

*Zur sogenannten Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Eine Replik zu: Arne Manzeschke: Die effiziente Organisation. Beobachtungen zur Sinn- und Seinskrise des Krankenhauses. Ethik Med 23: 271–282*

**Heinz Rügger, Eliane Pfister Lipp,  
Ludwig Theodor Heuss, Kathrin  
Hillewerth & Werner Widmer**

**Ethik in der Medizin**

ISSN 0935-7335

Volume 24

Number 2

Ethik Med (2012) 24:153-157

DOI 10.1007/s00481-012-0187-7



**Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Springer-Verlag. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your work, please use the accepted author's version for posting to your own website or your institution's repository. You may further deposit the accepted author's version on a funder's repository at a funder's request, provided it is not made publicly available until 12 months after publication.**

## **Zur sogenannten Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Eine Replik zu: Arne Manzeschke: Die effiziente Organisation. Beobachtungen zur Sinn- und Seinskrise des Krankenhauses. Ethik Med 23: 271–282**

**Heinz Rügger · Eliane Pfister Lipp · Ludwig Theodor Heuss ·  
Kathrin Hillewerth · Werner Widmer**

Online publiziert: 4. März 2012  
© Springer-Verlag 2012

Arne Manzeschke legte unlängst in einem Artikel „Die effiziente Organisation“ seine Sicht der Gefahren einer Ökonomisierung der Medizin für das Gesundheitswesen und die Aufgabe der Krankenhäuser dar und diagnostizierte im Untertitel eine umfassende „Sinn- und Seinskrise des Krankenhauses“ [7]. Der Artikel widmet sich der Frage nach der richtigen Zuordnung von Ökonomie und Medizin bzw. Gesundheitswesen. Für den Verfasser steht fest, dass die sogenannte Ökonomisierung des Gesundheitswesens einen deformierenden Einfluss auf den Charakter der dort arbeitenden Menschen und Institutionen hat. Er ist von einem „tiefliegenden Unbehagen“ und der „fundamentalen moralischen Intuition“ umgetrieben, in der heutigen Krankenhauslandschaft würden „soziale Beziehungen des Helfens und Sorgens [...] in unsachgemäßer Weise verfremdet, [...] Verantwortung füreinander aufgelöst und das Mitmenschsein des Menschen korrumpiert“ ([7], S. 273). Dies ist in der Tat eine fundamentale Kritik.

Arne Manzeschkes Argumentation spiegelt die Haltung von gewissen theologischen und philosophischen Ethikern, Sozial- und Diakoniewissenschaftlern, die davor warnen, die Humanität auf dem Altar eines kostenbewussten und effizienzorientierten Sozial- und Gesundheitswesens zu opfern. So ehrenhaft das Anliegen ist, die „Humanität des Men-

---

Dr. theol. H. Rügger, MAE (✉)  
Institut Neumünster, Neuweg 12,  
8125 Zollikerberg, Schweiz  
E-Mail: heinz.rueegger@institut-neumuenster.ch

E. Pfister Lipp, lic. phil.  
Stiftung Diakoniewerk Neumünster, Zollikerberg, Schweiz

PD Dr. med. L. T. Heuss, MBA HSG  
Innere Medizin, Spital Zollikerberg, Zollikerberg, Schweiz

K. Hillewerth, MAS  
Chirurgische Klinik, Spital Zollikerberg, Zollikerberg, Schweiz

Dr. rer. pol. W. Widmer  
Stiftung Diakoniewerk Neumünster, Zollikerberg, Schweiz

schen“ ([7], S. 276 f.) im Gesundheitswesen zu retten, so wenig ist ihm im Gesundheitswesen geholfen, wenn die Warnung vor der Ökonomisierung sozialer Dienste einer Einstellung entspringt, die – wie bei Manzeschke – auf alles Ökonomische mit grundsätzlichen Vorbehalten und Verdächtigungen reagiert. Wir plädieren in diesem Artikel deshalb für eine andere Sichtweise auf das Verhältnis von Ökonomie und Medizin.

### Rhetorik der Voreingenommenheit

Schon die Rhetorik von Manzeschke zeugt von einer gewissen Voreingenommenheit gegenüber der Ökonomie. Bereits einfürend wirft Manzeschke ein sehr ungutes Licht auf die Ökonomie, speziell auf die Marktwirtschaft, und spricht ihr eine vergiftende Wirkung zu, indem er Paracelsus zitiert: „Alle Ding sind Gift und nichts ist ohne Gift. Allein die Dosis macht, dass ein Ding kein Gift ist“ ([7], S. 272). Daraus wird dann die Frage abgeleitet, was für eine „Dosis Markt“ ([7], S. 272 f.) das Gesundheitswesen verträgt. Der Autor gibt zu, dass diese Frage Ausdruck seines bereits zitierten, „tiefliegenden Unbehagens“ und der „fundamentalen moralischen Intuition“ ist, dass „es nicht gut [ist], wenn soziale Beziehungen des Helfens und Sorgens durch kalkulatorische Regeln bestimmt, [...] [und] wenn die Sozialität und die Verantwortung füreinander aufgelöst und das Mitmenschsein des Menschen korrumpiert werden.“ Dabei ist der Vergleich zwischen „Markt“ und „Gift“ schon falsch: Die Frage nach dem gut funktionierenden Markt ist nicht eine quantitative Frage nach der Dosis, sondern eine qualitative nach der Gegebenheit der im Markt-Modell vorausgesetzten idealen Bedingungen für sein Funktionieren in der Wirklichkeit. Zudem wird dem Markt, so scheint es, vorgeworfen, er sei das einzige ökonomische Modell, das „kalkulatorische Regeln“ setze, die die sozialen Beziehungen des Helfens und Sorgens bestimmen würden. Nicht nur wird dabei vergessen, dass sozialstaatliche Interventionen genauso Regeln und Anreize setzen, sondern es wird der Marktwirtschaft auch noch pauschal unterstellt, ihre Regeln würden schon fast zwingend die sozialen Beziehungen „in unsachgemäßer Weise verfremden“ und „die Verantwortung füreinander auflösen“ ([7], S. 273). Der Markt bewirke im Gesundheitswesen – „unter Umständen“, wie immer wieder betont wird – eine „Verderbnis des Besten“ sowie schädliche, kontraproduktive Effekte, und er könne die Kostenproblematik noch verstärken. Leider wird das „unter Umständen“ im weiteren Verlauf nicht weiter reflektiert. Vielmehr wird die tiefliegende Skepsis des Verfassers gegenüber einer marktwirtschaftlichen Ordnung zur Prämisse. Unserer Ansicht nach stellt dies keine geeignete Basis für einen seriösen interdisziplinären Diskurs über das Zusammenspiel von Ökonomie, Medizin und Ethik dar.

### Ökonomisierung im Sozial- und Gesundheitswesen

Manzeschke problematisiert die Ökonomisierung im sozialen und klinischen Sektor ([7], S. 274 f.). Er versteht darunter eine Überformung des Sozialen durch ein ökonomisch-zweckrationales Kalkül ([7], S. 275). Die fortschreitende Ökonomisierung führe zur „Betriebswirtschaftlichung“ ([7], S. 275) von sozialen Einrichtungen wie Krankenhäusern. Diese bereite einer Korruption des Gesundheitssystems den Weg, bis „die Versorgung von kranken Menschen Mittel zum Zweck der Gewinnerzielung“ werde ([7], S. 275). Der Verfasser versteht diese Entwicklung als Ausdruck der „Zwanghaftigkeit der ökonomischen Zielsetzung“ ([7], S. 275), die er letztlich mit einer simplen Gewinnoptimierung gleichsetzt. Als Folge davon ergebe sich, dass die Motivation der im sozialen oder medizinischen

Bereich tätigen Professionellen abnehme, ihr berufliches Ethos erodiere, ihre Kreativität verloren gehe und ihre fachlichen, moralischen und sozialen Ansprüche herabgesetzt würden. Dies würde sich zum einen negativ auf die Versorgungsqualität und damit auf die Patienten, und zum anderen negativ auf die mit zunehmenden Burn-out- und Krankheitsraten reagierenden Professionellen auswirken ([7], S. 275, 278 f.).

An dieser Stelle halten wir zum einen fest, dass eine uneingeschränkte Gewinnmaximierung auch aus ökonomischer Sicht langfristig keinen Sinn macht, und zum anderen, dass eine Veränderung des beruflichen Ethos und Selbstverständnisses in Umbruchzeiten – sofern thematisiert und fachlich begleitet – nicht zwingend etwas Schlechtes sein muss. Zwar hält Manzeschke eher beiläufig fest, dass die Ökonomisierung als moralisch problematisches Phänomen nicht dasselbe sei wie „Wirtschaftlichkeit“ ([7], S. 275). Trotzdem kommt die ökonomische Rationalität nur als verfremdende Zerstörungsdynamik ins Spiel, die nach einer zwanghaften, eigengesetzlichen Logik spiele ([7], S. 279). Es scheint daher, dass nicht nur eine grundsätzliche Voreingenommenheit gegenüber der Marktwirtschaft, sondern auch – eventuell genau dafür verantwortliche – Missverständnisse über grundlegende ökonomische Begriffe die Diskussion erschweren.

Mit Blick auf die vorangegangene, die Marktlogik fundamental kritisierende Analyse endet der Artikel unlogischerweise mit dem Satz: „Es geht nicht darum, den Markt aus dem Gesundheitswesen herauszuhalten, aber doch darum, diesen gezielt und kontrolliert im Sinne der nicht marktlich bestimmten Ziele einzusetzen.“ Dieser Aussage stimmen wir insofern zu, als der Markt immer schon Zielen dient, die ihm *von außen* gesetzt werden. Wir benutzen sie deshalb als Ausgangspunkt für die folgenden Überlegungen.

## Ökonomie im Dienste des Sozial- und Gesundheitswesens

Der zitierte Schlusssatz deutet schon auf eine wichtige begriffliche Klärung hin. Die Ökonomie ist zunächst einmal die Kunst des guten Haushaltens, also des optimalen Einsatzes von knappen Mitteln zur Erreichung bestimmter Ziele. Die Ziele und der Nutzen, der nicht materiell sein muss, werden dabei aber prinzipiell nicht durch die Ökonomie selbst bestimmt. Die von verschiedenen Seiten immer wieder unterstellte Vorstellung, die Ökonomie oder „die Marktlogik“ verfolgten nach einem „inhärenten Zwang“ immer und überall das Ziel, „finanziellen Gewinn um jeden Preis steigern zu müssen“ ([1], S. 14), ist ein fundamentales Missverständnis. Ökonomie, Betriebswirtschaft und Management haben im Hinblick auf die Zielerreichung nur *instrumentellen* Charakter ([3], S. 84, 90). Ebenso darf „Wirtschaftlichkeit“ nicht mit „Gewinnmaximierung“ verwechselt werden; und sobald Effizienzbestrebungen zu einer Abnahme des Outputs führen (z. B. zu einer schlechteren Versorgungsqualität, zu Sparen am falschen Ort), kann nicht mehr von Effizienz die Rede sein. Klar ist, dass die Ziele der Ökonomie in den Dienst der Gesundheitsversorgung gestellt werden müssen. Mit Giovanni Maio sind wir der Meinung, dass „eine Grenze daher dort gezogen werden (muss), wo die Medizin ökonomisches Denken nicht nur instrumentell in die Behandlung von kranken Menschen integriert, sondern das Diktat der Gewinnmaximierung zum identitätsstiftenden Moment erhebt“ ([6], S. 314 f.). Dass dies heute so sei, kann von den europäischen Sozial- und Gesundheitsinstitutionen schon allein deshalb nicht behauptet werden, weil sie großmehrheitlich nicht-Gewinn-orientierte Rechtsformen haben.

Die Polarisierung zwischen Ökonomie und Medizin oder Sozialem ist im Hinblick auf das Ziel einer möglichst guten medizinischen Versorgung falsch und nicht zielführend. Insofern ist Maio auch hierin zuzustimmen: „Ökonomisches Denken steht nicht im Gegensatz zur Ethik, sondern ist vielmehr sogar ein konstitutiver Bestandteil von Ethik: Denn nur mit

ökonomischem Denken kann überhaupt ein sinnvoller Einsatz wertvoller Ressourcen erfolgen“ ([6], S. 314). Ökonomisches Denken meint mitunter auch, sich der Tatsache bewusst zu sein, dass Menschen, Einrichtungen und Institutionen immer auf bestimmte Weise auf Anreize und Regeln reagieren, und diesen Umstand in der Ausgestaltung von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen.

### Professionelles Helfen als Geschäft

Es wäre zu begrüßen, wenn unter dem viel geschmähten Phänomen der „Ökonomisierung“ nicht nur ein unsachgemäßes Überhandnehmen ökonomischer Gesichtspunkte im Sozial- und Gesundheitswesen verstanden würde, sondern auch die zunächst nüchterne Beobachtung, dass die Beachtung von ökonomischen Zusammenhängen im sozialen Bereich mit guten Gründen an Bedeutung zugenommen hat. Dass sich soziale und medizinische Institutionen nämlich lange Zeit eher durch ein Zuwenig als ein Zuviel an ökonomischem Sachverstand auszeichneten, liegt auf der Hand. Ebenso, dass die Politik die Kostenexplosion im Gesundheitswesen durch problematische ökonomische Anreize mit verursacht hat [11, 12]. Das hat manche Institutionen in jüngster Vergangenheit in eine existenzbedrohende Schieflage gebracht. Wenn es, wie Manzeschke in seinem Artikel nahelegt, bereits Ausdruck von Korruption ist, dass die Versorgung von kranken Menschen unter anderem auch Mittel zum Zweck der Gewinnerzielung wird ([7], S. 275), dann können große soziale Institutionen professionalisierten Hilfehandelns, etwa Krankenhäuser, gar nicht mehr funktionieren. Wie sollen Löhne an die Mitarbeitenden bezahlt werden, wenn durch helfendes Handeln nicht mehr Geld verdient werden darf? Und wie sollen auf Nachhaltigkeit bedachte Amortisationen vorgenommen und Neuinvestitionen getätigt werden, wenn durch helfendes Handeln keine Gewinne erwirtschaftet werden dürfen? Wie sollen wir überhaupt Gesundheitsversorgung anbieten können, wenn wir die Mittel dafür nicht erwirtschaften dürfen?

Alfred Jäger hat darauf hingewiesen, dass sich soziale, insbesondere diakonische Institutionen mit ihren großen Krankenhäusern lange Zeit bis in ihre Führungsetagen als eine Art „Naturreservat für alte 68er und deren Nachfolger“ darstellten, „für welche die Frage, was Nächstenliebe koste, als Verrat [...] an jedem humanitären Anstand galt“ ([4], S. 172). Dabei wurde übersehen, dass auch die Hilfe, wenn sie einmal professionalisiert und institutionalisiert wird, etwas kostet, weil Löhne und Infrastruktur der Helfenden finanziert werden müssen. Insofern gibt es die Ökonomisierung des Gesundheitswesens schon lange: mindestens seit die Pflege nicht mehr von Ordensfrauen für Gottes Lohn, sondern von Zivilpersonen gegen marktübliche Entlohnung geleistet wird. Moderne Professionalisierung und die Ausdifferenzierung sozialer Hilfeleistungen führten in vielen Fällen dazu, dass Helfen zum Beruf und berufliches Helfen zum Geschäft wurde ([9], S. 246; [10]). Das aber ist ein nicht hintergehabtes Grundparadigma moderner Formen des Helfens. Es wäre blauäugig zu meinen, das Sozial- und Gesundheitswesen könne hinter diese Entwicklungsstufe zurückgehen. Zudem ist die Zahlkraft der Hilfebedürftigen mitunter deren Beitrag zur Gesellschaft. Ein Stück Hilfe wird so *gegenseitig*. Denn die Helfenden sind abhängig von der Entlohnung durch die Hilfeempfangenden und deshalb – nach klassischer Marktlogik! – daran interessiert, möglichst gute Dienstleistungen zu erbringen, damit diese auch nachgefragt werden und die Arbeitsstellen erhalten bleiben.

Wir schließen unsere Replik mit Regula Lüthi, einer Pflegedirektorin aus der Psychiatrie: „Die Balance zwischen der Würde des Lebens und den Ansprüchen einer effizienten und kostenbewussten Gesundheitsversorgung wird für uns eine grosse Herausforderung bleiben. Bis jetzt sind wir [...] [aber] in der Lage, beiden Seiten gerecht zu werden“ ([5], S. 23). Um

dieser Herausforderung erfolgreich begegnen zu können, müssen wir die Frage nach der Fairness in der ökonomischen Ressourcenverteilung noch intensiver in unsere ethische Praxis-Reflexion im klinischen Alltag einfließen lassen. Manzeschkes Behauptung einer durch die stärkere Gewichtung der Ökonomie entstandenen umfassenden Sinn- und Seinskrise des Krankenhauses, durch die soziale Beziehungen des Helfens verfremdet und verantwortliches Mitmenschsein des Menschen korrumpiert werden, muss nicht nur aus der Sicht der Patienten [2, 8], sondern auch aus der Sicht zahlreicher engagierter Krankenhausmitarbeitender weithin als Fehleinschätzung der Realität zurückgewiesen werden.

## Literatur

1. Baumann-Hölzle R (2011) Humanität und Schattenmoral in Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens. In: Schweizerische Epilepsie-Stiftung (Hrsg) Werte heute in Medizin, Pflege und Agogik. EPI, Zürich, S7–15
2. Comparis (2007) Patientenbefragung 2007: Patientenzufriedenheit, Wiedereintritts-, Infektions- und Fehlerraten in 53 grossen Spitälern. [http://www.comparis.ch/Krankenkassen/spitalfuehrer/dokument/Studie\\_Patientenzufriedenheit\\_2007\\_de.pdf](http://www.comparis.ch/Krankenkassen/spitalfuehrer/dokument/Studie_Patientenzufriedenheit_2007_de.pdf). Zugegriffen: 10. Feb. 2012
3. Flessa S, Städtler-Mach B (2001) Konkurs der Nächstenliebe? Diakonie zwischen Auftrag und Wirtschaftlichkeit. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
4. Jäger A (2006) Diakonie-Management ist an der Zeit. Bericht aus Deutschland. In: Sigrist C (Hrsg) Diakonie und Ökonomie. Orientierungen im Europa des Wandels. Beiträge zu Theologie, Ethik und Kirche, Bd. 1. TVZ, Zürich, S169–184
5. Lüthi R (2011) Werte in der Pflege. In: Schweizerische Epilepsie-Stiftung (Hrsg) Werte heute in Medizin, Pflege und Agogik. EPI, Zürich, S17–24
6. Maio G (2012) Mittelpunkt Mensch. Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch. Schattauer, Stuttgart
7. Manzeschke A (2011) Die effiziente Organisation. Beobachtungen zur Sinn- und Seinskrise des Krankenhauses. Ethik Med 23:271–282
8. Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in den Spitälern (ANQ) (2011) Hohe Patientenzufriedenheit in der Schweiz. Medienmitteilung vom 05.05.2011. <http://www.anq.ch/de/medien/medienmitteilung/hohe-patientenzufriedenheit-ch/>. Zugegriffen: 10. Feb. 2012
9. Rüggeger H, Sigrist C (2011) Diakonie – eine Einführung. Zur theologischen Begründung helfenden Handelns. TVZ, Zürich
10. Schmidbauer W (1996) Helfen als Beruf. Die Ware Nächstenliebe. rororo sachbuch, Nr. 9157. RoRoRo, Reinbek bei Hamburg
11. Widmer W (2011) Das Gesundheitswesen der Schweiz. Ein Überblick aus individueller, betrieblicher und gesellschaftlicher Sicht. Careum, Zürich
12. Widmer W et al (2007) Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität. Analyse und Reform der finanziellen Anreize im Gesundheitswesen. Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik, Nr. 91. SGGP, Zürich