

Zentrum für Medizinische Ethik



MEDIZINETHISCHE MATERIALIEN

Heft 194

**Ethische Implikationen von Kommerzialisierung und
Ökonomisierung des Krankenhauses**

Horst Imdahl

Juni 2013

Horst Imdahl, Dipl.-Ökonom, M.A. (Medizinethik), Geschäftsführer der Städt. Kliniken Mönchengladbach GmbH, Mitglied der AEM und der Arbeitsgruppe Ökonomisierung

Herausgeber:

Prof. Dr. jur. Stefan Huster

Prof. Dr. phil. Hans-Martin Sass

Prof. Dr. med. Dr. phil. Jochen Vollmann

Prof. Dr. med. Michael Zenz

Zentrum für Medizinische Ethik Bochum e.V.

Ruhr-Universität Bochum, Gebäude NABF 04/297, 44780 Bochum,

TEL +49 234 32-27084/50, FAX +49 234 32-14452

Email: Med.Ethics@ruhr-uni-bochum.de

Internet: www.medizinethik-bochum.de

(1) Der Inhalt der veröffentlichten Beiträge deckt sich nicht immer mit der Auffassung des ZENTRUMS FÜR MEDIZINISCHE ETHIK BOCHUM. Er wird allein von den Autoren verantwortet. Das Copyright liegt beim Autor.

© Horst Imdahl

1.Auflage Juni 2013

Schutzgebühr: €6,00

Bankverbindung: Sparkasse Bochum

Kto.-Nr. 133 189 035

BLZ: 430 500 00

ISBN: 978-3-931993-74-0

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	1
1. Einleitung und Problemstellung	3
2. Begriffsbestimmungen	7
2.1 Der Begriff der Ökonomisierung	7
2.2 Der Begriff der Kommerzialisierung	11
2.3 Der Begriff des Krankenhauses	12
2.4 Zusammenfassung	13
3. Erscheinungsformen der Ökonomisierung und Kommerzialisierung des Krankenhauses	14
3.1 Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungseffekte aufgrund von Markt- und Wettbewerbsorientierung	14
3.2 Ökonomisierung und Krankenhausstruktur	16
3.3 Ökonomisierung, Kommerzialisierung und die Folgen für das Berufsbild des Arztes	17
3.4 Ökonomisierung, Kommerzialisierung, DRGs und patientenbezogene Entscheidungen	19
3.5 Rückzug öffentlicher Krankenhausträger zugunsten privatwirtschaftlicher Lösungen	24
3.6 Ökonomisierung, Kommerzialisierung und Qualitätssicherung	24
3.7. Ökonomisierung, Kommerzialisierung und die Folgen für das Personal	26
4. Ethische Implikationen der Ökonomisierung und Kommerzialisierung des Krankenhauses	28
4.1 Erweiterung der Aufgabenstellung klinischer Ethikkomitees als Antwort auf die zunehmende Ökonomisierung und Kommerzialisierung	28
4.2 Die Folgen der zunehmenden Markt- und Wettbewerbsorientierung	29
4.3 Ökonomisierung, Kommerzialisierung und die Folgen für die medizinischen Paradigmen	32
4.4 Das berufliche Ethos der Ärzte	38
4.5 Ökonomisierung, Kommerzialisierung und die medizinethischen Prinzipien mittlerer Reichweite	42
5. Zusammenfassung und Ausblick	48
Literaturverzeichnis	51

Abkürzungsverzeichnis

AG	Aktiengesellschaft
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BGH	Bundesgerichtshof
BPflV	Bundespflegesatzverordnung
bzw.	beziehungsweise
CMI	Case Mix Index
DRG	Diagnosis Related Groups
EUR	Euro
f.	folgende
ff.	folgende (Pl.)
g	Gramm
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VStG	Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
HBG	Handelsgesetzbuch
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
Mio.	Millionen
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NDR	Norddeutscher Rundfunk
NRW	Nordrhein-Westfalen
OP	Operationssaal
SGB	Sozialgesetzbuch
TEP	Total-Endo-Prothese
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
USA	United States of America
u.U.	unter Umständen
vgl.	vergleiche
WIDO	Wissenschaftliches Institut der AOK
WDR	Westdeutscher Rundfunk

z.B. zum Beispiel

ZEKO Zentrale Ethikkommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin
und ihren Grenzgebieten bei der Bundesärztekammer

1. EINLEITUNG UND PROBLEMSTELLUNG

Im Deutschen Ärzteblatt konnte man vor einiger Zeit Folgendes lesen: „Das Krankenhaus wandelt sich von einer Fürsorgeanstalt zu einem Dienstleistungsunternehmen, das auf Kundenbindung angewiesen ist und seine Wettbewerbsfähigkeit am Markt durch spezifische Alleinstellungsmerkmale zu gewinnen sucht. Der Patient wird zum Produktionsfaktor, der möglichst gewinnbringend eingesetzt werden muss“ (Flintrop 2006, S. A-3085).

Es ist noch nicht allzu lange her, dass alleine die Wortwahl zu einem Proteststurm unter den Ärzten geführt hätte. Aber: „Eine neue Sprache der Medizin“ (Hartzband/Groopman 2011, S. 1372) hält Einzug im Gesundheitswesen. Dabei wird der Patient zum Kunden, der Arzt zum Kaufmann, zum Dienstleister, zum Leistungserbringer und Verkäufer. Betriebswirtschaftliche Themen und Termini finden sich mittlerweile wie selbstverständlich auch in den ärztlichen Fachzeitschriften und sind sichtbarer Ausdruck einer in der letzten Zeit zunehmenden Ökonomisierung und Kommerzialisierung des Gesundheitswesens und insbesondere des Krankenhauswesens. Die Gründe hierfür sind vielschichtig. Zum einen kann man seit Jahren eine geistige Strömung feststellen, in deren Mittelpunkt neoliberales Gedankengut steht und die Wettbewerb und Marktkräfte auch in solchen Bereichen Geltung verschaffen möchte, die bis dahin davon unberührt geblieben waren. Der Public Choice-Theorie folgend hat sich die Überzeugung verbreitet, dass bürokratische Steuerungs- und Anreizmechanismen wenig wirksam sind und besser durch Marktmechanismen und ökonomische Anreize abgelöst werden sollten (vgl. Harms/Reichard 2003, S. 14). Die Finanzkrise der öffentlichen Hände und die damit verbundenen leeren Kassen verstärkten diese Tendenz und trugen mit den dadurch deutlich gewordenen Knappheitsproblemen zur Legitimation von ökonomischer Rationalität gerade in bis dahin unberührte Bereiche außerhalb der Wirtschaft bei. Ökonomische Kriterien der Geldverwendung gewannen dadurch immer stärkere Bedeutung.

Von diesen Gedanken blieb auch das Gesundheitswesen nicht verschont. Den zunehmenden Möglichkeiten der Medizin durch Wissensmehrung einerseits und durch den technischen Fortschritt andererseits, verstärkt durch die demographische Entwicklung, standen keine ausreichenden Ressourcen gegenüber. Damit stieg der Kosten- und Leistungsdruck vor allem in den Kliniken, der durch die sich rasant ändernden politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen weiter intensiviert wurde.

In den Krankenhäusern hielt nicht jeder diesem Druck stand. Vor allem öffentliche Träger sahen sich angesichts ihrer leeren Kassen zunehmend außerstande, ihre defizitären

Krankenhäuser in eigener Verantwortung fortzuführen und verkauften sie an private Träger. Diese Entwicklung veränderte die Trägerstrukturen in erheblichem Ausmaß. Private, teilweise börsennotierte Krankenhausketten entstanden und trugen wesentlich dazu bei, dass sich der Anteil privater Kliniken in den letzten 20 Jahren von knapp 15% auf rund 30% verdoppelt, während der Anteil der Kliniken in öffentlicher Trägerschaft kontinuierlich von ehemals 46% auf nunmehr knapp 33% zurückging (vgl. Statistisches Bundesamt 2012).

Auch der Gesetzgeber trug gezielt zu dieser Entwicklung bei, indem er einerseits seit 1993 eine Reform der Krankenhausfinanzierung vollzieht, die mit gedeckelten Budgets und der Einführung von Fallpauschalen für Patienten eine gewinnwirtschaftliche Orientierung der Krankenhäuser herbeiführen soll, und andererseits den Wettbewerb im Gesundheitswesen stärkt, denn mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen steht nach Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit für eine bessere medizinische Qualität, mehr Effizienz, geringere Kosten sowie weniger Bürokratie (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2012). „Um dies zu erreichen muss sich der Wettbewerbsgedanke in allen Bereichen des Gesundheitswesens stärker durchsetzen: zwischen den Krankenkassen, zwischen den Anbietern medizinischer Leistungen und im Verhältnis der Krankenkassen zu den Leistungserbringern – insbesondere zu Ärzten und Krankenhäusern“ (ebenda).

Der Konkurrenzkampf um höhere Einkommen, Gewinne, Honorare oder Marktanteile, so hofft man, zwingt die Anbieter zu besserer Qualität und geringeren Kosten bzw. Preisen. Ein erster Schritt, mehr Wettbewerb im Gesundheitssystem zu etablieren, erfolgte durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 und das Fallpauschalengesetz 2002. Die Absichten des Gesetzgebers werden deutlich, wenn er zur Begründung und zu den Zielen des DRG-Systems im GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 ausführt:

„Problematisch sind auf der Basis der Finanzdaten des 1. Quartals 1999 die aktuellen Steigerungsraten im Krankenhausbereich (...). Sie verdeutlichen auch den dringenden Bedarf, im Rahmen der Strukturreform 2000 den Krankenhausbereich in die Gesamtverantwortung zur Sicherung der Beitragssatzstabilität stärker einzubinden und durch ein ganzes Bündel von Maßnahmen die Wirtschaftlichkeit der stationären Versorgung zu verbessern“ (Deutscher Bundestag 1999, S. 54).

„Mit diesem Gesetz werden weitreichende Strukturveränderungen im Krankenhausbereich und eine Reduzierung der Bettenzahlen angestrebt. Sie sind Voraussetzung dafür, dass die Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Zukunft stabil gehalten werden können. (...) Von den Krankenhäusern und deren

Beschäftigten müssen zum Teil erhebliche Veränderungen und Flexibilität erwartet werden“ (ebenda, S. 113).

In der Begründung zum Fallpauschalengesetz 2002 werden die Erwartungen an das DRG-System formuliert:

„Das neue Entgeltsystem soll das Leistungsgeschehen im Krankenhausbereich transparenter machen, die Wirtschaftlichkeit fördern und die im System tagesgleicher Pflegesätze angelegten Fehlanreize insbesondere zur Verlängerung der Verweildauer beseitigen. Die direkte Verknüpfung der erbrachten Leistungen mit der Vergütung soll vor allem auch dazu beitragen, dass die Ressourcen krankenhausintern wie auch krankenhausübergreifend bedarfsgerechter und effizienter eingesetzt werden“ (Deutscher Bundestag 2001, S. 26).

„Die leistungsorientierte Vergütung der Krankenhäuser wird zu mehr Wettbewerb und zu einer stärker am tatsächlichen Bedarf orientierten Entwicklung der Leistungsstrukturen und Leistungskapazitäten führen“ (ebenda).

Mit dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes zum 1. Januar 2004 und der damit verbundenen Auflösung der Konzertierte Aktion benannte der Gesetzgeber den 1985 eingesetzten „Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ um in „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“. Der Sachverständigenrat erhielt den Auftrag, im Abstand von zwei Jahren Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen. Die bisher erstellten Gutachten sind der Situation im Gesundheitswesen und den veränderten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen entsprechend vorwiegend ökonomischen Inhalts; so trägt das Sondergutachten 2012 den Titel „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“ (Sachverständigenrat 2012).

Zu den veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen der Krankenhäuser zählt zweifelsohne die seit 2003 eingeführte sukzessive Umstellung der Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser auf ein Fallpauschalensystem. Nach einer bis 2009 laufenden Konvergenzphase mit noch hausindividuellen Fallpauschalen gilt seit der „Scharfschaltung“ des Systems 2010 jeweils landesweit ein gleicher Preis für die gleiche Leistung unabhängig von der individuellen Kostensituation eines Krankenhauses.

Die geänderten Rahmenbedingungen haben das Verhalten der Akteure sukzessiv verändert. Krankenhäuser setzen verstärkt auf Effizienz und folgen damit den politischen Vorgaben und den gesetzten finanziellen Anreizen. Sie beschäftigen Medizincontroller, die die erlösoptimierende Behandlungsstrategie entwickeln. Chefarzte erhalten für

Fallzahlsteigerungen und Erhöhung des CMI Boni und niedergelassene Ärzte für ihre Einweisungen Kopf- oder Fangprämien. Das Gewinnstreben erhält in dem ehemals durch gemeinnütziges Handeln gekennzeichneten Bereich einen neuen, höheren Stellenwert. Das Menschenbild des Homo oeconomicus wird auch im Krankenhaus zum Ideal, zum Vorbild. Damit verstärkt sich die Gefahr, dass ökonomische die medizinischen Erwägungen dominieren, mindestens aber beeinflussen. Das wirft viele Fragen auf:

Wie beeinflussen die monetären Anreize das Denken und Handeln der Ärzte? Was bedeutet wirtschaftlich effizientes oder rationales Handeln für das Selbstverständnis der Ärzte und Pflegenden? Welche Bedeutung hat in diesem Zusammenhang das ärztliche und pflegerische Ethos? Lässt sich die Orientierung an ökonomischen Zielgrößen mit ihnen vereinbaren? Steht die ärztliche Fürsorge noch im Mittelpunkt aller Bemühungen?

Wie wirkt sich der Druck zum wirtschaftlichen Handeln auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die von den Ökonomisierungsfolgen unmittelbar betroffen sind, aus? Sie bezahlen den Prozess möglicherweise mit Arbeitsplatzverlust, Outsourcing, Arbeitsverdichtung, Gehalteinbußen. Ist das gerecht bzw. gerechtfertigt?

Bei alledem sollte nach wie vor der Mensch, der leidende Mensch, der Patient, im Mittelpunkt der Überlegungen stehen. Aber kann er sicher sein, dass es auch wirklich so ist? Welche Auswirkungen haben Ökonomisierung und Kommerzialisierung auf das Arzt-Patienten-Verhältnis, die therapeutische Interaktion?

Nach der Klärung der wichtigsten Begriffe werden beispielhaft die Auswirkungen des Einflusses der Ökonomie auf das Verhalten der Beteiligten, auf das ärztliche Ethos und die therapeutische Interaktion dargestellt. Es wird sich zeigen, dass die auf das Verhalten der Ärzte zielenden Anreize ihre Wirkung nicht verfehlen und der Patient nicht mehr sicher sein kann, dass der Arzt immer und jederzeit das Nicht-Schadens-Prinzip (Non-maleficence), das Autonomie-Prinzip (Autonomy), das Wohlwollen-Prinzip (Beneficence) und das Gerechtigkeit-Prinzip (Justice) beachtet (vgl. Beauchamp, Tom L. und Childress, James F. 2008).

2. BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

2.1 Der Begriff der Ökonomisierung

Der Begriff ‚Ökonomisierung‘ ist beispielhaft für die nahezu inflationäre Verwendung und Verbreitung eines neuen Schlagwortes in der öffentlichen Diskussion. Mühlenkamp stellt nach eigenen Recherchen fest, dass der Terminus ‚Ökonomisierung‘ erst seit ca. 1990 verstärkt in Publikationstiteln erscheint (vgl. Mühlenkamp 2003, S. 47). Zuvor wurde der Begriff eher selten verwendet.

Zu diesem Zeitpunkt kannte den Begriff kein Wörterbuch der Wirtschaftswissenschaften; in den meisten erscheint er auch in neuesten Auflagen nicht. Eine einheitliche und allgemein anerkannte Definition fehlt bis heute.

In der Folge wurde der Terminus sowohl in der öffentlichen als auch in der wissenschaftlichen Diskussion in unterschiedlicher Weise verstanden und verwendet. Das bestätigt auch Mühlenkamp, der feststellte, „dass dieser überwiegend von Nichtökonomern mit oft kritischen Untertönen benutzte Begriff recht beliebig respektive mit unklarer Bedeutung verwendet wird“ (ebenda). Daran hat sich bis heute nichts geändert. Missverständnisse sind damit unausweichlich.

So nähern sich die verschiedenen Autoren dem Begriff teils wissenschaftlich, teils ideologisch und teils unter Einschluss einer meist negativen Bewertung oder mit einem Unterton der Besorgnis.

In einem ersten Schritt kann man wie Giovanola Ökonomisierung ganz allgemein als Denk- und Verhaltensmuster verstehen, das auf die Steigerung des individuellen Wohlergehens gerichtet ist – im Sinn der Nutzenmaximierung durch Verfolgen individueller Interessen – und, unter gesellschaftlichem Gesichtspunkt betrachtet, auf Effizienzsteigerung (vgl. Giovanola 2011, S. 22).

Auch Kettner/Loer verstehen darunter ein Denken und Intervenieren, das primär mit einer erwünschten Steigerung der Effizienz zu tun hat. Erwünschte Effekte sollen möglichst zielführend und möglichst sparsam erzielt werden, idealiter also umweglos und verschwendungsfrei (vgl. Kettner/Loer 2011, S. 20). Ein solches Handeln entspricht dem ökonomischen Prinzip, wonach entweder ein gegebener Ertrag mit geringstmöglichem Aufwand (Minimalprinzip) oder aber mit gegebenem Aufwand ein größtmöglicher Ertrag (Maximalprinzip) erzielt werden soll.

Etwas weiter gehen die Versuche, Ökonomisierung als einen Prozess zu beschreiben, der die sukzessive Umstrukturierung des ehemals eher durch gemeinnütziges Handeln

gekennzeichneten Krankenhauses mit deutlicher Dominanz des Sachziels nach marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten mit der stärkeren Ausrichtung auf ein Formalziel, meistens den Gewinn und/oder das Wachstum, zum Ziel hat. Ökonomisierung meint in diesem Sinne die tendenzielle Überformung von medizinischen und pflegerischen Entscheidungen, Therapien, Empfehlungen usw. durch das ökonomische Vorteilskalkül (vgl. Kühn 2004, S. 25).

Diesen eher sowohl wissenschaftlichen als auch praktischen und unter Verwendung etablierter betriebswirtschaftlicher Termini formulierten Definitionen setzen Schimank/Volkman eine schon ideologisch beeinflusste und mit kritischen Untertönen versehene Formulierung entgegen, indem sie unter Ökonomisierung einen Vorgang verstehen, durch den Strukturen, Prozesse, Orientierungen und Effekte, die man gemeinhin mit einer modernen kapitalistischen Wirtschaft verbindet, gesellschaftlich wirkmächtig werden (vgl. Schimank/Volkman 2008, S. 382).

An anderer Stelle wird Kühn, dessen Verständnis von Ökonomisierung noch eher geeignet ist, die konsequente Anwendung des ökonomischen Prinzips zu einem Schreckgespenst werden zu lassen, deutlicher: Ökonomisierung bedeute eben nicht mit gegebenem Mitteleinsatz einen möglichst großen Gesundheitseffekt zu erzielen oder einen gegebenen Effekt mit möglichst geringem Ressourceneinsatz zu schaffen. Ökonomisierung meine vielmehr die der kapitalistischen Marktwirtschaft innewohnende Tendenz der gesellschaftlichen „Landnahme“ (Lutz) durch die Prinzipien der Kapitalwirtschaft, selbst dort, wo kein Kapital verwertet werde (vgl. Kühn 2004, S. 29).

Eine solche Definition, die eine moralische und ideologische Bewertung bereits beinhaltet, hilft in der ethischen Diskussion nicht weiter.

Dietz wendet sich auch deshalb gegen die Verwendung des Begriffs als Kampfbegriff einer wirtschaftsfeindlichen Ideologie. Er versteht Ökonomisierung als Fehlentwicklung und bezeichnet damit Formen unangemessener Einschätzung des Stellenwerts bzw. der Funktion der wirtschaftlichen Dimension in einzelnen Gesellschaftsbereichen (vgl. Dietz 2011, S. 284). Darauf zielen auch andere Autoren ab. Bezogen auf die Steuerung des Gesundheitssystems bezeichnen Gerlinger/Mosebach als Ökonomisierung die Tendenz, ökonomische Handlungskalküle der Akteure zum Ansatzpunkt der Steuerung beispielsweise durch einen Bedeutungszuwachs finanzieller Anreize zu machen (vgl. Gerlinger/Mosebach 2009, S. 10).

In ähnlicher Weise definieren Harms/Reichard, wenn sie unter Ökonomisierung wertungsfrei eine zunehmende Ausrichtung von Handeln an ökonomischen Kategorien, Werten und Prinzipien verstehen (vgl. Harms/Reichard 2003, S. 13), und Kühn, der im

Westfälischen Ärzteblatt deutlich weniger ideologisch als zuvor definiert: „Die mit dem Wettbewerb einhergehende Ökonomisierung der medizinischen und pflegerischen Entscheidungen, Therapien, Empfehlungen usw. stellt hingegen das ökonomische Vorteilskalkül in den Vordergrund und überformt tendenziell die fachlichen und berufsethischen Handlungsmotive“ (Kühn 2004a, S. 10).

Für die hier vorliegende Arbeit ist eine weitergehende und umfassende Definition von Dietz interessant, der den Prozess der Ökonomisierung folgendermaßen umschreibt: „Von Ökonomisierung im Gesundheitswesen kann dann gesprochen werden, wenn die wirtschaftlichen Aktivitäten im Gesundheitswesen (effizienter Umgang mit bestimmten Ressourcen) nicht mehr als Mittel zur Beförderung des Ziels einer guten Gesundheitsversorgung gesehen werden, sondern eine Eigendynamik entwickeln in der Weise, dass zunächst ökonomische Begriffe und Denkweisen das System durchdringen (der Arzt wird zum Unternehmer bzw. Manager, der Patient zum Kunden bzw. Mittel der Gewinnmaximierung, Gesundheit zum kommerziellen Gut), dass weiterhin Gesundheitsökonomien und –manager ihre ökonomischen Methoden nicht den spezifischen Bedürfnissen des Gesundheitswesens anpassen und ihre Tätigkeit nicht den Zielen des Gesundheitswesens unterordnen, sondern dem Gesundheitswesen und ihren Einrichtungen ökonomische Ziele vorgeben (Geld erwirtschaften, sparen), und dass schließlich medizinische Entscheidungen nach ökonomischen Kriterien getroffen werden unter Inkaufnahme eines medizinischen Qualitätsverlusts (z.B. medizinisch nicht angezeigte Verweildauerverkürzung im Krankenhaus)“ (Dietz 2011a, S. 265 f.).

Dietz möchte also erst dann von Ökonomisierung sprechen, wenn die zunehmende Handlungsorientierung der Akteure im Gesundheitswesen an ökonomischen Kriterien und Werten in den Vordergrund tritt und die medizinischen Ziele des Systems den ökonomischen nachgeordnet werden. Der Begriff der Ökonomisierung ist damit negativ belegt, eine werturteilsfreie Diskussion ist nicht mehr möglich.

Bauer unterscheidet zwei Arten des Begriffsverständnisses von Ökonomisierung. Als altbekanntes Phänomen beschreibt er sie als Orientierung des Versorgungssystems (Medizin, Pflege, Pharmazie, Krankenhaus usw.) an den Kriterien der Effektivität inklusive der Kosteneffektivität. „Sie war und ist angesichts der weitgehenden Finanzierung aus solidarisch kalkulierten Zwangsbeiträgen eine gesundheitspolitische Notwendigkeit“ (Bauer 2006, S. 18). In dem heute gebräuchlicheren Verständnis bezeichnet Ökonomisierung eine Orientierung des gesundheitsbezogenen professionellen Handelns an seiner betriebswirtschaftlichen Nutzen- bzw. Gewinnmaximierung. „Ökonomisierung in diesem Sinne wird insbesondere dann

deutlich, wenn die aus der gewinnmaximierenden Logik resultierenden Motive stärker sind als professionelle Qualitätsstandards (zu denen auch die aus der medizinischen Ethik und dem Grundgesetzauftrag resultierende Orientierung an equity = Gleichheit gehört)“ (ebenda).

Es ist deshalb einer Definition der Vorzug zu geben, die Ökonomisierung als einen umsichtigen Prozess beschreibt, der die sukzessive Einführung betriebswirtschaftlich etablierter Verfahren, Begriffe und Instrumente mit dem Ziel einer Steigerung der Effizienz beim Erzielen erwünschter Effekte, zielführend und ohne Verschwendung, zum Gegenstand hat (in Anlehnung an Kettner/Loer). Oder betriebswirtschaftlich formuliert: Ökonomisierung ist die konsequente Anwendung des ökonomischen Prinzips im Gesundheitswesen. So gesehen ist Ökonomisierung nichts wirklich Neues: Denn die Krankenkassen stellen den Versicherten die Leistungen, deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben, unter Beachtung des im § 12 Abs. 1 SGB V formulierten Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung. Dort heißt es, dass die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. „Was diese Begriffe bedeuten, die das SGB V in verschiedenen Normen und in unterschiedlicher Kombination geradezu mantraartig wiederholt, muss das Krankenversicherungssystem jedoch selbst klären, (...)“ (Huster 2011, S. 37). Mühlenkamp versteht es als Auftrag, das Versorgungsziel mit möglichst geringem Mitteleinsatz, also unter Vermeidung überflüssiger Leistungen und Kosten zu erreichen. „Das Wirtschaftlichkeitsprinzip stimmt – wenn auch nicht völlig unumstritten – nach vorherrschender juristischer Meinung mit dem ökonomischen Prinzip überein“ (Mühlenkamp 2003, S. 57).

Da das ökonomische Prinzip sinnvoll nur bei Mittelknappheit wirkt, kann an dieser Stelle auch die Definition von Freudenberg erwähnt werden, der das konsequente Bewusstmachen der Mittelknappheit bei gleichzeitiger konsequenter Anwendung des ökonomischen Prinzips als Ökonomisierung der Medizin bezeichnet (vgl. Freudenberg 2008, S. 144).

Dem ökonomischen Prinzip liegt das Menschenbild des Homo oeconomicus zugrunde. Ihn kennzeichnen vor allem zwei Merkmale: er entscheidet immer eigennützig und zum anderen verfolgt er seine Ziele immer rational. Wenn er eine ökonomische Entscheidung zu treffen hat, dann verfügt er über alle relevanten Informationen und entscheidet sich immer für die seinen Nutzen maximierende Alternative. Damit verfolgt der Homo oeconomicus immer das ökonomische Prinzip.

Da in der derzeitigen Diskussion mit Ökonomisierung mehr gemeint wird als nur die Beachtung der ökonomischen Prinzips, sollte für das private Erwirtschaften von Gewinnen aus gesundheitlichen Dienstleistungen der Begriff der Kommerzialisierung vorbehalten werden. Damit wird die vielfach von nicht ökonomisch vorgebildeten Ökonomisierungsgegnern vorgenommene, aber sachlich verfehlte und in hohem Maße irreführende Gleichsetzung von Ökonomisierung mit Kommerzialisierung vermieden (vgl. Knorr 2005, S. 3).

2.2 Der Begriff der Kommerzialisierung

„Die Unterscheidung von Ökonomisierung und Kommerzialisierung ist analytisch und praktisch bedeutsam“ (Kettner 2010, S. 117). Sie ermöglicht nämlich eine Differenzierung der moralischen Bewertung ökonomischer Vorgänge im Gesundheitswesen nach den Kriterien gut und schlecht. Verstehen wir unter Ökonomisierung den Prozess zu einem verschwendungsfreien effizienten Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen und insbesondere im Krankenhaus, so können wir ganz im Verständnis von Bauer und Dietz die von ihnen als Fehlentwicklung gebrandmarkte Formalzieldomianz als Kommerzialisierung bezeichnen. In Anlehnung an und in Übereinstimmung mit Kettner schlage ich deshalb vor, den Begriff der Kommerzialisierung für Handlungskontexte zu reservieren, wo die maßgeblichen Akteure nicht irgendwelche Ziele verfolgen und effizienter verfolgen wollen, sondern Formalziele wie Gewinn, Wachstum, Marktmacht usw. das Sachziel dominieren. Kommerzialisierung orientiert sich am Prinzip des Lukrativen (vgl. Manzeschke 2009, S. 12).

Auch der Gesundheitsrat Südwest bezieht den Gewinn in sein Verständnis von Ökonomisierung ein, wenn es heißt: „Unter dem Zwang zur Ökonomisierung versteht der Gesundheitsrat also nicht das Streben nach einem maximalen Profit bei der Bewirtschaftung stationärer Einrichtungen, sondern die Notwendigkeit, die vorhandenen Ressourcen so einzusetzen, dass damit die bestmögliche Versorgung der Patienten gesichert wird – unter der Nebenbedingung, auch einen Gewinn zu erwirtschaften, der die laufende Anpassung der stationären Einrichtung an die sich ändernden Verhältnisse und damit deren langfristiges Überleben ermöglicht“ (Landesärztekammer Baden-Württemberg 2010, S. 3).

Der Ökonomisierung wird damit bereits eine ihr innewohnende Gewinnorientierung unterstellt, die sachlich nicht begründet wird. Die Autoren wollen wohl deutlich machen, dass Ökonomisierung mit einer erwerbswirtschaftlichen Orientierung einhergehen darf, die wegen ihrer betriebswirtschaftlichen Notwendigkeit, nämlich das Überleben der Einrichtung zu sichern, positiv zu bewerten und deshalb moralisch nicht zu beanstanden sei.

Bei dem Verständnis von Kommerzialisierung nähert sich der Gesundheitsrat der Definition von Kettner an: „Der Gesundheitsrat behält sich den Begriff ‚Kommerzialisierung‘ für den Fall vor, bei dem das Formalziel ‚Gewinn‘ oder ‚Rendite‘ das Sachziel ‚Betreiben eines Krankenhauses‘ dominiert, weil es dann einzig und allein um das Erzielen einer möglichst hohen Rentabilität für das eingesetzte Kapital geht“ (ebenda, S. 8).

Nicht Ökonomisierung, sondern die Kommerzialisierung läuft somit auf eine Verkehrung der Zweck-Mittel-Relation hinaus (anders Kühn 2004, S. 26).

2.3 Der Begriff des Krankenhauses

Gegenstand der Betrachtung sind Krankenhäuser nach § 2 Nr. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) einschließlich der in den §§ 3, 5 KHG genannten Krankenhäuser, soweit sie zu den Krankenhäusern nach § 107 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gehören.

Nach dem umfassenden Krankenhausbegriff des § 2 Nr. 1 KHG handelt es sich demnach bei Krankenhäusern um Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können.

Nach der Art der Trägerschaft werden öffentliche, freigemeinnützige und private Einrichtungen unterschieden (vgl. dazu und im Folgenden Statistisches Bundesamt 2012, S. 3).

Öffentliche Einrichtungen sind solche, die von Gebietskörperschaften (Bund, Land, Bezirk, Kreis, Gemeinde) oder von Zusammenschlüssen solcher Körperschaften wie Arbeitsgemeinschaften oder Zweckverbänden oder von Sozialversicherungsträgern wie Landesversicherungsanstalten oder Berufsgenossenschaften betrieben oder unterhalten werden. Sie können in öffentlich-rechtlicher oder privatrechtlicher Form geführt werden.

Die in öffentlich-rechtlicher Form betriebenen Krankenhäuser sind entweder rechtlich selbständig (Zweckverband, Anstalt, Stiftung) oder rechtlich unselbständig (z.B. Regie- oder Eigenbetrieb).

Träger in rechtlich selbständiger Form (z.B. als GmbH) gehören dann zu den öffentlichen Trägern, wenn Gebietskörperschaften oder Zusammenschlüsse solcher Körperschaften unmittelbar oder mittelbar mit mehr als 50 von Hundert des Nennkapitals oder des Stimmrechts beteiligt sind.

Freigemeinnützige Einrichtungen werden von Trägern der kirchlichen und freien Wohlfahrtspflege, Kirchengemeinden, Stiftungen oder Vereinen betrieben und unterhalten. Private Einrichtungen benötigen als gewerbliche Unternehmen eine Konzession nach § 30 Gewerbeordnung.

2.4 Zusammenfassung

Ökonomisierung ist nach den obigen Ausführungen mit dem Bestreben gleichzusetzen, das Handeln am ökonomischen Prinzip auszurichten. Diesem Grundsatz liegt das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V zugrunde, das deutlich machen will, dass ein unwirtschaftlicher Ressourceneinsatz Nutzenstiftung an anderer Stelle verhindert. Das Wirtschaftlichkeitsgebot fordert die Vermeidung unnötigen Ressourceneinsatzes.

Die zuletzt gefundene Differenzierung zwischen Ökonomisierung und Kommerzialisierung erlaubt eine Trennung des Vorgangs der Übertragung erwerbswirtschaftlicher Prinzipien in solche, die nützlich und gut sind und solche, die das eigentliche Ziel des Ressourceneinsatzes aus dem Auge verlieren und zu einer Verkehrung der Zweck-Mittel-Relation führt: „Geld ist nicht mehr Mittel zum Zweck der Versorgung von Kranken, sondern die Versorgung von Kranken wird Mittel zum Zweck der Erzielung und Optimierung von Einnahmen“ (Simon 2001, S. 24).

In noch differenzierterer und zielorientierterer Weise haben Schimank und Volkmann (vgl. Schimank/Volkmann 2008, S. 385 f) im Anschluss an Pierre Bourdieu ein Modell zur Klassifizierung von Ökonomisierungsstufen vorgelegt. Sie unterscheiden fünf Stufen der Ökonomisierung. Auf der ersten Stufe ist genug Geld da, um das wünschenswerte auch finanzieren zu können. Verlustminimierung oder Gewinnmaximierung spielen keine Rolle. Auf Stufe 2 kommt Zahlungsfähigkeit als Nebenbedingung ins Spiel. Die Akteure dürfen sich immer noch das Wünschenswerte leisten, allerdings sollten sie Verluste möglichst vermeiden. In der dritten Stufe ist Verlustvermeidung eine „unhintergehbare Restriktion“. Aus der Soll-Erwartung der Stufe 2 wird eine Muss-Erwartung. Erstmals unterbleibt das medizinisch Notwendige aus Kostengründen; hier beginnt der Prozess der Kommerzialisierung. Auf der Stufe 4 wird Gewinnerzielung zum Handlungsziel. Auf der Stufe 5 geht es nur noch darum, soviel Gewinn wie möglich zu machen. Oder: „Die wirtschaftliche Normativität wird zum Ausdruck der alleinigen Wertschätzung von Profit als solchem“ (Kettner 2010, S. 131). Die Betrachtung beschränkt sich auf Krankenhäuser nach § 2 Nr.1 KHG i. V. m § 107 Abs. 1; Vorsorge- und Rehabilitationskrankenhäuser sind nicht Gegenstand der Ausführungen.

3. ERSCHEINUNGSFORMEN DER ÖKONOMISIERUNG UND KOMMERZIALISIERUNG DES KRANKENHAUSES

Versteht man Ökonomisierung als Umsetzung des ökonomischen Prinzips, so kann man nach den einleitenden Ausführungen und der gefundenen Begriffsdefinition die Ökonomisierung im Krankenhaus ethisch kaum beanstanden. Wenn Kettner fragt, ob Ökonomisierung gut sein kann und Kommerzialisierung schlecht sein muss (vgl. Kettner 2010), wird der Zwiespalt deutlich, der auch in den folgenden Ausführungen erkennbar wird: Aufgrund der Komplexität des Krankenhausbetriebs ziehen Ökonomisierung und Kommerzialisierung eine Reihe von nicht beabsichtigten und nicht vorhersehbaren bzw. vorhergesehenen Folgen nach sich, die aber den Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungsprozessen unmittelbar zuzurechnen sind.

3.1 Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungseffekte aufgrund von Markt- und Wettbewerbsorientierung

Seit über zwei Jahrzehnten lässt sich eine stärkere Hinwendung zu mehr Wettbewerb in der Patientenversorgung feststellen. Dass das auch gewollt ist, verdeutlicht ein Blick auf den Internetauftritt des Bundesministeriums für Gesundheit. Dort heißt es unter der Überschrift „Wettbewerb im Gesundheitswesen“: „Ziel der christlich-liberalen Regierungskoalition ist es, den Wettbewerb im Gesundheitswesen zu stärken, denn mehr Wettbewerb nützt den Patientinnen und Patienten. Sie erhalten so eine größere Wahlfreiheit und am Ende eine bessere Behandlung. Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen steht für eine bessere medizinische Qualität, mehr Effizienz, geringere Kosten sowie weniger Bürokratie. Um dies zu erreichen muss sich der Wettbewerbsgedanke in allen Bereichen des Gesundheitswesens stärker durchsetzen: zwischen den Krankenkassen, zwischen den Anbietern medizinischer Leistungen und im Verhältnis der Krankenkassen zu den Leistungserbringern – insbesondere zu Ärzten und Krankenhäusern“ (Bundesministerium für Gesundheit 2012). Wettbewerb bedeutet, dass die Allokation der Gesundheitsgüter, die Verteilung, wer welche Güter zu welchem Zeitpunkt zu welchem Preis von wem bekommen soll, grundsätzlich nicht über den Staat, sondern über den Markt erfolgen soll, obwohl das deutsche Gesundheitssystem Teil des öffentlich-rechtlich verantworteten Sozialversicherungssystems ist. „Diese Entwicklung in Richtung vermehrten Wettbewerb muss, weder was die gesundheitliche Versorgung noch was die ethischen Standards angeht, grundsätzlich problematisch sein, ja kann sogar positive Impulse mit sich bringen, etwa wenn es durch vermehrten Wettbewerb (etwa Benchmark

zwischen Kliniken) zu höherer Beachtung von ethisch relevanten Aspekten (Lebensqualität, Patientenzufriedenheit, Beschwerdemanagement usw.) von Behandlungsabläufen kommt“ (Dammann 2007, S. 256).

Besondere Beachtung muss den beschleunigten Abläufen in den Kliniken mit der Konsequenz kürzerer Verweildauern der Patienten gewidmet werden, denn Markt und Wettbewerb führen zu schnelleren und damit wirtschaftlicheren Prozessen. Oder, wie Maio es formuliert: „Das Diktat des Marktes ist ein Diktat der Zeitökonomie“ (Maio 2011, S. 859).

Wettbewerb führt nur dort zu den gewünschten Effekten, wo es einen Markt gibt. Markt nennt man in funktionaler Hinsicht den realen oder fiktiven Ort des Zusammentreffens eines Angebots an (knappen) Gütern und Dienstleistungen mit der Nachfrage nach eben diesen Gütern und Dienstleistungen, durch das sich Preise bilden. Krankenhäuser sind aber in ihrer Preisgestaltung nicht frei, sie rechnen ihre Leistungen nicht nach Preisen ab, die sich auf Grund von Angebot und Nachfrage bilden, sondern müssen ihre Leistungen nach gesetzlichen vorgegebenen Sätzen abrechnen. Über die abzurechnenden Leistungsmengen haben sie mit den Vertragspartnern zu verhandeln; die Einigung bedarf zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung der zuständigen Landesbehörde. Gleichwohl muss man feststellen, dass sich aus der Sicht der Patienten der mit der Einführung der DRGs verbundene Wettbewerb zum Garanten für eine bestmögliche Versorgung entwickelt hat. Er zwingt die Krankenhäuser, sich intensiv mit den Leistungen und der Leistungsentwicklung der Krankenhäuser auseinanderzusetzen, mit denen es im Wettbewerb Kliniken steht. So lassen sich Stärken-Schwächen-Profile entwickeln, die zur Verbesserung des eigenen Leistungsportfolios genutzt werden können.

Vor dem Hintergrund sinkender Verweildauern und der Vergütung durch Fallpauschalen intensiviert sich der Wettbewerb zwischen den Häusern weiter. Dies wird auch an dem höheren Stellenwert deutlich, den mittlerweile das Kartell- und Wettbewerbsrecht spätestens mit der Untersagung des Erwerbs der Kreiskrankenhäuser in Neustadt/Saale, Mellrichstadt und Eisenhüttenstadt durch die Rhön-Klinikum AG im Jahre 2005 einnimmt. Folgerichtig ist für Bundeskartellamtspräsident Mundt der Krankenhausmarkt im Grunde ein Markt wie jeder andere. „Zwar werden Krankenhäuser staatlich geplant und finanziert, dennoch sind die Kliniken unternehmerisch tätig und stehen miteinander im Wettbewerb“ (O.V. 2012). Die Kliniken verhielten sich gezielt wettbewerbsmäßig, was sich weniger auf den Preis als vielmehr auf die Qualität auswirke (ebenda). Das wissen mittlerweile auch die Patienten und verhalten sich dementsprechend: sie informieren sich, vergleichen die Leistungen und ihre Qualität und stimmen mit den Füßen ab. Kliniken mit schlechter Presse

rutschen schnell in existenzgefährdete Schieflagen ab, Verkauf, Insolvenz oder die Schließung drohen.

3.2 Ökonomisierung der Krankenhausstrukturen

Versteht man Ökonomisierung als die sukzessive Einführung betriebswirtschaftlich etablierter und in der Privatwirtschaft bewährter und erfolgreicher Verfahren, Begriffe und Instrumente mit dem Ziel einer Steigerung der Effizienz beim Erzielen erwünschter Effekte, so beginnt dieser Prozess im Krankenhaus mit der Bundespflegesatzverordnung von 1973, die zum 1.1.1974 in Kraft trat und in deren § 20, der mit „Rechnungswesen“ überschrieben ist, es im ersten Satz heißt: „Für die Ermittlung der Selbstkosten und den Nachweis einer sparsamen Wirtschaftsführung ist die kaufmännische Buchführung und Betriebsabrechnung anzuwenden“. Damit wurde auch für die Krankenhäuser ein zwei- bis dreiteiliges ressourcenverbrauchsorientiertes Rechnungswesen verbindlich, das analog zur privatwirtschaftlichen Praxis aus einer Ergebnisrechnung mit Aufwendungen und Erträgen, einer Finanzrechnung mit Einnahmen und Ausgaben sowie einer Bilanz mit der stichtagsbezogenen Erfassung von Vermögen und Schulden bestand.

Mit der Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten und heute mit den DRGs als landesweit gleichem Preis für die gleiche Leistung änderte sich der Stellenwert der Kostenrechnung. Insbesondere die patientenbezogene Kostenträgerrechnung erlangte eine herausragende Bedeutung, da die der Kalkulation der jeweiligen DRG zu Grunde liegenden Kosten nach Kostenart und Kostenstelle, nach Personal- und Sachkosten, nachvollziehbar wurden und mit der eigenen Kostenstruktur verglichen und in Relation zu den Erlösen gestellt werden konnten.

Ferner erlaubt die so gewonnene Kostentransparenz erlösbezogene Wirtschaftlichkeitsberechnungen und damit Aussagen über die Effizienz der Leistungserstellung. Bei nachgewiesener Unwirtschaftlichkeit können sich daraus Konsequenzen für das Leistungsangebot und die vorgehaltenen Kapazitäten ergeben. Damit wird erkennbar, dass mit Hilfe differenzierter Informationen über das Kosten- und Leistungsgeschehen eine Leistungssteuerung erfolgt, die sich nicht an den Patientenbedürfnissen, sondern an ökonomischen Kriterien orientiert.

Um den geänderten Anforderungen auch in der Führung der Krankenhäuser gerecht werden zu können, kam es sowohl bei frei-gemeinnützigen als auch bei öffentlichen Trägern zu Rechtsformwechseln insbesondere zu der der gemeinnützigen GmbH. Dieser Trend hält

bis heute an, wobei im kommunalen Bereich sich das Kommunalunternehmen und im gemeinnützigen Bereich die Aktiengesellschaft als weitere Rechtsformen etabliert haben.

Mit der Änderung der Rechtsform erfuhr auch die Corporate Governance, die gute und verantwortungsvolle Unternehmensführung und -überwachung, eine erhöhte Aufmerksamkeit. Obwohl Corporate Governance Kodizes sich in erster Linie an börsennotierte Gesellschaften wenden, werden sie zunehmend auch in nicht börsennotierten Gesellschaften, auch in solchen, die kein Gewinninteresse haben, beachtet. Neue Managementkonzeptionen hielten damit auch im Krankenhaus Einzug.

3.3 Ökonomisierung, Kommerzialisierung und die Folgen für das Berufsbild des Arztes

„Eines der deutlichsten Zeichen des Ökonomisierungsbestrebens ist die Transformation nahezu aller Formen sozialer Interaktion in Kunden-Anbieter-Beziehungen. Bürger, Schüler und Studenten, Gemeindemitglieder, Patienten und Klienten werden zunehmend zu Kunden“ (Thielemann 2004, S. 71f.). So führt auch die steigende Marktorientierung und die wettbewerbsmäßige Überformung der Medizin zu einer Veränderung des Arzt-Patienten-Verhältnisses kontinuierlich in Richtung einer Nachfrager-Anbieter, Käufer-Verkäufer oder Kunde-Unternehmer-Beziehung. Dabei ruft die Vorstellung eines Patienten als Kunde sofort Widerspruch hervor. Unterscheidet sich das Arzt-Patienten-Verhältnis nicht grundlegend von demjenigen zwischen Käufer und Verkäufer, zwischen Anbieter und Kunde?

Was ist ein Kunde? Ein Kunde ist ein potentieller Käufer von Produkten, von Waren oder Dienstleistungen. Kunden sind Zahlende. Der Kunde wählt aus, kauft oder auch nicht. Dabei kann er in der Regel frei unter den Anbietern wählen. Er trifft seine Entscheidung, so die ökonomische Theorie, unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten. Er gilt als souverän, die Ökonomie spricht hier von Konsumentensouveränität, und gut informiert. Der Patient dagegen wird als Leidender wahrgenommen, der in der Situation des Krankseins hilfsbedürftig und in seinen Möglichkeiten eingeschränkt ist. Kranke Menschen entsprechen in den allerseltensten Fällen dem ökonomischen Ideal eines informierten Kunden (vgl. Manzeschke 2007, S. 81).

Doch scheint sich dieses Bild zu wandeln und der Patient – sei es gewünscht oder nicht – wird zunehmend als Kunde betrachtet. Die Wandlung des Patienten zum Kunden korrespondiert auf der Anbieterseite, d.h. auf der Seite der Ärzte und Krankenhäusern, mit einer Steigerung des Angebots; Schwerpunkte werden neu etabliert und zur besseren

Positionierung im Wettbewerb meistens einem Qualitätsaudit unterzogen, das nach erfolgreicher Zertifizierung öffentlichkeitswirksam vermarktet wird.

Zur Ökonomisierung des Berufsbildes des Arztes in der Öffentlichkeit hat auch die Diskussion um die Forderung und Annahme von sogenannten Fang- oder Kopfprämien beigetragen. Dabei handelt es sich um meist verdeckte Zahlungen von Krankenhäusern an zuweisende Ärzte. „Immer mehr Ärzte ‚verkaufen‘ ihre Patienten“, überschrieb die Frankfurter Allgemeine Zeitung einen Bericht und machte damit auch den ethisch fragwürdigen Aspekt der Zahlungen deutlich (vgl. Mihm 2009). Aber schon die Berufsordnung für Ärzte untersagt die Zuweisung von Patienten gegen Entgelt. Wagner zitiert in einem Kommentar in der Frankfurter Rundschau den damaligen Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Jörg-Dietrich Hoppe, der meinte, dass angesichts der „zunehmenden Kommerzialisierung“ die Ehrenkodizes nicht mehr hielten. Der Kommentator schlussfolgert, dass Hoppe damit seinem Berufsstand ein Armutzeugnis ausstelle (vgl. Wagner 2009).

Ärzte reagierten auch auf die vom Staat sanktionierten und von den Verbänden vertraglich vereinbarten finanziellen Steuerungsinstrumente und ließen sich bei Ihren Entscheidungen, Empfehlungen, Verschreibungen, Über- und Einweisungen primär von den damit verbundenen persönlichen Gewinnchancen und -risiken leiten (vgl. Kühn 2004, S. 25). Diese Einstellung versuchte die Deutsche Krankenhausgesellschaft für ihre Kliniken zu nutzen und berücksichtigte in der 8. Auflage von 2007 ihrer Chefarztvertragsmuster erstmalig den Abschluss von Zielvereinbarungen, bei deren Erreichen der Chefarzt zusätzlich zu seiner Vergütung einen in der Regel finanziellen Bonus erhält. Zielgrößen der Vereinbarung können u.a. Leistungen nach Art und Menge sein. Das Einkommen der Chefärzte ist in diesen Fällen abhängig von dem Erreichen vereinbarter Leistungsdaten. Unschuld berichtet von (christlichen und weltlichen) Krankenhäusern, die von ihren Chefärzten vertraglich festgeschrieben eine 5 bis 10%ige Steigerung der stationären Patienten im Vergleich zum Vorjahr verlangen (vgl. Unschuld 2011, S. 81f.) Der Arzt wird somit zum (Mit-)Unternehmer.

Damit hat sich aber auch die Qualität der Boni geändert. Während ursprünglich mit dem Bonus eine durch den Einsatz und die Leistung des Chefarztes bedingte hinzugewonnene Attraktivität der Abteilung, gemessen an steigenden Patientenzahlen, honoriert werden sollte und wurde, wird heute der Bonus vereinbart, **damit** die Patientenzahl steigt. Aus der Leistungsanerkennung wird eine Leistungsforderung, aus dem ex-post-Danke ein ex-ante-Anreiz zur möglicherweise medizinisch nicht immer indizierten Leistungsausweitung.

Heute enthalten immer mehr Verträge mit Leitenden Ärzten entsprechende Zielvereinbarungen. Unterstützt wird diese Entwicklung auch durch vergleichbare Regelungen in Tarifverträgen. So heißt es zum Beispiel im Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern im Bereich der kommunalen Arbeitgeberverbände (TV-Ärzte/VKA): „Ärztinnen und Ärzte können auf der Grundlage einer Zielvereinbarung eine Leistungsprämie erhalten. An Ärztinnen und Ärzte können am Unternehmenserfolg orientierte Erfolgsprämien gezahlt werden. Die für die Erfolgsprämie relevanten wirtschaftlichen Unternehmensziele legt die Unternehmensführung zu Beginn des Wirtschaftsjahres fest.“ Damit ist die Durchdringung der Arztarbeitsverhältnisse auf sämtlichen Ebenen im Krankenhaus mit variablen Gehaltsbestandteilen erreicht. So können jetzt die Zielvereinbarungen, die zwischen dem Chefarzt und dem Krankenhausträger abgeschlossen werden und zu deren Erreichen der Chefarzt auf die Mithilfe seine Ärzte angewiesen ist, durch entsprechende Zielvereinbarungen mit den nachgeordneten Ärzten unterstützt werden. Boni und Erfolgsprämien werden im Allgemeinen dann gezahlt, wenn ergebnisrelevante Zielgrößen wie Fallzahlen und Case Mix Index erreicht, Budgets eingehalten und/oder der angestrebte Gewinn erzielt werden. So gibt der Geschäftsführer des Berliner Krankenhauskonzerns Vivantes auf die Frage, wie er die Gesellschaft in schwarze Zahlen geführt habe, unumwunden zu, dass er den Chefärzten üppige Bonuszahlungen in Aussicht gestellt habe, wenn sie die Leistungsdaten steigern (vgl. Flintrop 2012, S. A-298). „Die ökonomische Logik wird zum Maß aller Dinge“ (Flintrop 2006, S. A-3082).

3.4 Ökonomisierung, Kommerzialisierung, DRGs und patientenbezogene Entscheidungen

Mit der Gesundheitsreform 2000 fiel die Entscheidung für die Einführung eines leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems. Seit 2004 müssen die Krankenhäuser auf der Basis diagnosebezogener Fallpauschalen (DRGs = Diagnosis Related Groups) ihre stationären und teilstationären Leistungen abrechnen. Dabei handelt es sich um ein Patientenklassifikationssystem, das in einer klinisch relevanten und nachvollziehbaren Weise Art und Anzahl der behandelten Krankenhausesfälle in Bezug zum Ressourcenverbrauch des Krankenhauses setzt, d.h., dass das Krankenhaus für jeden Behandlungsfall eine kostenbasierte und landesweit einheitliche Pauschale erhält, die im Normalfall den Aufwand eines durchschnittlichen Behandlungsfalles von der Aufnahme bis zur Entlassung deckt. Abschreibungen, Zinsen oder Gewinne sind nicht kalkuliert und demgemäß auch nicht in den DRGs enthalten. Durch die Begrenzung der pro Fall zur Verfügung stehenden Finanzmittel

besteht allerdings die Gefahr, dass Patienten als verlustbringend angesehen werden können und für den Patienten nützliche Leistungen unterbleiben. „Der Ökonomisierung im Gesundheitswesen ist mit dem DRG-System ein weiterer wichtiger Baustein hinzugefügt worden“, konstatiert Manzeschke (Manzeschke 2008, S. 357).

Das DRG-System ist ähnlich wie die frühere Einzelleistungsvergütung im Vertragsarztbereich darauf angelegt, dass nur über steigende Fallzahlen die eigene Ertragssituation gehalten oder verbessert werden kann. Die Höhe des Basisfallwertes, vergleichbar mit dem Punktwert im ambulanten Bereich, ist abhängig von der Anzahl und der Wertigkeit der erbrachten Leistungen. Da die Gesamtvergütung landesweit gedeckelt ist, mindern mehr und/oder höher zu vergütende Leistungen den Basisfallwert. Vor diesem Hintergrund haben alle Kliniken ein hohes Interesse an steigenden Fallzahlen mit mindestens konstanter, besser aber steigender Wertigkeit (Kostengewicht).

Fallzahlsteigerungen sind noch aus einem anderen Grund wirtschaftlich bedeutsam. Oft lassen sich nämlich nur so Investitionen rechtfertigen bzw. refinanzieren. Als der Helios-Konzern 2007 die Städtischen Kliniken Krefeld übernahm, wurden im Jahr zuvor 35.812 Patienten stationär behandelt. 2009 waren es schon 43.360 – eine Steigerung um 21 % (vgl. Röse 2010). Bereits zur Übernahme hatte Helios angekündigt, die Patientenzahl auf 45.000 Fälle pro Jahr steigern zu wollen.

Auch bei der Privatisierung der Krankenhäuser der Stadt Düsseldorf im Jahre 2008 stand die Fallzahlsteigerung im Vordergrund des betriebswirtschaftlichen Kalküls. Mit 4.000 Patienten jährlich mehr glaubte man die finanziellen Zusagen in Höhe von 80 Mio. EUR bei der Übernahme refinanzieren zu können (vgl. Köpp 2008).

Im klinischen Sprachgebrauch wird die Ursache dieser Art der Fallzahlsteigerung treffenderweise Amortisationsindikation genannt.

Unabhängig von der Finanzierung der erbrachten Leistungen aus dem gedeckelten Topf führen aber auch rein betriebswirtschaftliche Überlegungen zu der Erkenntnis, in erster Linie durch steigende Fallzahlen die Ergebnissituation der Einrichtung verbessern zu können. Betriebswirtschaftlicher Hintergrund ist der der DRG-Kalkulation zugrunde liegende Umstand, dass jede DRG Finanzierungsanteile zur Fixkostendeckung enthält. Auf diesem Weg führen steigende Fallzahlen erst zur Fixkostendeckung und dann zu Überschüssen. Für die meisten Krankenhauskonzerne ist Wachstum oberstes Unternehmensziel. Wachstum verstärkt die Marktmacht und erschließt neue Gewinnpotentiale. So weist Wolfgang Pföhler, Vorstandsvorsitzender der Rhön-Klinikum AG in seiner Rede zur Hauptversammlung am 8. Juni 2011 darauf hin, dass Rhön mit 53 Kliniken und 35 MVZ in zehn Bundesländern über

eine Verbundstruktur mit erheblichem Gestaltungspotential verfügt (vgl. Rhön-Klinikum AG 2011a, S. 15). Über die Schaltstelle MVZ kann Rhön Einfluss auf die Patientenströme nehmen, sie kontrollieren und in die eigenen Kliniken steuern. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Ärztekammer sehen die Beteiligung von ausschließlich ökonomisch motivierten Kapitalgebern an MVZ kritisch. Das Deutsche Ärzteblatt zitiert aus einem gemeinsamen Gesetzgebungsvorschlag der Verbände zur Organisation von MVZ, in dem sie feststellen, dass in einem MVZ, das überwiegend oder ausschließlich mit Fremdkapital finanziert wird, die Gefahr besteht, dass wirtschaftliche Interessen die medizinischen Belange der Patienten überlagern und dominieren; die Behandlung der Patienten könne sich nicht mehr primär an den medizinischen Anforderungen orientieren (vgl. Meißner 2011, S. A-2064). Pföhler macht dies auch deutlich, wenn er zur Zusammenarbeit mit den Ärzten im MVZ feststellt: „Es ist eine Partnerschaft auf Augenhöhe. Wir halten die Mehrheit und die Ärzte sind am Erfolg beteiligt“ (O.V. 2011, S. 276). Damit bestätigt Pföhler die Abhängigkeit der Einkommen der Ärzte vom Erfolg des MVZ.

Auch der Konkurrent Sana, viertgrößter Krankenhauskonzern, findet Wege, die Verbundstruktur für konzerninterne Steuerung der Patienten zu nutzen und so Fallzahlen, also Wachstum und Erlöse, zu generieren. Die Krankenhausbetriebsgesellschaft Bad Oeynhausen mbh, Rechtsträgerin des Herz- und Diabeteszentrum Nordrhein-Westfalen, Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum, an der die Sana Kliniken AG über die „Gemeinnützige Gesellschaft Klinik für Diabeteskranke Bad Oeynhausen mbH“ zu 50 % beteiligt ist (die weiteren 50 % hält das Land Nordrhein-Westfalen), erklärt im Lagebericht gemäß § 289 Handelsgesetzbuch (HGB) des Jahresabschlusses zum 31.12.2008 unter anderem: „Für 2009 ist vorgesehen, mit den Krankenhäusern der Sana-Gruppe in Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen zu Vereinbarungen zu kommen, die eine kontinuierliche Zufuhr der herzchirurgischen Patienten vorsehen“ (Krankenhausbetriebsgesellschaft Bad Oeynhausen mbH 2009). Auch hier wird die Konzernstruktur genutzt, um Patientenströme zum eigenen Vorteil zu steuern.

Die Vorgehensweise, aber noch mehr die Wortwahl bestätigt Simon in seiner bereits 2001 geäußerten Meinung, dass bei gewinnorientierten Kliniken die Versorgung von Patienten nicht Zweck, sondern Mittel im Rahmen eines strategischen Unternehmens- und Marketingkonzepts ist (vgl. Simon 2001, S. 41).

In letzter Zeit häufen sich auch Veröffentlichungen über unnötige Operationen, fragwürdige Abrechnungen und falsche bzw. unterlassene Behandlungen. „Die deutschen Kliniken können offensichtlich nicht mehr garantieren, dass man ausschließlich aus

medizinischen Gründen im Krankenhaus behandelt wird“, sagt der Geschäftsführende Vorstand des AOK-Bundesverbandes, Uwe Deh, auf dem Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit in Berlin und verweist auf Zahlen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) (AOK-Bundesverband 2012). Demnach ist die Zahl der Rücken-OPs in den Jahren 2005 bis 2011 zum Teil erheblich gestiegen. Besonders auffällig sei die Entwicklung beim Einsatz sogenannter Cages (Wirbelkörperversteifungen mit Metallkäfigen), die um 560 Prozent von knapp 10 auf gut 62 OPs pro 100.000 Versicherte gestiegen seien. Von gut 4 auf knapp 8 pro 100.000 Versicherte habe sich auch der Einsatz von Bandscheibenprothesen in den Jahren von 2005 bis 2009 nahezu verdoppelt. „Da scheinen ökonomische Gründe eine Rolle zu spielen“ (ebenda).

Bereits 2010 warnte der ehemalige Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Reiner Gradinger, auf dem Chirurgenkongress vor der Kommerzialisierung der Medizin: „Viel zu häufig wird die Entscheidung über Diagnose- oder Therapieverfahren auf Grundlage der Vergütungszahlen entschieden“ (Gaede 2010, S. 18). Und in einem Interview macht er später Ärzten und Klinikverwaltungen schwere Vorwürfe: „Wir leiden unter einer zunehmenden Kommerzialisierung der Medizin. Das heißt, es werden unnötige Eingriffe vorgenommen, weil sie Kliniken und auch Praxen Geld bringen“ (O.V. 2010). Seine Analyse wurde von Zahlen der Barmer GEK gestützt, die in ihrem Krankenhausreport 2010 (teilweise sehr) deutliche Steigerungsraten in der Hüft- und Knieendoprothetik von bis zu 86% auswies (Barmer GEK 2010, S. 197ff.).

Unschuld vermutet mit Blick auf unzählige und unnötige Blinddarmoperationen und die bis in die frühen 1990er Jahre durchgeführten Operationen bei Bänderriss den wirtschaftlichen Vorteil gegenüber der konservativen Behandlung als ausschlaggebenden Faktor für die Bevorzugung des Eingriffs (Unschuld 2011, S.80).

„Vieles deutet daraufhin, dass in den Kliniken aufgrund ökonomischer Anreize medizinisch nicht notwendige Leistungen erbracht werden“, erklärt der stellvertretende Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Johann Magnus von Stackelberg (GKV-Spitzenverband 2012)). „Während die Bevölkerung meint, das größte Problem läge darin, dass unfähige Ärzte das Richtige oder das Falsche falsch tun, scheint das Hauptproblem darin zu liegen, dass zunehmend das Falsche richtig gemacht werde, d.h., nicht wirklich indizierte Operationen technisch regelgerecht ausgeführt werden“, hatte schon 2004 der damalige Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie Jürg Knessl bei seiner Amtsübernahme gesagt (Knessl 2004, S. 2788).

„Früher war Geld Mittel zum Zweck der Versorgung von Kranken, heute dient die Versorgung von Kranken als Mittel zum Zweck der Erzielung und Optimierung von Einnahmen“, sagt ein langjähriger Chefarzt einer chirurgischen Klinik auf einem Symposium (Höhl 2012).

Ein weiteres Beispiel für die Kommerzialisierung der Patientenbehandlung ist die Errichtung von Privatkliniken an bzw. in Akutkrankenhäusern (vgl. dazu und im Folgenden Imdahl 2012).

Vorreiter dieser Entwicklung waren die privaten Klinikkonzerne Asklepios und Helios, die durch einen Beschluss des BGH, wonach eine Privatklinik grundsätzlich jeden Preis mit ihren Patienten zu Lasten der privaten Krankenversicherungen vereinbaren und durchsetzen kann, sofern sie keine Investitionsförderung oder Steuervorteile bekommt, in ihrem Vorgehen bestätigt wurden (vgl. BGH 2011).

Den der Abrechnung zugrundeliegenden Basisfallwert schätzt der Verband auf bundesdurchschnittlich knapp 4.000 EUR gegenüber den üblichen 2.800 EUR bei den Plankrankenhäusern und die erzielten Erlöse auf das 2 bis 3-Fache im Vergleich zur Behandlung im Mutterhaus. Den Gewinn, den alleine Helios mit seinen rund 40 Privatkliniken erzielt, vermutet der Verband bei ca. 40 Mio. EUR jährlich (vgl. Bohsem 2011).

Mittlerweile bedienen sich auch Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft des Konstrukts der ausgegliederten Privatklinik und machen damit lukrative Geschäfte. Aktuelle Schätzungen gehen von über 100 Ausgründungen aus (vgl. Spielberg 2011).

So hat beispielsweise die „Martini-Klinik am UKE GmbH“, eine Privatklinik, deren alleiniger Gesellschafter das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf ist, seit ihrer Gründung 2005 die Bettenzahl von 6 auf 28 gesteigert und damit im Jahre 2009 bei einem Umsatz von 14 Mio. EUR einen Gewinn von fast 3 Mio. EUR erzielt (vgl. Martini-Klinik am UKE GmbH 2010).

Diese Entwicklung ist ein nicht zu übersehendes Zeichen der weiter zunehmenden Kommerzialisierung des Krankenhausbereichs und macht deutlich, wie das Formalziel das Sachziel dominiert.

Mittlerweile hat der Gesetzgeber reagiert und im Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) vom 22.12.2011 geregelt, dass eine Einrichtung, die in räumlicher Nähe zu einem Krankenhaus liegt und mit diesem organisatorisch verbunden ist, keine höheren Entgelte verlangen darf als

sie nach dem Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegesatzverordnung zu leisten wären.

3.5 Rückzug öffentlicher Krankenhausträger zugunsten privatwirtschaftlicher Lösungen

Seit den 1990er Jahren ist ein zunehmender Rückzug öffentlicher Krankenhausträger und ein Trend zum Verkauf an private, erwerbswirtschaftlich orientierte Krankenhausketten festzustellen. Diese Privatisierungen sind Ausdruck einer Intensivierung von Ökonomisierungstendenzen, die privatwirtschaftliche Gewinninteressen im Gesundheitsbereich immer deutlicher hervortreten lassen. Dabei wird der Trend zur materiellen Privatisierung, der zuletzt auch die Universitätskliniken erfasst hat, durch den bereits erwähnten Trend zur rechtsformwechselnden formellen Privatisierung ergänzt.

Als die Stadt Hürth im Jahre 1983 den Beschluss fasste, ihr 140-Betten- Krankenhaus an einen privaten Träger abzugeben, ahnte kaum einer, welcher Siegeszug privater, gewinnorientierter Träger damit eingeläutet wurde. Im Jahre 2010 wurden bereits 32,9 % aller Krankenhäuser in privater Trägerschaft betrieben; 1991 waren es noch 14,9% (Statistisches Bundesamt 2012, S. 14). In den neuen Bundesländern war allein zwischen 1991 und 1998 ein Rückgang der in öffentlicher Trägerschaft betriebenen Krankenhäuser um ca. 40 % festzustellen.

Es haben sich Krankenhauskonzerne, die teilweise börsennotiert sind, gebildet und die Akut- und Rehabilitationskrankenhäuser ebenso betreiben wie Altenheime und Medizinische Versorgungszentren. Durch das Vordringen erwerbswirtschaftlich orientierter Träger sind aber auch die Sitten und Gebräuche, die Üblichkeiten andere geworden (vgl. Im Dahl 2012, S. 102).

3.6 Ökonomisierung, Kommerzialisierung und Qualitätssicherung

Die große Bedeutung der Qualitätssicherung kommt bereits in den einleitenden Vorschriften des SGB V zum Ausdruck, wenn es in § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V heißt, dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem „allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen“ haben. Die Qualitätssicherung dient damit einerseits dem Ziel, solche Leistungen auszuschließen, die die angestrebten Therapieziele nicht fördern, z.B. weil ihre Wirksamkeit und Qualität nicht gesichert ist; andererseits der Sicherstellung einer gesundheitlichen Versorgung, die auch neueste medizinische Erkenntnisse bei der

Behandlung berücksichtigt. Aus diesem Grund ist die Qualitätssicherung das zentrale Feld des Kampfes gegen die Fehlversorgung. „Sie dient dem ökonomischen Prinzip insoweit, als sie insbesondere helfen soll, die vorhandenen finanziellen Mittel möglichst nutzbringend einzusetzen“ (Freudenberg 2011, S. 163). Dies erkannte der Deutsche Ärztetag bereits 1993, als er in einer EntschlieÙung zur Qualitätssicherung feststellte, dass diese vor allem der Erhaltung und Verbesserung der medizinischen Effizienz diene. „Sie kann und wird damit gerade nach den grundlegenden Veränderungen des Finanzierungssystems der Krankenhäuser und des gesamten Gesundheitssystems durch das GSG vielfach in Konkurrenz zu ökonomischen Gesichtspunkten stehen. Insofern ist Qualitätssicherung ein notwendiges Korrektiv zur drohenden Ökonomisierung der Patientenbehandlung in den Krankenhäusern, aber auch in der niedergelassenen Praxis“ (Deutscher Ärztetag 1993, S. A-1521).

Obwohl der Gesetzgeber damit wirbt, dass mehr Wettbewerb auch bessere medizinische Qualität bedeutet, scheint sich diese nach seiner eigenen Meinung nicht von selbst einzustellen. Die Einführung der DRGs war mit der Sorge verbunden, dass der Weg zu einer tendenziell effizienteren Krankenhausleistung auch durch die Reduzierung von Qualitätsstandards erreicht werden könnte. Der Gesetzgeber hat deshalb im Zusammenhang mit der Einführung der DRGs die Krankenhäuser verpflichtet, „sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln“ (§ 135 Abs. 2 SGB V). Damit sollte der Gefahr einer Verschlechterung der Patientenversorgung entgegengewirkt und verhindert werden, dass (Effizienz-)Gewinne durch Leistungsabbau und damit auf Kosten der Qualität erzielt werden. Denn bei gleichem Preis für gleiche Leistung ohne Berücksichtigung der Qualität verschafft sich kurzfristig der Anbieter einen wirtschaftlichen Vorteil, der zu Lasten der Qualität spart. Dies wird ihm durch seinen Informationsvorsprung, den er gegenüber dem Patienten hat, erleichtert. „DRG und Qualitätsmanagement sind vom Gesetzgeber als Gegenkräfte modelliert worden, die im Sinne eines checks and balances im Prinzip ein Übergewicht des ökonomischen Kalküls gegenüber Forderungen nach Qualität der Versorgung verhindern sollen“ (Manzeschke 2008, S. 379). Oder: „Damit wird die Sicherstellung einer guten Qualität als Korrektiv zur Wirtschaftlichkeit begriffen“ (Pütz 2012, S. 106).

3.7 Ökonomisierung, Kommerzialisierung und die Folgen für das Personal

Den Folgen von Ökonomisierung, Kommerzialisierung und des damit verbundenen intensiveren Wettbewerbs sind insbesondere auch die ca. 1 Mio. Beschäftigten im Krankenhaus ausgesetzt. Das Krankenhaus ist ein personalintensiver Betrieb, so dass die Güte der Dienstleistung auch von der Qualität und Quantität des eingesetzten Personals abhängig ist.

Der Personalaufwand weist aber trägergruppenspezifische Besonderheiten auf. So beträgt die Personalaufwandsquote, die das Verhältnis des Personalaufwandes zur Betriebsleistung wiedergibt, bei privaten Häusern 50,18%, während öffentliche Häuser bei 62,57% liegen (KPMG 2009; die Autoren geben leider keine Jahreszahl an, auf die sich der Vergleich bezieht). In diesen Zahlen spiegelt sich einerseits die bessere Personalausstattung der öffentlichen Häuser vor allem bei Ärzten und Pflegekräften, aber auch die bessere Vergütung, vielleicht auch bedingt durch die bessere Qualifikation, des Personals wider. So lagen die Personalkosten je Vollkraft im Jahr 2004 bei den öffentlichen Krankenhäusern bei 51.534 EUR, bei den privaten bei 47.981 EUR. Allein für die Altersversorgung gaben die öffentlichen fast 3x so viel aus wie die privaten, nämlich 3.110 EUR zu 1.082 EUR (Augurzky 2008, S. 103 f.).

Die niedrigere Quote der privaten Träger ist auch auf die Ausgründung von Betriebsteilen in eigenständige Firmen mit niedrigeren Tarifen oder ohne Tarifbindung sowie auf die Gründung von eigenen Leiharbeitsfirmen, die reguläre Arbeit dauerhaft durch Leiharbeit ersetzen, zurückzuführen, da diese Aufwendungen nicht als Personalkosten, sondern als Sachkosten für bezogenen Leistungen ausgewiesen werden müssen.

Leistungen auszugliedern und fremd zu vergeben war schon in den 1970er Jahren eine die Wirtschaftlichkeit verbessernde und häufig praktizierte Maßnahme der Krankenhäuser. Mit dem Entstehen der privaten Klinikketten wurden die ausgegliederten Leistungen zunehmend in eigenen Tochtergesellschaften erbracht (zu den Gründen vgl. Imdahl 1993, S. 200f.). So wurden erst die Reinigungsdienste und später auch Küchendienste in Tochterfirmen ausgelagert, die bei entsprechender Gestaltung dem umsatzsteuerbefreiten Konstrukt der Organschaft entsprachen.

Heute stehen mehr die tarifrechtlichen Vorteile einer Leistungsausgliederung im Zentrum der Überlegungen. So will beispielsweise die Sana-Klinik Lübeck 6 der 29 Servicebereiche ausgliedern. 102 Arbeitsplätze wären damit gefährdet. Ziel ist die Einsparung von ca. 1 Mio. EUR, indem der Stundenlohn der jetzt schon nicht üppig bezahlten Kräfte von 12,50 auf 8,50 EUR sinken soll (vgl. Prey 2010).

Auch Helios in Krefeld will so Personal abbauen und Löhne kürzen. Nachdem zu Beginn 2011 die Lohn- und Gehaltsabrechnung an einen externen Dienstleister vergeben und der Schreibdienst ausgegliedert wurde, erfuhren die Mitarbeiter im März des gleichen Jahres von der Auslagerung weiterer patientenferner Dienste mit Gehaltseinbußen von bis zu 25 % (vgl. Brandt 2011).

Der Asklepios-Konzern musste sich in Hamburg den Vorwurf einer drastischen Ausweitung der Leiharbeit gefallen lassen. In der Psychiatrie in Hamburg-Wandsbek sollten 27 Pflegekräfte über eine unternehmenseigene Leiharbeitsfirma eingestellt werden. Laut ver.di wäre das ein missbräuchlicher Einsatz von Leiharbeit, da somit dauerhaft Planstellen zu niedrigeren Löhnen besetzt würden (NDR 2011).

In Göttingen möchte die kreiseigene Klinikengesellschaft ihre Mitarbeiter aus den patientenfernen Bereichen wie beispielsweise der Wäscherei, der Küche, der Pforte und Poststelle, der Telefonzentrale, des Archivs und der Bibliothek künftig bei einer Tochterfirma beschäftigen. Sie bezeichnet die Flucht aus dem Tarif als die unvermeidbare Reaktion auf den zunehmenden wirtschaftlichen Druck im Krankenhaus und verbindet diese Maßnahme mit der Hoffnung auf jährliche Einsparungen in Höhe von ca. 2,5 Millionen EUR (vgl. Wein 2012).

„Ein Drittel weniger Lohn“ überschreibt die Westdeutsche Allgemeine Zeitung vom 3.6.2010 einen Beitrag über die klinikeigene Personal Service GmbH des Universitätsklinikum Essen, in der Leiharbeitnehmer zu deutlich niedrigeren Löhnen vergütet werden. Die Klinikleitung und der Klinikaufsichtsrat hatten die Maßnahmen aus „wirtschaftlichen Kostengründen“ gerechtfertigt (vgl. Szymaniak 2010).

Auch die Diakonie gerät wegen Lohndumping in die Schlagzeilen. Der Spiegel berichtete, dass Pflegeeinrichtungen der Diakonie über die unternehmenseigene Leiharbeitsfirma Dia Logistik neue Mitarbeiter zu den niedrigeren Zeitarbeitstarifverträgen einstellen. Der Bundesverband des Diakonischen Werkes kommentierte die Vorwürfe mit den Worten: „Alle diakonischen Einrichtungen müssen den Spagat zwischen Wirtschaftlichkeit und Nächstenliebe aushalten“ (O.V. 2011a).

„Die gegenwärtige Betonung der Effizienz als Kosten-Nutzen-Differenz mit einem Schwerpunkt auf dem Profit der Organisation (und nicht etwa auf den Gehältern der Mitarbeitenden) führt dazu, dass deren Interessen sowohl hinsichtlich ihres materiellen Gehalts (Gehalt, Gratifikationen) als auch ihres ideellen und moralischen Gehalts weitgehend ignoriert, wenn nicht sogar unterlaufen werden“ (Manzeschke 2011a, S. 278)

4. ETHISCHE IMPLIKATIONEN DER ÖKONOMISIERUNG UND KOMMERZIALISIERUNG DES KRANKENHAUSES

Im März 2011 wandten sich fast 700 Ärzte des Helios- Konzerns in einem Brief an den Vorstandsvorsitzenden, Francesco de Meo, und kritisierten, dass an die Stelle medizinisch motivierter Entscheidungen zunehmend ein Kampf um die Einhaltung betriebswirtschaftlicher Vorgaben und Benchmark-Erfüllung tritt (vgl. Baumann 2011).

Die Rhön Klinikum AG stellte an den Anfang ihres Berichts über das erste Quartal 2011 den Hinweis auf den Anstieg der Behandlungen um 13,7% und unterstrich damit die Bedeutung des Wachstums für die wirtschaftliche Lage des Konzerns (vgl. Rhön-Klinikum AG 2011). Nahezu zeitgleich wandten sich Chefarzte des zum Konzern gehörenden Universitätsklinikums Gießen/Marburg an das Deutsche Ärzteblatt und beklagten sich darüber, dass die Geschäftsführung in den aktuellen Statusgesprächen die Zielvorgaben noch einmal deutlich angehoben habe. Stimme die Performance nicht, würden ihnen Arztstellen gestrichen (vgl. Flintrop 2011, S A-983).

Die wenigen Beispiele machen deutlich, dass nicht nur die Kommerzialisierung erwartete, sondern auch die Ökonomisierung in der Praxis unerwartete und nicht vorhersehbare Konsequenzen zeigt. Dadurch verändern sich die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten, die Handlungsmöglichkeiten der Ärzte sowie die Versorgungssituation der Patienten. Es ist deshalb notwendig zu reflektieren, ob und inwieweit die sich aus den Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungsprozessen ergebenden Folgen ethisch vertretbar sind.

4.1 Erweiterung der Aufgabenstellung klinischer Ethikkomitees als Antwort auf die zunehmende Ökonomisierung und Kommerzialisierung

Klinische Ethikkomitees sind nach Vollmann (vgl. Vollmann 2007) Foren für ethische Probleme in der täglichen Behandlung von Patienten im Krankenhaus, in Pflegeheimen, Einrichtungen der Behindertenhilfe und auch in der teilstationären und ambulanten Medizin. Kettner wird etwas konkreter, wenn er Klinische Ethikkomitees als multidisziplinär zusammengesetzte ethische Beratungsorgane in Kleingruppenform, die in einem definierten institutionellem Kontext arbeiten und durch ihre Arbeit einen bestimmten Beratungsbedarf erfüllen sollen, in dem sie spezifisch die moralische problematische Seite an den betreffenden Problemlagen reflektieren, darstellt (vgl. Kettner 2008, S. 15). Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer begreift in ihrer Stellungnahme zur Ethikberatung in der

klinischen Medizin Klinische Ethikkomitees als neue Form der medizinischen Ethikberatung im Krankenhaus, die ethische Probleme aus dem Alltag der Behandlung und Pflege von Patienten beraten (vgl. ZEKO 2006).

„Ein Ethikkomitee hat die Aufgabe des gemeinsamen ethischen Nachdenkens zu allem, was im klinischen Alltag geschieht“ (Ulrich 2008, S. 135). Bereits 2004 erklärte Eibach, dass Fragen der Prioritätensetzung im Krankenhaus angesichts begrenzter finanzieller Ressourcen sowie ungleichen Kassenleistungen auch zu den Aufgaben eines Klinischen Ethikkomitees gehören (vgl. Eibach 2004). Viele Veröffentlichungen zur Arbeit und Aufgabenstellung Klinischer Ethikkomitees weisen auf ethische Konflikte aufgrund der zunehmenden Ökonomisierung, Kommerzialisierung und Ressourcenknappheit hin (vgl. z.B. Eibach 2004; Paul 2008; Schäfer 2000; Reiter-Theil 2005; Steinkamp/Gordijn 2003; Ulrich 2008; Vollmann 2008). „Ein klinisches Ethikkomitee hat also Entscheidungen struktureller Art, nicht zuletzt auch solche, die ökonomisch bedingt sind, durch ethische Überlegungen zu begleiten“ (Marckmann/Wiesing 2008, S.100).

Zu den durch ein Ethikkomitee moralisch diskussionswürdigen Erscheinungsformen von Ökonomisierung und Kommerzialisierung und ihren Folgen gehören insbesondere der Abbau von Stellen, Angebote der wunscherfüllenden Medizin, die Zulässigkeit von wirtschaftlichen Anreizmechanismen wie Bonussysteme, alle Fragen der Rationierung und Priorisierung sowie die differenzierten Angebote für Privat- und Kassenpatienten.

4.2 Die Folgen der zunehmenden Markt- und Wettbewerbsorientierung

Bereits 1986 schrieb Wieland zum damaligen Strukturwandel in der Medizin: „Will man dem sich in der gegenwärtigen Medizin abspielenden Strukturwandel gerecht werden, wird man noch einen weiteren Schritt tun müssen. Man wird nämlich seine Aufmerksamkeit auch auf jene anonymen Instanzen richten müssen, die in die Tätigkeit des Arztes eingreifen und in zunehmendem Maße die früher selbstverständliche ungeteilte Verantwortung des individuellen Arztes in Frage stellen“ (Wieland 1986, S. 41 f.).

Eine der anonymen Instanzen ist der Wettbewerb bzw. der Markt, der nahezu geräuschlos in die Handlungsmöglichkeiten der Ärzte im Krankenhaus eingegriffen hat.

Die Frage, ob Wettbewerb in der Heilkunde überhaupt Sinn macht, ist allerdings obsolet geworden. Leidner weist auf den Kern des Problems hin: „Wettbewerb im Gesundheitswesen ist politisch gewollt, wird gefördert und ist in weiten Bereichen längst Realität. Die Frage muss stattdessen lauten: Wie kann man die schädlichen Nebenfolgen von Privatisierung und Wettbewerb begrenzen?“ (Leidner 2009, S. A-1456).

Marrs beschreibt die „schädlichen Nebenfolgen“, indem sie feststellt, dass Ökonomisierung und Kommerzialisierung dazu geführt haben, dass das patientenbezogene Denken und Handeln in Krankenhäusern zunehmend durch eine betriebswirtschaftliche Handlungslogik beeinflusst wird und medizinisch-pflegerische Versorgungsziele durch wirtschaftliches Kalkül überformt werden (vgl. Marrs 2007, S. 502).

Vielleicht sind aber auch die „schädlichen Nebenfolgen“ dem Umstand geschuldet, dass es fraglich ist, ob es zwischen Krankenhäusern überhaupt einen Wettbewerb geben kann. Einer der bedeutendsten Wettbewerbsparameter, nämlich der Preis, ist im Krankenhausbereich für alle Anbieter gleich und fest vorgegeben, der Preis als individuell gestaltbarer Wettbewerbsparameter ist eingefroren (vgl. Rürup/Wille 2009, S. 9). „Folglich können Anbieter mit unterdurchschnittlichen Kosten ihre überdurchschnittliche Wirtschaftlichkeit nicht in Form von Preissenkungen transparent machen, um damit Wettbewerbsvorteile zu erzielen“ (ebenda, S. 10) Auch das Leistungsangebot wird durch die Krankenhausplanung, diese wiederum teilweise auch bestimmt durch die ärztlichen Weiterbildungsordnungen, fest vorgegeben, lediglich die Leistungsmenge unterliegt der Vereinbarung mit den Vertragspartnern; das Ergebnis der Verhandlungen bestimmt die Gesamthöhe der möglichen Erlöse.

Der Wettbewerb kann aber auch durch die staatliche Rahmenplanung eingeschränkt bzw. verhindert werden. Wenn die Krankenhausplanung z.B. über die Hill-Burton-Formel¹ den „richtigen“ Bedarf der Bevölkerung an Fachabteilungen und Betten nach Art, Ort und Menge ermittelt, kann es auch keinen Wettbewerb auf der Anbieterseite geben, da dann auch das letzte geplante Bett logischerweise bedarfsgerecht ist, gebraucht und belegt wird. Wettbewerb kann es also nur geben, wenn die der Krankenhausplanung zu Grunde gelegten Parameter falsch sind.

Man muss sich auch fragen, inwieweit man im Krankenhausbereich von einem Markt und einer Markttransparenz sprechen kann. Nur wenn auch diese Voraussetzungen erfüllt sind, kann der Patient das aus seiner Sicht und unter Preis-Leistungs- und Qualitätsgesichtspunkten günstigste Angebot auswählen und das entsprechende Krankenhaus durch seine Nachfrage belohnen. Rürup/Wille gehen in ihrem Forschungsvorhaben für das

¹ Die meisten Bundesländer legen bei der Berechnung der bedarfsnotwendigen Betten und Plätze die Formel nach Hill-Burton zu Grunde. Diese verknüpft die prognostizierten Bedarfsdeterminanten Krankenhaushäufigkeit (KH), Verweildauer (VD), Zahl der zu versorgenden Bevölkerung (E) mit dem normativ festgelegten Auslastungsgrad ((BN):
$$\frac{VD \times KH \times E}{BN \times 365}$$

Bundesministerium der Finanzen davon aus, dass durch die Leistungsdefinitionen, die das gegenwärtige Vergütungssystem vorgibt, eine Markttransparenz gegeben ist (Rürup/Wille 2009, S.3). Sie konstatieren allerdings eine Qualitätsintransparenz, so dass ein reiner Qualitätswettbewerb einen wesentlich schwächeren Wettbewerbsdruck entfalte als ein Preisunterschied, weil Preisunterschiede offensichtlicher seien als Qualitätsunterschiede, und fordern deshalb Zu- und Abschläge auf die landeseinheitlichen Fallpauschalen. Der dadurch zusätzlich verstärkte Wettbewerb führt zu einer weiteren Ökonomisierung des Krankenhauses, dem ein Teil der Kliniken nicht mehr gerecht werden kann und aus dem Markt ausscheiden wird. Dies ist nicht zwingend eine Folge einer wie auch immer definierten Unwirtschaftlichkeit der Klinik, sondern kann z.B. im ländlichen Raum an einer nicht ausreichenden Fixkostendeckung aufgrund unzureichender Fallzahlen oder generell an zu hohen baulichen Infrastrukturkosten (z.B. durch weite Wege für das Personal, kleine und damit unwirtschaftliche Stationsgrößen, hohen Instandhaltungsaufwand) liegen, die durch die Fallpauschalen nicht refinanziert werden. So hat Nordrhein-Westfalen in den 1960er Jahren im Rahmen von Neubaumaßnahmen vollklimatisierte Kliniken gefördert, die jetzt angesichts hoher Energiekosten Probleme haben, diese über die DRG-Erlöse zu decken.

Ob unter diesen Bedingungen zukünftig noch eine flächendeckende, ausreichende und leistungsfähige Versorgung gewährleistet werden kann, ist aus heutiger Sicht nicht zu beantworten. Es ist aber zu erwarten, dass einem solchen Prozess auch bedarfsgerechte und bedarfsnotwendige Krankenhäuser zum Opfer fallen. Der Wettbewerb könnte dann in Teilbereichen zu einer schlechteren Versorgung der Bevölkerung führen.

Verhalten sich die „Marktteilnehmer“ des Gesundheitswesens alle wettbewerbsgerecht, ist nicht auszuschließen, dass der Krankenhausbereich durch den Wettbewerb und die Ökonomisierung effizienter wird, während in anderen Bereichen des Gesundheitssystems durch Verlagerung von Leistungen höhere Kosten entstehen. Betriebswirtschaftlich rationales Verhalten führt im Gesundheitswesen nicht automatisch auch zu volkswirtschaftlich wirtschaftlichen Ergebnissen. Es ist eher zu befürchten, dass durch den Wettbewerb im besten Fall Kosten nur verlagert, im wahrscheinlicheren Fall aber höhere Kosten im Gesamtsystem entstehen. Die Reduzierung der Verweildauer im Krankenhaus um 1 Tag führt alleine beim Medikamentenverbrauch zu einer Verlagerung in den ambulanten Bereich, ohne dass die Kosten bzw. die Erträge der Leistung folgen: das Krankenhaus erhält erst einmal weiterhin seinen entsprechenden DRG-Erlös und die Apotheke die mit den Vertragspartnern vereinbarte Vergütung. Es ist zu vermuten, dass ähnliche Verschiebungen zwischen Krankenhaus und Reha-Bereich, zwischen Krankenhaus und Pflegeeinrichtungen, aber auch zwischen

niedergelassenen Ärzten und Krankenhaus wettbewerbsinduziert stattfinden und zwar in beide Richtungen. Würde sich diese Vermutung bestätigen lassen, wäre die Annahme von Adam Smith, jeder verfolge seine Ziele und tut damit dem Gesamtsystem Gutes, zumindest für das Gesundheitssystem nicht aufrecht zu halten ist.

4.3 Ökonomisierung, Kommerzialisierung und die Folgen für die medizinischen Paradigmen

Paetow bezeichnet die wachsende Anwendung betriebs- und volkswirtschaftlicher Analyse- und Entscheidungsverfahren und –kriterien auf die Produktion gesundheitsbezogener Güter und Dienstleistungen als zunehmende ökonomische Professionalisierung der Medizin (vgl. Paetow 2002, S. 20). Diese Art der Professionalisierung allerdings steht allzu oft im Widerspruch zu den medizinischen Paradigmen. Wird diese Professionalisierung zu einem Teil der ärztlichen Profession, ist der Weg zur Bestimmung des patientenbezogenen diagnostischen und therapeutischen Bedarfs durch die Betriebswirtschaftslehre frei. Es wundert nicht, dass nach der Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten Ärzte ihr bei ärztlichen Fortbildungen erworbenes Wissen um die ökonomischen Zusammenhänge und Auswirkungen der neuen Vergütungsform wie selbstverständlich in ihrer täglichen Arbeit zum wirtschaftlichen Wohle des Krankenhauses eingesetzt haben. So hat beispielsweise ein chirurgischer Oberarzt einen Patienten, bei dem in der Medizinischen Klinik die Notwendigkeit einer Operation festgestellt wurde, mit der Bitte nach Hause geschickt, im nächsten Monat wiederzukommen, weil das Haus jetzt für den Eingriff kein Geld bekäme. Hier waren Teile der Ärzteschaft früher informiert und besser geschult als das Management der Kliniken.

Dies trifft im Übrigen auch für die Abrechnung der DRGs zu: Das System erlaubt jeweils nur eine Hauptdiagnose, die behandelt und vergütet wird. Multimorbide Patienten werden deshalb mehrfach aufgenommen, um die verschiedenen Diagnosen abrechnen zu können (Erlösmaximierung).

Die Privatisierung von Krankenhäusern ist wichtiger Bestandteil der Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungsprozesse im Gesundheitswesen. Das wurde vor kurzem wieder einmal besonders deutlich, als die Rhön-Klinikum AG bekannt gab, dass bei dem zum Konzern gehörigen Universitätsklinikum Gießen/Marburg aus wirtschaftlichen Gründen 500 Stellen wegfallen sollten. Die Renditeerwartungen des Klinikkonzerns seien mit einer qualitätsorientierten Hochleistungsmedizin nicht vereinbar, kritisierten die Klinikdirektoren daraufhin in einer Pressemitteilung (vgl. Konferenz der Universitäts-Klinikdirektoren in

Gießen und Marburg 2012). Die Fragestellung geht aber über Gießen/Marburg hinaus. Darf eine Klinik Gewinn erwirtschaften? Darf sie das Ziel einer Gewinnmaximierung verfolgen? Darf dieser Gewinn dem System entzogen werden und an Aktionäre ausgeschüttet werden? Oder: „Muss nicht das Geld, das auf diese Art und Weise zur Sicherung einer sozialen Aufgabe aufgebracht wird, im Kreislauf dieser Absicherung verbleiben? Ist es überhaupt ethisch vertretbar, diese Mittel an Aktionäre auszuzahlen? Ist es ethisch vertretbar, ist es anständig, das Betriebsergebnis mit Lohneinsparungen zu gestalten, die zwangsläufig dazu führen, dass Steuergelder in Form von Transferleistungen eingesetzt werden müssen, um etwa beim Personal in den Servicebereichen die Einkommensverluste auszugleichen?“ (Schmidt 2012).

Leidner hat dazu eine klare Meinung: „Da wird viel Geld aus der solidarisch finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung auf die Konten der Aktionäre verschoben, das in der klinischen Arbeit am Patienten besser hätte eingesetzt werden können“ (Leidner 2009, S. A-1457). Wehkamp weist auf den Interessenkonflikt hin, der bei einer Renditeerwartung des Eigentümers zwischen dessen Gewinninteresse und bester Patientenversorgung vorprogrammiert sei (vgl. Wehkamp 2004, S. 25).

Der Gesundheitsrat Südwest, ein unabhängiges Beratungsgremium der Landesärztekammer Baden-Württemberg, kommt in einer Stellungnahme und Empfehlung zur „Privatisierung in der stationären Versorgung“ allerdings überraschend zu einem gegenteiligen Votum. In der Zusammenfassung stellt er fest, dass den öffentlichen Krankenhäusern u.a. angesichts fehlender Investitionsmitteln die Anpassungsfähigkeit an die aktuellen Anforderungen unmöglich sei. Die Folge seien demotiviertes Personal und wegbleibende Patienten. Die Wirkungen einer Privatisierung bestünden in einem raschen Nachholen der versäumten Investitionen, in der Ausrichtung der Entscheidungs- und Organisationsstrukturen auf das „Wohl“ des Krankenhauses, den unverzichtbaren Änderungen der Kostenstrukturen und in den Anpassungen des Leistungsprofils und des Leistungsprogramms, wie es sich aus dem Wettbewerb der Häuser, aber auch aus den vielfältigen Kooperationsmöglichkeiten in horizontaler und vertikaler Richtung im Sinne einer integrierten Versorgung ergäbe. „Ethische Vorbehalte gegen das Geldverdienen mit kranken Menschen durch private Aktionäre sind unbegründet: Auch das Land, das Geld am Kapitalmarkt aufnimmt, muss dafür an private Kapitalgeber Zinsen zahlen. Jede Praxis eines niedergelassenen Arztes ist wirtschaftlich ein selbständiges Unternehmen, in dem Gewinne verdient werden (müssen). Die gesamte Versorgung mit Arzneimittel liegt in privater Hand,

ohne dass dies wegen der Gewinnerzielung gleichermaßen ethisch als Problem angesehen würde“ (Landesärztekammer 2010, S. 96).

Spätestens an dieser Stelle kann man sich des Eindrucks einer interessensgeleiteten Stellungnahme nicht entziehen. Auf die Motivation und die Rahmenbedingungen, unter denen der Apotheker seiner Gewinnerzielungsabsicht nachgeht, hat der Europäische Gerichtshof in einem Urteil zur Niederlassungsfreiheit in bemerkenswerter Klarheit hingewiesen: „Für den Betreiber, der Apotheker ist, lässt sich nicht leugnen, dass er ebenso wie andere Personen das Ziel verfolgt, Gewinne zu erwirtschaften. Als Berufsapotheker ist bei ihm aber davon auszugehen, dass er die Apotheke nicht nur aus rein wirtschaftlichen Zwecken betreibt, sondern auch unter einem beruflich-fachlichen Blickwinkel. Sein privates Interesse an Gewinnerzielung wird somit durch seine Ausbildung, seine berufliche Erfahrung und die ihm obliegende Verantwortung gezügelt, da ein etwaiger Verstoß gegen Rechtsvorschriften oder berufsrechtliche Regeln nicht nur den Wert seiner Investition, sondern auch seine eigene berufliche Existenz erschüttert“ (Europäischer Gerichtshof 2009).

Folglich könne ein Mitgliedsstaat im Rahmen seines Wertungsspielraums der Ansicht sein, dass der Betrieb einer Apotheke durch einen Nichtapotheker im Unterschied zu einer von einem Apotheker betriebenen Apotheke eine Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung, insbesondere für die Sicherheit und Qualität des Einzelhandelsvertriebs der Arzneimittel, darstellen kann, weil das Gewinnstreben im Rahmen eines derartigen Betriebs nicht mit mäßigenden Faktoren einherginge, die die Tätigkeit der Apotheker kennzeichne (ebenda).

Diese Begründung kann man ohne weiteres auch auf die Tätigkeit des Arztes in seiner Praxis, aber auch auf die oft zum Vergleich mit den Krankenhäusern der privaten Ketten herangezogenen von ärztlichen Inhabern geleiteten Privatkliniken übertragen.

Die Stimmen und Beispiele mehren sich, die erkennen lassen, dass erwerbswirtschaftliches Streben im Krankenhaus zu Lasten der Sicherheit und der Qualität der Patientenversorgung geht. In der bereits erwähnten Diskussion über den Abbau von 500 Stellen am Universitätsklinikum Gießen/Marburg stellen die Klinikdirektoren in ihrem Thesenpapier fest, dass der von der Rhön-Klinikum AG aufgezeigte Weg zur wirtschaftlichen Sanierung nur durch eine Reduktion des Leistungsangebotes und ein vermindertes Qualitätsniveau erreicht werden kann (vgl. Konferenz der Universitäts-Klinikdirektoren, a.a.O.).

Es zeigt sich, dass das ehemalige Erfolgsmodell „Klinikprivatisierung“ unter den kostenbasierten DRG-Erlösen ins Wanken gerät, da der Bedarf an Zinsaufwendungen und Abschreibungen im Rahmen eines geordneten Betriebs einer Universitätsklinik nicht zu

erwirtschaften ist (vgl. dazu ausführlich Imdahl 2010), wie die Klinikprofessoren feststellen (vgl. ebenda).

Eine weitere Frage stellt sich im Zusammenhang mit der von Unternehmen der privaten Krankenversicherung finanzierten Sana Kliniken AG: Darf sich eine private Krankenversicherung an einem Krankenhauskonzern beteiligen und die ausgeschütteten Gewinne, die mit Einnahmen aus Krankenbehandlungen gesetzlich Versicherter, die aus solidarisch aufgebracht Zwangsbeiträgen erwirtschaftet werden, letztendlich zur Reduzierung der Beiträge ihrer Privatversicherten verwenden? Nicht alles, was legal ist, ist auch legitim.

Die ökonomische Professionalisierung der Medizin verändert auch die Rolle der Beteiligten: „Aus einem Objekt eines paternalistischen Medizinbetriebes wird ein Objekt professioneller Marketingstrategen. Aus dem Gesundheitsziel einer effizienten Befriedigung des tatsächlichen Bedarfs wird das einer gewinnoptimalen Vermarktung von Gesundheitsgütern und Dienstleistungen“ (Paetow 2002, S. 20). Schaut man sich die Strategien zum Aufbau konzerninterner Zuweisungsstrukturen an, findet man diese Einschätzung bestätigt.

Das ökonomische Denken schleicht sich unbemerkt in die medizinischen Paradigmen ein und höhlt sie aus, sagt Arntz (vgl. Arntz 2000, S. 289), was Marrs zu der Feststellung bringt: „Zugespitzt formuliert, steht nicht mehr allein der kranke Mensch und sein individuelles Schicksal im Mittelpunkt, sondern auch der Erlös, der aus der Behandlung resultiert“ (Marrs 2007, S. 505).

Bestätigung findet diese Meinung beispielsweise in einem Bericht der Passauer Zeitung. Ein AOK-Versicherter Krebspatient musste fünf Stunden auf dem Flur verbringen, weil sein Bett für einen Privatpatienten gebraucht wurde. Der Chefarzt räumt im Gespräch mit der Zeitung ein, dass dem AOK-Versicherten anfangs ein Bett zugewiesen war, in dem normalerweise Privatpatienten untergebracht sind. Da gerade „Bettendruck“ herrschte, habe man für den AOK-Patienten eine Ausnahme gemacht – „aber dann kam ein Notfall“. Es handelte sich um einen Privatpatienten, dessen Versicherung höhere Vergütungen zahlt: Der Krebspatient wurde auf den Flur verlegt (Klotzek 2012).

Damit wird Huster mit seiner Feststellung, die unterschiedliche Vergütung privat- und kassenärztlicher Leistungen verführe die Ärzte dazu, ihre Aufmerksamkeit zunächst auf die privat versicherte Kundschaft zu richten, eindrucksvoll bestätigt (vgl. Huster 2011, S. 25).

Dies ist aber nicht der Beginn des Primats des Ökonomischen in der Medizin, sondern nur ein vorläufiger unrühmlicher Höhepunkt. Arntz führt zwei Beispiele an, die bereits über

10 Jahre zurückliegen (vgl. Arntz 2000, S. 289) und verweist in einem Fall auf eine Resolution des 102. Deutschen Ärztetages von 1999, in der die Eigenverantwortung des Patienten nicht in erster Linie mit dem Recht des Menschen auf Autonomie, sondern mit dem ökonomischen Gedanken „Selbstbeteiligung schärft das Kostenbewusstsein“ begründet wird (ebenda). Das ökonomische Denken hat sich in der Tat unbemerkt in die medizinischen Paradigmen eingeschlichen und schon sehr früh begonnen, sie auszuhöhlen (s.o.).

Es ist richtig, dass das DRG System eine frühzeitige Entlassung ökonomisch honoriert. Sie braucht aber für den Patienten nicht zwingend von Nachteil sein. Eine der ersten Fragen von Patienten nach einer OP lautet: „Herr Doktor, wann kann ich denn nach Hause gehen“. Und egal wie die Antwort aussieht, den meisten Patienten ist die Verweildauer immer noch zu lang. Es ist ungefähr 20 Jahre her, dass der Gesetzgeber Einfluss auf die Verweildauer von Frauen nach der Entbindung genommen hat. Die damals üblichen 14 Tage Krankenhausaufenthalt nach der Entbindung sind mittlerweile auf durchschnittlich 3 bis 5 Tage zurückgegangen. Klagen hört man weder von Ärzten noch von Patientinnen.

Problematisch könnte die mit einer Verweildauerverkürzung eintretende Übertragung der Verantwortung für die weitere Behandlung auf den niedergelassenen Arzt sein. Neben der Unterbrechung der Behandlungskontinuität wirken sich auch die Budgetrestriktionen des ambulanten Sektors aus. So kann oftmals die im Krankenhaus begonnene Therapie aus Kostengründen vom niedergelassenen Vertragsarzt nicht fortgeführt werden; teure Medikamente werden durch preiswertere ersetzt oder ganz abgesetzt.

Im Zusammenhang mit der Verkürzung der Verweildauer gilt es noch auf einen fundamentalen Irrtum hinsichtlich der Auswirkungen hinzuweisen. Es hält sich hartnäckig der Glaube, allein die Verkürzung der Liegezeiten ginge mit einer Arbeitsverdichtung einher. In einem Bericht des Deutschen Ärzteblattes von der 83. Hauptversammlung des Marburger Bundes heißt es: „Der Wegfall von Pflorgetagen könne zwar zu einer Bettenvernichtung führen, der Personalaufwand werde aber infolge der zunehmenden Leistungsverdichtung noch höher“ (Clade 1993, S. A-1584). Bartholomeyczik erklärt im gleichen Zusammenhang, aber fast 20 Jahre später, dass durch die Verkürzung der Verweildauer der Durchschnitt der Patienten intensiver krank sei als dies früher der Fall war, da die weniger Kranken früher entlassen werden. Damit verbunden sei ein zunehmend höherer Versorgungsaufwand im Krankenhaus mit einer Arbeitsverdichtung für die dort Tätigen (vgl. Bartholomeyczik 2011, S. 316). Wie können die dann zahlenmäßig weniger Patienten einen höheren Versorgungsaufwand, der dazu noch mit einer Arbeitsverdichtung einhergehen soll, verursachen? Bei gleicher Patientenklientel führt die Reduzierung der Verweildauer zu einer

Reduzierung des (absoluten) Versorgungsaufwandes und zu einer Arbeitsentlastung von Ärzten und Pflegenden. Dies sei an einem kleinen Beispiel erläutert. Behandelt ein Krankenhaus jährlich 10.000 Patienten und senkt die durchschnittliche Verweildauer um 1 Tag, so entfallen beispielsweise mindestens 10.000 Visiten, mindestens 10.000 mal Bettenmachen, mindestens 10.000 mal Arzneien stellen, mindestens 30.000 mal Essen verteilen und weit mehr als 10.000 Dokumentationen.

Zu einer Arbeitsverdichtung kann es erst im Zusammenhang mit einer Fallzahlsteigerung und/oder einer Personalreduzierung kommen.

Durch die deutliche Verweildauerreduzierung erklärt sich zumindest teilweise auch der zahlenmäßig beachtliche Stellenabbau in der Pflege. In den Kliniken wurden ganze Abteilungen und Stationen geschlossen, um dem Rückgang der Belegung auch auf der Aufwandsseite Rechnung tragen zu können. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass es in diesem Zusammenhang auch zu einer Arbeitsverdichtung und damit einer zunehmenden Arbeitsbelastung gekommen ist. Ob damit aber bereits Leistungsgrenzen erreicht oder gar überschritten worden sind, kann angesichts fehlender Beurteilung der Ausgangsbelastung nicht abschließend festgestellt werden. Möglicherweise sind auch hier Rationalisierungseffekte eingetreten, die nicht zu Lasten der Patienten und der Patientenkontakte gegangen sind.

Es ist aber auch denkbar, dass der eigene Anspruch der Pflegekräfte mit den derzeitigen Möglichkeiten und Notwendigkeiten nicht ins Gleichgewicht zu bringen ist. Pflegekräfte hatten schon immer zu wenig Zeit für „ihre“ Patienten. Bereits 1989 beklagte sich eine Stationsleitung beim Autor, dass ihr angesichts der steigenden Arbeitsbelastung die Zeit fehle, sich abends mit ihrer Gitarre an das Patientenbett zu setzen und den Patienten etwas vorzuspielen. Auch das ist sicher ein Verlust an Zuwendung, aber ist der beklagenswert? Fest steht, dass bei aktuellen Patientenbefragungen die Patienten sich nur ausnahmsweise über zu wenig Zuwendung oder über gestresste Pflegekräfte beklagen, die Schwestern ihrerseits aber ihre Belastungen und Überlastungen zum Ausdruck bringen. Auf die Frage, ob die Pflegekräfte für den Patienten da waren, wenn er sie brauchte, antworteten bei Befragungen des Instituts Picker im bundesdeutschen Durchschnitt lediglich 4 % mit „Selten“ oder „Fast nie“².

² Das Picker Institut verfügt aufgrund der Vielzahl der jährlich durchgeführten Befragungen über einen Benchmarkpool, der Befragungsergebnisse der letzten 3 Jahre von über 200 Krankenhäusern umfasst. Die Darstellung erfolgt grundsätzlich problemorientiert, d. h. die sogenannten Problemantworten werden definiert (in diesem Fall „selten“ oder „fast nie“) und hieraus Problemhäufigkeiten berechnet.

Es darf aber festgehalten werden, dass die hohen ethisch-moralischen Ansprüche der Pflegekräfte an ihre Arbeit immer mehr in einen systematischen Konflikt mit den Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungstendenzen der Krankenhausarbeit geraten. Im Zentrum ihrer beruflichen Aufmerksamkeit und Zielsetzungen steht eben nicht die Gewinnoptimierung, sondern der Patient, und in manchen Fällen auch dessen individuelles Schicksal (vgl. Marrs 2007). „Humanität und Ökonomie sind für Ärzte und Pflegende miteinander konkurrierende Ziele“ (Bauer 2011, S. 70).

4.4 Das berufliche Ethos der Ärzte

Das traditionelle ärztliche Ethos verlangt von Ärzten, sich ganz und gar auf das Wohlergehen im Sinne von Nicht-Schaden, sondern Wohltun und unter Berücksichtigung der Autonomie des jeweiligen Patienten zu konzentrieren. Leider haben Ärzte, insbesondere Vertragsärzte, schon früh deutlich gemacht, dass sie ihr Handeln nicht ausschließlich am Wohlergehen des Patienten orientieren, sondern auch ihre persönliche Einkommenssituation berücksichtigen. Anders sind die Leistungsausweitungen, die unter dem Stichwort „Hamsterradeffekt“ bekannt geworden sind, nicht zu erklären: Quartal für Quartal stiegen die Leistungen im ambulanten Sektor und führten zu einem spürbaren Verfall der Wertigkeit der Punkte, die für das Einkommen der Ärzte ausschlaggebend waren. Auch die Vereinbarungen von angehenden Chefärzten mit Krankenhausträgern, die eine Abhängigkeit ihrer Einkommen vom Erreichen wirtschaftlicher Ziele beinhaltete, sind ein Signal, dass Ärzte sich auch von persönlichen Gewinninteressen bei der Behandlung ihrer Patienten leiten lassen könnten.

Die zunehmende Ökonomisierung und Kommerzialisierung der Medizin führt zweifelsohne auch zu einer Veränderung des Berufsbildes des Arztes hin zum Unternehmer. Der Bundesverfassungsrichterin Jaeger kann zugestimmt werden, wenn sie feststellt, „dass nicht jeder Arzt ein Albert Schweitzer sein, nicht jeder ein Armutsgelübde oder nach den Regeln eines Ordens leben muss. Aber ein Schuss Altruismus gehört zum ärztlichen Berufsethos. Wer das nicht einfordert, untergräbt die Vertrauensbasis, ohne die auch die ärztliche Effizienz und Heilungschancen beim Patienten gefährdet sind, weil diese auch von Erwartungen und Vertrauen, von psychologischen Faktoren abhängen“ (Jaeger 2003, S. 263).

Insofern wundert es auf den ersten Blick, dass die Ärzte ihre berufsethischen Werte, die jahrzehntelang selbstverständlich waren, nicht von vornherein gegen den ökonomischen und eventuell auch politischen Druck verteidigt haben. Es verwundert deshalb auch, wenn Maio eine politisch gewollte Deprofessionalisierung der Ärzteschaft verzeichnet und fortführt: „Je mehr ökonomische Anreize die Ärzte erhalten, desto mehr verlieren sie die Freiheit, sich

ausschließlich am Wohl des Patienten zu orientieren – das Fundament für die Ausübung der Profession“ (Maio 2012, S. A-805). Maio unterstellt dabei, dass sich die Ärzte unter Vernachlässigung ihres ärztlichen Ethos von den Anreizen zum Nachteil der sich ihnen anvertrauenden Patienten leiten lassen. Orientierten sich die Ärzte nämlich an den Grundlagen ihrer Profession („eine Grundhaltung der Wertschätzung für den Patienten, eine Grundhaltung des authentischen Helfenwollens, eine Grundhaltung der Sorgebeziehung zum Kranken“ (ebenda, S. A-805), würden sie sich ausschließlich von dem Wohl des individuellen Patienten leiten lassen und ihr Handeln an diesem Ziel ausrichten; gegen monetäre Anreize wären sie damit immun.

Auch das Arztrecht schreibt vor, „dass grundsätzlich die Freiheit ärztlichen Tuns gewährleistet sein muss, unabhängig davon, in welcher Form der Beruf ausgeübt wird“, abgesehen „vom allgemeinen Direktionsrecht des Arbeitgebers“ (Laufs 1993, S. 34). Das Management ist damit in seiner Einflussnahme auf die direkten ärztlichen Entscheidungen im Rahmen der medizinischen Behandlung eingeschränkt, die Kooperationsbereitschaft eines Chefarztes hinsichtlich der Verwirklichung angestrebter wirtschaftlicher Ziele kann dienstrechtlich nicht erzwungen werden. Selbstverständlich verbietet auch die ärztliche Berufsordnung dem Arzt die Befolgung von Anweisungen durch Nicht-Ärzte. „Wenn der Weltärztebund von seinen Mitgliedern verlangt, im Konfliktfall die medizinische Ethik VOR das staatliche Gesetz zu stellen, wie sehr muss das erst gelten für den Konflikt mit dem Verwalter der wirtschaftlichen Mittel“ (Wehkamp 2004a, S. 22).

Ökonomische Anreize gehen auch von den DRGs aus. Gahl äußert die Sorge, dass sich durch die zunehmende Bedeutung der Abrechnung das Arzt-Patientenverhältnis wandelt: nicht mehr der kranke, hilfsbedürftige, leidende Patient steht im Fokus des Arztes, sondern der berechenbare, der abrechenbare „Fall“. Die Abrechnung nach DRGs und der damit möglicherweise „berechnende“ Blick auf die Erlösmaximierung ignoriert u.U. völlig die primäre individuelle Notsituation und subsummiert den einzelnen Kranken mit seinem Kranksein in die abrechnungstechnisch höchste Diagnosegruppe (vgl. Gahl 2006, S. 77). Oberstes Prinzip ist die ökonomische Rationalität: Das Krankenhaus sieht das Ziel der Befriedigung seines Patienten, seines Kunden, darin, für den Preis der DRG das bestmögliche Angebot in Diagnostik und Therapie zu machen. „Die Orientierung an dem möglichst zu verhindernden oder zu lindernden oder zu behebbenden Krankheitszustand tritt dahinter zurück“ (ebenda, S. 83).

„Die zunächst neutral gedachten Steuerungsinstrumente und –methoden wandeln in diesem Kontext ihre Funktion. Sie dienen dann mehr oder weniger dazu, diese

Renditeerfordernisse am Krankenbett, in der Arzt-Patienten-Beziehung umzusetzen“ (Kühn 2008, S. 314). Unterscheiden lassen sich zwei Steuerungsweisen, nämlich zum einen die indirekte Steuerung mittels monetärer Anreize oder Sanktionen. Den Ärzten stehen dabei prinzipiell alle Handlungsoptionen frei, aber die erwünschten Optionen werden mit einem Vorteil verknüpft, um Entscheidungen und Verhalten nach wirtschaftlichen Zielen zu beeinflussen (vgl. Kühn 2008, S. 313). Zum anderen gibt es direkte Steuerungsversuche, wie z.B. Behandlungspfade oder Leitlinien, die bestimmte inhaltliche Entscheidungen empfehlen, wie sie sich vor allem in den USA durchgesetzt haben.

Es ist ersichtlich, dass das ärztliche Ethos, die Moral des Arztes, in Konflikt mit dem Eigeninteresse des Arztes gerät. Menschen orientieren sich bei ihren Handlungen an Zielen und Interessen, zu denen – nicht zuletzt – auch die Verfügbarkeit von Geld als nahezu universellem Mittel für die Realisierung verschiedenster Ziele gehört (vgl. Suchanek 2007, S. 48). Da fast alle Ziele für ihre Umsetzung konkrete Voraussetzungen haben, ist es unvermeidlich, dass Menschen auf Anreize reagieren. „Aus ökonomischer Sicht sind Anreize alle situationsbedingten handlungsbestimmenden Vorteilserwartungen“ (ebenda). Die Anreize müssen also dergestalt sein, dass sie nicht nur mit dem wohlverstandenen Eigeninteresse des Arztes, sondern auch mit dem ärztlichen Ethos verträglich sind (in Anlehnung an die Ausführungen von Suchanek).

Für Koslowski ist erkennbar, dass Anreize und Anreiz-Beitragssysteme für alle Institutionen von Bedeutung sind und es auch verfehlte Anreize geben kann. „Die Aufgabe ist nicht nur, Anreize zu schaffen, ökonomisch effizient zu arbeiten, sondern auch die von der Institution erwünschten und gerechtfertigten Ziele durch die Anreize zu fördern“ (Koslowski 2001, S. 4). Koslowski kennt auch „perverse Anreize“. Als solche bezeichnet er Anreize, die in sich den Anreiz tragen, die Aufmerksamkeit der Handelnden in Institutionen von dem an sich von der Institution gegebenen Zweck auf Nebenzwecke abzulenken (ebenda).

Simon geht in seinem Forschungsbericht davon aus, dass Ende der 1990er Jahre durch Budgetdeckelung, Beschränkung der Niederlassungsfreiheit und die damals zunehmende Befristung von Assistenzarztstellen eine wirtschaftliche Verunsicherung der Ärzte stattgefunden habe, in deren Folge die Bereitschaft wachsen konnte, patientenbezogene Entscheidungen an ökonomischen Zielen auszurichten (vgl. Simon 2001, S. 22). Diese Verunsicherung, sollte sie tatsächlich stattgefunden und solche Einstellungen ermöglicht haben, besteht heute nicht mehr. Die in den letzten Jahren initiierten Streikmaßnahmen des Marburger Bundes zur Durchsetzung seiner Tarifforderungen zeugen dagegen von einem erheblichen Selbstbewusstsein der Ärzte. Das Verhalten der Ärzte hat sich aber nicht

verändert. Es gibt eher Signale, die erwarten lassen, dass sich die ökonomische Beeinflussung ärztlicher Entscheidungen weiter verstärkt (z.B. durch Fangprämien und Bonuszahlungen).

Eine mögliche Erklärung gibt Simon selbst: Es sei wohl ein Punkt erreicht, an dem die Verstöße gegen bisher geltende Berufsethiken als legitimiert bzw. legitimierbar erscheinen bzw. hingestellt werden, wenn dadurch ein anderer und aus neuer Sicht höherer Wert geschützt wird. Als ein solcher höherer Wert kann nach Simon beispielsweise angesehen werden, dass unter knappen Ressourcen nicht alle gegenwärtigen Patienten alle prinzipiell möglichen Leistungen erhalten können, da ansonsten Versorgungskapazitäten blockiert und andere Patienten nicht angemessen versorgt werden können (vgl. Simon 2001, S. 25).

Hierin sieht auch Gethmann-Siefert die Ursache für die Krise des ärztlichen Ethos. Die Vermehrung des Wissens und der technischen Möglichkeiten erweitert den Handlungsspielraum des Arztes so, dass eine Nutzung aller zur Verfügung stehenden Möglichkeiten durch jedermann ökonomisch nicht tragbar sei (vgl. Gethmann-Siefert 2011, S. 55).

Sie geht noch einen Schritt weiter und enthebt die Ärzte von der Verpflichtung auf die im ärztlichen Ethos formulierten Handlungsmaxime, weil das Effizienzdenken diese Verpflichtung aufhebe: „Im ärztlichen Handeln muss das moralisch Gebotene, vom Ethos des Arztes Geforderte, aufgrund finanzieller Zwänge beschränkt, aufgrund prinzipieller Überlegungen unter unerreichbare Ziele gestellt sein“ (Gethmann-Siefert 2011, S. 38).

Verstärkt nicht eine solche Argumentation den Weg zur Zwei-Klassen-Medizin, solange für den Privatversicherten dieser „finanzielle Zwang“ nicht besteht?

Ursprünglich medizinfremde, ökonomische Kriterien haben demnach das traditionelle ärztliche Ethos destabilisiert (vgl. Bauer 2011, S. 69). Das, was medizinisch geboten ist, scheitert in vielen Fällen an ökonomischen Zwängen. Der Konflikt erwächst also aus den externen Realisierungsgrenzen des Machbaren, wirkt aber zurück in die Entscheidungssituation im Rahmen ärztlichen Handelns (vgl. Gethmann-Siefert 2011, S. 55). Allerdings wird sich dort, wo das Ethos zu einer Einstellung, vielleicht sogar zu einem Charaktermerkmal, jedenfalls zum Bestandteil einer Persönlichkeit geworden ist, sich das entsprechende Handeln auch gegen unvermeidbare, von außen kommende Bedrohungen des Berufsethos durchsetzen (vgl. Höffe 2002, S. 12).

Aber ist es nicht gerade das Effizienzdenken, das effiziente Handeln, das die Handlungsmöglichkeiten der Ärzte erweitert (hat)? Bei den finanziellen Zwängen geht es um die Finanzierung von Maßnahmen mit Auswirkungen auf Lebenschancen, Lebenszeit und Lebensqualität. Darf man die so voreilig „einem höheren Wert“ opfern? Münch hat in diesem

Zusammenhang die Frage gestellt, ob es die Ökonomie ist, welche die Ethik in der Medizin gefährdet, oder aber gefährde die Medizin die ethischen Grundsätze, wenn sie ökonomische Prinzipien zu negieren trachtet (vgl. Münch 2005, S. 52). Bei Effizienzsteigerungen konvergieren die ökonomische und die medizinisch-ethische Rationalität, da es ökonomisch rational ist, einen gegebenen Effekt mit möglichst geringem Aufwand zu erzielen und es durch das Prinzip des Nichtschadens ethisch geboten ist, mit möglichst wenig diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen einen bestimmten Gesundheitszustand zu erzielen (vgl. Marckmann 2008, S. 273).

Effizientes und ressourcenschonendes Handeln ist im Krankenhaus durchaus geboten, ob allerdings das kommerzielle Streben nach Gewinnmaximierung im Gesundheitswesen mit den Zielen der Humanmedizin vereinbar ist, muss mit Frewer bezweifelt werden (vgl. Frewer et al. 2011, S. 13).

4.5 Ökonomisierung, Kommerzialisierung und die medizinethischen Prinzipien mittlerer Reichweite

Die fortschreitende Ökonomisierung und Kommerzialisierung des Gesundheitswesens wird von einer breiten Öffentlichkeit mit Unbehagen aufgenommen und verfolgt. Dazu tragen auch Medienberichte über beispielsweise die Organspende, ärztliche Kunstfehler, Personalabbau in den Kliniken, Qualitätsdefizite, Hygieneprobleme, unnötige Operationen und hohe Defizite bei, die zu einer weiteren Verunsicherung führen. In den meisten Fällen werden moralische Bedenken geltend gemacht: Dürfen die das überhaupt? Fokussieren wir die Betrachtungsweise auf die Handlungen, so lassen sich auch im Krankenhaus zwei Moralvorstellungen feststellen, die insbesondere nach dem Bedeutungsgewinn der Ökonomie in immer offenkundiger werdender Form in Konkurrenz geraten: die in der Regel von den patientennahen Diensten vertretene Pflichtenethik und der eher vom Management vertretene Utilitarismus (vgl. Krüger/Rapp 2006, S. 320). Beide zählen zur Gruppe der normativen Ethik-Theorien und haben spürbaren Einfluss auf den Alltag im Gesundheitssystem (vgl. Peintinger 2008, S. 48).

Für Pflicht-orientierte oder deontologische (von to deon, das Gesollte) Konzepte bildet die Orientierung an Pflichten das Maß des Handelns, während utilitaristische Ethikkonzepte die moralische Bewertung an den Folgen einer Handlung festmachen: Anzustreben ist das größtmögliche Glück für die größtmögliche Zahl an Menschen. Hierbei können auch Handlungen zu Lasten Betroffener gehen.

Die Anwendung der beiden Moraltheorien auf konkrete Handlungen oder Fragestellungen ermöglicht in den meisten Fällen keine eindeutige moralische Beurteilung. „Jede dieser Theorien führt in bestimmten Fällen zu intuitiv fragwürdigen Konsequenzen, so dass eine durchgängige Anwendung bei keiner von ihnen plausibel erscheint“ (Rauprich 2005, S. 14).

In der Praxis hat sich zur Beurteilung konkreter ethischer Probleme das Arbeiten mit den sogenannten mittleren Prinzipien durchgesetzt. Die Prinzipien der Fürsorge, der Nichtschädigung, der Autonomie und der Gerechtigkeit bilden den Kern des Ansatzes von Tom Beauchamp und James Childress, der deshalb auch „principlism“ bzw. Prinzipienethik genannt wird. Es erscheint angemessen, die medizinethischen Prinzipien im Verständnis von Vossenkühl zu betrachten, der mit dem Begriff der Gerechtigkeit alle biomedizinischen Verpflichtungen, damit auch die ihnen nicht zu schaden und ihrem Wohl zu dienen, von Ärzten gegenüber ihren Patienten abdeckt (vgl. Vossenkühl 2010, S. 163). Dies erscheint auch deshalb vertretbar, weil es bei der Zuordnung bestimmter Werte zu einzelnen Prinzipien Überschneidungen geben kann. Im Folgenden sollen nun die Folgen der Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungsprozesse entlang dieser Prinzipien beurteilt werden.

Das Prinzip der Fürsorge (der Hilfeleistung, des Wohltuns, beneficence) beinhaltet die positive Verpflichtung – also das Gebot – Handlungen durchzuführen, die das Wohlergehen anderer Personen fördern, die andere Personen davor bewahren, Schaden zu erleiden oder die einen erlittenen Schaden oder Nachteil anderer Personen wiedergutmachen oder kompensieren (vgl. ebenda, S. 19).

Das Prinzip der Fürsorge, das auch fester Bestandteil des ärztlichen Ethos (*salus aegroti suprema lex*) ist, bezieht sich auf eine Handlung, die anderen nützt. Schmidt-Wilcke beschreibt das Prinzip der Fürsorge als das moralisch richtige Handeln eines Subjektes, mit entsprechender Professionalität die gesundheitlich defizitäre Situation eines Anderen zu verbessern und leitet daraus z.B. die Verpflichtung für das Management ab, einen ausreichenden Personalbestand oder Sachmittel bereitzustellen bzw. zu schaffen mit dem Ziel, die Therapie eines Patienten zu optimieren (vgl. Schmidt-Wilcke 2006, S. 385).

In der Praxis sind es aber gerade die Personalkosten, die im Mittelpunkt wirtschaftlicher Überlegungen stehen, wenn es um die Reduzierung von Kosten geht.

Bei einem personalintensiven Dienstleistungsbetrieb, wie es ein Krankenhaus ist, hängt die Qualität der Versorgung der Patienten auch von der Qualität und Quantität des Personals ab. Entscheidungen über den Einsatz von Leiharbeitnehmern werden insbesondere bei privaten Krankenhausträgern nicht vor dem Hintergrund der Sicherstellung einer adäquaten

Versorgung der Patienten getroffen, sondern in erster Linie zur Erfüllung der Renditeerwartung der Aktionäre.

Auch bei Fragen der Abrechnung steht die Sicherstellung der Rendite im Zentrum der Überlegungen. Da jeweils nur eine Hauptdiagnose abgerechnet werden kann, besteht für die Klinik ein Anreiz, aus einem längeren Aufenthalt mit der Behandlung aller Krankheiten mehrere kurze Aufenthalte durchzuführen, bei denen jeweils eine Krankheit therapiert wird. Das DRG-System fördert damit die Fragmentierung der Krankenhausbehandlung.

Letztlich leidet im Wettbewerb und durch den Wettbewerb auch die Fürsorge für den Patienten. Wenn Thanner/Nagel (vgl. Thanner/ Nagel 2009, S. 8 f.) feststellen, dass freiwillige individuelle ethische Sonderleistungen einzelner Unternehmer durch die Konkurrenz ausbeutbar und genau denen ökonomische Vorteile verschaffen, die diese Sonderleistungen nicht erbringen, ist zu erwarten dass diese Sonderleistungen nicht mehr erbracht werden. Für die Fürsorge fehlt die nötige Zeit bzw. das nötige Personal. „Wohlwollen und Zuwendung gehen mehr und mehr zugunsten der Erlösmaximierung verloren“ (Flintrop 2006, S. A-3084).

Im Übrigen lässt sich dieser Sachverhalt auch auf den Wettbewerb zwischen den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die durch Outsourcing und hauseigene Tarifverträge deutlich geringere Personalkosten ausweisen, übertragen. „Wer sich nicht an die Regeln des Wettbewerbs hält – und das heißt für Marktanbieter im Prinzip nichts anderes als Gewinnmaximierung -, wird mit wirtschaftlichem Ruin bestraft, und zwar unabhängig davon, ob er im Wettbewerb nicht mithalten konnte oder aus individuelle ethischen Gründen nicht mithalten wollte. Auch aus diesem Grund nähern sich die Verhaltensweisen privater und gemeinnütziger Träger an. Erfolg, Markterfolg ist die Schlüssel(an)forderung.

„Ökonomische Prozesse, die die institutionelle Ebene des Gesundheitswesens steuern, wirken sich auch auf die professionelle Ebene des Arztes und seine Interaktion mit dem Patienten aus. Ein Arzt, der zunehmend auf externe Faktoren wie Kostenkontrolle Rücksicht nehmen muss, kann nicht mehr nur ausschließlich im Hippokratischen Sinn des „salus aegroti suprema lex“ seinem Heil- und Fürsorgeauftrag nachkommen, der den Patienten und den Heilversuch seiner Krankheit an oberste Stelle des Handelns setzt“ (Krause 2010, S. 92).

Es wird immer wieder behauptet, dass die ärztlich-pflegerische Zuwendungszeit von den Effizienztheoretikern nicht kalkuliert und schon gar nicht gewürdigt wird (so z.B. Fuchs 2010, S. 8). Dem ist entgegenzuhalten, dass sich an der Kalkulation der DRGs jährlich über 200 Krankenhäuser aller Größen und Versorgungsstufen beteiligen, lediglich private Krankenhäuser halten sich bis auf einzelne Ausnahmen zurück. Wenn also beklagt wird, dass für die ärztlich-pflegerische Zuwendung keine Zeit kalkuliert sei, wäre das nur zutreffend,

wenn in den sogenannten Kalkulationshäusern diese Zeit nicht aufgewendet wird und deshalb nicht in die Kalkulation einfließen kann. Dies ist aber sehr unwahrscheinlich, da insbesondere die frei-gemeinnützigen Träger in der persönlichen Zuwendung eine ihrem christlichen Auftrag entsprechende Leistung sehen und die öffentlichen Krankenhäuser im Vergleich mit den anderen Krankenhausträgergruppen deutlich mehr Personal vorhalten. Es kann sich nicht um ein Kalkulationsproblem handeln. Die Zeit für eine nicht-funktionale (zwischenmenschliche) Kommunikation ist auch unter DRG-Bedingungen möglich und wird bezahlt.

Das Prinzip des Nichtschadens (nonmaleficence) gehört zu den Grundwerten ärztlichen Handelns. Es beinhaltet die negative Verpflichtung – also das Verbot – Handlungen durchzuführen, die anderen Personen schaden. Das Prinzip des Nichtschadens beinhaltet auch die positive Verpflichtung, andere nicht einem Schadensrisiko auszusetzen (vgl. Rauprich 2005, S. 20). Hier setzt Wiesing an, wenn er die Gefahr einer Schädigung der Patienten durch überarbeitete und dadurch eventuell kranke, aber zumindest übermüdete und damit unkonzentrierte Ärzte beschreibt und zu dem Schluss kommt, dass eine Institution, die eine vermeidbare Erhöhung des Schadensrisikos für ihre Patienten in Kauf nimmt, gegen ein konstitutives moralisches Fundament des ärztlichen Berufes verstößt (vgl. Wiesing 2005, S. A-2616).

Das Prinzip des Nicht-Schadens darf aber auch der übermüdete Arzt für sich selbst in Anspruch nehmen. Ein Arbeitgeber, der zulässt, dass ein Beschäftigter abgesehen von Notfällen, die gesetzlich zulässige Höchstarbeitszeit überschreitet und dadurch nicht nur die ihm anvertrauten Patienten, sondern auch sich selbst in Gefahr bringt, verstößt nicht nur gegen das Fürsorge- und Nichtschadenprinzip, sondern macht sich auch strafbar. So ermittelt der Staatsanwalt gegen die Krefelder Helios-Klinik, nachdem eine Ärztin nach einer 24-Stunden-Schicht, Mitarbeiter sprechen sogar von einer 26,5 Stunden-Schicht, auf dem Weg nach Hause mit ihrem PKW tödlich verunglückte (vgl. Peters 2012). Dem Vorgesetzten der Ärztin wird vorgeworfen, Ärzte massiv unter Druck zu setzen, mehr leisten zu müssen, als sie sich selbst zutrauen. Die Bezirksregierung hat sich eingeschaltet und Unregelmäßigkeiten im Zusammenhang mit dem Arbeitszeitgesetz festgestellt (vgl. o.V. 2012a).

Schon 2005 hatte Wiesing mit seinem Beitrag im Deutschen Ärzteblatt unter der Überschrift „Ärztliche Arbeitszeit: Eine Frage der Ethik“ auf die Gefahr der gesundheitlichen Schädigung der Ärzte durch Überarbeitung hingewiesen (vgl. Wiesing 2005, S. A-2616).

Wehkamp fand im Rahmen des „Ethik-Projektes am Klinikum Nürnberg“ sowie des Projektes „Ethik, Kommunikation, Kultur“ am LBK Hamburg eine Vielzahl von Beispielen,

wo wirtschaftlich motivierte Personalknappheiten oder Ressourcenknappheiten Patienten erheblich gefährdeten und zog daraus den Schluss: „Wenn Wirtschaftlichkeit an der Profitabilität des eingesetzten Kapitals bewertet wird, birgt das in der Medizin die Gefahr, dass das Wohl des Patienten gegenüber dem wirtschaftlichen Erfolg der Einrichtung zurücktreten muss“ (Wehkamp 2004a, S. 14).

Personalknappheit in der Pflege, so die Erfahrungen, kann dazu führen, dass medizinisch nicht indizierte oder sogar kontraindizierte Maßnahmen angeordnet werden, z.B. Blasenkatheder bei Patienten mit rezidivierenden Blaseninfekten oder PEG-Sonden bei Menschen, die zu unregelmäßig Nahrung aufnehmen (vgl. ebenda, S. 8), und dadurch dem Patienten Schaden zugefügt wird.

Eine ähnliche Wirkung können die an das Erreichen überwiegend ökonomischer Ziele gebundenen Bonuszahlungen an Chefarzte haben, sie stoßen deshalb auch auf Kritik der Bundesärztekammer. Eine solche Anbindung der Chefarztvergütung birgt nach ihrer Überzeugung Risiken für die Patientenversorgung; sie widerspräche auch dem ärztlichen Berufsethos (vgl. Bundesärztekammer 2012).

„Mit diesen Verträgen zählt nicht mehr der medizinische Erfolg der Chefarzte, sondern der ökonomische“, sagt Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin. Sie setzten Anreize, zum Beispiel freiwerdende Arztstellen nicht mehr zu besetzen, wodurch sich die Behandlung der Patienten potenziell verschlechtere. „Das ist unethisch. Wenn ich ins Krankenhaus gehe, will ich, dass der Arzt nur mich und meine Krankheit im Blick hat“ (Baumann 2012).

Es ist nicht nur unethisch, sondern auch ungerecht, wenn die Durchführung oder Ablehnung einer notwendigen medizinischen Maßnahme von der Einkommenserwartung des Chefarztes abhängig ist; im Übrigen verletzt eine solche Vorgehensweise auch die Prinzipien der Hilfeleistung und der Fürsorge.

Bei der Bewertung von Indikationsausweitungen für Operationen ist zu bedenken, dass sich eine ökonomisch motivierte Ausweitung von Indikationsstellungen nicht lediglich auf den Haushalt der gesetzlichen Krankenversicherung auswirkt und die Validität der Krankenhausstatistik in Frage stellt, wie dies bei reinen Umcodierungen zum Zweck der Erlösmaximierung der Fall ist. Es handelt sich vielmehr um operative Eingriffe, die mit schweren bis schwersten Belastungen für die Betroffenen verbunden sind, die nur dann ethisch wie auch juristisch zu rechtfertigen sind, wenn sie medizinisch notwendig waren. Sind Eingriffe aber medizinisch nicht notwendig, und geschehen in erster Linie und sogar

ausschließlich zum Zweck der Erlösmaximierung, so werden Menschen zu diesem Zweck erheblichen Risiken ausgesetzt.

Auch eine intravenöse Antibiose bringt Geld. Sie schadet dem Patienten nicht, auch wenn der Nutzen nicht erwiesen ist. Verzweiflungsantibiose nennt man das (vgl. Faller 2012). Im NDR berichtet ein Oberarzt einer Hamburger Klinik von einem Kollegen, der bei seinen Patienten regelmäßig mehr operiert hat als eigentlich notwendig war. „Da war ein niedergelassener Arzt, der hat in unserer Klinik Prostata-Operationen vorgenommen. Um den Fallpauschalen-Satz zu erhöhen, hat er auch noch einen Teil der Blase weggeschnitten – eine Blasenteilresektion. Das ist natürlich Abrechnungsbetrug, aber man verdient entsprechend mehr“ (NDR 2012).

Das gilt gerade auch für Herzklappenoperationen. Während die Fallpauschale für eine konventionelle Operation bei lediglich 13.000 EUR liegt, bringt die risikoreichere Herzklappenimplantation per Katheder 35.000 EUR ein. Fachgesellschaften empfehlen letztere ausschließlich bei älteren Patienten mit Vorerkrankungen. Trotz der Richtlinien werden 50% der Fälle an Patienten vorgenommen, die nicht zur entsprechenden Patientengruppe gehören. Das Sterblichkeitsrisiko liegt nach der Aqua-Bundesauswertung 2009 bei kathedergestützten Eingriffen bei 9%, bei der konventionellen Operation bei unter zwei Prozent (vgl. FinanzNachrichten.de 2010).

Konsequenz: „Wer ins Krankenhaus eingewiesen wird, muss befürchten, weniger nach medizinischen als nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten behandelt zu werden“ (Elger 2011, S. 32).

Damit wird ein zentraler Punkt der ärztlichen Therapieentscheidung angesprochen: die Qualität der Indikationsstellung. Durch die Indikationsstellung beeinflusst der Arzt in entscheidender Weise die Erlöse seiner Klinik und eventuell auch die Höhe seines Einkommens.

Salomon, Chefarzt einer Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, demonstriert an Beispielen, wie medizinisch indizierte Leistungen so manipuliert werden, dass sie fragwürdig werden (vgl. Salomon 2010, S. 130). In diesem Augenblick wird das Wohl des Patienten therapiefremden Gesichtspunkten ungerechterweise untergeordnet, Gewinnerzielung bzw. verselbständigte Wirtschaftlichkeit dominiert die Behandlungsqualität (vgl. Kettner/Loer 2011, S. 24).

Unter dem Titel „Fallpauschalen: Unnötige OP? berichtet am 26. September 2011 der WDR in seiner Sendung „Markt“ über 2 Patienten, die schmerzfrei werden und deshalb operiert werden sollten. Am Ende, so der WDR, bekamen beide das betriebswirtschaftliche

Denken – Optimierung, Leistungssteigerung, Effizienz - in den Kliniken zu spüren. Zwei bzw. drei Jahre nach der Operation hatten beide noch immer Schmerzen. Einem ging es sogar schlechter als zuvor. Beide Patienten trugen das Risiko für Operationen, die unnötig waren. Das Streben nach mehr Effizienz in den Krankenhäusern stößt an die Grenzen, wenn es zu Lasten der Patienten geht, so das Resümee des Beitrages (vgl. WDR 2011).

Die Effizienz des Gesundheitswesens ist ein Bereich des Fremden und Kollektiven, eine Sphäre der gesellschaftlichen Anonymität (vgl. dazu und im Folgenden: Gethmann 2011, S. 33). Ökonomische Effizienz ist eine instrumentelle Größe, die für wirtschaftlichen Wohlstand konstitutiv ist. Das Ethos des Heilens appelliert an die zwischenmenschliche Barmherzigkeit und die Bereitschaft zum altruistischen Einsatz. Demgegenüber appelliert die Forderung nach Effizienz des Gesundheitswesens an den ökonomischen Egoismus und die Geldgier. Man gewinnt den Eindruck, dass ökonomische Erwägungen bei der Behandlung der Patienten mittlerweile der Vorrang eingeräumt wird. Bordieu hat darauf hingewiesen, dass das Eindringen der ökonomischen Logik das Ethos verändern wird: Ihr bisher von Profiterwägungen weitgehend freies Berufsethos wird nun durch ökonomische Imperative irritiert und im Extremfall aufgelöst (vgl. Manzeschke 2012, S. 122).

5. ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Versteht man Ökonomisierung als eine Orientierung des Krankenhauses an den Kriterien der Effektivität, so wie es das SGB V auch schon seit Jahren vorsieht, so war und ist sie angesichts der weitgehenden Finanzierung aus solidarisch finanzierten Zwangsbeiträgen eine gesundheitspolitische Notwendigkeit (so auch Bauer 2006, S. 18). Allerdings muss man feststellen, dass unter den geänderten Rahmenbedingungen sich auch die Motivation und die Zielsetzungen der Beteiligten geändert haben. Eine groß angelegte Längs- und Querschnittsstudie „Wandel in Medizin und Pflege im DRG-System“ (WAMP) des Wissenschaftszentrums Berlin und der Universität Bremen macht die Spannungen zwischen dem Berufsethos einerseits und dem realen Handeln im Anreiz- und Sanktionssystem andererseits deutlich. Dabei sind ärztliche und pflegerische Entscheidungen de facto vom ökonomischen Rentabilitätskalkül motiviert, werden aber u.a. gegenüber den Patienten als medizinische Notwendigkeit ausgegeben (vgl. Buhr/Klinke 2006). Ökonomische Kriterien werden also unter ökonomischen Anreiz- und Wettbewerbsbedingungen handlungsleitend, das medizinisch Notwendige tritt dahinter zurück. Gerade diese im Zuge der Gesetzgebung der letzten Jahre gewollte und intensiviertere Markt- und Wettbewerbsorientierung wirft im Krankenhaus neue Fragen auf, die vor dem Hintergrund der Verhaltens- und

Motivationsänderung der Beteiligten einer näheren Bewertung bedürfen. Der Markt rationiert schließlich, indem er Leistungen nur für diejenigen bereit stellt, deren Zahlungsfähigkeit und Zahlungsbereitschaft ausreicht (vgl. Paetow 2002). Wird die Medizin auf die Monetik reduziert, so fürchten Hartzband und Groopman, bleibt nur noch eine Karikatur des Arzt-Patienten-Verhältnisse übrig. Der schleichende Wertewandel, der sogar dazu führt, dass wie die Beispiele zeigen, bei der Verfolgung ökonomischer Ziele rechtliche Bestimmungen vorsätzlich verletzt werden, dürfe nicht unterschätzt werden. Er zeige sich auch darin, dass Ärzte, für die merkantile Interessen im Vordergrund stehen, jahrhundertlang – etwa bei Moliere oder Turgenew – dem Gespött ausgesetzt und als Scharlatane verhöhnt wurden, die ihren Beruf verraten haben (vgl. Hartzband/Groopman 2011, S. 1373).

Der „Verrat“ fällt Ärzten unter DRG-Bedingungen wohl besonders leicht, sie scheinen einen negativen Einfluss auf ärztliche Entscheidungen zu haben. „Aus Geldgründen werden relativ gesunde Patienten aufgenommen und auf kranke Patienten Entlassungsdruck ausgeübt“ (Wild 2011, S. 36), wie die Beispiele zeigen.

„An den direkten Begegnungen zwischen Arzt und Patient bzw. Pflege und Patient zeigt sich die zunehmende Ökonomisierung im Gesundheitswesen am stärksten. Defizite bei den Gesprächen schlagen sich unmittelbar in der Frequenz der Anfragen bei Patientenfürsprecher oder Beschwerdestellen nieder. (...) Der zunehmende Einspardruck führt dazu, dass die nur knapp vorhandenen Güter mehr und mehr nach der Zahlungsfähigkeit ihrer Empfänger vergeben werden. Eine qualitativ hochwertige Versorgung muss privat zumindest subventioniert werden und ist somit kaum noch Teil des Solidaritätsprinzips, Im Zuge dieser „Privatisierung“ wird der Bevölkerung immer mehr auch die Verantwortung für die Sicherung der eigenen Gesundheit übertragen“ (Emrich et al. 2011, S. 135 f.).

Angesichts der wachsenden Kommerzialisierung ärztlicher Entscheidungen kann man die Fragen wiederholen, die Deppe bereits 2004 gestellt hat: „Was bedeuten nämlich ärztliche Auskünfte während einer Behandlung wie: ‚das ist medizinisch nicht notwendig‘; ‚das Risiko des Eingriffs ist bei Ihnen zu hoch‘; ‚diese Maßnahme ist in Ihrem Fall unwirksam‘? Heißt das, sie ist medizinisch nicht gerechtfertigt – oder heißt es lediglich, sie ist zu teuer? Woher weiß der Patient, warum ihm der Arzt diesen Rat gegeben hat? Ist es tatsächlich die Therapie der Wahl, die für seine Krankheit medizinisch erforderlich ist? Werden ihm Behandlungsalternativen verschwiegen? Hängen von solchen Empfehlungen vielleicht das Einkommen, die Karriere, der Arbeitsplatz des Arztes oder gar die wirtschaftliche Bonität eines Krankenhauses ab, die den Aktienkurs und die Dividende bestimmen? Oder ist dem

Arzt gerade mitgeteilt worden, dass sein Budget bereits überschritten ist?“ (Deppe 2004, S. 19).

Zur Beantwortung dieser Fragen eignet sich auch ein Klinisches Ethikkomitee; deshalb ist die Erweiterung der Aufgabenstellung auf ökonomische Fragestellungen unverzichtbar. Es muss aber sichergestellt werden, dass sich die Mitglieder ausschließlich der jeweiligen Satzung, dem Patienten und auch den Mitarbeitern verpflichtet fühlen; sie dürfen sich auf keinen Fall als verlängerter Arm oder gar als Interessenvertreter der Geschäftsführung verstehen. Die Inanspruchnahme des Ethikkomitees darf nicht dazu führen, dass damit auch die Verantwortung für die Entscheidung an das Komitee delegiert wird. Käme es zur Trennung von Entscheidungsverantwortung und Handlung, würden Ärzte für ihre patientenbezogenen Handlungen nicht mehr die Verantwortung tragen. Es muss bei der Einheit von Handlung und Verantwortung bleiben.

Ein besonderes Augenmerk wird auch zukünftig auf dem Verhalten der gewinnorientierten Krankenhäuser liegen. Sie haben Methoden, Instrumente und Verhaltensweisen im Krankenhaus eingeführt, die früher denkunmöglich waren. Für die kommunalen und freigemeinnützigen Träger haben sie Vorbildcharakter; sie müssen deren „Arsenal“ an Maßnahmen zur Ergebnisverbesserung sukzessive übernehmen, um im Wettbewerb zu bestehen. Damit verwischen die Grenzen zwischen den Folgen der Ökonomisierung und der Kommerzialisierung; eine eindeutige Zuordnung der Erscheinungsformen ist nicht mehr in allen Fällen möglich.

Vor über 15 Jahren prognostizierte Krieg in einem Beitrag für das Deutsche Ärzteblatt unter dem Titel „Im Sog der Kommerzialisierung: „Man muss nicht Visionär sein, um vorauszusagen, dass am Ende dieser bereits erkennbaren Fehlentwicklung die Gesundheit zur Ware, der Patient zum Kunden und der Arzt zum Kaufmann pervertieren. Die Ärzteschaft sollte die Kraft aufbringen, dieser Art Krankenversorgung entschieden gegenzusteuern“ (Krieg 1997, S. A-906).

Heute kann man feststellen, dass es auf verschiedenen Ebenen hoffnungsvolle Ansätze einer Gegenbewegung gibt, die die Ökonomisierung und Kommerzialisierung des Gesundheitswesens als eine mögliche Gefahr für die Patientenversorgung ernst nehmen und ihr wirkungsvoll entgegenreten.

Wie bereits ausgeführt hat der Gesetzgeber mittlerweile der Gründung von Privatkliniken die Attraktivität genommen, indem er durch eine Ergänzung des § 17 Abs. 5 KHG festgelegt hat, dass die mit zugelassenen Krankenhäusern verbundenen Privatkliniken von ihren Patienten keine höheren Entgelte verlangen dürfen als sie nach dem Krankenhausentgeltgesetz und der

Bundespflegeverordnung zu leisten wären. Auch wenn es hierzu verfassungsrechtliche Bedenken gibt (vgl. Huster 2012), kann man dies durchaus auch als Signal gegen die zunehmende Kommerzialisierung verstehen.

Mit einer weiteren gesetzlichen Regelung verpflichtet der Gesetzgeber die Deutsche Krankenhausgesellschaft, im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer Empfehlungen zu fallorientierten Bonuszahlungen an leitende Ärzte zu erarbeiten. Krankenhäuser müssen dann zukünftig angeben, ob sie diese noch zu erarbeitenden Empfehlungen einhalten. Tun sie dies nicht, müssen sie darüber hinaus im Qualitätsbericht angeben, für welche Leistungen Zielvereinbarungen, die Bonuszahlungen auslösen, bestehen. „Wir sind der Meinung, dass mit diesem Gesetz der Ökonomisierung der Medizin entgegengewirkt werden kann“, kommentiert die stellvertretende Hauptgeschäftsführerin der BÄK, Dr. med. Anette Güntert, die neue Regelung (vgl. Osterloh 2013). Die Bundesärztekammer soll bei der Neufassung der DKG-Empfehlungen laut Koalition „speziell auf die Einhaltung ethischer und berufsrechtlicher Anforderungen“ achten (ebenda).

In einer kürzlich verabschiedeten EntschlieÙung zur Weiterentwicklung des Vergütungsrechts für Krankenhäuser fordert der Bundesrat (Bundesrat 2013), dass sich Patientinnen und Patienten darauf verlassen können müssen, dass Indikationsstellung ebenso wie die vorgeschlagene Therapie allein medizinisch begründet sind. „Finanzielle Interessen der Leistungserbringer dürfen dabei keine Rolle spielen“ (ebenda). Auch die Fallzahlsteigerung gerät in den Fokus des Bundesrats: „Die Mengenentwicklung aus rein ökonomischen Gründen, die sich nicht durch die demografische Entwicklung und/oder den medizinischen Fortschritt begründet, muss wirksam begegnet werden“ (ebenda).

Auch bei den Ärzten kann man eine intensivere Auseinandersetzung mit den Folgen der Ökonomisierung feststellen, seitdem der 111. Deutsche Ärztetag die gesundheitspolitischen Leitsätze der Ärzteschaft, das Ulmer Papier (vgl. Bundesärztekammer 2008), „im Bewusstsein, dass das Gesundheitswesen keine Gesundheitswirtschaft oder Industrie ist, dass Ärzte keine Kaufleute und Patienten keine Kunden sind, dass Gesundheit und Krankheit keine Waren und Wettbewerb und Marktwirtschaft keine Heilmittel zur Lösung der Probleme des Gesundheitswesens sind, dass Diagnose und Therapie nicht zum Geschäftsgegenstand werden dürfen“ (ebenda, S. 7), beschlossen hat.

Ökonomisierung und Kommerzialisierung des Gesundheitswesens und ihre Folgen sind auch zunehmend Themen bei ärztlichen Fortbildungen, Tagungen und Kongressen sowie in den berufsspezifischen Fachmedien (vgl. beispielsweise Maio 2012). Der Deutsche

Anästhesiekongress befasste sich beispielsweise in einer Vortragsreihe mit dem Thema „Privatisierung von Kliniken – und wo bleibt die Ethik?“

Die DGIM;-Präsidentin Elisabeth Märker-Hermann stellt in ihrer Festrede beim 119. Internistenkongress das Arzt-Patienten-Verhältnis in den Mittelpunkt ihrer Ausführungen und erinnert:“Die offensichtliche Entwicklung der letzten Jahre, dass sich Krankenhäuser von Einrichtungen der Daseinsfürsorge zu Unternehmen oder Konzernen gewandelt haben, entbindet uns nicht von der Pflicht, immer wieder zu mahnen, dass Unternehmensziele nicht über das Patientenwohl gestellt werden dürfen“ (Märker-Hermann 2013).

Sie ist aber auch der Überzeugung, dass sich ökonomisches Denken und ärztliche Fürsorge nicht ausschließen, sondern genutzt werden sollten, um die Qualität der medizinischen Versorgung nach definierten und messbaren Kriterien zu verbessern, Damit aber könnten auch ökonomische Kriterien handlungsleitend werden, die die medizinische Versorgung verbessern. Solche Kriterien disziplinieren Krankenhäuser und Ärzte in ihren Anreizen, die Behandlungsqualität abzusenken, wie es die Monopolkommission in ihrem 17. Hauptgutachten angesichts einer insgesamt geringen Qualitätstransparenz befürchtet (vgl. Monopolkommission 2008, Ziffer 822). Sie müssen sich dann einem leistungsorientierten Qualitätswettbewerb stellen, bei dem das ökonomische Rentabilitätskalkül zugunsten von Qualitätsindikatoren in den Hintergrund tritt. Eine reizvolle Perspektive, die Hoffnung macht, dass der kranke Patient mit seinen Sorgen und Nöten bald wieder im Mittelpunkt ärztlicher, pflegerischer und kaufmännischer Überlegungen steht. Der Zielkonflikt zwischen Medizin und Ökonomie, wäre fürs Erste gelöst.

LITERATURVERZEICHNIS

AOK-Bundesverband (2012): Deh: Leistungsausweitungen im Krankenhaus nicht allein mit demografischem Wandel erklärbar. http://www.aok-bv.de/politik/reformaktuell/index_08458.html. Letzter Aufruf 30.06.2012.

Arntz, Klaus (2000) „Jetzt wächst zusammen, was zusammengehört!“ Ethische Fragen im Spannungsfeld zwischen Medizin und Ökonomie. Zeitschrift für medizinische Ethik, 46. Jahrgang, S. 287 -298.

Augurzky, Bernd et al. (2008): Krankenhaus Rating Report 2008. RWI Materialien, Heft 41. Essen.

Barmer GEK (2010): Barmer GEK Report Krankenhaus 2010. St. Augustin.

Bartholomeyczik, Sabine (2011): Schnellerer Durchlauf kränkerer Patienten im Krankenhaus: Wo bleibt die Pflege? Ethik in der Medizin, 23. Jahrgang, S. 315 – 325.

Bauer, Axel W. (2011): Ethik statt Empathie? Ursachen und Folgen knapper Ressourcen, in: Frewer, Andreas et al. (Hrsg.): Gesundheit, Empathie und Ökonomie. Kostbare Werte in der Medizin. Würzburg. S. 67- 86.

Bauer, Ullrich (2006): Die sozialen Kosten der Ökonomisierung von Gesundheit. APuZ 8-9/2006, S. 17 – 24.

Baumann, Daniel (2011): Sparen an der Heilung. Frankfurter Rundschau vom 20.03.2011. <http://www.fr-online.de/wirtschaft/helios-kliniken-sparen-an-der-heilung,1472780,8249180.html>. Letzter Aufruf 30.11.2011.

Baumann, Daniel (2012): Medizinischer Erfolg wird zweitrangig. Frankfurter Rundschau vom 06.02.2012. <http://www.fr-online.de/wirtschaft/bonuszahlungen-fuer-chefaerzte-medizinischer-erfolg-wird-zweitrangig,1472780,11577726.html>. Letzter Aufruf 09.09.2012.

Beauchamp, Tom L. und Childress, James F. (2008): Principles of Biomedical Ethics. New York.

Bohsem, Guido (2011): Helios-Patienten sollen zu viel zahlen: Ein Krankenhaus zwei Preise. Süddeutsche Zeitung vom 14.07.2011. <http://sueddeutsche.de/wirtschaft/helios-patienten-sollen-zuviel-zahlen-ein-krankenhaus-zwei-preise-.1120095>. Letzter Aufruf 26.12.2011

Brandt, Yvonne (2011): Helios will Löhne kürzen. Westdeutsche Zeitung vom 12.05.2011. <http://www.wz-newsline.de/lokales/krefeld/helios-will-loehne-kuerzen-1.594875>. Letzter Aufruf 26.12.2011.

Buhr, Petra und Klinke, Sebastian (2006): Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus Bedingungen fortgesetzter Budgetierung. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Berlin. <http://www.bibliothek.wzb.eu/pdf/2006/i06-311.pdf>. Letzter Aufruf 28.12.2011

Bundesärztekammer (2008): Gesundheitspolitische Leitsätze der deutschen Ärzteschaft – Ulmer Papier -. Berlin..

Bundesärztekammer (2012): Statement von Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, zur aktuellen Berichterstattung über Bonuszahlungen bei Chefarztverträgen. Berlin. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.75.77.10052.7> Letzter Aufruf 09.09.2012.

Bundesministerium für Gesundheit (2012): Wettbewerb im Gesundheitswesen. <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/herausforderungen/wettbewerb.html>. Stand 16.05.2012. Letzter Aufruf 11.07.2012.

BGH (2011): Beschluss des BHG vom 21.04.2011 (III ZR 114/10).

Bundesrat (2013): EntschlieÙung des Bundesrates zur Weiterentwicklung des Vergütungsrechts für Krankenhäuser. Drucksache 295/13 vom 03.05.13.

Clade, Harald (1993): Harter Widerstand gegen überzogenen Sparkurs.
83. Hauptversammlung des Marburger Bundes in Dresden. Deutsches Ärzteblatt, 90. Jahrgang, Seite A-1579 – 1584.

Dammann, Gerhard (2007): Ethische Argumente für und wider werbeorientiertes Marketing von Ärzten und Krankenhäusern. Zeitschrift für medizinische Ethik, 53. Jahrgang, S. 255 – 273.

Deppe, Hans-Ulrich (2004): Kulturwende in der Medizin, in: Ulshöfer, Gotlind et al. (Hrsg.): Ökonomisierung der Diakonie. Kulturwende im Krankenhaus und bei sozialen Einrichtungen. Frankfurt am Main. S. 9 – 21.

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2007): Beratungs- und Formulierungshilfe
Chefarztvertrag. Düsseldorf.

Deutscher Ärztetag (1993): EntschlieÙungen zur Qualitätssicherung in der ärztlichen Berufsausübung. Deutsches Ärzteblatt, 90. Jahrgang, S. A-1520 - 1525.

Deutscher Bundestag (1999): Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000). Bundestagsdrucksache 14/1245.

Deutscher Bundestag (2001): Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz-FPG). Bundestagsdrucksache 14/6893.

- Dietz, Alexander (2011): Gerechte Gesundheitsreform? Ressourcenvergabe in der Medizin aus ethischer Perspektive. Frankfurt am Main.
- Dietz, Alexander (2011a): Ökonomisierung von Krankenhaustätigkeit – Chancen, Grenzen und Risiken einer marktorientierten Medizin. Ethik in der Medizin, 23. Jahrgang, S. 263 – 270.
- Eibach, Ulrich (2004): Klinisches „Ethik-Komitee“ und „ethisches Konsil“ im Krankenhaus, Empfehlungen zur Einrichtung und Arbeitsweise. Zeitschrift für medizinische Ethik, 50. Jahrgang, S. 21 – 34.
- Elger, Katrin (2011): Gesundheit. Die Rechnung, bitte! Der Spiegel Nr. 19, S. 32 – 33.
- Emrich, Inken, Fröhlich-Güzelsoy, Leyla, Friedrich, Bernd, Bruns, Florian, Frewer, Andreas (2011): Ökonomisierung im Klinikalltag. Engpässe bei der stationären Versorgung aus Patientensicht. In: Frewer, Andreas, Bruns, F., Rascher, W. (Hrsg.): Gesundheit, Empathie und Ökonomie. Kostbare Werte in der Medizin. Jahrbuch Ethik in der Klinik (JEK), Band 4. Würzburg.S. 125 – 140.
- Europäischer Gerichtshof (2009): Urteil vom 19.05.2009; C-531/06.
- Faller, Heike (2012): Gesundheitsreform. Das Ende der Schweigepflicht. ZEITmagazin Nr. 21 vom 16.05.2012. <http://www.zeit.de/2012/21/Klinik-Gesundheitsreform/komplettansicht>. Letzter Aufruf 09.09.2012.
- FinanzNachrichten.de (2010): Herzklappen: Risikoreiche Operationsmethode boomt – finanzieller Gewinn als Motivation. <http://www.finanznachrichten.de/nachrichten-2010-09/18042289-herzklappen-risikoreiche-operationsmethode-boomt-finanzieller-gewinn-als-motivation-007.htm>. Letzter Aufruf 10.12.2010.
- Flintrop, Jens (2006): Die ökonomische Logik wird zum Maß aller Dinge. Deutsches Ärzteblatt, 103. Jahrgang, S. A-3082 - 3085.

- Flintrop Jens (2011): Gewinn mit Nebengeräuschen. Deutsches Ärzteblatt, 108. Jahrgang, S. A-983.
- Flintrop, Jens (2012): Boni für Chefärzte: Bedenkliche Anreize. Deutsches Ärzteblatt, 109. Jahrgang, S. A 298.
- Freudenberg, Ulrich (2011): Rechtliche Aspekte der „Ökonomisierung“ der Medizin. In: Gethmann-Siefert, Annemarie und Thiele, Felix (Hrsg.): Ökonomie und Medizinethik. München. S.141 – 203.
- Frewer; Andreas, Bruns, Florian, Rascher, Wolfgang (2011): Editorial. Ethik in der Medizin: Ökonomie und Empathie. In: Frewer, Andreas, Bruns, Florian, Rascher, Wolfgang (Hrsg.): Gesundheit, Empathie und Ökonomie. Kostbare Werte in der Medizin. Jahrbuch Ethik in der Klinik (JEK), Band 4. Würzburg. S. 9 – 14.
- Fuchs, Christian (2010): Ärztliche Verantwortung und ärztliches Handeln zwischen Medizin, Recht und Ethik. Vortrag auf der Tagung „Medizin, Recht, Ethik zwischen Konflikt und Kooperation“ der Evangelischen Akademie Tutzing, 17./18. März 2010. <http://web.ev-akademie-tutzing>.
- Gaede, Kirsten (2010): Fallzahlsteigerung. Das Geschäft mit dem Skalpell. kma August 2010, S. 18 – 22.
- Gahl, Klaus (2006): Der Patient als „Kunde“. Aspekte des Wandels der Arzt-Patienten-Beziehung. In: Medizinethik Weiterbildender Studiengang. Studienbrief 75103-8-01-S 1 zu Modul I: Das Arzt-Patient-Verhältnis. S. 74 – 85.
- Gerlinger, Thomas und Mosebach, Kai (2009): Die Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens: Ursachen, Ziele und Wirkungen wettbewerbsbasierter Kostendämpfungspolitik. In: Böhlke, Nils et al. (Hrsg.): Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus der Sicht der Beschäftigten. Hamburg. S. 10 – 40.
- GKV-Spitzenverband (2012): Mengenentwicklung im Krankenhausbereich – Anstieg der Operationen teilweise ökonomisch motiviert. Berlin.<http://www.gkv-spitzenver>

band.de/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_4614.jsp. Letzter Aufruf 10.09.2012.

Gethmann, Carl Friedrich (2011): Das Ethos des Heilens und die Effizienz des Gesundheitswesens. In: Gethmann-Siefert, Annemarie und Thiele, Felix (Hrsg.): Ökonomie und Medizinethik. München. S. 33 – 48.

Gethmann-Siefert, Annemarie (2011): Überlegungen zur Vereinbarkeit von Ökonomie und Medizinethik. In: Kettner, Matthias und Koslowski, Peter (Hrsg.): Wirtschaftsethik in der Medizin. Wie viel Ökonomie ist gut für die Gesundheit? München. S. 37 – 57.

Giovanola, Benedetta (2011): Ökonomisierung und Kommerzialisierung als Problem der Philosophie. In: Kettner, Matthias und Koslowski, Peter: Ökonomisierung und Kommerzialisierung der Gesellschaft. Wirtschaftsphilosophische Unterscheidungen. München. S. 21 – 39.

Harms, Jens und Reichard, Christoph (2003): Ökonomisierung des öffentlichen Sektors – eine Einführung. In: Harms, Jens und Reichard, Christoph (Hrsg.): Die Ökonomisierung des öffentlichen Sektors: Instrumente und Trends. Baden-Baden. S. 13 – 26.

Hartzband, M.D. und Groopman, M.D. (2011): The New Language of Medicine, NEngl J Med 365: 1372 – 1373.

Heubel, Friedrich (2010): Therapeutische Interaktion und Funktionslogik des Marktes. In: Heubel, Friedrich et al. (Hrsg.): Die Privatisierung von Krankenhäusern. Ethische Perspektiven. Wiesbaden. S. 165 – 194.

Höffe, Otfried (2002): Medizin ohne Ethik? Heidelberg.

Höhl, Rebekka (2012): Chefärzte in der Schraubzwinde des Geldes. Ärzte Zeitung vom 29.03.2012.

- Huster, Stefan (2011): Soziale Gesundheitsgerechtigkeit. Sparen, umverteilen, vorsorgen?
Berlin.
- Huster, Stefan (2012): Verbundene Privatkliniken – ein vergütungs- und
krankenhausrechtliches Ärgernis? In: GuP Gesundheit und Pflege, 2. Jahrgang, Heft 3,
S. 81 – 89.
- Imdahl, Horst (1993): So kommen die Kleinen groß raus. In: Jeschke, Horst A. (Hrsg.):
Krankenhausmanagement zwischen Frustration und Erfolg. Kulmbach. S. 194 – 204.
- Imdahl, Horst (1993a): Privatisierung von Krankenhäusern: Eine Möglichkeit zur
Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Leistungsfähigkeit. In: Arnold, Michael
und Paffrath, Dieter (Hrsg.): Krankenhausreport '93. S. 137 – 146.
- Imdahl, Horst (2010): Krankenhausprivatisierung: Auch unter DRG-Bedingungen ein
Erfolgsmodell? In: Heubel, Friedrich et al. (Hrsg.): Die Privatisierung von
Krankenhäusern. Ethische Perspektiven. Wiesbaden. S. 59 – 76.
- Imdahl, Horst (2012): Die neuen Werkzeuge zur Gewinnerzielung im Krankenhaus. Ethik in
der Medizin, 24. Jahrgang, S. 93 – 104.
- Jaeger, Renate (2003): Informationsanspruch des Patienten – Grenzen der Werbung im
Gesundheitswesen. MedR - Medizinrecht, 21. Jahrgang, S. 263ff.
- Kettner, Matthias (2008): Autorität und Organisationsformen Klinischer Ethikkomitees. In:
Frewer, Andreas et al. (Hrsg.): Klinische Ethikkomitees. Chancen, Risiken und
Nebenwirkungen. Würzburg. S. 15 – 28.
- Kettner, Matthias (2010): Kann Ökonomisierung gut und muss Kommerzialisierung schlecht
sein? In: Heubel, Friedrich et al. (Hrsg.): Die Privatisierung von Krankenhäusern.
Ethische Perspektiven. Wiesbaden. S. 117 – 132.
- Kettner, Matthias (2011): Ein Vorschlag zur Unterscheidung von Ökonomisierung und
Kommerzialisierung. In: Kettner, Matthias und Koslowski, Paul (Hrsg.):

Ökonomisierung und Kommerzialisierung der Gesellschaft. Wirtschaftsphilosophische Unterscheidungen. München. S. 3 – 20.

Kettner, Matthias und Loer, Thomas (2011): Das Wirkbündnis in der Arzt/Patient-Interaktion als moralischer Maßstab für Ökonomisierungsprozesse im Krankenhaus. In: Frewer, Andreas et al. (Hrsg.): Gesundheit, Empathie und Ökonomie. Kostbare Werte in der Medizin. Würzburg. S. 17 – 40.

Klotzek, Jörg (2012): Klinikum schiebt Krebspatienten fünf Stunden auf den Flur. Passauer Neue Presse vom 13.08.2012.
http://www.pnp.de.region_und_lokal/stadt_und_landkreis_passau/passau_stadt/506228_Klinikum_schiebt_Krebspatienten_fuenf_Stunden_auf_den_Flur.html Letzter Aufruf 15.08.2012.

Knessl, J (2004): Der Arzt als Unternehmer. Schweizerische Ärztezeitung Nr. 51/52, S. 2787 – 2788.

Knorr, Andreas (2005): Ökonomisierung der öffentlichen Verwaltung – einige grundsätzliche ordnungstheoretische Anmerkungen. Materialien des Wissenschaftsschwerpunktes „Globalisierung der Weltwirtschaft“. Bd. 36. Bremen.

Köpp, Dirke (2008): „Neubau kommt im Herbst“. Rheinische Post vom 23.02.2008.

Konferenz der Universitäts-Klinikdirektoren in Gießen und Marburg (2012): 22 Thesen zur Krise des Universitätsklinikums Gießen & Marburg. Pressemitteilung.
<http://www.aerztezeitung.de/pdf/2012-04-03-marburgthesen.pdf>. Letzter Aufruf 08.09.2012.

Koslowski, Peter (2001): Wirtschaftsethik – Wo ist die Philosophie? Warum die Philosophie die Ökonomie nicht nur den Ökonomen überlassen kann. In: Koslowski, Peter (Hrsg.): Wirtschaftsethik – Wo ist die Philosophie? Heidelberg. S. 1 – 16.

KPMG (2009): Gesundheitsbarometer, Ausgabe 4 (O.O.).

Krankenhausbetriebsgesellschaft Bad Oeynhausen mbH (2009): Lagebericht gem. § 289 HGB zum Jahresabschluss zum 31.12.2008, <http://www.bundesanzeiger.de>. Letzter Aufruf 26.12.2011.

Krause, Franziska (2010): Der Patient als Kunde? Ethische Reflexionen zum Ideal der Patientenautonomie und dem Selbstverständnis der Medizin. In: Inthorn, Julia: Richtlinien, Ethikstandards und kritisches Korrektiv. Eine Topographie ethischen Nachdenkens im Kontext der Medizin. Göttingen. S. 91 – 103. Karlsruhe.

Krieg, Michael (1997): Im Sog der Kommerzialisierung. Deutsches Ärzteblatt, 94. Jahrgang, S. A-902 – 906.

Krüger, Carsten und Rapp, Boris (2006): Behandlungsqualität – oberste Priorität. Deutsches Ärzteblatt, 103. Jahrgang, S. A 320 – 322.

Kühn; Hagen (2004): Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung. In: Elsner, Gine et al. (Hrsg.): Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus. Hamburg. S. 25 – 41.

Kühn, Hagen (2004a): Wettbewerb im Gesundheitswesen? Westfälisches Ärzteblatt 6/2004, S. 8 – 10.

Kühn, Hagen (2008): Soziale Verantwortung und Ökonomisierung im Krankenhaus. In: Bonde, Inge et al. (Hrsg.): Medizin und Gewissen – Im Streit zwischen Markt und Solidarität. Frankfurt am Main. S. 285 – 328.

Landesärztekammer Baden Württemberg (2010)(Hrsg.): Privatisierung in der stationären Versorgung. Stellungnahme und Empfehlungen des Gesundheitsrats Südwest. Reutlingen.

Laufs, Adolf (1993): Arztrecht. München.

- Leidner, Ottmar (2009): Was sich nicht rechnet, findet nicht statt. Deutsches Ärzteblatt, 106. Jahrgang, S. A-1456 – 1460.
- Märker-Hermann (2013): Falsche Anreizsysteme nicht tolerieren, Deutsche Ärztezeitung vom 08.04.2013.
http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/836621/maerker-hermann-falsche-anreizsysteme-nicht-tolerieren.html. Letzter Aufruf 20.04.2013.
- Maio, Giovanni (2011): Heilen als industrieller Prozess? Schweizer Ärztezeitung, 92. Jahrgang, S. 858 – 861.
- Maio, Giovanni (2012): Gesundheitswesen: Ärztliche Hilfe als Geschäftsmodell? Deutsches Ärzteblatt, 109. Jahrgang, S. A 804 – 807.
- Manzeschke, Arne (2007): Private-Equity im Krankenhaussektor. In: Dietz, Alexander et al. (Hrsg.): Aktiengesellschaft Krankenhaus. Bestimmen ökonomische Ziele unser Handeln? Bayreuth. S. 59 – 86.
- Manzeschke, Arne (2008): DRG und die Folgen der Deprofessionalisierung in den Gesundheitsberufen. In: Bonde, Ingo et al. (Hrsg.): Medizin und Gewissen. Frankfurt am Main. S. 353 – 382.
- Manzeschke, Arne (2009): Zum Einfluss der DRG auf Rolle und Professionsverständnis der Ärztinnen und Ärzte. SGBEBulletinSSEB No. 59, September 2009. S. 11 – 13.
- Manzeschke, Arne (2011): Dem Einzelnen und der Gesellschaft gerecht werden. In: Wild, Verina et al. (Hrsg.): DRG und Ethik. Ethische Auswirkungen von ökonomischen Steuerungselementen im Gesundheitswesen. Basel. S. 63 – 76.
- Manzeschke, Arne (2011a): Die effiziente Organisation. Beobachtungen zur Sinn- und Seinskrise des Krankenhauses. Ethik in der Medizin, 23 Jahrgang, S. 271 – 282.

- Manzeschke, Arne (2012): Governance und Gesundheit – Beobachtungen zur strukturellen und kulturellen Veränderung in Krankenhäusern. Ethik in der Medizin, 24. Jahrgang, S. 117 – 124.
- Marckmann, Georg (2008): Zwischen Skylla und Charybdis: Reformoptionen im Gesundheitswesen aus ethischer Perspektive. In: Bonde, Ingo et al. (Hrsg.): Medizin und Gewissen – Im Streit zwischen Markt und Solidarität. Frankfurt am Main. S. 265 – 281.
- Marckmann, Georg und in der Schmitt, Jürgen (2011): Wie können Ärzte ethisch vertretbare Kostenerwägungen in ihren Behandlungsentscheidungen berücksichtigen? Ein Stufenmodell. Ethik in der Medizin, 23. Jahrgang, S. 303 – 314.
- Marckmann, Georg und Wiesing, Urban (2008): Klinische Ethikkomitees: Erfahrungen aus Tübingen. In: Frewer, Andreas et al. (Hrsg.): Klinische Ethikkomitees. Chancen, Risiken und Nebenwirkungen. Würzburg. S. 99 – 113.
- Marrs, Kira (2007): Ökonomisierung gelungen, Pflegekräfte wohlauf? WSI-Mitteilungen 9/2007, S. 502 – 507.
- Martini-Klinik am UKE GmbH (2010): Jahresabschluss zum Geschäftsjahr vom 1.1.2009 bis zum 31.12.2009. <http://www.bundesanzeiger.de> Letzter Aufruf 28.12.2011.
- Meißner, Marc (2011): Medizinische Versorgungszentren. Aktiengesellschaften müssen draußen bleiben. Deutsches Ärzteblatt, 108. Jahrgang, S. A-1456 – 1460.
- Mihm, Andreas (2009): Immer mehr Ärzte „verkaufen“ ihre Patienten. Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 31.08.2009.
- Monopolkommission (2008): Weniger Staat, mehr Wettbewerb. Gesundheitsmärkte und staatliche Beihilfen in der Wettbewerbsordnung. Deutscher Bundestag (Hrsg.): Drucksache 16/10140.

Mühlenkamp, Holger (2003): Zum grundlegenden Verständnis einer Ökonomisierung des öffentlichen Sektors – Die Sicht eines Ökonomen - In: Harms, Jens und Reichard, Christoph (Hrsg.): Die Ökonomisierung des öffentlichen Sektors: Instrumente und Trends. Baden-Baden.
S. 47 – 73.

Mühlwinkel, Ingrid (2010): Das Geschäft mit dem Skalpell. kma, 15. Jahrgang, August, S. 18 – 22.

Münch, Eugen (2005): Die Ökonomie sichert die ärztliche Ethik. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 22. Jahrgang, S. 50 – 53.

NDR (2011): Leiharbeit bei Asklepios in der Kritik.
<http://ndr.de/regional/hamburg/leiharbeit123.html>. Letzter Aufruf 28.02.2011.

NDR (2012): Die Revolution der Fallpauschalen.
<http://www.ndr.de/info/programm/sendungen/reportagen/fallpauschalen101.html>

Osterloh, Falk (2013): Korruption und Chefarztverträge. Deutsches Ärzteblatt PP, Heft 3, S. 108.

Paetow, Holger (2002): Ökonomisierung der Gesundheit. Über die Rolle der Gesundheitsökonomie. Zeitschrift für sozialistische Politik und Wirtschaft, Heft 125, S. 17 – 21.

Paul, Norbert W.(2008): Klinische Ethikberatung: Therapieziele, Patientenwille und Entscheidungsprobleme in der modernen Medizin. In: Junginger, Theodor et al. (2008)(Hrsg.): Grenzsituationen in der Intensivmedizin. Heidelberg, S. 207 – 217.

Peintinger, Michael (2008): Ethische Grundfragen in der Medizin. Wien.

Peters, Sebastian (2012): Unfalltod: Staatsanwalt ermittelt. Westdeutsche Zeitung vom 26.08.2012. <http://www.rp-online.de/niederrhein-sued/krefeld/nachrichten/unfalltod->

staatsanwalt-ermittelt-1.2888395. Letzter Aufruf 09.09.2012.

Prey, Sebastian (2010): Sparkurs bei den Sana-Kliniken: Mitarbeiter bangen um ihre Jobs. Lübecker Nachrichten vom 23.12.2010. <http://www.ln-online.de/artikel/2904986>. Letzter Aufruf 30.12.2010.

Pütz, Franziska (2012): Was ist Qualität im Gesundheitswesen? Ethik in der Medizin, 24. Jahrgang, S. 105 – 115.

Rauprich, Oliver (2005): Prinzipienethik in der Biomedizin – Zur Einführung. In: Rauprich, Oliver und Steger, Florian (Hrsg.): Prinzipienethik in der Biomedizin. Moralphilosophie und medizinische Praxis. S. 11 – 47.

Rhön-Klinikum AG (2011): Vorstandsbrief vom 28. April 2011 zum Konzern-Zwischenlagebericht. http://www.rhoen-klinikum-ag.com/rka/cms/rka_2/deu/download/2011_Q1_de.pdf. Letzter Aufruf 26.12.2011.

Rhön-Klinikum AG (2011a)(Hrsg.): 23. Ordentliche Hauptversammlung. Rede von Wolfgang Pföhler, Vorstandsvorsitzender am 8. Juni 2011. Frankfurt am Main. http://www.rhoen-klinikum-ag.com/rka/cms/rka_2/deu/download/20110608_hv-rede_vv.pdf. Letzter Aufruf 27.12.2011.

Reiter-Theil, Stella (2005): Klinische Ethikkonsultation – eine methodische Orientierung zur ethischen Beratung am Krankenbett. Schweizerische Ärztezeitung, 86. Jahrgang, S. 346 – 351.

Röse, Martin (2010): Patientenboom am Klinikum. Rheinische Post vom 26.08.2010.

Rürup, Bert und Wille, Eberhard (2009): Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland. Forschungsvorhaben für das Bundesministerium der Finanzen. Kurz- und Zusammenfassung. Berlin.

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Sondergutachten 2012. Bonn.
- Salomon, Fred (2010): Ökonomie und Ethik im Klinikalltag. Der Arzt im Spannungsfeld zwischen Patientenwohl und Wirtschaftlichkeit. AINS Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie, 45. Jahrgang, S. 128 – 131.
- Schäfer, Klaus (2000): Erfahrungen mit der Einrichtung eines Ethikkomitees in einem konfessionellen Krankenhaus. Zeitschrift für medizinische Ethik, 46. Jahrgang, S. 299 – 303.
- Schimank, Uwe und Volkmann, Ute (2008): Ökonomisierung der Gesellschaft. In: Maurer, Andrea (Hrsg.): Handbuch der Wirtschaftssoziologie. Wiesbaden. S. 382 – 393.
- Schmidt, Henning (2012): Krankenhaus – soziale Einrichtung oder Geschäftsidee. Schleswig-Holsteiner Zeitungsverlag vom 09.07.2012. <http://www.shz.de/nachrichten/top-thema/artikel/krankenhaus-soziale-einrichtung-oder-geschaeftsidee.html>. Letzter Aufruf 01.08.2012.
- Schmidt-Wilcke, Heinrich A. (2006): Zur ethischen Verantwortung eines Krankenhausmanagements. Zeitschrift für medizinische Ethik, 52. Jahrgang, S. 379 – 389.
- Simon, Michael (2001): Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P01-205, Berlin.
- Spielberg, Petra (2011): Ausgründungen von Privatkliniken aus Plankrankenhäusern. Umstrittenes Konstrukt. Deutsches Ärzteblatt, 107. Jahrgang, S. A-908.
- Statistisches Bundesamt (2012): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2010. Wiesbaden.

Steinkamp, Norbert und Gordijn, Bert (2003): Ethik zwischen Leitbild und Stationsalltag. Das Zweilagennmodell der Ethik in der Klinik. Zeitschrift für medizinische Ethik, 49. Jahrgang, S. 65 – 73.

Suchanek, Andreas (2007): Ökonomische Ethik. Tübingen.

Szymaniak, Peter (2010): Ein Drittel weniger Lohn. Westdeutsche Allgemeine Zeitung vom 03.09.2010. <http://www.derwesten.d/staedte/essen/ein-drittel-weniger-lohn-id3648425.html>. Letzter Aufruf 10.09.2012.

Thanner, Mirjam und Nagel, Eckhard (2009): Ärztliche Tätigkeit unter Finanzierungsvorbehalt – Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) als Ausweg? Zeitschrift für medizinische Ethik, 55. Jahrgang, S. 3 – 14.

Thielemann, Ulrich (2004): Integrative Wirtschaftsethik als Reflexionsbemühung im Zeitalter der Ökonomisierung. In: Mieth, Dietmar et al. (Hrsg.): Reflexionsfelder integrativer Wirtschaftsethik. Tübingen. S. 69 – 102.

Ulrich, Hans G. (2008): Ethikkomitees – vorbildliche Institutionen? In: Frewer et al.: Klinische Ethikkomitees. Chancen, Risiken und Nebenwirkungen. Würzburg. S. 135 - 140.

Unschuld, Paul (2011): Ware Gesundheit. Das Ende der klassischen Medizin. München.

Vollmann, Jochen (2007): Klinische Ethikkomitees und klinische Beratung im Krankenhaus. Ein Praxisleitfaden über Strukturen, Aufgaben, Modelle und Implementierungsschritte. Bochum.

Vollmann, Jochen (2008): Klinische Ethikkomitees und Ethikberatung in Deutschland: Bisherige Entwicklungen und zukünftige Perspektiven. Bioethica Forum 2008. S. 33 – 39.

- Vossenkuhl, Wilhelm (2010): Gerechtigkeit, Paternalismus und Vertrauen. In: Fateh-Moghadam, Bijan et al. (Hrsg.): Grenzen des Paternalismus. Stuttgart. S.163 – 181.
- Wagner, Wolfgang (2009): Pranger für Korrupte. Frankfurter Rundschau vom 02.09.2009.
http://www.fr-online.de/in_und_ausland_/politik/meinung/kommentare/?em_cnt=191864&em_loc=1775. Letzter Aufruf 07.08.2012.
- WDR (2011): Fallpauschalen: Unnötige OP? Sendung vom 29.09.2011.
http://www.wdr.de/tv/markt/sendungsbeitraege/2011/0926/00_operationen.jsp?mid=455993. Letzter Aufruf 28.12.2011.
- Wehkamp, Karl-Heinz (2004): Ethik der Heilberufe: Brücke zwischen Qualität und Ökonomie. Deutsches Ärzteblatt, 101. Jahrgang, S. A-2374- 2378.
- Wehkamp, Karl H. (2004a): Die Ethik der Heilberufe und die Herausforderungen der Ökonomie. Berliner Medizinische Schriften. Beiträge zu ethischen und rechtlichen Fragen der Medizin. Heft 49.Berlin.
- Wein, Eberhard (2012): Spardruck im Gesundheitswesen. Klinik setzt auf Leiharbeit. Stuttgarter Zeitung vom 29.06.2012. <http://www.stuttgarter-zeitung.de/inhalt.spardruck-im-gesundheitswesen-klinik-setzt-auf-leiharbeit.eeb39777-fb7d-4633-9a3f-2dd9898e1714.html>. Letzter Aufruf 04.09.2012.
- Wieland, Wolfgang (1986): Strukturwandel der Medizin und ärztlichen Ethik. Heidelberg.
- Wiesing, Urban (2005): Ärztliche Arbeitszeit: Eine Frage der Ethik. Deutsches Ärzteblatt, 102. Jahrgang, S. A-2612 – 2616.
- Wild Verina et al. (2011)(Hrsg.): DRG und Ethik. Ethische Auswirkungen von ökonomischen Steuerungselementen im Gesundheitswesen. Basel.
- Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten bei der Bundesärztekammer (2006): Stellungnahme der Zentralen

Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur Ethikberatung in der klinischen Medizin (24. Januar 2006). Deutsches Ärzteblatt (2006), 103. Jahrgang, S. A-1703 – 1707.

O.V. (2010): Chirurgen-Präsident kritisiert Gewinnstreben von Ärzten und Kliniken. http://www.focus.de/gesundheit/news/gesundheitsystem-chirurgen-praesident-kritisiert-gewinnstreben-von-aerzten-und-kliniken_aid_499773.html. Letzter Aufruf 10.02.2011.

O.V. (2011): Wir setzen auf internes und externes Wachstum. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 28. Jahrgang, S. 274 – 276.

O.V. (2011a): Diakonie-Heime betreiben Lohndumping à la Schlecker. Spiegelonline. 12.01.2011. <http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/ausbeutung-diakonie-heime-betreiben-lohndumping-a-la-schlecker-a-739093.html>. Letzter Aufruf 10.09.2012.

O.V. (2012): Hauptsache, der Wettbewerb lebt. Die GesundheitsWirtschaft, 6. Jahrgang, Nr. 4.

O.V. (2012a): Nach Unfalltod: Bezirksregierung ermittelt. Westdeutsche Zeitung vom 11.08.2012. <http://www.rp-online.de /region-duesseldorf/meerbusch/nachrichten/nach-unfalltod-bezirksregierung-ermittelt-1.2947770>.

Zentrum für Medizinische Ethik

Medizinethische Materialien

Eine vollständige Hefteliste senden wir Ihnen auf Anfrage zu.

- Heft 160: Ilkilic, Ilhan: Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten. Eine Handreichung für die Gesundheitsberufe. 1. Auflage Juli 2003 (Tübingen), 5. Auflage April 2005.
- Heft 161: Hartmann, Fritz: Vom "Diktat der Menschenverachtung" 1946 zur "Medizin ohne Menschlichkeit" 1960; Zur frühen Wirkungsgeschichte des Nürnberger Ärzteprozesses. 2. Auflage März 2005.
- Heft 162: Strätling, Meinolfus u.a.: Die gesetzliche Regelung der Patientenverfügung in Deutschland. Juni 2005.
- Heft 163: Sass, Hans- Martin: Abwägungsprinzipien zum Cloning menschlicher Zellen. Januar 2006.
- Heft 164: Vollmann, Jochen: Klinische Ethikkomitees und klinische Ethikberatung im Krankenhaus. Ein Praxisleitfaden über Strukturen, Aufgaben, Modellen und Implementierungsschritte. Januar 2006.
- Heft 165: Sass, Hans- Martin: Medizinische Ethik bei Notstand, Krieg und Terror. Verantwortungskulturen bei Triage, Endemien und Terror. Februar 2006.
- Heft 166: Sass, Hans-Martin: Gesundheitskulturen im Internet. E-Health-Möglichkeiten, Leistungen und Risiken. Februar 2006.
- Heft 167: May, Arnd T.; Kohnen, Tanja: Körpermodifikation durch Piercing: Normalität, Subkultur oder Modetrend? Mai 2006
- Heft 168: Anderweit, Sabine; Ilkilic, Ilhan; Meier-Allmendinger, Diana; Sass, Hans-Martin; Cheng-tek Tai, Michael: Checklisten in der klinisch-ethischen Konsultation. Mai 2006
- Heft 169: Kielstein, Rita; Kutzer, Klaus; May, Arnd; Sass, Hans-Martin: Die Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. April 2006
- Heft 170: Brenscheidt, Juliane; May, Arnd T.; May, Burkard; Kohnen, Tanja; Roovers, Anna; Sass, Hans-Martin: Zentrum für Medizinische Ethik Bochum 1986 – 2006.
- Heft 171: Dabrock, Peter; Schröder, Peter: Public Health Gen-Ethik. August 2006.
- Heft 172: Berg, Michael: Lebensbeendende Behandlungsbegrenzung bei Wachkomapatienten – „passiver Suizid“ im Spannungsfeld von pflegerischem Berufsethos und Selbstbestimmungsrecht des Patienten am Beispiel des „Kiefersfeldener-Falles“. Oktober 2006.
- Heft 173: Hofheinz, Marco: Apokalyptik im biomedizinethischen Diskurs. Eine theologische Analyse der aktuellen Debatte. Mai 2007.
- Heft 174: Hans-Martin Sass: Lassen sich Reziprozitätsmodelle bei der Gewebe- und Organtransplantation ethisch rechtfertigen und praktisch realisieren? Anhang: Nationaler Ethikrat "Die Zahl der Organspenden erhöhen" Zusammenfassung und Empfehlungen. 2007; Juli 2007.
- Heft 175: Hans-Martin Sass: Fritz Jahrs bioethischer Imperativ. 80 Jahre Bioethik in Deutschland von 1927 bis 2007. Juli 2007.
- Heft 176: Lohmann, Ulrich: Informed Consent und Ersatzmöglichkeiten bei Einwilligungsunfähigkeit in Deutschland – Ein Überblick. August 2007.
- Heft 177: Neitzke, Gerald: Ethische Konflikte im Klinikalltag – Ergebnisse einer empirischen Studie. August 2007.
- Heft 178: Huster, Stefan: „Hier finden wir zwar nichts, aber wir sehen wenigstens etwas“-

- Zum Verhältnis von Gesundheitsversorgung und *Public Health*. April 2008.
- Heft 179: Clemens Ruhnau: Ethische Orientierung für ärztliches Rationieren beim einzelnen Patienten - Der aktuelle Stand einer noch ganz jungen Debatte. August 2008
- Heft 180: Stefan Siegel, Ralf Dittrich, Jochen Vollmann: Ethik der Reproduktionsmedizin aus der Sicht betroffener Familien. Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie. August 2008.
- Heft 181: Sass, Hans-Martin : Ethische Risiken und Prioritäten bei Pandemien. Oktober 2009.
- Heft 182: Günther, Stefanie: Exemplarische Aspekte der Ressourcenallokation in der Onkologie. November 2009.
- Heft 183 / 184: Rauprich, Oliver; Nolte, Matthias; Vollmann, Jochen: Systematische Literaturrecherche in der Medizinethik. Werkstattbericht über Recherchen in den Datenbanken PubMed und BELIT zu einem theoretischen und einem praktischen Thema der Medizinethik . Februar 2010.
- Heft 185: Kielstein, Rita; May, Arnd T.; Sass, Hans-Martin: Die persönliche Patientenverfügung. Ein Arbeitsbuch zur Vorbereitung mit Bausteinen und Modellen. Siebte überarbeitete und erweiterte Auflage. September 2010.
- Heft 186: Jahr, Fritz: Selected Essays in Bioethics 1927-1934 Fritz Jahr. Postscript and References by Hans-Martin Sass. November 2010.
- Heft 187: Jahr, Fritz: Aufsätze zur Bioethik 1927-1938 Fritz Jahr. Nachwort und Nachweise von Hans-Martin Sass. Dezember 2010.
- Heft 188: Sass, Hans-Martin: Essays in Bioethics and Ethics 1927 - 1947 Fritz Jahr. Mai 2011.
- Heft 189: Vollmann, Jochen (Hg.) ; Kohnen, Tanja; Stotz , Tatjana (Mitarbeit): Freie Selbstbestimmung am Lebensende? 25 Jahre Zentrum für Medizinische Ethik Bochum 1986 - 2011. Juli 2011.
- Heft 190: Frey, Cristofer: Das Konzept der Menschenwürde in der medizinischen Ethik. März 2012.
- Heft 191: Monz, Brigitta: Anonyme Lebendorganspenden von Nieren: Ethik und Ökonomisierung. März 2012.
- Heft 192: Kreß, Hartmut: Ärztlich assistierter Suizid. Das Grundrecht von Patienten auf Selbstbestimmung und die Sicht von Religionen und Kirchen – ein unaufhebbarer Gegensatz? April 2012.
- Heft 193: Zimmer, Barbara: Prophylaktische Mastektomie bei familiär bedingtem Mammakarzinom – medizinische, ethische und sozialrechtliche Überlegungen. Mai 2012.
- Heft 194: Im Dahl, Horst: Ethische Implikationen von Kommerzialisierung und Ökonomisierung des Krankenhauses. April 2013.

Bestellschein

An das
Zentrum für Medizinische Ethik
Ruhr-Universität Bochum
Gebäude NABF 04/297

44780 Bochum

Tel: (0234) 32 27084
FAX: (0234) 32 14452
Email: Med.Ethics@ruhr-uni-bochum.de
Homepage: <http://www.medizinethik-bochum.de>

Bankverbindung: Konto Nr. 133 189 035, BLZ 430 500 01 Sparkasse Bochum

Name oder Institut:

Adresse:

() Hiermit abonniere(n) wir/ich die Reihe MEDIZINETHISCHE MATERIALIEN zum Sonderpreis von €4,00 pro Stück ab Heft Nr.____. Dieser Preis schließt die Portokosten mit ein.

() Hiermit bestelle(n) wir/ich die folgenden Einzelhefte der Reihe MEDIZINETHISCHE MATERIALIEN zum Preis von €6,00 (bei Abnahme von 10 und mehr Exemplaren €4,00 pro Stück).

Hefte Nummer: _____

Zusammenfassung

Ökonomisierung und Kommerzialisierung als Folge einer stärkeren Wettbewerbsorientierung verändern die Einstellungen, die Sitten und die Moral der im Krankenhaus Tätigen, insbesondere der Ärzte. Patienten können nicht mehr sicher sein, dass die bisher im Krankenhaus gültigen Prinzipien eingehalten werden. Auch die Beschäftigten bekommen die Folgen in Form von Arbeitsplatz-, mindestens aber Einkommensverlust zu spüren.

Abstract

Economization and commercialization as a result of more competitive policies change the attitudes and the moral standards of those working in hospital, in particular of the physicians. Patients cannot be sure any more that the principles valid up to now in the hospital are observed. Also the employees experience the consequences in the form of loss of workplace and at least of income.