

Finanzielle Steuerung versus Sachsteuerung

—

Wie sollen Einrichtungen der Daseinsvorsorge gesteuert werden?



Vernetzungstreffen Göttingen, 10.10.25

Dr. Thomas Böhm

Das Grundproblem: Ökonomisierung

*„Der Begriff der **Ökonomisierung** bezeichnet die Ausbreitung des Marktes bzw. seiner Ordnungsprinzipien und Prioritäten auf Bereiche, in denen ökonomische Überlegungen in der Vergangenheit eine eher untergeordnete Rolle spielten bzw. die solidarisch oder privat organisiert waren; (...)*

(Wikipedia)

Was ist Neoliberalismus?

„...eine Wirtschaftspolitik mit folgenden Merkmalen (...): Intensivierung des Wettbewerbs durch Deregulierung, Durchsetzung des Freihandels und der Finanzglobalisierung, Limitierung des Deficit spending bzw. Austeritätspolitik sowie Verringerung der Rolle des Staates durch Privatisierung und Reduktion der Bürokratie“

(Wikipedia)

Der Markt unterwirft sich alles

„Kam endlich eine Zeit, wo alles was die Menschen bisher als unveräußerlich betrachtet hatten, Gegenstand des Austausches, des Schachers, veräußert wurde. Es ist dies die Zeit, wo selbst Dinge, die bis dahin mitgeteilt wurden, aber nie ausgetauscht, gegeben aber nie verkauft, erworben aber nie gekauft, Tugend, Liebe, Überzeugung, Wissen, Gewissen usw., wo mit einem Wort alles Sache des Handels wurde. Es ist dies die Zeit der allgemeinen Korruption, der universellen Käuflichkeit oder um die ökonomische Ausdrucksweise zu gebrauchen, die Zeit, in der jeder Gegenstand, ob physisch, oder moralisch, als Handelswert auf den Markt gebracht wird.“

(Karl Marx, Das Elend der Philosophie, MEW Band 4, S.69)

Wie weit das gehen kann: Organhandel marktwirtschaftlich gesteuert

Prof. Oberender (Gesundheitsökonom Uni Bayreuth):

„Jeder Mensch soll aus freien Erwägungen entscheiden, ob die Vorteile eines Organkaufs oder -verkaufs für ihn in einem opportunen Verhältnis zu den möglichen Nachteilen stehen.“

"Natürlich wird es sich nicht vermeiden lassen, dass Organe oft aus ärmeren Ländern stammen, wo Menschen durch ihre Lebensumstände eher bereit sind, zur Lösung ihrer existenziellen Probleme ein Organ zu verkaufen, als in reichen Industrieländern."

(Interview mit Spiegel online 2004)

Wirtschaftlichkeit ist gut vereinbar mit dem Patientenwohl

Wirtschaftlichkeit verstanden als:

- Prinzip der Angemessenheit der Leistungen (§ 12 SGB V)
- Wirksamkeit geht vor Sparsamkeit
- Sparsame Mittelverwendung
- keine Verschwendung

Kurzer Abriss der
Krankenhausfinanzierung
in Deutschland

„Duale Finanzierung“

- Länder: Investitionskosten
 - *Unterfinanzierung ca. 50%*
 - *Rückzug des Staates aus der Daseinsvorsorge*
- Kassen: laufende Kosten (über DRGs)
 - *Unterfinanzierung und massive Fehlanreize*

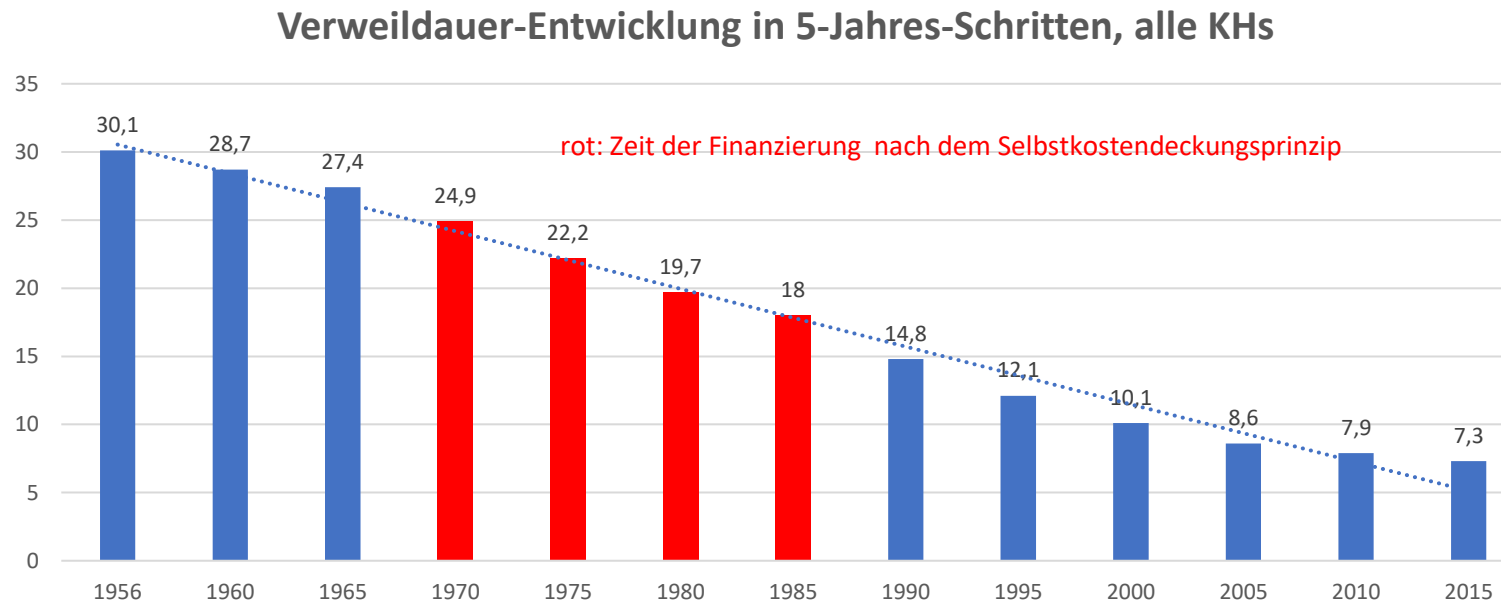
1950-1970: Bettenmangel, Unterfinanzierung, Tagespflegesätze

- Unterfinanzierung der Krankenhäuser, starker Bettenmangel (Kriegsschäden)
 - Mischfinanzierung der Betriebskosten und der Investitionen durch Träger, Kommunen und Krankenkassen
 - oberstes Ziel: wirtschaftliche Stabilität der GKV (Gefährdung Wirtschaftswunder)
 - quasi-Preisstopp für Pflegesätze (verstärkte Unterfinanzierung)
 - Pflegesätze als echte Tagespreise
- ökonomischer Anreiz zu Verweildauerverlängerung (praktisch schwierig wg. Bettenmangel) und zu Kostensenkung (wg. viel zu knapper Mittel)

1970-1985: Selbstkostendeckung

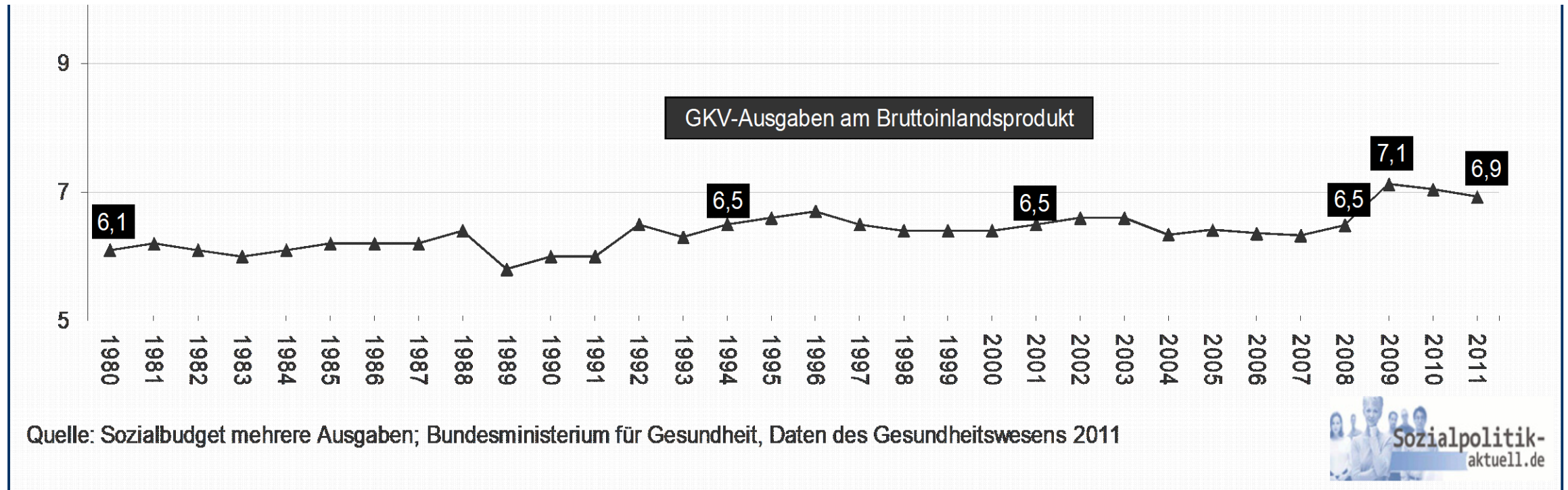
- Verpflichtung der Kassen zur Finanzierung der betriebsnotwendigen Selbstkosten von bedarfsgerechten, wirtschaftlich arbeitenden Krankenhäusern
 - Tagespflegesätze nur als Abrechnungseinheit (Abschlagszahlungen)
 - Spitzabrechnung am Jahresende mit Gewinn-/ Verlustausgleich
 - Verbot Gewinne zu machen
- kein Anreiz zu VWD-Verlängerung und Kostensenkung
- kein „Selbstbedienungsladen“, weil Kassen das Recht zur „Prüfung der Wirtschaftlichkeit“ hatten

Mythos: Verweildauerverlängerung („Freiheitsberaubung“)



➤ Die Realität: Reduzierung der Verweildauer zwischen 1970-1985 um fast 30%

Mythos: Kostenexplosion („Selbstbedienungsladen“)



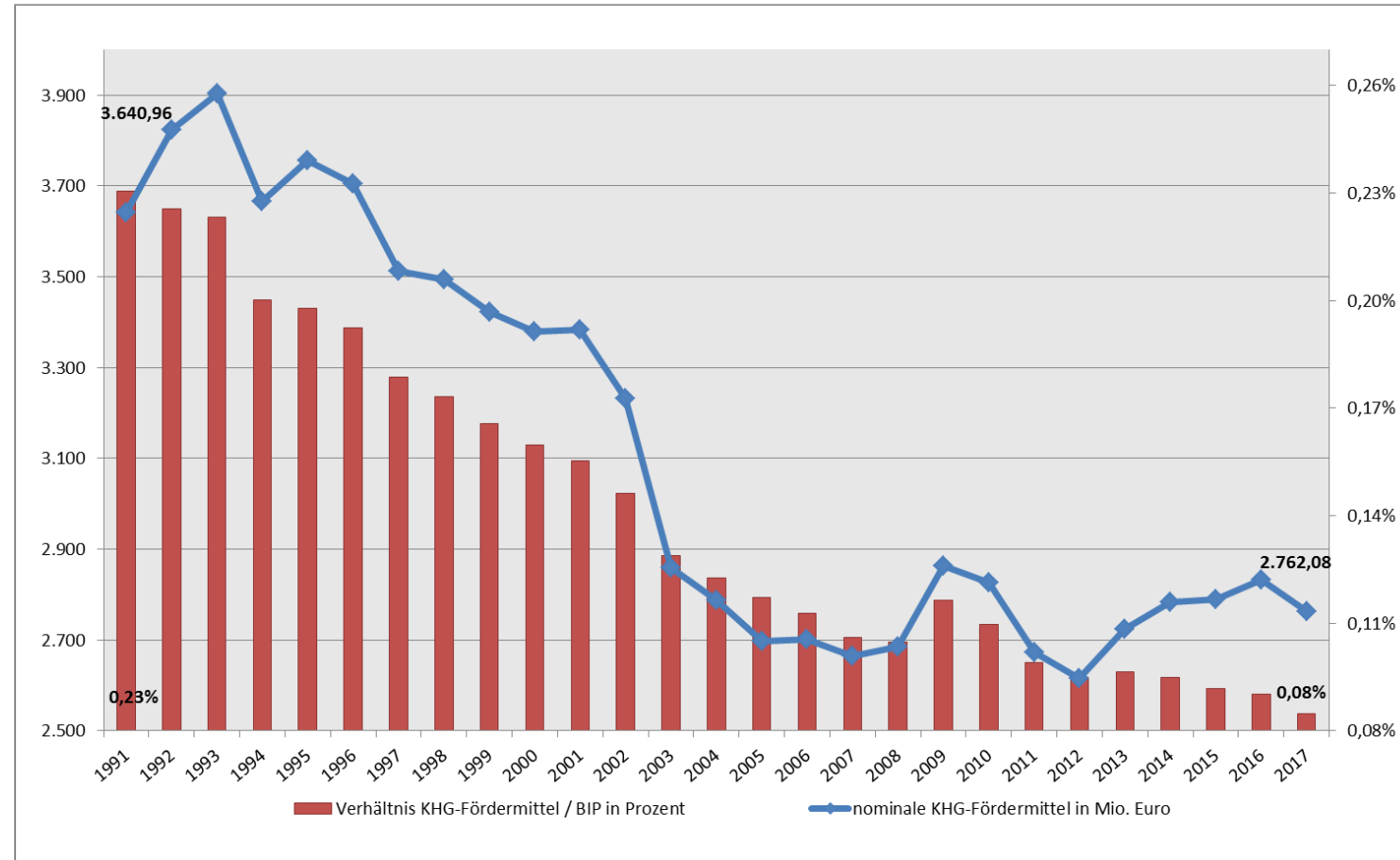
1985 – 2000: Beginn neoliberale Deregulierung

- Ziel: Kostendämpfung, Privatisierung, Konkurrenz, mehr Marktwirtschaft
 - Festlegung einer Budgetobergrenze durch Gesetzgeber (Anbindung an die Grundlohnsummensteigerung)
 - immer mehr Fallpauschalen und Sonderentgelte,
 - Pflegesätze sind wieder Tagespreise, verlieren aber an Bedeutung
 - „leistungsgerechte Erlöse“
 - **Gewinne und Verluste werden ermöglicht**
-
- Mix aus Anreizen zu Verweildauerverlängerung (im Pflegesatzbereich) und Verweildauerverkürzung (im Fallpauschalenbereich)
 - Anreiz zur Leistungsausdehnung (insbesondere im Fallpauschalenbereich)
 - Personalkostendumping lohnt sich in beiden Bereichen

Parallel: Rückzug des Staates aus der Daseinsvorsorge

KH-Investitionsförderung der Länder - bezogen auf das BIP und nominal

(Quelle: DKG-Bestandsaufnahme 2018)



2000 bis heute: DRGs als Preissystem

- Fallpauschalen als ausgehandelte Festpreise
- Fortbestehen der Budgetdeckelung und von Abzügen bei Überschreiten
- Einführung schrittweise ab 2004 mit finanzieller Schonphase (bis 2010)
 - Grundsätzlich gibt es Marktpreise, Durchschnittspreise und Festpreise
 - DRGs sind Festpreise, die aufgrund gesetzlicher Vorgaben jährlich auf Landesebene zwischen Kassen und Krankenhausgesellschaften verhandelt werden
 - Gewinne/Verluste als integraler Bestandteil des „Qualitätswettbewerbs“

Das Fallpauschalensystem (DRGs)

- DRGs = Diagnosis Related Groups = Fallgruppen
 - einheitlicher Preis (Fallpauschale) für eine bestimmte Behandlung einer bestimmten Diagnose
 - Ermittlung von Relativgewichten (RG) je DRG auf Basis der durchschnittlichen Kosten
 - z.B. C13Z Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen (2019): RG = 0,649
 - Z.B. A01A Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Std. (2019): RG = 29,202
 - $RG \times \text{Landesbasisfallwert} = \text{Preis}$
 - 2004: 409 DRG, 2023: 1292 DRGs
- Grundsätzlich gibt es Marktpreise, Durchschnittspreise und Festpreise
 - DRGs sind Festpreise, die aufgrund gesetzlicher Vorgaben jährlich auf Landesebene zwischen Kassen und Krankenhausgesellschaften verhandelt werden
 - Damit Gewinne/Verluste möglich, keine Zweckbindung
 - Anreiz zu Leistungsausdehnung, Kostendumping und Selektion

Wurden die politischen Ziele der DRG-Einführung erreicht?

Transparenz:

Die DRGs ein wichtiger Schritt zum „gläsernen Patienten“ und zum „gläsernen Krankenhaus“. Der Preis dafür ist hoch:

- Diese Transparenz ermöglicht (Personal-) Kostendumping und Selektion von unlukrativen und lukrativen Patienten
- Schon 2003 stellte das DKI fest, dass etwa 30 Prozent der ärztlichen Arbeitszeit für Dokumentation draufgeht. 2011 konstatiert die DKG, dass *„Dokumentationstiefe und -prüfung (...) in zunehmenden Bereichen völlig absurde Ausmaße“ erreicht.*

Leistungsorientierung:

Tatsächlich: Die Leistung folgt dem Geld. Kliniken machen sich gegenseitig Konkurrenz bei lukrativen Behandlungen (Gelenkersatz, Herzoperationen etc.), dadurch Verschärfung von Über-, Unter- und Fehlversorgung

Qualitäts- und Effizienzwettbewerb:

Tatsächlich: Kostensenkungswettbewerb insbesondere bei den Personalkosten. Betriebsintern können die finanziellen Mittel nach Belieben umgeschichtet werden. *„Personalstellen werden zu Baustellen“.* Qualität spielt nur unter Marketing-Gesichtspunkten eine Rolle.

Wurden die politischen Ziele der DRG-Einführung erreicht?

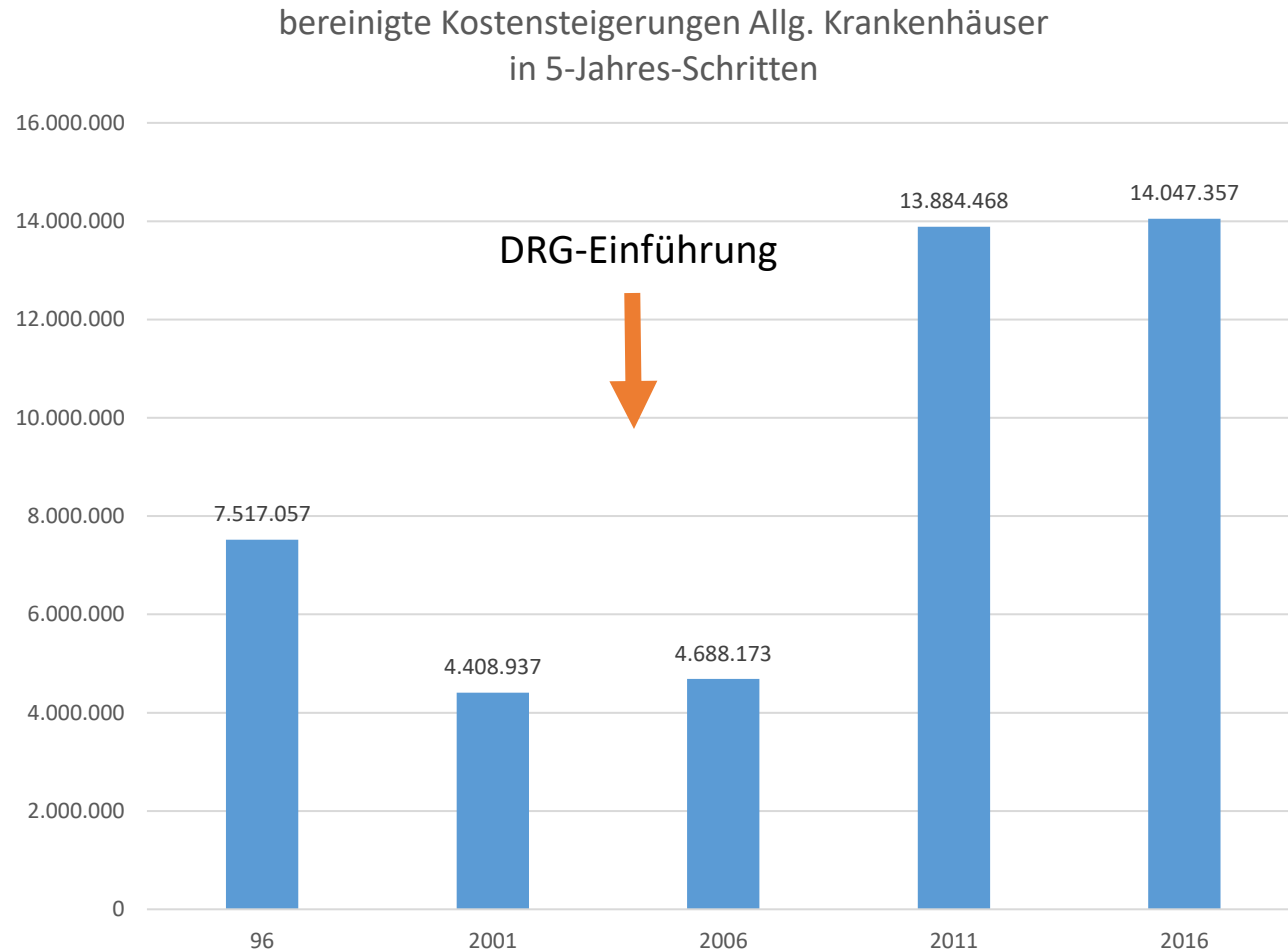
Bettenabbau/Krankenhausschließungen „Überkapazitäten“:

- 2000 – 2017: 411 Allg. Krankenhäuser geschlossen und 72.661 Betten abgebaut
- Gleichzeitig nahm die Fallzahl pro Bett um 36% zu
- Kriterium der Krankenhausschließungen ist die betriebswirtschaftliche Ertragslage, Gesichtspunkte der bedarfsgerechten Versorgung spielen dabei keine Rolle

Bekämpfung der „Kostenexplosion“ in der stationären Versorgung:

- In keinem 5-Jahreszeitraum sind die Krankenhauskosten stärker gestiegen als in der Zeit seit Einführung der DRGs.

Kosten für KH-Behandlungen steigen steil an



**Quelle: Destatis Kostennachweis Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.3,
verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung**

Im Weiteren: zunehmende Wettbewerbsorientierung

- Einführung von Preisen auch in der Psychiatrie (PEPP – vorläufig gescheitert)
 - Investitionskostenfinanzierung über „Invest-DRGs“, keine Einzelförderung mehr, sondern Einpreisung der Invest-kosten (KHG § 10, Länder entscheiden über Einführung)
 - Bundeseinheitlicher Preis trotz unterschiedlicher Kostenniveaus
 - Angestrebt: Einkaufsmodell der Krankenkassen: Erlaubnis von Selektivverträgen zwischen Kosten- und Leistungsträgern statt Kontrahierungszwang
 - Angestrebt: „Pay for Performance“: Zu-/Abschläge bei unterschiedlicher Qualität
-
- Staat zieht sich aus der Bedarfsplanung und Finanzierung der Krankenhäuser zurück
 - gibt nur noch Wettbewerbsordnung vor
 - Ziel: freier Wettbewerb mit (ausgehandelten) Marktpreisen

2024: Vorhaltevergütung

- Ca. 50-60 % der Vergütung weiterhin DRGs
 - Zwischending aus Budget (bleibt mehrere Jahre gleich) und Mengenabhängigkeit
 - Hat nichts mit Vergütung der Vorhaltung zu tun
-
- *Damit weiterhin alle negativen Folgen*
 - *Keine „Revolution“ und keine „Überwindung der DRGs“, sondern ein Etikettenschwindel*

Wie geht es weiter?

Weitere angestrebte Entwicklung: Neoliberalismus pur

„Einkaufsmodell mit frei verhandelten Preisen“

Versprochen Qualitätswettbewerb

Ergebnis: Kostensenkungswettbewerb

Zukunft: Preiswettbewerb

Formen der finanziellen Steuerung und ihre Fehlsteuerungen

Einzel Leistungsvergütung (Niedergelassene)

- *Leistungsausweitungen (Einzel leistungen und Patientenzahl)*
- *Bevorzugung Privat-Versicherte (außerhalb der Budgets)*
- *(Personal-)Kostendumping*
- Bei Kombination mit Budget:
 - Leistungsverweigerung wenn Leistungsmengen aufgebraucht
 - Wartelisten

Budgets (Regionalbudget/„Capitation“) *

- Die Gesamtsumme, der Vergütung ist gedeckelt
- Regionalbudget: Die gedeckelte Gesamtsumme bezieht sich auf eine ganze Region und möglichst auf alle Leistungserbringer

- *Leistungsverweigerung (anderes Krankenhaus oder anderer Versorgungsbereich, Wartelisten)*
- *Selektion von „billigen“ Patienten*
- *Bevorzugung Privat-Versicherte (außerhalb der Budgets)*
- *Erkrankungsrisiko geht von Kassen auf KHs über*

* P.S.: Das „Pflegebudget ist gerade kein Budget, sondern eine Form der Selbstkostendeckung

Tagespauschalen (evtl. mit Degression)

- z.B. Sektorenübergreifende Versorger (SüV) nach KHVVG
 - *unnötige Verweildauerverlängerung (solange es sich lohnt)*
 - *Vorzeitige Entlassung, wenn es sich nicht mehr lohnt*
 - *Selektion von „billigen“ Patienten*
 - *Bevorzugung Privat-Versicherte (außerhalb der Budgets)*

DRGs

- DRGs sind (Fest-) **Preise**, jeweils für die Behandlung einer bestimmten Erkrankung
- Damit ist **ökonomisch rational**:
 - *Über- und Unterversorgung gleichzeitig*
 - *Mengenausweitung (unnötige Behandlungen)*
 - *Verweildauerverkürzung („blutige Entlassung“)*
 - *„Upcoding“ (Patienten kränker machen als sie sind)*
 - *Verweigerung eigentlich notwendiger Leistungen: keine Abklärung Begleiterkrankung außerhalb DRG, verspätete Wiederaufnahme wg. Fallzusammenführung, Fallsplitting*
 - *Selektion (Risikovermeidung, und „lukrative“ Patienten) („Gesunder Fallmix“)*
 - *Konkurrenzkampf der Krankenhäuser untereinander um die Patienten*
 - *Schließungen aus betriebswirtschaftlichen Gründen (obwohl bedarfsnotwendig)*
 - *(Personal-)Kostendumping*
- **Man stelle sich vor, was es bedeuten würde, wenn die Feuerwehr so vergütet würde**

Auswirkungen des Preissystems
auf
Strukturen, Patienten und
Beschäftigte

Auswirkungen: Schließungen und Privatisierung

	1991	2023	Differenz
Allg. KHs	2164	1505	-659
<i>öffentlich</i>	996	438	-558
<i>FGN/Kirche</i>	838	483	-355
<i>privat</i>	330	584	254
Betten Allg. KHs	598073	414.711	-183.362
<i>öffentlich</i>	367198	200.463	-166.735
<i>FGN/Kirche</i>	206873	144.715	-62.158
<i>privat</i>	24002	83.613	59.611

Geschäftsmodell Private: „Rosinenpicken“

Private behandelten 2017 17 % aller Patienten, aber

- **46,3% aller Varizen (Krampfadern-Erkrankungen),**
- **25,9% aller Kniegelenksarthrosen,**
- **24,9% aller Hüftarthrosen,**
- **35,1% aller Bandscheibenschäden,**
- **24,8% aller Rückenschmerzen**

Geschäftsmodell Private: Personaleinsparungen und Lohndumping

- 2017 mussten in einer privaten Klinik ein Arzt bzw. eine Pflegekraft 26% bzw. 11,8% mehr Patienten behandeln bzw. pflegen als in einer öffentlichen Klinik
- Im selben Jahr verdiente eine Pflegekraft in einer privaten Klinik 5722 € weniger als in einer öffentlichen Klinik

➤ **1,04 Mrd. € Kostenvorteil durch niedrigere Löhne und niedrigeren Personalstand**

*Quelle: Destatis, Grunddaten Krankenhäuser, Fachserie 12
Reihe 6.1, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung*

„Blutige Entlassung“

Patienten mit Pneumonie in USA vor/nach DRG-Einführung:

- Verweildauer: -35%,
- stationäre Kosten: - 25%,
- Sterblichkeit im KH: - 15%

Aber:

- Sterblichkeit erste 30 Tage nach Entlassung: + 35%
- Wiederaufnahme wg. Rückfall: + 23%
- Verlegung in Pflegeheim: + 42%

(Quelle: Arch. Intern. Med. 2000; 160:3385-3391)

Unterversorgung

- Studie 422.730 chirurgische Patienten aus 300 Krankenhäusern in 9 europäischen Ländern
- Ein Patient mehr pro Pflegekraft (von 6 auf 7 Patienten) erhöht die Rate der Todesfälle im KH und bis 30 Tage nach Entlassung um 7%.

„Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries“ (Aiken 2014)

Überversorgung

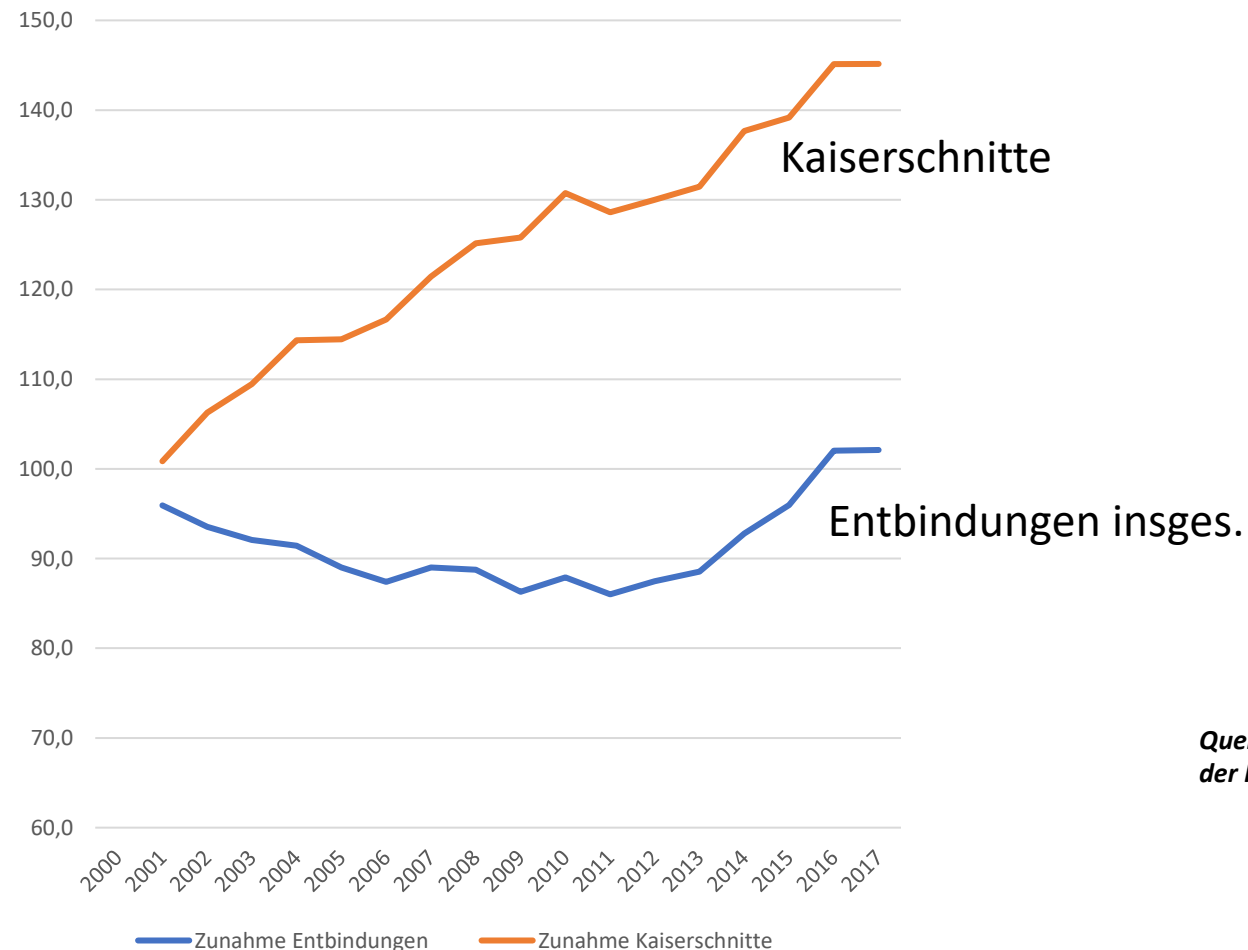
Vaginale Entbindung
ohne komplizierende
Diagnose (O60D)

➤ Erlös ca. 2040 €

Kaiserschnitt ohne
komplizierende
Diagnose (O01H)

➤ Erlös ca. 3120 €,
außerdem besser
planbar

Entwicklung Entbindungen und
Kaiserschnitte im Krankenhaus
(2000 = 100%)



Quelle: Destatis, Grunddaten
der Krankenhäuser 2000 - 2017

Überversorgung: Konservativ oder operativ?

- **Durchblutungsstörung der Beine mit Geschwür**
 - Konservative Behandlung (Förderung der Wundheilung):
 - **Erlös ca. 3500 €**
 - Operative Behandlung (Amputation):
 - **Erlös ca. 10.500 €**

(Stand 2019)

Periphere arterielle Verschlusskrankheit

Amputationsrate ist ein Desaster

Kritische Gefäßischämien könnten besser versorgt werden. Der Erhalt der Extremität sollte dabei im Vordergrund stehen. Die Dynamik des Fallpauschalensystems wirkt jedoch kontroproduktiv.

Deutsches Ärzteblatt 42/19

Einfluss Beatmungsdauer auf Erlös

DRG W01B (Polytrauma):

Beatmung mehr als 263 Std. Fallwert: **14,288**

Beatmung weniger als 264 Std. Fallwert: **7,107**

➤ Erlösunterschiede bis zu mehr als das Doppelte (Stand 2019)

DER SPIEGEL vom 14.03.2015



Autor:	Ludwig, Udo/ Schmid, Barbara	Gattung:	Zeitschrift
Seite:	53 bis 53	Jahrgang:	2015
Ressort:	Deutschland	Nummer:	12
Rubrik:	Deutschland	Auflage:	999.982 (gedruckt) 843.085 (verkauft) 854.031 (verbreitet)
Seitentitel:	Deutschland	Reichweite:	6,07 (in Mio.)
Kurztitel:	Missachteten Bayreuther Klinikärzte den Willen einer todkranken Patientin?		

Medizin

Mumie auf Station

Das Klinikum Bayreuth soll todkranke Patienten künstlich am Leben gehalten haben - als lukrative Einnahmequelle.

Auswirkung der DRGs auf Beschäftigte

- **1995 kamen auf eine Pflegekraft 46 Patienten**
 - **2019 waren es 60**
 - **Steigerung um 24%**
-
- **Überlastung des Personals bedeutet gleichzeitig Unterversorgung der Patienten**
 - **Psychische Belastung wg. Widerspruch zu Berufsethos**

Auswirkung der DRGs auf Beschäftigte

„Arzt schreibt Rechnung“

- Kodierqualität bedeutet $\pm$ 20% Einnahmen
- Schere im Kopf bei teuren Behandlungen
- Kaufmännisches statt medizinisches Denken
 - Cash-cow und poor dog
- Leistungsvergütung für Ärzte als finanzieller Anreiz zur kaufmännischen Optimierung

Schlussfolgerungen - 1

- **Finanzielle Steuerung macht fest an kauffähiger Nachfrage**
 - Bedarf stimmt damit nicht überein
 - Sozial schlechter Gestellte sind kränker, haben also höheren Bedarf, aber keine „Marktmacht“
 - Vertrauen geht verloren
 - Gesundheit wird zur Ware
 - **Gewinne möglich**
 - **Keine Zweckbindung (Gewinne können abgezogen)**

Schlussfolgerungen – 2

Finanzielle Steuerung führt systematisch zu

- Unter-, Fehl- und Überversorgung (falsches Sparen **und** Verschwendung gleichzeitig)
 - Also zu dem, was sie angeblich eindämmen soll (Argumentation bei Einführung DRGS)
- Patientenselektion
- Klassenmedizin (Ausdifferenzierung des Angebots)
- „Rattenrennen“ um niedrigste Personalquote (Benchmarking)
- **Geld ist blind gegen Qualität**

Schlussfolgerungen – 3

Finanzielle Steuerung ist ein Privatisierungstreiber

- Öffentliche Krankenhäuser werden ausgeblutet/verkauft
- Bundesweit agierende Klinikkonzerne erhöhen ihren „Marktanteil“
- Sind gleichzeitig Vorreiter der Ökonomisierung

Was ist Daseinsvorsorge

Was ist Daseinsvorsorge - 1

- Daseinsvorsorge stellt die Grundbedürfnisse und Grundrechte der Menschen sicher
- Ausschlaggebend ist der tatsächliche Bedarf der Menschen, nicht die kauffähige Nachfrage, wie im restlichen Wirtschaftssystem
- Beinhaltet Elemente der Umverteilung: Man zahlt entsprechend seiner finanziellen Leistungsfähigkeit, nicht nach Inanspruchnahme und bekommt das, was man braucht
- Setzt auf Inklusion, d.h. auf Einbeziehung aller, statt Ausschluss von Einzelnen oder ganzen Gruppen

➤ **Der Mensch hat Vorrang**

➤ **Patienten sind keine Kunden**

Was ist Daseinsvorsorge - 2

- Betrieb findet unter politischer Kontrolle statt.
- Gehört zum öffentlichen Raum und nicht zum Bereich des privaten Wirtschaftens unter Ausschluss der Öffentlichkeit
- Hat einen anderen inneren Aufbau (Kooperation statt Konkurrenz)
- Hat eine andere Steuerung (Bedarfs- oder Sachsteuerung statt finanzieller Steuerung)
- **Sachsteuerung bedeutet:**
 - **Feststellung des notwendigen Bedarfs**
 - **Finanzierung der für den Bedarf notwendigen Leistungen**
 - **Befriedigung des notwendigen Bedarfs**

Gemeinwirtschaftlichkeit - kein überholtes Konzept

- „**Gemeinwirtschaft** bezeichnet die Gesamtheit aller Wirtschaftsformen, die von Gemeinschaften betrieben werden und bei denen **nicht das private Gewinnstreben, sondern das Wohl einer übergeordneten Gesamtheit (Gemeinwohl)** im Vordergrund steht.“
(Wikipedia)
- „Beim gemeinwirtschaftlichen Prinzip ist im Gegensatz zum erwerbswirtschaftlichen Prinzip das Ziel auf die volkswirtschaftliche Bedarfsdeckung gerichtet. (Es) ist die Wirtschaftsform, bei der im Gegensatz zum erwerbswirtschaftlichen Prinzip lediglich die Bedarfsdeckung erfolgt, Gewinne werden nicht angestrebt. Die Preise sollen nur die Kosten decken.“ (Wirtschaftslexikon24.com)

Schlussfolgerungen:

- *Marktwirtschaftlicher Wettbewerb höhlt Solidarsysteme systematisch aus*
- *In der Daseinsvorsorge hat finanzielle Steuerung nichts verloren*
- **Kämpfen wir für den Erhalt der Solidarsysteme und der Daseinsvorsorge**

Unsere Vorstellungen zur Finanzierung

Alternativen /Forderungen

- **Steuerung der Solidarsysteme über Regelungen, Vorgaben, Aushandlungsprozesse**
 - Regionale und demokratische Ermittlung des Bedarfs (Kommunen, Kassen, Leistungserbringer, Gewerkschaften, Patientenvertretung)
 - Festlegung der notwendigen Versorgungseinrichtungen, Zulassung und Qualitätskontrolle
 - Zuweisung der notwendigen Mittel
 - Kosten- und Qualitätskontrolle

Alternativen /Forderungen

- **Trennung der Leistungserbringung von der Bezahlung der Leistungserbringer**
 - Festgehalt für auch ambulant tätige Ärzte
 - Vollständige Vergütung der notwendigen und wirtschaftlich erbrachten Kosten der Krankenhäuser
- **Selbstkostendeckung 2.0**
- **Gewinnverbot**

Minimalforderungen zu DRGs:

- **Herausnahme aller Personalkosten aus den DRGs**
- **Personalbedarfsberechnung und gesetzliche Personalvorgaben für alle Berufsgruppen**
 - als Gegensteuerung zu den DRG
 - Das wäre eine wirkliche Vorhaltevergütung

Epilog

George Bernhard Shaw „Des Doktors Dilemma“ 1911

„Dass eine vernünftige Nation, die erkannt hat, dass man die Brotversorgung sicherstellen kann, indem man Bäckern ein finanzielles Interesse am Backen gibt, nun einem Chirurgen ein finanzielles Interesse daran gibt, einem das Bein zu amputieren, lässt einen an der politischen Menschlichkeit verzweifeln. (...)“

Empörte Stimmen murmeln, dass diese Operationen notwendig sind. Das mag sein. Es kann auch notwendig sein, einen Mann zu hängen oder ein Haus abzureißen. Aber wir achten gut darauf, den Henker und den Hausabreißer nicht zu Richtern darüber zu machen. Aber wir machen den Arzt zum Richter und bestrafen ihn mit sechs Pence bis zu mehreren hundert Guineen, wenn er zu unseren Gunsten entscheidet. (...)“

Der Vorgang, der figürlich als „den reichen Mann zur Ader lassen“ bezeichnet wird, wird nicht nur figürlich, sondern buchstäblich jeden Tag von Chirurgen durchgeführt, die genauso ehrlich sind wie die meisten von uns. Denn was kann daran schon schlimm sein? Der Chirurg muss dem reichen Mann (oder der reichen Frau) nicht das Bein oder den Arm amputieren: Er kann den Blinddarm oder die Mandeln entfernen und den Patienten nach etwa zwei Wochen unversehrt entlassen, während es der Krankenschwester, dem Allgemeinmediziner, dem Apotheker und dem Chirurgen besser geht. (...)“

Niemand nimmt an, dass Ärzte weniger tugendhaft sind als Richter; doch einem Richter, dessen Gehalt und Ruf davon abhängen, ob das Urteil zugunsten des Klägers oder des Angeklagten, des Staatsanwalts oder des Gefangenen ausfiel, würde man ebenso wenig vertrauen wie einem General im Sold des Feindes. Mir einen Arzt als Richter anzubieten und seine Entscheidung dann mit einer hohen Geldsumme zu belohnen und ihm praktisch zu garantieren, dass ihm ein Fehler, sollte er ihn begehen, niemals nachgewiesen werden kann, bedeutet, die anerkannte Belastbarkeit der menschlichen Natur bei weitem zu überschreiten.“

(Eigene Übersetzung nach The Project Gutenberg EBook of The Doctor's Dilemma: Preface on Doctors, by George Bernard Shaw)

Weiterführende Literatur

*als pdf kostenlos herunterladbar
bei*

<https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/>

<https://www.rosalux.de/>

erweiterte und komplett
überarbeitete
Neuauflage



KRANKEN HAUS STATT **FABRIK** bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Das Fallpauschalensystem und die
Ökonomisierung der Krankenhäuser –
Kritik und Alternativen

STUDIEN

ROSA LUXEMBURG STIFTUNG

THOMAS BÖHM

KRANKENHAUS- PLANUNG IN DEUTSCHLAND

KRANKENHAUSGESETZE UND KRANKEN-
HAUSPLÄNE DER BUNDESLÄNDER –
EIN KRITISCHER ÜBERBLICK

ROSA LUXEMBURG STIFTUNG

Finanzialisierung von Gesundheit und Pflege

Thomas Böhm
Katrin Gerlof
Stephan Kaufmann
Sigrun Matthiesen

20 Jahre DRGs
und Profite
mit Kranken

WESTFÄLISCHES DAMPFBOOT

