prosperität der medizinindustrielle Komplex im Gefolge der medizinischen und technischen Neuentwicklungen oft das Augenmaß für finanzielle Dimensionen verloren hat. Strenges, sparsames Verhalten oder ökonomisches Denken stand nicht im Vordergrund der Alltagsarbeit. Es kam hinzu, dass das Anspruchsdenken der im Gesundheitswesen Tätigen nicht rechtzeitig limitiert wurde. Es kam zu ungehemmter Expansion, z. B. beim Bau von Krankenhäusern oder bei der Anschaffung von Geräten, wobei der verständliche Wunsch nach Perfektion und Höchstleistung mit dem Prestigebedürfnis vieler Verantwortlicher aus Politik und Medizin Hand in Hand ging. Für eine kritische Reflexion des Ressourcenverbrauchs gab es lange Zeit kein Forum. Dennoch mussten sich in den letzten Jahren zunehmend auch die Ärzte ökonomische Probleme zu Eigen machen.

Dass sich im Krankenhaus bereits viel bewegt hat, zeigt die Tatsache, dass von 1990 bis zum Jahr 2000 die Zahl der Pflgetage im Krankenhaus von 209,8 Mio. auf 167 Mio. zurückgegangen ist, während die Zahl der Patienten von 13,8 auf 16,5 Mio. gestiegen ist. Die Verweildauer der Patienten ist im gleichen Zeitraum von durchschnittlich 15,3 auf 9,3 Tage zurückgegangen. Die Zahl der Krankenhausbetten wurde im gleichen Zeitraum von 685.976 auf 559.651 reduziert, die Zahl der Krankenhäuser ist bis Ende 2004 von 2.447 auf 2.157 gesunken. Die Zahl der Patienten, die stationär behandelt wurden, reduzierte sich im Jahr 2004 im Vergleich zum Vorjahr um 3,4 Prozent. Die Verweildauer verkürzte sich noch einmal um 0,2 Tage. Angesichts der immer größer

werdenden Geldnot hat die Politik seit langem einen erheblichen Teil der Handlungskompetenz auf die Krankenkassen verlagert, die ihre Position von der reinen Geldverwaltung in den letzten Jahren zunehmend in eine Rolle als Mitgestalter und Planer im Gesundheitswesen verändert haben. Die Reaktion der Politik war zunächst, seit Mitte der 90er Jahre, die Budgets der Krankenhäuser zu deckeln, d. h. die maximalen jährlichen Budgeterhöhungen der Krankenhäuser orientierten sich an der statistischen Veränderung der Grundlohnsommen. Diese lag in den letzten Jahren immer unter den Tarifsteigerungen im öffentlichen Dienst. Da 75 Prozent der Krankenhauskosten Lohnkosten sind, haben die Tarifierhöhungen bereits zu einem Abbau von Arbeitsplätzen im Krankenhaus geführt.

Diese Entwicklung und der enorme politische Druck haben den Gesetzgeber schließlich dazu gebracht, die Krankenhausfinanzierung völlig umzustellen und das sog. diagnosebezogene pauschale Honorierungssystem, die sog. „Diagnosis-Related Groups“ (DRG), einzuführen. Entwickelt wurde dieses System in den USA vor über 30 Jahren. Ziel war zunächst, ein Erkrankungsspektrum abzubilden und dabei die Grunderkrankung, die Co-Morbiditäten und die Komplikationen darzustellen. Die Gründe dafür waren die Entwicklung der Qualitätssicherung und die Produktdefinition von Krankenhäusern. Ein weiterer Grund war, zu erfassen, welche Leistungen im Krankenhaus erbracht werden. Diese Pauschalierungen waren zunächst nicht ein System, um Preise festzulegen, sondern es sollten die Prognose, die Schwere der Behandlung, der Bedarf an Investitionen, der Aufwand an Prozeduren und die Höhe des Ressourceneinsatzes erfasst werden. Im Rahmen der Weiterentwicklung wurden erstmals Patientengruppen kategorisiert, die durch die Health-Care-Financing-Administration bei Medicare in den USA versichert waren.

1987 wurde zunächst im Staat New York entschieden, ein DRG-System zu entwickeln, das sich auf alle Patienten erstrecken sollte. Es wurden dabei die Diagnose, die Co-Morbiditäten, also die Nebendiagnosen und die Komplikationen, dargestellt, sowie besondere Schwierigkeiten und Probleme, wie z. B. bei HIV-Patienten oder bei Polytraumatisierten. Nachdem die DRGs zunächst als Analyseinstrument gedacht waren, wurden sie sehr schnell eingesetzt, um den Kostendruck der Health-Care-Financing-Administration zu lindern. Nach großen Widerständen in den USA wurden in Zusammenarbeit mit Ärzten die Komplexität und der Schweregrad der Erkrankung relativ präzise abgebildet, wobei zunächst 500 Fallgruppen entwickelt wurden. Basis dieser DRGs waren die Analyse von diagnostischen und therapeutischen Abläufen im Krankenhaus, wobei neben den Personalkosten auch die Sachkosten in die Betrachtung einbezogen wurden. In vielen europäischen Ländern werden die DRGs überwiegend als Hilfsmittel zur Budgetierung eingesetzt. In einigen Ländern werden sie zusätzlich zur Finanzierung verwendet. Frankreich hat die sog. *Groupes-homogènes-de-maladie* entwickelt, die derzeit zur Budgetverteilung verwendet werden.

Der deutsche Gesetzgeber hat sich entschlossen, das australische System als Vorbild zu nehmen, da dies nach seiner Ansicht den höchsten Differenzierungsgrad bezüglich Fallschwere auch bei komplexen Erkrankungen ermöglicht.

Die Grundlage für die Honorierung einer jeden Krankenhausbehandlung ist ein sog. relatives Kostengewicht. Diese Relativgewichte errechnen sich durch den Durchschnittswert der Rohfallkosten einer Fallgruppe, dividiert durch den Durchschnittswert der gesamten Stichprobe. Der Erlös für die Behandlung ergibt sich durch einen Basisfallpreis und das Relativgewicht. Das Produkt aus diesen beiden Größen stellt den Erlös pro Fall dar. Der Basisfallpreis

bzw. die base rate entspricht den durchschnittlichen Fallkosten. Das Relativgewicht wird eingeschätzt nach dem Aufwand und der Schwere der Leistung. So hat z. B. eine Tonsillektomie ein Relativgewicht von 0,58. Eine Intensivbehandlung mit Intubation und Beatmung ist je nach Dauer und Schwere der Prozeduren in 20 Subkategorien unterteilt mit Fallgewichten zwischen 4,51 und 54,37 (Transplantationen). Die Basisrate ist zurzeit noch individuell für jedes Krankenhaus berechnet und noch sehr heterogen, je nach den individuellen Aufwendungen des jeweiligen Krankenhauses.

Die DRG-Zuweisung erfolgt in Abhängigkeit von der Fallschwere, wobei zusätzlich zur Hauptdiagnose noch der sog. Komplikations- und Co-Morbiditätslevel ermittelt wird. Dieser hat fünf Schweregrade, die zwischen 0 und 4 dargestellt werden. 0 bezeichnet eine Diagnose ohne relevante Co-Morbiditäten und 4 bezeichnet eine katastrophale Co-Morbidität. Durch eine sog. Glättungsformel wird verhindert, egal wie viele Diagnosen der Patient hat und wie komplex das Krankheitsgeschehen ist, dass der Co-Morbiditäts- und Komplikationslevel (CCL) über 4 ansteigt. Dies gilt unabhängig davon, wie groß die Komplikationen und wie groß die Aufwendungen der Ärzte sind. Alle diese Werte gehen in den sog. Grouper. Es handelt sich dabei um ein Computerprogramm, das aus diesen Daten dann schließlich den Enderlös errechnet. Eingang in diese Berechnungen finden neben der Hauptdiagnose z. B. die Nebendiagnosen, die Prozeduren, die Beatmungsdauer, das Alter des Patienten, die Liegedauer, bei Neugeborenen das Neugeborengewicht, ebenso die Art der Entlassung, d. h. regulär beendet oder der Patient hat gegen ärztlichen Rat die Klinik verlassen oder er ist verstorben. Bricht der Patient von sich aus gegen ärztlichen Rat die Behandlung ab, fällt er automatisch auf die Stufe der geringsten Fallschwere der zugewiesenen DRGs zurück, d. h. alles, was

an ihm geleistet wurde, steigt nicht über das denkbar niedrigste Relativgewicht hinaus. Durch diese Parameter errechnet sich das Budget, und zwar aus der Summe der Relativgewichte, multipliziert mit der base rate und der Fallzahl. Hieraus gestaltet sich das individuelle Budget, nämlich über die Fallzahl und den Casemix-Index, also die Summe der Relativgewichte. Auf die Entwicklung der Relativgewichte und die landesweiten Basisfallpreise haben die Krankenhäuser keinen Einfluss. Demgegenüber haben die Krankenkassen über diese Parameter in einfacher Weise erhebliche Möglichkeiten zur Steuerung der Gesamtausgaben. Die Krankenhäuser können sich gegen die von außen festgelegten Parameter nicht wehren. Die Relativgewichte schwanken von Jahr zu Jahr und werden vom Institut für Entgelt im Krankenhaus (INEK) festgelegt. So wurde z. B. zu Beginn des Jahres 2005 bei einer großen Zahl von Relativgewichten durch Neubewertung eine Reduktion bis zu 5 Prozent verfügt. Dies kann zu einem Liquiditätsverlust der Krankenhäuser führen.

Mit dieser Berechnungsart und Dokumentation entsteht für die Verwaltung und für die Krankenkassen eine absolute Transparenz aller Krankenhäuser. Die entscheidende Konsequenz für die Krankenhäuser besteht darin, dass in Zukunft eine völlige Homogenität in den jeweiligen Gruppen für das Honorar erreicht wird, unabhängig von den individuellen Aufwendungen und unabhängig von der Klinik, in der sie erbracht werden. Differenzen, wie sie z. B. zwischen den Behandlungskosten pro Fall von 8.641 DM in Berlin und von 5.095 DM in Mecklenburg-Vorpommern im Jahre 1999 beobachtet wurden, werden verschwinden. Verschwinden werden auch die jährlichen Verhandlungen mit den Krankenkassen.

Mit dem Jahr 2006 hat sich die Zahl der DRGs auf 954 erhöht. Es wurden im Vergleich zum Jahr 2005 76 zusätzliche Abrechnungspauschalen hinzugefügt, komplexe kli-

nische Behandlungsgeschehen, wie z.B. die Behandlung von Leukämien, werden von bisher drei auf 14 Subgruppen differenziert, um eine angemessenere Vergütung zu erreichen. Es wurden Neudefinitionen, Splittungen und Umstrukturierungen, aber auch Streichungen vorgenommen.

Für die Krankenhaus-Mitarbeiter entstehen nun völlig neue Anforderungen. Jeder Fall muss von den Assistenten verschlüsselt werden. So verbringen diese viel Zeit am Computer, um den Fall bezüglich der Haupt- und Nebendiagnosen, der Prozeduren, der Co-Morbiditäten, der Komplikationen adäquat abzubilden. Die Analysen des Codierverhaltens haben gezeigt, dass Erlösunterschiede bis zu 20 Prozent je nach Qualität des Codierens auftreten können, d. h. der verschlüsselnde Arzt, der diese Arbeit im Rahmen seiner Arbeitszeit kostenneutral ohne jegliche Erweiterung des Personalstammes erbringen muss, entscheidet letztlich über Budget und Erlössituation des jeweiligen Krankenhauses. Ärzte müssen deswegen sehr zeitaufwendig geschult werden, um den allgemeinen Codierrichtlinien sowie denen für Symptome, Verdachtsdiagnosen und den Kombinationskategorien Doppelt- und Mehrfachcodierungen gerecht zu werden. Es muss gelernt werden, welche Prozeduren verschlüsselt werden müssen und welche vernachlässigt werden können. Der Umgang mit Prozedurenkomponenten, mit Codierreihenfolgen, mit Resteklassen muss bekannt sein, die Ärzte müssen die Kombinationscodes kennen, multiple oder bilaterale Prozeduren sowie Prozeduren unterscheiden auf Basis von Größe, Zeit oder Anzahl. Besondere Richtlinien finden sich bei der Behandlung von HIV-Erkrankten oder für Komplikationen im Zusammenhang mit der Therapie von Tumoren, insbesondere mit Chemotherapien. Es muss unterschieden werden nach einem Tagesfall, nach mehrtägigen Aufenthalten, nach Besonderheiten bei Bluttransfusionen, bei maschineller Beat-

mung oder bei bestimmten geburtshilflichen Problemen. Bei Aufenthalten unter drei Tagen gibt es einen Kurzzeitliege-Abschlag, bei Überschreiten der oberen Verweildauergrenze erfolgt ein Überlieger-Abschlag. Die optimale Behandlungsdauer wird für jedes Krankheitsbild oder für jeden Krankheitskomplex ermittelt. Diese Arbeit muss im Rahmen der normalen Arbeitszeit ohne zusätzliche Vergütung oder zeitliche Kompensation geleistet werden. Es wird geschätzt, dass zurzeit in Deutschlands Krankenhäusern ein Mehraufwand von 14.611 Stunden täglich geleistet werden muss. Auch die Schulungen und die Anschaffung der Computer müssen von den Krankenhäusern selbst finanziert werden. Findet die Dokumentation nicht nach vorgegebenen Qualitätsstandards statt, erfolgt ein Systemabschlag, wobei die Höhe des Abschlags noch nicht feststeht. Ab 2005 muss jede Klinik ihre Leistungskennzahlen in das Internet stellen. Für die Qualität der Codierung haftet der Chefarzt, Sanktionen bei nicht optimaler Codierung werden diskutiert. Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Codierung ist der behandelnde Arzt verantwortlich. Verwaltet und entwickelt wird dieses System von dem bereits erwähnten Institut für Entgelt im Krankenhaus, das von den Krankenhäusern finanziert wird und wobei seit Jahren für die Finanzierung dieses Instituts 50 Cent pro Fall abzuführen sind. Die Definitionshandbücher, die vom INEK erarbeitet wurden, liegen inzwischen in fünf Bänden vor, die zwischen 350 und 550 Seiten umfassen.

Neben der dauernden Anpassung der Relativgewichte wird auch die Basisrate modifiziert. Bis zum Jahr 2009 soll ein landes- oder bundesweiter Basisfallwert ermittelt sein, wobei die Krankenhäuser mit zurzeit hoher Basisrate eine Reduktion bekommen werden; die Häuser, die zurzeit eine niedrige Basisrate haben, werden eine Erhöhung der Basisrate erhalten.

Damit lässt sich mühelos erkennen, dass es Gewinner

und Verlierer gibt. Hohe Krankenhausfunktionäre und Wirtschaftsberatungsfirmen sprechen davon, dass die Umstellung ca. 25 bis 30 Prozent der Krankenhäuser in den Ruin treiben wird, wobei dies nicht ein Nebeneffekt, sondern ein gewolltes Ziel ist.

Vertieft man sich in dieses System, so ist man von der Komplexität und der Perfektion der DRG-Regeln sehr beeindruckt. Es gilt als fair, transparent und leistungsorientiert. Kritische Stimmen von Seiten der Spitzenverbände, der Ersatzkassen und der Bundesärztekammer sowie dem Marburger Bund sind mittlerweile verstummt.

Nach Erfahrungen aus dem Ausland ist abzuschätzen, dass es zu großen Änderungen in Art und Struktur der Versorgung kommen wird. Erwartet werden ein Anstieg der stationären Fallzahl, eine Abnahme der Fallkosten, ein Rückgang der Krankenhaustage um 20 Prozent, ein Rückgang der Verweildauer um 25 Prozent, ein Rückgang der Sterblichkeit in den Krankenhäusern, eine Zunahme der Einweisung in Pflegeheime und eine Zunahme der Wiedereinweisungen. Für die Krankenhäuser selbst wird es viele Konsequenzen geben, es wird z. B. die Zahl der Krankenhausfusionen zunehmen. Kleine Krankenhäuser werden wahrscheinlich aufgrund der mangelnden Fallzahlen nicht überlebensfähig sein.

Es wird zu einer Verbesserung und Optimierung der internen Abläufe und damit zu einer deutlichen internen Kosteneinsparung kommen. Die Zahl der ambulanten Leistungen wird ansteigen, die Abläufe der medizinischen Leistungen werden vereinfacht werden. Für die Krankenhäuser wird die Folge sein, Behandlungspfade zu entwerfen, Therapien zu standardisieren, Abläufe zu beschleunigen, um Wartezeiten zu vermeiden. Es wird zu einem drastischen Personalabbau kommen.

Überwacht und kontrolliert werden die Krankenhäuser

vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen, dem sog. MDK, einer Institution, die im Jahre 2003 7.066 Mitarbeiter hatte, darunter 2.079 Ärzte, 863 Personen im Pflegebereich sowie 2.921 Personen als Assistenzpersonal. Der ärztliche Dienst überwacht auf Basis von genau definierten Fehlbelegungskriterien, ob Patienten adäquat im Krankenhaus behandelt werden. Der MDK hat das Recht, die Zahlung bei unangemessener Verweildauer oder bei sog. Fehlbelegungen, d. h. bei Erkrankten, die nach Ansicht des MDK auch ambulant hätten behandelt werden können, zu verweigern.

Eine weitere wichtige Aufgabe des Medizinischen Dienstes ist, der Gefahr des sog. „Upgrading“ oder „Upcoding“ zu begegnen, d. h. einen Fall höher im Computer abzubilden, als er in der Realität ist. Ob der MDK auch bei einer Undercodierung eingreift, die zu einem Mindererlös führt, ist noch nicht bekannt. Wenn ein Upcoding nachgewiesen wird, muss der hierdurch erzielte Betrag nicht nur anteilig, sondern zu 100 Prozent zurückerstattet werden, und wenn der Nachweis einer absichtlichen Falschcodierung erbracht wird, muss zusätzlich zu einem Regress eine Strafe in gleicher Höhe gezahlt werden. Für die Umsetzung ist der MDK mit erweiterten Kompetenzen ausgestattet. Er sieht sich bei der Umstrukturierung in einer zentralen Rolle. Er soll mit Hilfe der Kontroll- und Aufsichtsfunktion dem Krankenhaus „mehr Wirtschaftlichkeit einimpfen“. Der MDK hat das Recht, extern zu kontrollieren und über sog. „zentrale Aufgreifkriterien“ Sanktionen bei klinikbedingten Fehlleistungen zu verhängen. Es ist dem Medizinischen Dienst erlaubt, ohne konkrete Verdachtsmomente aus abgeschlossenen stationären Behandlungsfällen in Stichproben zu prüfen, ob die stationäre Aufnahme und Behandlung überhaupt erforderlich war, ob sie nicht unangemessen lang oder verkürzt oder ob die DRG-relevante Codierung auch medizinisch richtig war. Den Krankenhäusern ist keine Ver-

teidigung gegen (evtl. unberechtigte) Fehlbelegungsvorwürfe möglich. Neben der Kontrolle durch den MDK wird die Kontrolldichte durch die Verwaltung insgesamt deutlich zunehmen. Es wird eine völlige Transparenz über alle Leistungen entstehen.

In diesem absolut perfekten System sind die technischen Leistungen und klinischen Aufwendungen, die über apparative Prozeduren nachweisbar sind, sehr gut und sehr bemüht dargestellt. Alles das, was man unter dem Begriff „Zuwendung“ zusammenfassen kann, also die zeitaufwendige Pflege von alten, multimorbiden Patienten, bei denen keine besonderen apparativen Leistungen mehr erbracht werden, ist eindeutig unterrepräsentiert. Gespräche mit den Patienten tauchen bei der Bewertung eines Fallgewichtes nicht auf, ebenso wenig Gespräche mit Angehörigen. Zeitverluste, die im Krankenhaus entstehen, wenn die Patienten nicht bereit sind, entsprechend mitzuarbeiten, und Zeitverzögerungen durch Ängste, Ablehnung von Untersuchungen usw. sind ebenfalls nicht vorgesehen. Es ist zu fürchten, dass Patienten, die zu krank sind, um in einen pflegerischen Bereich übernommen zu werden, an denen jedoch keine aufwendigen apparativen Leistungen mehr sinnvoll sind, die Verlierer sein werden, weil sie beschleunigt verlegt werden müssen. Für den Arzt ist es denkbar, dass er in ein Dilemma gerät: lässt er einen Patienten zu lange im Krankenhaus, so dass der Fall Erlös die Kosten nicht deckt, bekommt er möglicherweise Druck von der Verwaltung. Andererseits besteht die Versuchung, den Patienten möglichst schnell zu entlassen und damit den Gewinn für das Krankenhaus möglichst hoch zu halten. In einigen polemischen Artikeln wurde vom „blutenden Patienten“ gesprochen, der vor der Zeit, noch nicht ausreichend versorgt, nach Hause entlassen wird. Diese Gefahr ist im Moment nicht absehbar und zurzeit sicherlich übertrieben. Es wird jedoch sicher zu einer

Einschränkung des Handlungsspielraums des Arztes kommen und er wird nicht mehr die Freiheit haben, mit großem Zeitaufwand auf individuelle Nöte der Patienten einzugehen. Insgesamt liegen die Risiken, durch die sich die Kosten eines Falles steigern könnten, vollständig beim Krankenhaus, während sich früher Verzögerungen oder Komplikationen in einer Verlängerung der Verweildauer und damit in einer erhöhten Zahlung des tagesgleichen Pflegesatzes ausgewirkt haben.

Eine Folge der vollständigen Transparenz und der Verengung des Leistungskorridors wird sein, dass die ärztlichen Leistungen stärker standardisiert werden müssen und somit in eine Leitlinien-Medizin einmünden. Diese Entwicklung hat zu heftigen Diskussionen geführt. Der Vorteil solcher Leitlinien ist sicherlich, dass die Abläufe nach vorgegebenen Algorithmen stringenter werden, dass das Management und die internen Abläufe in den Krankenhäusern optimiert werden. Die Vorteile der evidence-based medicine sind unbestritten. Es besteht jedoch die Gefahr, dass ein Behandlungsschematismus entsteht, der auf die individuellen Fälle nicht mehr angewendet werden kann. Kritiker weisen immer wieder darauf hin, dass die Leitlinien für monokausale Probleme entwickelt wurden und daher im Alltag bei multimorbiden komplexen Erkrankungen versagen und zum Nachteil für den Patienten gereichen können. Zurzeit hat der Stationsarzt noch viele Freiheiten. Er wird sich in Zukunft jedoch rechtfertigen müssen, wenn er von den Leitlinien abweicht. Es ist zu fürchten, dass angesichts der immer größer werdenden Zahl von Leitlinien und der raschen Entwicklung von Therapiestandards sich widersprüchliche Situationen und Fragen ergeben. Außerdem ist die Gefahr absehbar, dass der Arzt bei Abweichungen von den Leitlinien nicht nur medizinisch, sondern auch juristisch in Rechtfertigungszwang

kommt. Man diskutiert bereits, ob sich bei einem eventuellen Verstoß gegen Leitlinien ein Anspruchsgrund bzw. ein Haftungsprozess ableiten lässt.

Für den Arzt ergibt sich hieraus eine schwierige Situation. Medizinisches und ethisches Handeln sind bestimmt durch die analytische Kompetenz und durch die ärztliche Urteilskraft. Eine solche Entscheidung muss durch den ethischen und fachmännischen Diskurs erbracht werden und darf nicht durch einen zwanghaften Schematismus bestimmt werden.

Es zeichnet sich ab, dass es zu Konflikten zwischen ökonomisch optimaler Behandlung von Patienten und individuellen menschlichen Entscheidungen, die vielleicht finanziell nicht ganz korrekt sind, kommen wird. Mit der vollständigen Transparenz werden solche Grenzbereiche offen und es wird das komplett wegfallen, was die Ökonomen zynisch als „Barmherzigkeit der Intransparenz“ bezeichnet haben und womit sie auf die – für sie störende – immer noch bestehende Freiheit des Arztes und die soziale Komponente im Krankenhaus hinweisen.

Aus der Perspektive eines Ökonomen ist es wahrscheinlich in der Tat unerträglich, Grauzonen vorzufinden, die sich seinem Zugriff entziehen, wittert er doch immer wieder ein Verschwendungspotenzial. Es wird eine wichtige Frage für die Zukunft sein, wie flexibel sich das System entwickelt, um auch in Konfliktsituationen eindeutig für das Wohl der Patienten entscheiden zu können.

Bei dieser Entwicklung stellt sich die Frage, ob die Qualität der medizinischen Betreuung durch die Einführung der Fallpauschalen leiden wird. Zurzeit wird stillschweigend vorausgesetzt, dass die Qualität in Zukunft nicht schlechter wird. Man hofft im Gegenteil, dass durch Spezialisierung von Krankenhäusern die Behandlungsqualität, insbesondere in operativen Fächern, besser wird. Interessant ist in diesem Zusammenhang eine Studie aus der Uni-

versity School of Medicine in Connecticut. Es wurden Patienten mit Pneumonie aus dem Jahre 1992 und 1997 analysiert, also vor und nach der Einführung der Fallpauschalen in diesem Bereich. Hier zeigte sich, dass die Verweildauer bei dem neuen System durchschnittlich um 35 Prozent zurückging. Die Krankenhauskosten pro Fall reduzierten sich um 25 Prozent. Die Krankenhaussterblichkeit ging um 15 Prozent zurück. Eine Analyse der Patienten nach der Entlassung erbrachte, dass innerhalb von weniger als 30 Tagen außerhalb des Krankenhauses die Sterblichkeit um 35 Prozent stieg. Die Wiederaufnahme wegen eines Rückfalls stieg um 23 Prozent und die Verlegung in eine Pflegeeinrichtung um 42 Prozent.

In Deutschland sind derartige Entwicklungen noch nicht aufgefallen, wobei jedoch in Zukunft entsprechende Analysen nötig sein werden.

Für die Assistenzärzte haben sich bereits große Änderungen ihrer Tätigkeit ergeben. Wie bereits erwähnt, müssen sie erhebliche Zeit des Tages mit Codierungsarbeiten verbringen. Das DRG-System beherrscht die klinische Arbeit. Angesichts der Komplexität des Systems und der ständig wechselnden Vorschriften, die immer komplizierter und differenzierter werden, wird die Freiheit des Arztes immer mehr beschnitten. Die Hauptkriterien, nach denen der Arzt gesteuert wird, sind rein ökonomischer Natur. Die ärztliche Perspektive ist dem Ökonomen und dem ökonomischen Denken völlig fremd. Diese ökonomische Perspektive macht den Arzt zu einem gesteuerten Instrument des Systems. Da sich diese Entwicklung über 2–3 Ausbildungsgenerationen erstreckt, wird die qualitative Veränderung und Umstrukturierung des Arztbildes noch nicht in ihrer vollen Konsequenz wahrgenommen. Bei einer ungehemmten Entwicklung besteht die Gefahr, dass der Arzt auf die Tätigkeit eines Datenverwalters reduziert wird.

Durch die scheinbar objektiven standardisierten wissen-

schaftlichen Vorschriften werden Abläufe entstehen, die nicht mehr von den Handelnden verantwortet werden. Komplizierte medizinische Probleme werden qualitativ deutlich schlechter gemeistert werden, denn diese werden neben dem Sachwissen auch durch empirisches Wissen behandelt, das prinzipiell nicht standardisierbar ist. Individuelle komplizierte Probleme werden ausgegrenzt, da sie nicht mit dem schematisierten Denken von Ökonomen und mit Prozesssteuerungen vereinbar sind. Die betriebswirtschaftlichen Mechanismen werden sich zwischen Arzt und Patient schieben und damit das individuelle komplexe Handeln durch kurzsichtige und vordergründige, flache, utilitaristische Scheinrationalität verdrängen.

Neben den Codierarbeiten werden die Klinikärzte zunehmend mit weiteren Computerarbeiten belastet. So existiert bereits eine Reihe von Vorschriften zur Qualitätskontrolle. Wer wird etwas dagegen sagen können? Bedenkt man, dass in absehbarer Zeit für alle möglichen Krankheiten Dokumentationen erfolgen, so ist aber zu fürchten, dass die ärztliche Tätigkeit zusätzlich zur EDV-Dokumentation verkommt. Zurzeit werden Intensivpatienten täglich nach einer Checkliste mit ca. 30 Punkten dokumentiert. Für die Dokumentation von Tumorpatienten und deren Behandlung müssen seit Mitte 2005 im Bereich der Kammer Westfalen-Lippe die Patienten nach einer Checkliste mit 49 Punkten dokumentiert werden. Für Apoplexiepatienten ist die Qualitätskontrolle ab 2006 obligat. Für Diabetiker und Hochdruckkranke ist es nur noch eine Frage der Zeit, bis auch hier ein quantitativ hoher Dokumentationsaufwand auf die Klinikärzte zukommt. Man darf sich nicht wundern, wenn bei all diesen Vorschriften und der Überbürokratisierung, die im Einzelnen völlig nachvollziehbar sind, der Idealismus junger Ärzte ganz zu nichte gemacht wird. Die Verdrossenheit, die zu einer vermehrten Auswanderung in Nachbarländer oder in medizin-

fremde Tätigkeiten führt, ist bei den meisten nicht durch die bessere Bezahlung im Ausland motiviert: Die Assistenten werden zermürbt durch die Zerstörung der ärztlichen Kerntätigkeit durch Bürokratie und Fremdsteuerung. Die Einrichtung von eigenen Dokumentationskräften ist angesichts der ökonomischen Zwänge nicht zu erwarten.

Mit dem Primat der Ökonomie wird sich neben der Umgestaltung, Optimierung und Rationalisierung von Krankenhäusern auch ein neuer Typ von Krankenhaus entwickeln. Es wird Häuser geben, die über ausgewählte gut bezahlte technische Leistungen hohe Erlöse erwirtschaften. Man muss fürchten, dass sich neben einer Spezialisierungsmedizin eine „Rosinenpicker-Medizin“ entwickelt, die finanziell attraktive Patienten bevorzugt und bei der unattraktive Patienten verschoben werden. Die multimorbiden, alten Patienten werden in Zukunft immer weniger in den perfekten Schematismus der Ökonomenmedizin passen.

Durch die rigorosen Maßnahmen sind viele städtische Krankenhäuser und Krankenhäuser in frei gemeinnütziger Trägerschaft von dieser Entwicklung völlig überfordert. Oft sind sie nicht in der Lage, adäquat und flexibel auf die neuen Anforderungen zu reagieren. In dieser Situation haben sich eine Reihe von privaten Aktiengesellschaften etabliert, die in der Tat durch konsequente professionelle Umstrukturierungen Krankenhäuser sanieren konnten und mit Gewinn betreiben und deshalb vom Gesetzgeber immer wieder gern als gutes Beispiel genannt werden. Zweifellos haben diese Krankenhaus-Manager es geschafft, durch frühzeitige Einrichtung von Leitlinien, durch die Optimierung des Zentraleinkaufs von Sachmitteln, durch Zusammenfassung von Funktionseinheiten, wie z. B. interdisziplinären Aufnahmestationen, durch perfektes Marketing, durchstrukturierte Entscheidungswege, Anwendung von

Telemedizin, Perfektion der EDV usw. im Rahmen der heutigen Bedingungen Krankenhäuser aus den Verlustzonen herauszuholen. Wenn die frei gemeinnützigen und städtischen Krankenhäuser es nicht lernen, ähnliche Umstrukturierungen vorzunehmen, werden sie in der Zukunft nicht bestehen. Die privaten Kliniken zahlen in der Regel unter dem Tarif liegende Grundgehälter und gewähren dann leistungsabhängige Zuschläge, die wenn die Gewinne entsprechend hoch sind, auch zu einem deutlich höheren Gehalt führen können.

Durch die Beherrschung der Abläufe durch vorgegebene Strukturen und einen permanenten ökonomischen Druck aber auch durch Verschlinkung von Prozessen ist es gelungen bei privaten Krankenhäusern den Personalkostenanteil auf 50 Prozent zu senken, während er bei den frei gemeinnützigen und kommunalen Krankenhäusern immer noch zwischen 70 und 75 Prozent liegt. Die Zukunft wird zeigen, ob es möglich sein wird mit derartigen Personalstrukturen auch qualitativ auf hohem Niveau arbeiten zu können. Es ist anzunehmen, dass die deutliche Reduktion der Personalkosten einen großen Anteil der Gewinne darstellt, die an die Aktionäre weitergegeben werden.

Für den Arzt ergibt sich jedoch die Situation, dass er von vornherein die Aufgabe eines Mikroallokateurs hat und immer mehr in die Rolle eines Gehilfen des Profits gedrängt wird.

Dass die komplizierten Kontrollen durch die Krankenkassen nicht ohne Konsequenzen bleiben, zeigt die Tatsache, dass die Verwaltungskosten der Krankenkassen vom Jahre 1991 bis 2003 von 4,7 auf 7,8 Prozent gestiegen sind, wohingegen sich die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland von 1.309 im Jahre 1991 auf 324 im Jahre 2003 reduziert hat. Das heißt, die Zahl der Krankenkassen reduzierte sich um 72 Prozent, die Verwaltungskosten verteuerten sich um 66 Prozent.

Es ist durchaus wert, neben den gestiegenen Verwaltungskosten auch einmal die Kosten des Medizinischen Dienstes, der EDV-Firmen, der Berater, der Bürokratie insgesamt ins Auge zu fassen. Mit Sicherheit werden hierdurch erhebliche Beträge dem patientennahen Bereich der Medizin entzogen.

Den deutschen Ärzten werden oft Zahlen und Vergleiche mit anderen Ländern vorgehalten, so z. B. dass in den USA die Krankenhäuser viel perfekter strukturiert seien und die Krankenhausverweildauer nur die Hälfte oder weniger als in Deutschland betrage. Es wird auch immer wieder behauptet, dass das englische System zwar mit einigen Schwächen behaftet, aber qualitativ besser sei als in Deutschland, und das bei nur 7,3 Prozent Anteil der Krankenkosten am Bruttosozialprodukt. Insgesamt wird dem deutschen System immer wieder vorgehalten, dass es zu viele Klinikbetten gibt. Niemand stellt die Frage, ob nicht in anderen Ländern vielleicht zu wenig Betten zur Verfügung stehen. Sind die billigen Strukturen in England nicht Ausdruck eines bis an die Grenzen des Erträglichen gehenden Sparsystems, bei dem viele Patienten auf Wartelisten sterben? Es wird in England widerspruchslos angenommen, dass Patienten über 60 keine Dialysen erhalten und versterben, es wird akzeptiert, dass Patienten über 65 keine Endoprothesen erhalten und gezwungen sind, mit Schmerzen immobil zu leben. Ist das System in den USA mit extrem kurzen Verweildauern nicht Ausdruck eines sozialen Defizites? In den USA sind 42 Mio. Einwohner und damit 15,5 Prozent der Bevölkerung nicht versichert. Viele können sich einige Krankenhaustage einfach nicht mehr leisten. In Diskussionen mit Krankenhausökonomern werden solche Vergleiche nicht gerne gehört und als unangemessen zurückgewiesen.

Reflektiert man die Entwicklung der DRGs, so wird es mit Sicherheit dazu kommen, dass die Aufwendungen für

das Krankenhaus deutlich niedriger werden. Es stellt sich jedoch die Frage, ob saniert oder nur umverteilt wird und mehr Geld in patientenferne Bereiche geht. Wird die Behandlungsqualität erhalten bleiben? Ist die Ökonomie ein Hilfsmittel, um Prozesse zu steuern und um die Qualität zu erhalten oder wird sie zu einem Machtmittel über die Ärzte ausarten? Durch das Primat der Ökonomie und das damit einhergehende Primat der Standardisierung und der Leitlinien werden die Ärzte im Alltag in ihren medizinischen Entscheidungen immer mehr beherrscht. Zweifellos kommt dies einer politisch gewollten Bevormundung und Steuerung der Ärzte entgegen. Die unterschwellige und oft offene Kritik am angeblichen Neopaternalismus der Ärzte findet hier ihren Ausdruck. Damit wird auch das Verhältnis von Arzt und Patient grundlegend verändert. Die bisherige Stellung des Arztes bestand in einer fachlich begründeten Autorität. Die Hierarchie war begründet durch den Nutzen für die Heilung des Patienten, das Wesen der Medizin war bisher ein Auftrag zur Heilung und Besserung sowie zur Wiederherstellung der durch die Krankheit verlorenen Selbstbestimmung. Es gehört mit zu den verleumderischen Polemiken, dass das Arzt-Patient-Verhältnis ein Herrschaftsverhältnis des Arztes über den Patienten sei.

Mit dem Primat der Leitlinien-Medizin und dem Diktat der Ökonomie wird die Kompetenzhierarchie des Arztes reduziert. Es ist nicht auszuschließen, dass der Arzt sich bezüglich der medizinischen Entscheidung zurückzieht und dem Patienten ein mehr oder weniger kostengünstiges, leitliniengerechtes Angebot macht und ihn damit sich selbst überlässt. Die oft von dem Patienten benutzten Internetforen können für Entscheidungen manchmal hilfreich sein, da der Patient besser informiert ist als früher. Es besteht aber auch die Gefahr einer Scheinkompetenz, die die Interaktion zwischen Arzt und Patient erschweren kann.

Die Stellung der Ökonomie wird zunehmend gestärkt. Dem unreflektierten Machbarkeitswahn vieler Ökonomen, die damit ein Spannungsfeld zwischen Ökonomie und ärztlichem Handeln herstellen, sollte nicht freier Lauf gelassen werden. Die Medizin muss ihren Einfluss behalten, um leistungsfähige Strukturen zu entwickeln und um nicht einem blinden selbstvergessenen Ökonomismus zu unterliegen und damit an Qualität zu verlieren. Es soll keine nostalgische Gemächlichkeit beschworen werden, aber traditionell ist das ärztliche Handeln in Europa immer noch in der christlichen Barmherzigkeit verwurzelt. Dies wird in Zukunft immer mehr durch den Homo oeconomicus abgelöst werden, ein Konstrukt der Ökonomen, das seine Handlungen rein nach rationalen Kriterien entscheidet und für das Moral und Emotionen sekundär sind und das in Entscheidungen und Situationen, wo nicht rationale Motive eine Rolle spielen, versagen muss. Ein System, das die Mittel festlegt, die Voraussetzungen definiert und die Ziele bestimmt, ist von außen nicht mehr zu hinterfragen und zu beeinflussen. Es wird immer Recht haben und wird immer mehr Grenzfälle und komplexe Situationen ausgrenzen. Damit wird die Herrschaft der ökonomischen Mechanismen immer stärker und immer perfekter. Sparen hat seinen Sinn, wenn der medizinische Auftrag in der Substanz nicht beschnitten wird, und nicht dann, wenn es ihn in seiner Substanz schwächt. Dem Homo oeconomicus gegenüber sind Emotionen, Moral, Leiderfahrungen und ethische Erwägungen in einer schwachen Position. Definiert man eine Leistung lediglich als maximalen Erfolg bei minimalem Aufwand, so können sich die Handelnden diesem Anspruch erst einmal nicht entziehen. Wird jedoch diese Prämisse konsequent und unreflektiert weiterentwickelt, so kommt es zu einer noch stärkeren Beschleunigung der Abläufe, zu einer Verödung und Verflachung der Arbeitswelt, zu einem Verlust des menschlichen Maßes, zu einer

kompletten Beherrschung aller Handelnden durch die Strukturen.

Der Wirtschafts-Nobelpreisträger Amathya Sen reflektiert die ökonomische Nutzentheorie sehr subtil und kommt zu dem Schluss, dass der rein ökonomische Mensch so etwas wie ein „sozialer Idiot“ sei. Leider habe sich die Wirtschaftstheorie nahezu ganz diesem „rationalen Trottel in seinem Mäntelchen einer einzigen, allumfassenden Präferenzordnung“ gewidmet. Wollen wir hoffen, dass die Ökonomie der Gesellschaft dient – und insbesondere dazu, unser kostbares solidarisches System nicht zu zerstören. Die Ökonomie muss lebensdienlich sein und darf nicht zum Selbstzweck ausarten. Es wird Aufgabe des gesellschaftlichen Diskurses sein, zu optimieren und zu sparen, ohne die Qualität unseres Systems aufs Spiel zu setzen.