

Liebe\*r Leser\*in,

Dies ist ein akzeptiertes Manuskript eines bei De Gruyter in der Zeitschrift *Zeitschrift für Evangelische Ethik* am 23.9.2023 veröffentlichten Artikels, verfügbar unter <https://www.degruyterbrill.com/de/document/doi/10.14315/zee-2023-670407/>

Es unterliegt den Nutzungsbedingungen der Lizenz Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>), die die nicht kommerzielle Wiederverwendung, Verbreitung und Vervielfältigung über ein beliebiges Medium erlaubt, sofern das Originalwerk ordnungsgemäß zitiert und in keiner Weise verändert, umgewandelt oder ergänzt wird. Wenn Sie dieses Manuskript für kommerzielle Zwecke verwenden möchten, wenden Sie sich bitte an [rights@degruyter.com](mailto:rights@degruyter.com).

Der Text stimmt mit dem Manuskript überein, das der Autor zur Veröffentlichung eingereicht haben, enthält jedoch *nicht* das Layout des Verlags oder die endgültige Seitenzählung.

Originalpublikation:

Alexander Dietz

Krankenhausreform und Ökonomisierung

in: *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 67 (2023), S. 302–309

<https://doi.org/10.14315/zee-2023-670407>

Die Verlagsversion ist möglicherweise nur gegen Bezahlung zugänglich.

Diese Manuskriptversion wird im Einklang mit der Policy des Verlags De Gruyter Brill publiziert:

<https://www.degruyterbrill.com/de/publishing/fuer-autoren/autoren-richtlinien/repository-richtlinie-zeitschriften>

Ihr IxTheo-Team

## Krankenhausreform und Ökonomisierung

Von Alexander Dietz

### 1. Ökonomisierung als Thema theologischer Wirtschaftsethik

Im Blick auf Sichtweisen, welche die Bedeutung des Gesellschaftsbereichs Wirtschaft überbewerten, spricht man von Ökonomismus und im Blick auf Sichtweisen, welche die Bedeutung der wirtschaftlichen Dimension innerhalb anderer Gesellschaftsbereiche überbewerten, spricht man von Ökonomisierung. Der Begriff Ökonomisierung sollte nicht als Kampfbegriff einer wirtschaftsfeindlichen Ideologie bzw. als grundsätzlicher Angriff gegen Ökonomie oder Ökonomik verwendet bzw. missverstanden werden. Er stellt keineswegs die zu allen Zeiten selbstverständliche verantwortliche Berücksichtigung ökonomischer Aspekte in allen Gesellschaftsbereichen, die mit materiellen Ressourcen zu tun haben, in Frage. Vielmehr bezeichnet der Begriff Ökonomisierung bestimmte Fehlentwicklungen, bei denen die wirtschaftlichen Aktivitäten in einem Gesellschaftsbereich nicht mehr als Mittel zur Beförderung des spezifischen Ziels dieses Bereichs angesehen werden, sondern eine Eigendynamik entwickeln in der Weise, dass zunächst ökonomische Begriffe und Denkweisen das ganze System durchdringen, dass weiterhin die für den Umgang mit Ressourcen zuständigen Personen ihre ökonomischen Methoden nicht den spezifischen Bedürfnissen des Gesellschaftsbereichs anpassen und ihre Tätigkeit nicht den Zielen des Bereichs unterordnen, sondern dem Bereich und seinen Einrichtungen ökonomische Ziele vorgeben, und dass schließlich Entscheidungen im jeweiligen Bereich nach sachfremden ökonomischen Kriterien getroffen werden.

Alle bedeutenden evangelischen Wirtschaftsethiker haben traditionell ein besonderes Augenmerk auf Ideologiekritik gelegt. Zunächst stand Ökonomismuskritik im Fokus, später explizit auch Ökonomisierungskritik. So bezeichnete es Georg Wünsch als »Wirtschaftsdämonie«, wenn wirtschaftliches Handeln zum Selbstzweck gemacht oder verabsolutiert werde und alle anderen gesellschaftlichen Funktionen dem Wirtschaften nachgeordnet oder in dessen Dienst gestellt würden. Die Rahmenbedingungen der marktwirtschaftlichen Wirtschaftsordnung belohnen nach Wünsch ein Verhalten gemäß den methodischen Annahmen des Homo-oeconomicus-Modells, wodurch Egoismus und Gier »gezüchtet« würden. Dadurch würden Menschen guten Willens ständig in Dilemma-Situationen gebracht, könnten sich den Zwängen kaum entziehen und würden, ob sie es wollen oder nicht, in die Dämonie »hineingezerrt«. <sup>1</sup> Auch Arthur Rich wandte sich gegen einen Ökonomismus, der die Wirtschaft nicht mehr als Instrument zur Befriedigung menschlicher Lebensbedürfnisse bzw. zur Förderung der menschlichen Bestimmung ansehe, sondern sie zum Selbstzweck erhebe. <sup>2</sup> Nach Eilert Herms muss die Aufgabe des Wirtschaftsbereichs in Abgrenzung und Zuordnung zu den anderen gesellschaftlichen Funktionsbereichen definiert werden. Alle Bereiche sollten gemeinsam der Bestimmung des Menschen bzw. dem Gemeinwohl dienen. Im Gegensatz zu dieser Grundeinsicht dominiere jedoch der Wirtschaftsbereich seit dem 19. Jahrhundert in den westlichen Gesellschaften die anderen Bereiche. Er tendiere dazu, die Aufgaben anderer Bereiche zu übernehmen, anderen Bereichen seine Maßstäbe überzustülpen und seine Abhängigkeit von den anderen Bereichen

---

<sup>1</sup> Vgl. *Georg Wünsch*: Evangelische Wirtschaftsethik, Tübingen 1927, 389, 393, 457 und 475.

<sup>2</sup> Vgl. *Arthur Rich*: Wirtschaftsethik, Bd. 2, Gütersloh 1990, 15 und 23ff.

zu leugnen.<sup>3</sup> Außerdem sind nach Herms viele Wirtschaftswissenschaftler einem ökonomischen Imperialismus verfallen, d.h. sie reklamieren einen »Allzuständigkeitsanspruch der Ökonomik« und überheben sich »als Anbieter von Gesamtlösungen aller gesellschaftlichen Strukturprobleme«. <sup>4</sup> Schließlich wäre noch Traugott Jähnichen zu nennen, nach dem »jede Form der Verabsolutierung der Ökonomie und damit einer unbegrenzten Geltung ihrer Rationalität in allen Bereichen der Gesellschaft, wie sie angesichts mancher Tendenzen einer fortschreitenden Ökonomisierung der Lebenswelt kritisch zu hinterfragen ist«<sup>5</sup> wesentlichen wirtschaftsethischen Einsichten widerspricht. Seit den Achtzigerjahren wird das Problem einer Ökonomisierung der Diakonie und seit den Neunzigerjahren das Problem einer Ökonomisierung der Kirche ethisch und theologisch diskutiert – mittlerweile glücklicherweise unaufgeregter und differenzierter als in früheren Zeiten.

## **2. Ökonomisierung des Gesundheitswesens als »Dauerbrenner«**

In den letzten Jahren wurde das Thema Ökonomisierung durch den Philosophen Michael Sandel auf die Agenda des internationalen Ethik-Diskurses gesetzt. In seinem Bestseller »Was man für Geld nicht kaufen kann – Die moralischen Grenzen des Marktes« vertritt er zwar keine grundsätzlich neuen Thesen, aber aufgrund seiner anschaulichen Beispiele kann er viele Menschen für die Ökonomisierungs-Problematik sensibilisieren. Er weist insbesondere auf den Aspekt hin, dass durch Ökonomisierung die Zahlungsfähigkeit zum Hauptkriterium der Verteilung aller Güter werde, was die Kluft zwischen Arm und Reich wachsen ließe und letztlich die Demokratie gefährde. In diesem Sinne bezieht er sich auch auf das Gesundheitswesen und verurteilt (unter Bezug auf die Beispiele eines Schwarzmarkts für Arzttermine sowie einer »Concierge medicine«) Entwicklungen zu einer Zwei-Klassen-Medizin als Folge von Ökonomisierungsprozessen.<sup>6</sup> Das Gesundheitswesen stellt schon seit langem (neben dem Bildungsbereich) das meistbemühte Beispiel von Ökonomisierungskritikern dar, da sich hier die ethische Problematik, die in einer Ersetzung der sachgemäßen (in diesem Fall medizinischen) Herangehensweisen, Ziele und Entscheidungskriterien durch ökonomische liegt, den meisten Menschen intuitiv aufdrängt. Bereits seit einigen Jahrzehnten bemühen sich alle Industrienationen durch verschiedene ökonomische Steuerungsinstrumente des steigenden Kostendrucks in ihren Gesundheitssystemen Herr zu werden. Die Politik muss Regelungen schaffen, die einen effizienten Umgang mit den Ressourcen im Gesundheitswesen fördern (und tut dies auch, beispielsweise in § 12 SGB V, jedoch nicht ohne Umsetzungsprobleme). Ein solcher effizienter, also ökonomisch-verantwortungsvoller und nicht-verschwenderischer, Umgang mit ökonomischen Gütern ist auch ethisch gefordert. Durch solche staatliche Regulation wird das Gesundheitswesen keineswegs zu einem marktgesteuerten, unabhängig davon, ob der Gesetzgeber sich marktwirtschaftlicher Mechanismen (zum Beispiel Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte) oder nicht-marktwirtschaftlicher Mechanismen (zum Beispiel Budgetierung durch Fallpauschalen) bedient. Allerdings haben diese Maßnahmen teilweise Phänomene erzeugt, die zu Recht als Ausdruck einer problematischen »Ökonomisierung des Gesundheitswesens« wahrgenommen werden, wie die Vorherrschaft einer betriebswirtschaftlichen Sprache und Denkweise, eine Veränderung des Charakters der Arzt-Patienten-Beziehung (Unsicherheit, ob der Arzt bzw. die Ärztin im Patienteninteresse oder im eigenen, ökonomischen Interesse agiert), einen Bedeutungszuwachs des

---

<sup>3</sup> Vgl. *Eilert Herms*: Die Wirtschaft des Menschen. Beiträge zur Wirtschaftsethik, Tübingen 2004, 67, 250, 291.

<sup>4</sup> *Eilert Herms* (wie Anm. 3), 72 und 78.

<sup>5</sup> *Traugott Jähnichen*: Wirtschaftsethik. Konstellationen – Verantwortungsebenen – Handlungsfelder, Stuttgart 2008, 261.

<sup>6</sup> Vgl. *Michael Sandel*: Was man für Geld nicht kaufen kann. Die moralischen Grenzen des Marktes, Berlin 2012, 25ff. und 34ff.

betriebswirtschaftlichen Controllings oder eine punktuelle Unterversorgung zahlungsschwacher Patientinnen und Patienten.<sup>7</sup>

Eine neue Qualität erhielt die Debatte zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens durch die Einführung des Fallpauschalensystems (DRG) zur Vergütung von Krankenhausleistungen im Jahr 2004. Denn es zeigte sich zeitnah, dass die intendierten Anreize zur Effizienzsteigerung durch negative Folgewirkungen überschattet wurden, nämlich erstens eine Erhöhung des Verwaltungsaufwands (insbesondere zeitaufwändige Dokumentationspflichten) und damit einhergehend eine Reduktion der Zeit für Patientinnen und Patienten, zweitens Qualitätsverluste (durch Anreize zu einer wirtschaftlich, nicht medizinisch begründeten Senkung des Ressourcenverbrauchs für die Patientenbehandlung und durch ökonomisch induzierten Stress) und drittens verstärkte Patientenselektion bzw. medizinisch nicht indizierte Patientenpriorisierung (unlucrative, zum Beispiel chronisch kranke, Patienten werden gemieden oder verschoben). Obwohl diese Effekte gut dokumentiert und auch in der theologischen Medizinethik reflektiert wurden,<sup>8</sup> kommt das ganze Thema in der letzten gesundheitspolitischen Denkschrift der EKD von 2011 (»Und unsern kranken Nachbarn auch!«) eher am Rande vor. Zwar wird in dieser Publikation erwähnt, dass sich infolge einer »spürbar zunehmenden Ökonomisierung und Vermarktlichung des Gesundheitssystems« das medizinische Personal in der Erfüllung seiner »professionellen Verantwortung« eingeschränkt erlebe und »Qualitätseinbußen« ebenso entstehen könnten wie eine »Aushöhlung der traditionellen Arzt-Patienten-Beziehung«,<sup>9</sup> aber die Empfehlungen am Ende schweigen zur Frage der Krankenhausfinanzierung und fordern stattdessen eine stärkere Befähigung der einzelnen Bürgerinnen und Bürger zu eigenverantwortlichem gesundheitsförderndem Verhalten und Selbstsorge sowie eine starke Bindung des medizinischen Personals an (durch die Ökonomisierung gefährdete) professionelle Pflichten und Tugenden.<sup>10</sup> Dies fällt umso mehr auf, als die Denkschrift zuvor selbst die Bedeutung struktureller Maßnahmen betont und auf verschiedene Aspekte, wie die Arbeitsbedingungen von Pflegenden oder den bedarfsorientierten Ausbau von Angeboten für Pflegebedürftige, eingeht. Evangelische Ethik betont traditionell häufig eher die individualethische Dimension und nimmt dabei mitunter eine Vernachlässigung der sozialetischen Dimension in Kauf, was sich insbesondere im Bereich der Wirtschaftsethik häufig als problematisch erweist. Individualethische Appelle, die im Gegensatz zu gegebenen strukturellen Anreizen stehen, werden in der Regel wirkungslos bleiben und haben zudem oft einen überfordernden (und damit unevangelischen) Charakter. Daher sollte es evangelischer Wirtschaftsethik vor allem um die menschengerechte und sachgemäße Gestaltung von Rahmenbedingungen gehen, durch die individuell verantwortliches Verhalten ermöglicht und befördert wird.<sup>11</sup>

In der aktuellen ethischen Debatte zur Ökonomisierung der Medizin im Krankenhaus lassen sich Empfehlungen auf der Mikroebene (Ärzte sollen sich wieder stärker an ihrem traditionellen Berufsethos orientieren und sich Fehlentwicklungen im Arbeitsalltag entgegenstellen),<sup>12</sup> auf der Mesoebene (Organisationsentwicklung in Krankenhäusern fördern

---

<sup>7</sup> Vgl. *Alexander Dietz*: Gerechte Gesundheitsreform? Ressourcenvergabe in der Medizin aus ethischer Perspektive, Frankfurt 2011, 291ff.

<sup>8</sup> Vgl. *Arne Manzeschke*: Die effiziente Organisation. Beobachtungen zur Sinn- und Seinskrise des Krankenhauses, in: *Ethik Med* 23 (2011), 271–282.

<sup>9</sup> *Kirchenamt der EKD* (Hg.): »Und unsern kranken Nachbarn auch! Aktuelle Herausforderungen der Gesundheitspolitik, Gütersloh 2011, 16, 54 und 58.

<sup>10</sup> Vgl. *Kirchenamt der EKD* (wie Anm. 9), 114ff. und 124f.

<sup>11</sup> Vgl. *Arthur Rich*: Wirtschaftsethik. Grundlagen in theologischer Perspektive, Gütersloh 1987, 3. Aufl., 66 und 71.

<sup>12</sup> Vgl. beispielsweise *Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin*: Klinik Codex »Medizin vor Ökonomie«, in: *Deutsches Ärzteblatt* 114 (2017), Heft 49, 2338–2340.

durch Werteformulierung und Wertemanagement)<sup>13</sup> und auf der Makroebene (Fehlanreize durch eine Krankenhaus-Finanzierungsreform überwinden)<sup>14</sup> unterscheiden, wobei zu Recht die Makroebene im Vordergrund steht.

### 3. Die aktuelle Krankenhaus-Finanzierungsreform

In den letzten Jahren erlebten Krankenhäuser einen steigenden finanziellen Druck, der zum einen mit der Umstellung vom Kostendeckungsprinzip auf eine Finanzierung über Fallpauschalen und zum anderen mit problematischen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und Fehlplanungen (unzureichende Investitionsfinanzierung, teilweise Überkapazitäten) auf kommunaler Ebene und Landesebene zu tun hat. Vor dem Hintergrund entsprechender Anreize durch das Fallpauschalensystem in seiner aktuellen Ausgestaltung reagierten die Krankenhäuser auf den Druck mit einer Senkung der Verweildauer der Patientinnen und Patienten und einer gleichzeitigen Erhöhung der Fallzahlen und der Eingriffszahlen (was die Arbeitsbedingungen des medizinischen Personals und die Behandlungsqualität verschlechterte). Studien belegen, dass zunehmend einerseits aus Kostengründen auf medizinisch sinnvolle Behandlungen verzichtet wird<sup>15</sup> andererseits zur Erhöhung der Einnahmen medizinisch unnötige Behandlungen durchgeführt werden.<sup>16</sup> Angesichts dieser Gefährdungen der Patientenversorgung und des Patientenwohls entstanden zahlreiche Stellungnahmen diverser medizinischer Organisationen, die gesundheitspolitische Reformen in der Krankenhausfinanzierung (sowie Krankenhausplanung) forderten. So spricht sich beispielsweise die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften für eine Reduktion der Anreize im DRG-System für stationäre Aufnahmen aus (durch die Schaffung von Vergütungsmöglichkeiten für Indikationsstellung, Kommunikation und Beobachtung), ebenso wie für Zuschläge für die Betreuung besonderer Patientengruppen und eine angemessene Investitionsfinanzierung.<sup>17</sup> Oder die Bundesärztekammer fordert ein Krankenhausvergütungssystem, das »erlösunabhängige pauschalisierte Vergütungskomponenten zur Deckung fallzahlunabhängiger Vorhalte- und Personalkosten sowie fallzahlabhängige Vergütungsanteile kombiniert«<sup>18</sup>. Die Politik reagierte auf diese Problemanzeigen sowie auf die Tatsache, dass rund 60 Prozent der Krankenhäuser in Deutschland vor erheblichen finanziellen Problemen stehen, schließlich im Mai 2022 mit der (bereits im Koalitionsvertrag von SPD und Bündnis 90/Die Grünen angekündigten) Einsetzung einer Krankenhaus-Kommission zur Erarbeitung von Empfehlungen für notwendige Reformen im Krankenhaus(finanzierungs)bereich. Bis zum Sommer 2023 soll ein Vorschlag für eine neue Vergütungs- und Planungsstruktur vorgelegt werden, den das Bundesgesundheitsministerium gemeinsam mit den Ländern zu einem Gesetzesentwurf weiterentwickeln möchte. Seitdem hat die Kommission bereits einige konkrete Empfehlungen formuliert, wie eine Reform der stationären Vergütung von Pädiatrie und Geburtshilfe, um die Überlastung des medizinischen Personals zu überwinden, eine

---

<sup>13</sup> Vgl. beispielsweise *Georg Marckmann*: Ökonomisierung im Gesundheitswesen als organisationsethische Herausforderung, in: *Ethik Med* 33 (2021), 189-201.

<sup>14</sup> Vgl. beispielsweise *Deutscher Ethikrat*: Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus, Berlin 2016.

<sup>15</sup> Vgl. *Daniel Strech u.a.*: Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern. Ärztliche Einschätzungen aus einer repräsentativen Umfrage, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 134 (2009), 1261-1266.

<sup>16</sup> Vgl. *Ulrich Fölsch u.a.*: Mitgliederbefragung zu »Klug entscheiden«: Wie Internisten das Problem von Über- und Unterversorgung werten, in: *Deutsches Ärzteblatt* 113 (2016), 604-606.

<sup>17</sup> Vgl. *Monika Nothacker u.a.*: Medizin und Ökonomie. Maßnahmen für eine wissenschaftlich begründete, patientenzentrierte und ressourcenbewusste Versorgung, ein Strategiepapier der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 144 (2019), 990-996, hier 994.

<sup>18</sup> Vgl. *Bundesärztekammer*: Thesen zur Ökonomisierung der ärztlichen Berufstätigkeit, in: *Deutsches Ärzteblatt* 119 (2022), 1664-1667, hier 1667.

Abbildung von Tagesbehandlungen im DRG-System, um den Anreiz zu unnötigen stationären Einweisungen abzuschaffen, eine Absenkung der Fallpauschalen zugunsten einer Basisfinanzierung für Vorhalteleistungen, Versorgungsstufen und Leistungsgruppen, um medizinische Kriterien gegenüber ökonomischen bei Behandlungsentscheidungen zu stärken, sowie eine Verbesserung der Notfallversorgung durch den Aufbau integrierter Notfallzentren. Außerdem sollen Krankenhäuser von ökonomischem Druck entlastet werden, indem sie nicht mehr alle Leistungen anbieten müssen, sondern sich stärker spezialisieren als Kliniken zur Grundversorgung, zur Regel- und Schwerpunktversorgung oder zur Maximalversorgung. Auf den ersten Blick scheint es so, als seien die Probleme erkannt und geeignete Lösungsmaßnahmen benannt und politisch auf dem Weg ihrer Realisierung (bis auf einzelne Klärungsbedarfe, wie die Umsetzbarkeit von Spezialisierungen im ländlichen Raum). Wäre da nicht noch die begründete Befürchtung, dass die handelnden Akteure in den Krankenhäusern anders auf die Reformen reagieren als gewünscht.

#### **4. Wie reagiert der homo oeconomicus auf die Reform?**

Als es um das Jahr 1900 im vietnamesischen Hanoi eine Rattenplage gab, setzten die französischen Behörden eine Prämie für jeden abgegebenen Schwanz einer gefangenen Ratte aus. Die Menschen reagierten jedoch anders als gewünscht. Sie begannen nicht, Ratten zu jagen, sondern sie begannen, Ratten zu züchten, um an die Prämien zu gelangen. Dasselbe könnte auch geschehen, wenn die Gesundheitspolitik Anreize in der Krankenhausfinanzierung, die als Fehlanreize erkannt wurden, durch neue Anreize ersetzt. Wenn zum Beispiel eine Pauschale zur Finanzierung von Mitarbeitenden eingeführt wird, um die Betreuungsqualität zu verbessern, werden Entscheidungsträger im Krankenhaus dies möglicherweise zum Anlass nehmen, möglichst billige Arbeitskräfte (beispielsweise nur Berufsanfänger) zu suchen, um auf diese Weise einen Überschuss zu erwirtschaften. Oder wenn Vorhalteleistungen finanziert werden, um die Abhängigkeit von Fallpauschalen zu reduzieren, werden Entscheidungsträger möglicherweise vorhandene Ressourcen lediglich pro forma umwidmen, um die Geldleistungen zu erhalten (genau dieses Problem wurde angesichts fehlender Intensivbetten während der Covid-19-Pandemie greifbar). Dass solche Befürchtungen begründet sind, lässt sich an einem Beispiel aus der jüngsten Vergangenheit veranschaulichen. Im Dezember 2022 beschloss der Bundestag angesichts der finanziellen Not sowie verschiedener Missstände in Krankenhäusern ein Gesetzespaket mit Akutmaßnahmen zur Entlastung der Kliniken, die ab Januar 2023 schrittweise eingeführt wurden. Eine dieser Maßnahmen bestand in der Einführung einer zusätzlichen Abrechnungsart, nach der es nun möglich ist, Gelder für die Behandlung von Patienten zu erhalten, auch wenn diese nicht übernachten, sofern eine sechsstündige Behandlung nachgewiesen wird. Zunächst scheint dies ein brauchbares Instrument gegen den Fehlanreiz möglichst vieler stationärer Aufnahmen darzustellen. Faktisch jedoch führte es dazu, dass nun viele Krankenhäuser Personal abstellen, um Patienten, die eigentlich bereits nach einer Stunde hätten wieder gehen können, ohne medizinischen Grund sechs Stunden lang zu überwachen, um danach abrechnen zu können.

Ein Blick in die jüngere Geschichte zeigt, dass die Anfälligkeit von Klinikpersonal dafür, ökonomischen Fehlanreizen nachzugeben, nicht immer so hoch war wie heute. So sank in den siebziger und achtziger Jahren, als eine nahezu unbeschränkte Krankenhausfinanzierung nach dem Selbstkostendeckungsprinzip Fehlanreize zur Ausweitung der Verweildauer gab, trotzdem kontinuierlich die Verweildauer. Ein Grund für den größeren Einfluss ökonomischen Denkens liegt sicherlich darin, dass es heute wesentlich mehr und wesentlich teurere Behandlungsmöglichkeiten gibt (was vor allem für kleine Krankenhäuser ein Problem darstellt). Ein weiterer Grund dürfte jedoch auch darin zu suchen sein, dass man durch die Einführung des Fallpauschalen-Systems einen Prozess in Gang gesetzt hat, durch den die Art des Denkens eines großen Teils des Klinikpersonals nachhaltig verändert wurde. Dies

bestätigen beispielsweise auch die Interviews, die Karl-Heinz Wehkamp und Heinz Naegler im Rahmen ihrer Studie »Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus« von 2017 geführt haben.<sup>19</sup> Viele Handelnde in Krankenhäusern denken nun in den Kategorien des homo oeconomicus und werden entsprechend versuchen, in diesem Sinne alle Möglichkeiten jeder noch so gut gemeinten künftigen gesetzlichen Regelung innerhalb der unüberschaubar komplexen Strukturen für sich bzw. ihre Krankenhaus-Bilanz ökonomisch optimal zu nutzen, gegebenenfalls unter Inkaufnahme medizinischer und volkswirtschaftlicher Nachteile sowie ethischer Probleme. Es muss damit gerechnet werden, dass zusätzliche finanzielle Ressourcen, die Krankenhäuser erhalten, zu einem erheblichen Anteil in den Verwaltungsapparat fließen, um Personen damit zu beschäftigen, nach Möglichkeiten dafür zu suchen, möglichst hohe Summen aus den jeweiligen neuen Finanzierungs-Rahmenbedingungen zu generieren. Als Reaktion darauf müssen auch die Krankenkassen ihre Bürokratie weiter kostspielig ausbauen, um diese Aktivitäten zu kontrollieren und »schwarze Schafe« herauszufiltern.

Bereits 1993 wies der Verhaltensökonom Robert Frank experimentell nach, dass allein eine theoretische Beschäftigung mit dem Modell des homo oeconomicus in einer Lehrveranstaltung ausreicht, um das Denken und Verhalten von Studierenden verschiedener Fakultäten nachhaltig im Sinne einer größeren Bereitschaft zur rücksichtslosen Suche nach dem eigenen Vorteil zu verändern.<sup>20</sup> Das Verhaltensmodell des homo oeconomicus ist ein zentrales Element der neoklassischen ökonomischen Theoriebildung. Es besteht im Wesentlichen in der Annahme, dass sich Akteure in dem Sinne ökonomisch rational verhalten, dass ihr eigener Nutzen im Hinblick auf ihre Präferenzen unter den gegebenen Restriktionen maximiert wird. Obwohl das Modell explizit nicht den Anspruch eines ethischen Leitbildes erhebt, sondern lediglich den eines Theoriekonstrukts zur Bearbeitung spezieller wissenschaftlicher Probleme, wird es faktisch zum nachahmenswerten Verhaltensmuster und prägt individuelles Denken, indem es im Bereich der Politikberatung ökonomischen Empfehlungen zur Gestaltung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, beispielsweise im Gesundheitswesen, zugrunde gelegt wird. Diese Praxis ist sowohl wirtschaftsethisch problematisch, da sie Ökonomisierungstendenzen befördert, als auch wissenschaftstheoretisch, da das Modell aufgrund seiner methodischen Abstraktionen auf den Bereich der Wirtschaft im engeren Sinne zugeschnitten ist.<sup>21</sup> Dies führt, beispielsweise im Gesundheitswesen, zu einer unangemessenen Einebnung der entscheidenden Unterschiede zwischen ökonomischen und anderen Rationalitätsbegriffen, zwischen ökonomischen und anderem Nutzenbegriffen und zwischen ökonomischen und anderen Gütern.<sup>22</sup>

Die auf diese Weise bei vielen Entscheidungsträgern in Krankenhäusern entstandene Art des Denkens (beispielsweise Ausrichtung an betriebswirtschaftlichen Kennziffern und emotionale Distanzierung von Patienten, die verstärkt als zahlende Kunden bzw. ökonomisches Risiko betrachtet werden) und die daraus resultierende Organisationskultur lassen sich nicht kurzfristig wieder verändern. Bekanntermaßen gehört die Beeinflussung der Kultur von Einrichtungen zu den anspruchsvollsten und langwierigsten Managementaufgaben (wie beispielsweise entsprechende Bemühungen in zahlreichen diakonischen Unternehmen seit den neunziger Jahren gezeigt haben). Es wurden zwei Jahrzehnte lang Entscheidungspositionen verstärkt an Personen mit besonders ausgeprägtem ökonomischem Bewusstsein vergeben, während Personen aus dem medizinischen Personal, die die Ökonomisierung als besonders

---

<sup>19</sup> Vgl. *Karl-Heinz Wehkamp/Heinz Naegler*: Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus, in: *Deutsches Ärzteblatt* 114 (2017), 797-804.

<sup>20</sup> Vgl. *Robert Frank u.a.*: Does Studying Economics Inhibit Cooperation?, in: *The Journal of Economic Perspectives* 7 (1993), 159-171.

<sup>21</sup> Vgl. *Alexander Dietz*: Der homo oeconomicus. Theologische und wirtschaftsethische Perspektiven auf ein ökonomisches Modell, *Gütersloh* 2005, 16 und 169f.

<sup>22</sup> Vgl. *Eilert Herms* (wie Anm. 3), 70ff.

unerträglich empfanden, häufig den Beruf wechselten. Das Gewissen von Menschen, die immer wieder ökonomische Kriterien vor medizinische stellen mussten, verändert sich. Was kann nun für einen langfristigen Richtungswechsel getan werden? Apelle und Stellungnahmen, die keine Antwort auf die Frage nach der Umsetzbarkeit im klinischen Alltag geben und die ohnehin kaum gelesen werden, haben wohl keinen Effekt. Durchaus sollte die Vermittlung der Unterscheidung zwischen einem wünschenswerten nicht-verschwenderischen Umgang mit Ressourcen und einer problematischen Ökonomisierung in der Aus- und Fortbildung aller Berufsgruppen in Krankenhäusern einen höheren Stellenwert erhalten. Der Bewusstseinswandel, der infolge der Finanzierungsreform in den letzten zwanzig Jahren in Krankenhäusern stattgefunden hat, könnte jedoch wohl, wenn überhaupt, nur sehr langfristig und punktuell bearbeitet werden (nicht ohne entsprechende Veränderungen der Rahmenbedingungen). Den wichtigsten Schritt stellen sicherlich die angedachten Veränderungen der Finanzierungsformen dar, die in ihrer Ausgestaltung dem »homo-oeconomicus-Test«<sup>23</sup> standhalten müssen. Die bewusste Überprüfung möglicher struktureller Reformen im Blick auf unerwünschte, aber erwartbare Anreize für Akteure, die ihren persönlichen ökonomischen Nutzen sowie denjenigen ihrer Organisation(seinheit) maximieren möchten, ist die wichtigste Empfehlung dieses Diskussionsbeitrags. Neben einer auskömmlichen Grundfinanzierung für die Krankenhäuser hat auch eine angemessene Ärztevergütung (möglichst ohne Boni sowie Gewinnbeteiligungen) eine hohe Bedeutung.

*Prof. Dr. Alexander Dietz  
Hochschule Hannover  
Fakultät V  
Blumhardtstraße 2  
30625 Hannover  
alexander.dietz@hs-hannover.de*

---

<sup>23</sup> Vgl. Karl Homann: Wirtschafts- und Unternehmensethik, Göttingen 1992, 95.