

DRGs als medizinethische Herausforderung

Vorbemerkung

Ethische Betrachtungen können als Hilfsinstrument, als eine Art Navigator für die Gestaltung von Wirklichkeiten genutzt werden. Medizinisches, verwaltungsbezogenes und auch politisches Handeln kann von einer »ethical awareness« profitieren, weil diese Bewusstheit die moralischen Aspekte von Handlungen und Entscheidungen deutlich und kommunizierbar machen kann – also genau jene Phänomene, die in der Regel Ärger und Konflikte erzeugen (ein ethisches Problem erkennt man am schnellsten daran, dass man sich über etwas ärgert oder durch etwas verletzt fühlt). Ethik bezogen auf DRGs ist vor allem deshalb sinnvoll, weil damit die unvermeidlichen und notwendigen Auseinandersetzungen um die Einführung und Umsetzung des neuen Systems konstruktiv gestaltet werden können.

Das Kürzel »DRGs« (»Diagnosis-related groups«) steht für ein differenziertes Konzept, das einem Scharnier gleich qualitative medizinische Diagnosen mit einer Bewertungsskala verknüpfen soll, so dass im Idealfall für jede Diagnose ihr relativer Wert (relativ: im Verhältnis zu allen anderen Diagnosen) ermittelt werden kann. Dieser Wert soll den Aufwand abbilden, der in einem Krankenhaus für die fachgerechte Behandlung eines Patienten mit der entsprechenden Diagnose geleistet wird. Diesem Aufwand entsprechend soll ein Geldbetrag ermittelt werden können. Die Versorgung eines Patienten soll »gerecht« entgolten werden, indem das Krankenhaus für aufwendige Behandlungen mehr Geld bekommt als für einfache. Das DRG-System ist ein »Fallpauschalensystem«, das der Diagnose einen festen Punktwert oder Geldbetrag zuordnet.

Der Deutsche Bundestag hat die Einführung des DRG-Systems im Rahmen einer von vielen Gesundheitsreformen beschlossen. Es handelt sich somit um ein politisch gewolltes Konzept. Im deutschen Gesundheitswesen, speziell im Bereich der stationären Versorgung, führt dies zu intensiven Aktivitäten. DRGs sind zu einem zentralen Thema im Krankenhausmanagement geworden.

DRGs: ein Thema für die Medizinethik? Ein Thema für die »Public Health-Ethik«!

Ein letztlich der Abrechnung von Krankenhausleistungen dienendes Konzept ist in Deutschland nicht selbstverständlich Thema medizinethischer Überlegungen. In verschiedensten Stellungnahmen wird zwar auf mögliche Gefahren und Chancen hingewiesen, dabei wird zweifellos auch »moralisch« argumentiert, sehr selten aber argumentieren die Protagonisten explizit »ethisch«. Auch die herkömmlichen Entgeltsysteme, die Berechnung nach Pfl egetagen, die »Mitternachtsstatistik«, die bislang noch genutzten »Fallpauschalen und Sonderentgelte« waren kein Gegenstand der Medizinethik. Diese konzentrierte sich vorwiegend auf Probleme des medizinisch-technischen Fortschritts und medizinischer Indikationen. Im

Mittelpunkt standen die Forscher mit ihren »Grenzproblemen« oder die Kliniker mit ihren Entscheidungsdilemmata am Krankenbett.

Die Diskussion um die DRGs rückt nun einen an sich einfachen, praktisch jedoch in der wissenschaftlichen Medizin weitgehend ignorierten Sachverhalt ins Bewusstsein: Medizin wirkt nicht unmittelbar auf einen kranken (oder gesunden) Menschen, sie spielt sich nicht in einer isolierten »Arzt-Patient-Beziehung« ab, sondern stets unter konkreten Rahmenbedingungen, die politisch, strukturell, kulturell und ökonomisch charakterisierbar sind. Medizin funktioniert nur im Bette ihrer »Bedingungen«, und diese wirken auf die Inhalte der Medizin, auf die Indikationsstellungen und die Qualität der medizinischen Leistung ein. Die Ärztinnen und Ärzte »vor Ort« spüren das tagtäglich, sie sprechen darüber, arbeiten daran, nehmen daran Anstoß. Sie wissen alle, dass Vorgaben der Verwaltungen, der Krankenkassen und auch der Politik ihre Handlungs- und Behandlungsmöglichkeiten beeinflussen. Dennoch werden die Einflüsse von Organisation und System kaum in den ethischen Diskurs aufgenommen.

Wenn – wie zu erwarten ist – das gesundheitsökonomische Konzept der DRGs die Rahmenbedingungen der Klinikmedizin wesentlich prägen wird und wenn darüber hinaus als gegeben akzeptiert wird, dass diese Rahmenbedingungen die Medizin und Pflege konkret beeinflussen, dann sind DRGs eines der drängendsten und aktuellsten medizinethischen Themen.

Gleiches galt schon für die Problematik der Klinikbudgets und der Festlegung von Behandlungs-Fallzahlen. Sie berühren die Problematik der Rationierung und des Therapiemaßes. Diese Brennpunkte werden durchaus medizinethisch diskutiert, aufgrund einer Theorieelastigkeit der Ethik einerseits und aufgrund absolut unterentwickelter Kritikulturen in deutschen Krankenhäusern andererseits berührten sich die akademische und die praktische Welt jedoch nur wenig.

Eine ethische Diskussion und Begleitung des DRG-Systems verlangt einen anderen Typus von Medizinethik als die bisherige Ethik ärztlichen Entscheidens. Verlangt wird eine Organisations- und Institutionenethik im Gesundheitswesen, die eher in die Gattung einer »Public Health-Ethik« gehört. Sie verlangt auch andere Teilnehmer am ethischen Diskurs: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Verwaltungen, der Krankenkassen, des Managements, des Disease- und Casemanagements. Die Planer und Controller, die Zuständigen für die geplanten Behandlungspfade usw. gehören in den gesundheitsethischen Diskurs integriert, weil sie faktisch Verantwortung für die konkrete Patientenversorgung mit übernehmen. Das Beharren auf einer Medizin-Ethik als ärztlicher Ethik würde all jene Berufe und Funktionsträger aus dem notwendigen Diskurs ausschließen, die »jenseits des Krankentettes« die Dilemmata des behandelnden Arztes und der Pflegenden entscheidend vorprogrammieren.

Die strategische Bedeutung des DRG-Systems

Wäre das DRG-System nur ein Abrechnungskonzept im Rahmen der Finanzierung von Krankenhausleistungen, so würde sich die ethische Betrachtung auf die Frage konzentrieren, ob mit diesem Instrument mehr Gerechtigkeit und mehr Transparenz ins Feld kämen (1,2). Dies wird einer empirischen Prüfung nach Einführung der DRGs vorbehalten bleiben. Bei der Betrachtung der strategischen Bedeutung der DRGs wird ersichtlich, dass eine ethische Reflexion schon deswegen dringend geboten ist, um ein Konfliktmanagement zu ermöglichen. Das DRG-System hat seinen Ort und seine Bedeutung in einer politisch gewollten Strategie der ökonomischen Rationalisierung von Medizin und Gesundheitswesen als Teil einer umfassenderen Reform der Sozialsysteme. Dieser Prozess ist angesichts kontinuierlich wachsender medizinischer Möglichkeiten und relativ abnehmender Finanzierungsspielräume auch ethisch geboten, da hier ein Maximum an medizinischen Leistungen durch die begrenzten Geldmittel des Gesundheitswesens ermöglicht werden soll. Faktisch erhöht er die Bedeutung und den Einfluss betriebswirtschaftlicher Konzepte bei der Steuerung medizinischer Leistungen und führt damit zu einem Einflussverlust der Ärzte.

Ökonomisches Handeln in der Medizin bedeutet zunächst nur, dass ein möglichst effektiver Umgang mit den als endlich verstandenen und damit grundsätzlich »knappen« Ressourcen angestrebt wird. So gesehen ist das nichts prinzipiell Neues. Neu ist jedoch, dass medizinische und pflegerische Maßnahmen (Dienstleistungen) im Krankenhaus in Hinblick auf die erforderlichen Leistungen und Kosten bewertet werden. DRGs sind *ein* Baustein zur möglichst genauen Bewertung von »Gesundheitsleistungen« und ein Instrument zur Entwicklung möglichst angemessener Preise.

DRGs sind ferner ein Baustein zur Förderung des Wettbewerbs im Krankenhaus- und Gesundheitswesen, der ebenfalls aus Gründen des Erhalts der Finanzierbarkeit für unumgänglich erachtet wird. Konkurrenz und Vergleich (»benchmarking«) zwischen Krankenhäusern, Abteilungen, aber auch ganzen »Gesundheitssystemen« sollen den effizienteren Dienstleister belohnen, den ineffizienten zu besserem Wirkungsgrad anspornen. Krankenhäuser können ab sofort »konkurs« gehen. Unwirtschaftliche Verhaltensweisen sollen ab sofort bestraft werden. Als eines der letzten gesellschaftlichen Teilsysteme wird somit der Bereich der Sozial- und Krankenversicherung und -versorgung aus dem staatswirtschaftlichen System ausgegliedert und privatisiert.

Das DRG-System trägt auf längere Sicht dazu bei, Krankenhäuser und das gesamte Gesundheitswesen marktgerecht aufzubereiten, um es tendenziell stärker marktwirtschaftlich als öffentlich-rechtlich oder »frei-gemeinnützig« zu gestalten. Sofern es seinen Anspruch erfüllt, medizinische Leistungen differenziert nach dem jeweils erforderlichen Aufwand zu bewerten, ermöglicht es eine im Verhältnis zum bisherigen Verteilungssystem transparentere und gerechtere Mittelallokation. Gerechtigkeit und Transparenz als zentrale moralische Werte würden somit gestärkt werden. Würde darüber hinaus durch gelungene Rationalisierungen der »Gesundheitsnutzen pro Finanzeinheit« optimiert, so hätte auch dies einen hohen gesundheitsethischen Wert.

Die entscheidende Frage wird sein, welches Steuerungs- und Entgeltsystem die bessere Medizin und Pflege gewährleistet. Damit wird auch die Frage nach der »guten Medizin und Pflege« auf die Tagesordnung gesetzt. Was sind die Merkmale guter Medizin und Pflege? Welche Qualitätsaspekte sind wichtig und wertvoll? Unter welchen Voraussetzungen sind sie realisierbar? Wer entscheidet darüber, was als »gut« gelten soll? Und genauso wichtig wird sein, in welcher Weise über diese Fragen konkret diskutiert und entschieden wird. Wer gestaltet den Diskurs? Wer darf mitreden, wer bleibt außen vor?

Auswirkungen der DRGs auf Krankenhaus und Patientenversorgung

Welche Auswirkungen die Einführung der DRGs auf die Qualität der stationären Medizin und Pflege in Deutschland haben wird, lässt sich noch nicht genau vorhersagen, zumal an den Feinheiten der Ausgestaltung noch gearbeitet wird. Für eine ethische Betrachtung wird freilich eine möglichst präzise und zeitnahe Erfassung dieser Auswirkungen unverzichtbar sein. Eine kritische Ethik wird sorgfältig beobachten müssen. Sie setzt empirische medizinsoziologische und ökonomische Analysen voraus. Und sie wird darauf angewiesen sein, dass die auftretenden Probleme offenkundig gemacht und nicht verdeckt werden. Es wird nötig sein, den Prozess der Einführung und Umsetzung der DRGs in den Kliniken kritisch zu begleiten, ihn zu kommunizieren, auf Gefahren und Schwächen hinzuweisen. Das Hauptproblem wird darin liegen, freie Diskurse zu ermöglichen, denn genau das ist in der deutschen Klinik die krasse Ausnahme.

Liegezeitverkürzung und Verminderung des Versorgungsaufwandes

Die mit den DRGs einhergehende Umstellung der Krankenhausfinanzierung wird Tendenzen der Begrenzung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen aus betriebswirtschaftlichen Gründen stärken. Die Liegezeit bzw. Krankenhausverweildauer soll und wird sich deutlich verkürzen. Die Patientenversorgung wird rationalisiert und stärker geplant, kontrolliert und standardisiert. Wichtige Entscheidungen zur Versorgung werden »jenseits des Krankenbetts« vorprogrammiert, indem Behandlungspfade und so genannte Disease-Management-Konzepte eingeführt werden.

Viele Ärzte fürchten Begrenzungen ihrer Therapiefreiheit. Diese ist allerdings bereits seit sehr vielen Jahren im Krankenhaus eingeschränkt. Für den Großteil der nachgeordneten Ärzte gilt sie nur mit starker Einschränkung. Die vorgesehenen Standardisierungen von Behandlungsabläufen werden auf Einsparungen hin angelegt sein. Sollte aber der durch die Gesundheitsreform geförderte Anreiz zur Leistungsbegrenzung zu Lasten der Patienten gehen, so wäre dies aus medizinethischer Sicht nicht akzeptabel. Es ist eine moralische Pflicht der Kliniker, auf Gefährdungen ihrer Patienten hinzuweisen, wenn diese unvermeidbar durch politische oder wirtschaftliche Vorgaben entstehen. Sie müssen sich dabei aber stets vergewissern, dass sie ihrerseits die ihnen zur Verfügung gestellten Ressourcen optimal zu Gunsten der Patientenversorgung einsetzen.

All diese Entwicklungen müssen nicht zwangsläufig eine Verschlechterung der Patientenversorgung mit sich bringen, aber

auch nicht automatisch eine Verbesserung. Viel wird vom Qualitätsmanagement abhängen, das Aufgabe aller Kliniker ist. Wenn betriebswirtschaftliche Gründe in die medizinische Indikationsstellung einwirken, drohen durch das DRG-System Therapiebegrenzungen und Therapieverzicht, ggf. auch Rationierungen. Therapiebegrenzungen und Verzichtsentscheidungen sind aber nicht per se verwerflich. Sie können im besten Interesse des Patienten vorgenommen zu werden und sie können von den Interessen der Bürger her begründet werden.

Der durch die DRGs erzeugte Druck, Patienten möglichst früh zu entlassen (da die erwirtschaftete Fallpauschale nicht von der faktischen Aufenthaltsdauer abhängt), droht so genannte »blutige Verlegungen« zu begünstigen. Dies kann für die Patienten und ihre Angehörigen ernste Gefahren erzeugen, muss es aber nicht. Auch ein unnötiger Krankenhausaufenthalt birgt Gefahren, und viele Patienten sind lieber so früh wie möglich wieder zu Hause. Von der Qualität der ambulanten Versorgung wird es abhängen, ob die Verlegung dem Wohl des Patienten dient oder ihm Schaden zufügt. Das ethische Urteil ist abhängig von der Realität der integrierten Versorgung. Ist diese defizitär, so könnten die ethischen Gebote des »Nil nocere« und »Salus aegroti suprema lex« einen Widerstand gegen relative vorzeitige Entlassungen erforderlich machen. Dann entsteht ein Konflikt zwischen medizinischer Ethik und betriebswirtschaftlichem Interesse eines Krankenhausunternehmens.

Es wird in hohem Maße darauf ankommen, dass die Heilberufe sich selbst, den Patienten und der Öffentlichkeit gegenüber Klarheit darüber walten lassen, dass ihre Indikationen primär *medizinisch* und damit im besten Interesse des Patienten gestellt wurden. Gründe der Wirtschaftlichkeit, der Menschlichkeit und der Verteilungsgerechtigkeit müssen zunächst sorgfältig auseinandergehalten werden, bevor sie miteinander in Bezug gesetzt werden. Die Kliniker bedürfen dazu einer besseren Schulung in medizinischer Ethik und Pflegeethik.

Ressourcenumverteilung zu Lasten der direkten Patientenversorgung

Bereits heute ist erkennbar, dass unter den Bedingungen fester Budgets der direkten Patientenversorgung Ressourcen entzogen werden. Der Trend wird sich nach allgemeiner Einführung der DRGs noch fortsetzen. Ein absolut und relativ wachsender Anteil der für das Krankenhaus zur Verfügung stehenden Mittel wird für verwaltungstechnische Tätigkeiten verbraucht werden.

Der Aufwand für die Vorbereitung und Durchführung der Kodierungen ist erheblich. Für manche Ärzte wird ihre Berufskarriere mit herkömmlicher »ärztlicher Tätigkeit« nichts mehr zu tun haben. Für jene, die Patienten direkt versorgen, droht sich der ohnehin schon hohe Anteil von verwaltungstechnischen Arbeiten noch mehr zu erhöhen. Ein bislang noch nicht gebrochener Trend zur Bedrohung oder Zerstörung der Arbeitsfreude und der Motivation könnte noch weiter fortgesetzt werden.

Viele Kliniker ärgern sich über die ihrer Ansicht nach unververtretbare Ausweitung von Verwaltungsstellen, während sie zugleich eine Verknappung der für den einzelnen Patienten verfügbaren Zeit erleben. Solche Gefühle mögen nachvoll-

ziehbar sein, einen ethisch begründeten Einwand gegen die DRGs liefern sie nicht. Die Probleme, die mit Hilfe der DRGs gelöst werden sollen, bleiben ja bestehen (und nehmen kontinuierlich an Intensität zu). Wenn die Patientenversorgung zu kurz kommt, so kann dies an allgemein zu knappen Ressourcen oder an strukturellen und qualifikatorischen Defiziten der aktuellen Klinikorganisation liegen.

Wir wissen bislang nicht, wie hoch der optimale Anteil des Organisations- und Verwaltungsaufwandes am Gesamtbudget des Krankenhauses sein soll. Natürlich wäre es absurd, wenn er »parasitär« die Patientenversorgung belasten und verschlechtern würde. Die Legitimation für diesen Anteil ergibt sich aus seinem Beitrag zur Aufrechterhaltung, möglicherweise sogar zur Verbesserung der Qualität von Medizin und Pflege. Darüber hinaus ist aber auch zu akzeptieren, dass die Krankenhausfinanzierung zu einem *gesellschaftlich* tragbaren Preis erfolgen muss, der sowohl die Einkommen der Bürger als auch die Beiträge der Wirtschaft in nicht übermäßiger Weise belastet.

Die aus Sicht vieler Klinikärzte unverhältnismäßig hohe Belastung medizinischer Arbeit durch Dokumentation und Verwaltungsanteile stellt ein Problem dar, das auch ohne DRGs schon dringend einer Lösung zugeführt werden muss. Die Unzufriedenheit der Ärzte mit ihren Arbeitsbedingungen ist erschreckend hoch. Es wird vom Management der Kliniken, von den Leitungen und vom Qualitätsmanagement abhängen, ob diesen Entwicklungen Einhalt geboten wird, denn ohne eine basale Identifikation der Ärztinnen und Ärzte sowie der anderen Gesundheitsberufe mit ihrer Tätigkeit, ihrem Beruf und ihrer Klinik kann keine hohe Qualität der Krankenhausversorgung ermöglicht werden.

Konflikte zwischen Heilkunde und Ökonomie

DRGs werden stärker als die vorhergegangenen Abrechnungssysteme (Tagespflegesätze, Fallpauschalen, Sonderentgelte) Konflikte zwischen heilberuflichem Ethos und betriebswirtschaftlichen Interessen entstehen lassen. Dies liegt aber in der Logik der *gesamten* Entwicklung der Gesundheitssysteme und Gesundheitsmärkte und nicht speziell an den DRGs. Letztendlich sind es wiederum *volkswirtschaftliche* Erwägungen und Erfordernisse, die die Konflikte auf Betriebsebene nicht nur in Kauf nehmen, sondern geradezu fördern wollen, soll doch das öffentlich finanzierte Gesundheitswesen in seiner Kostendynamik kontrolliert werden.

Auch in den den DRGs vorausgehenden Systemen sind jene Konflikte schon enthalten, wenn auch nicht so deutlich. Auseinandersetzungen zwischen einer in ihren Möglichkeiten ungebrochen expandierenden Medizin einerseits und betriebswirtschaftlichen Interessen von Klinikunternehmen und Krankenkassen andererseits werden in Zukunft noch an Bedeutung zunehmen. Aber auch diese Konflikte sind aus ethischer Sicht nicht verwerflich. Entscheidend ist, wie damit umgegangen wird. Aus einer destruktiven Konfrontation kann ein konstruktives Miteinander werden, in dem Interessen von individuellen Patienten mit den Interessen von Unternehmen und Bürgern austariert werden. Voraussetzung ist ein ethisch geschultes Management, das von der Wichtigkeit und Explosivität dieser Konflikte weiß und das sich um einen auch institutionell gestützten ständigen Diskurs zwischen

den heilkundlichen, betriebs- und volkswirtschaftlichen Positionen bemüht (3).

Ethik kann die Brücke zwischen den in den meisten deutschen Kliniken als »Lagern« imponierenden Gegensätzen bilden. Der aktuell vorfindbare, oft von den Protagonisten verleugnete Graben zwischen Medizin und »Verwaltung« lässt die jeweils »Anderen« als »Feindesland« (Originalzitat aus einem deutschen Großklinikum) erscheinen. Das »Ethik-Projekt« am Klinikum Nürnberg entstand genau aus dem Bemühen, diesen Graben zunächst anzuerkennen, dann an der Überbrückung zu arbeiten und langfristig schrittweise zuzuschütten.

Veränderungen der Klinikstrukturen und -kultur

Die DRGs werden nicht nur Einfluss nehmen auf die Abläufe klinischer Behandlungen, sie werden auch die Strukturen der Krankenhäuser selbst verändern. Wiederum sind es aber nicht die DRGs alleine, sondern es ist der Gesamtprozess der Reformen im Gesundheits- und Sozialbereich, der die Veränderungen anschiebt. Der Hamburger Landesbetrieb Krankenhäuser (LBK) arbeitet schon seit mehreren Jahren für die *internen* Berechnungen mit DRGs. Nicht ohne Grund wird genau hier eine Klinikreform vorangetrieben, die mit den herkömmlichen Prinzipien des deutschen Krankenhauses bricht.

Das Konzept »Klinova«, das vor Ort mit der Unterstützung eines international führenden Wirtschaftsberatungsunternehmens entwickelt wurde, betrachtet die herkömmlichen Klinikstrukturen als Chefarzt-zentriert. Eine konsequente Patienten-Orientierung soll zugleich eine ökonomische Optimierung mit sich bringen (4). Da der Führung des LBK Hamburg bewusst ist, dass das unvermeidbare Aufeinanderprallen der heilkundlichen und ökonomischen Werte einer konstruktiven Vermittlung bedarf, hat sie sich in Anlehnung an das »Ethik-Projekt am Klinikum Nürnberg« (6) ebenfalls für ein Begleitprojekt unter den Leitbegriffen »Ethik, Kommunikation, Kultur« entschieden.

Wenn es durch Forcierung von Wettbewerb und Stärkung der betriebswirtschaftlichen Aspekte zu gravierenden Fehlsteuerungen der Patientenversorgung kommen sollte, wenn ethische Grundprinzipien der ärztlichen und pflegerischen Berufe in gravierender Weise verletzt werden, so gehören diese Ereignisse *im Rahmen der alltäglichen Arbeitsprozesse* kommuniziert. In deutschen Kliniken fehlen dazu zumeist der Ort, die Praxis, die Qualifikation und die Kultur. Ethische Fallbesprechungen sind überwiegend unbekannt. Fehlentwicklungen führen in der Regel zum Streit und zu Schuldvorwürfen. Ein konstruktiver Umgang mit Fehlern ist die Ausnahme. Er ist aber dringend geboten. Gerade durch ihre potenziellen Gefahren geht von der Einführung der DRGs ein Druck auf die deutsche Klinikmedizin aus, ihre Kommunikations- und Entscheidungsfindungsprozesse sorgfältig zu entwickeln.

Fazit

Das DRG-Fallpauschalensystem ist über seine unmittelbare technische Nutzenanwendung hinaus ein strategischer Meilenstein im Prozess der Ökonomisierung der Heilkunde. Im Rahmen dieses Gesamtprozesses werden DRGs zu einer medizinethischen Herausforderung. Diese ist zunächst ganz real und praktisch: Ohne Ethik werden die sich in Zukunft verschärfenden Gegensätze zwischen heilkundlichen und ökonomischen Werten unvermittelt aufeinanderprallen und die Krankenhäuser belasten bzw. chaotisieren. Die grundsätzlich sinnvolle und auch aus internationaler Sicht unvermeidbare »Ökonomisierung« kann nur gelingen, wenn der Diskurs zwischen den Bereichen Medizin, Pflege und Verwaltung/Management über die technischen und wirtschaftlichen Dinge hinaus die Ebene der Werte und Wertekonflikte umfasst (7).

Ablehnung oder Verteufelung der DRGs wie des gesamten Ökonomisierungsprozesses lassen sich nicht argumentativ vertreten. Ethik und Ökonomie sind keine unvermittelbaren Gegensätze. Der Schutz und die Weiterentwicklung der heilkundlichen Qualitäten als ständige Aufgabe eines allgemeinen Qualitätsmanagements wird eine kritische, empirisch gestützte Analyse der Auswirkungen des DRG-Systems und anderer Elemente der Gesundheitsreformen erforderlich machen.

Auch das DRG-System hat seine Voraussetzungen und Bedingungen für seinen Erfolg. Ob die mit seiner Einführung erhofften Ziele sich auch realisieren lassen oder nicht, hängt von den Menschen ab, die damit arbeiten müssen, und von den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen.

Literatur

- 1 Daniels N, Light D, Caplan R. Benchmarks of Fairness for Health Care Reform, Oxford, 1996
- 2 Hermeren G. Gerechte Verteilung knapper Ressourcen. Entwürfe und ihre Umsetzung – dargestellt am Beispiel Skandinaviens, Göttingen, in Ulrich Tröhler, Stella Reiter-Theil: Ethik und Medizin 1947–1997, Was leistet die Kodifizierung der Ethik. 1997
- 3 Washington DC : Institute of Medicine, National Academy of Science, Grey BH, Field MJ (eds): Controlling Costs and Changing Patient Care? The Role of Utilization Management.
- 4 Kerres M, Lohmann H. Der Gesundheitssektor: Chance zur Erneuerung: vom regulierten Krankenhaus zum wettbewerbsfähigen Gesundheitszentrum, Wien, 1999
- 5 Donald W. Light: Effectiveness and Efficiency under Competition. Eur J Public Health 1993; 3: 281–289
- 6 Wehkamp K-H, Gallmeier W, Wambach K. Ethik im Klinikum der Zukunft, Frankfurt/Main, in: Peter-Alexander Möller (Hrsg.): Verantwortung und Ökonomie in der Heilkunde. 2000
- 7 Wehkamp K-H. Die Bedeutung der Ethik für die Unternehmensentwicklung und Unternehmensberatung im Krankenhaus, Göttingen, in: Wolf G, Dörries A (Hrsg.): Grundlagen guter Beratungspraxis im Krankenhaus. 2001

Prof. Dr. rer.pol. Dr. med. Karl-Heinz Wehkamp
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Lohbrügger Kirchstraße 65
21033 Hamburg

Eingang des Manuskriptes: 27.12.2001

Annahme der revidierten Fassung zur Publikation: 25.1.2002