

# Ökonomisierung der Medizin – Menetekel oder Popanz?

## Anmerkungen zu einer merkwürdigen Debatte

HARTMUT REINERS

Hartmut Reiners ist Ökonom, Publizist und war lange Jahre Referatsleiter im Gesundheitsministerium des Landes Brandenburg; Hartmut Reiners lebt in Berlin

**„Ökonomisierung der Medizin“ wird als Kampfbegriff verwendet, obwohl das Gesundheitswesen zweifellos ein Wirtschaftszweig ist. Zu dieser Begriffsverwirrung tragen die Ökonomen mit ihrem widersprüchlichen Narrativ des Homo oeconomicus selbst bei. Das perfekte Vergütungssystem gibt es nicht, schon deshalb ist die Vorstellung, das Gesundheitswesen nur über Anreize und Wettbewerb effektiv steuern zu können, eine Illusion. Die Arbeitskulturen im Medizinsystem spielen eine ebenso große Rolle wie das Geld.**

*„We shouldn't let economists keep economic questions to themselves, as they are far too important.“*  
(Thomas Piketty)<sup>1</sup>

### 1. Ökonomisierung als Kampfbegriff

Das Gesundheitswesen ist ein Wirtschaftszweig mit großem Wachstumspotenzial. In ihm erwirtschaften über fünf Millionen Menschen aktuell mehr als elf Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP). Sie wollen und sollen gutes Geld verdienen. Niemand erwartet von ihnen die Anspruchslosigkeit und Opferbereitschaft von Mutter Teresa oder Albert Schweitzer. Es ist auch in Ordnung, dass Ärztinnen und Ärzte zu den bestbezahlten Berufen gehören. Umso irritierender erscheint die gerade unter ihnen verbreitete Klage über eine Ökonomisierung der Medizin. Einer ihrer Wortführer ist der Medizinethiker Giovanni Maio, der in seinem Buch „Geschäftsmodell Gesundheit“ (2014), Diskussionsbeiträgen (2012, 2015) und Vorträgen auf Ärztekongressen das Bild einer fatalen Herrschaft der Ökonomie über die Medizin zeichnet. Durch seine Ausführungen zieht sich eine simple

Sicht der komplizierten Wirklichkeit im Gesundheitswesen. Die Krankenkassen und Krankenhausverwaltungen kujonierten mit Budgets, Bürokratie und Kostendruck die Ärztinnen und Ärzte, die sich gegen diese ökonomische Überformung der Medizin kaum wehrten. Auf der Strecke bleibe ein dem Patienten zugewandtes Gesundheitswesen.

Schuld an allem ist für Maio eine politisch gewollte Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Hinter diesem zum Kampfbegriff gewordenen Schlagwort verschwindet die Komplexität der Steuerungsprobleme eines sehr besonderen Wirtschaftszweigs. Dieser Beitrag ist ein Versuch, ein wenig Ordnung in diese von wirtschaftlichen Problemen, ökonomistischen Ideologien, falschen Behauptungen und ethischen Fragen der Medizin geprägte Debatte zu bringen. Es geht um die Beantwortung von drei zentralen Fragen:

1. Was bedeutet Ökonomisierung, was ist ökonomisches Denken und Handeln?
2. Wie lassen sich medizinische Leistungen angemessen vergüten?

<sup>1</sup> <http://www.ippr.org/juncture/reforming-europe-thomas-piketty-meets-pablo-iglesias>

3. Welche Rolle spielen ethische Normen und Arbeitskulturen bei der Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen?

## 2. Ökonomisierung und ökonomisches Denken

Der Streit über die Ökonomisierung des Gesundheitswesens leidet unter einer Gleichsetzung von Ökonomie mit den Prinzipien der Marktwirtschaft, wie wir sie etwa bei Wikipedia finden (<https://de.wikipedia.org/wiki/Ökonomisierung>): „Der Begriff der Ökonomisierung bezeichnet die Ausbreitung des Marktes samt seinen Prinzipien und Prioritäten auf Bereiche, in den ökonomische Überlegungen in der Vergangenheit eine her untergeordnete Rolle spielten bzw. die solidarisch oder privat organisiert waren.“ Dieses Verständnis von Ökonomisierung ist irreführend, weil die Marktwirtschaft nicht „die“ Wirtschaft schlechthin ist. In Deutschland machen die Ausgaben der öffentlichen Hand fast die Hälfte des Bruttoinlandsproduktes aus. Geht es beim Fiskus etwa nicht um ökonomische Fragen? Waren die untergegangenen sozialistischen Volkswirtschaften keine ökonomischen Systeme? Das wird niemand ernsthaft behaupten wollen.

An dieser Begriffsverwirrung ist der Mainstream der akademischen Lehre in den Wirtschaftswissenschaften mit seiner unreflektierten Verwendung der Denkfigur des Homo oeconomicus nicht unschuldig. Dieses Paradigma oder Narrativ, wie es im heutigen Wissenschaftsjargon heißt, des stets seinen individuellen Nutzen optimierenden Akteurs fasste der britische Ökonom L. C. Robbins so zusammen: „Die Ökonomie ist die Wissenschaft, welche das Verhalten der Menschen als Beziehung von Zielen und knappen Mitteln mit verschiedenem Nutzen untersucht.“ (zitiert nach Jochimsen/Knobel 1971: 16) Die Ökonomie beschäftigt sich demnach mit der Frage, wie man ein bestimmtes Ziel mit möglichst geringem Aufwand bzw. mit gegebenen Ressourcen ein optimales Ergebnis erreicht. Als Robbins diese in den allgemeinen Sprachgebrauch eingegangene Definition vom ökonomischen Denken und Handeln im Jahr 1932 formulierte, hatte sie schon lange die Hegemonie unter den akademischen Ökonomen erlangt. Sie vollzogen in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhun-

derts mehrheitlich einen grundlegenden Wandel ihres Selbstverständnisses, den Marc Blaug als „marginal revolution“ beschreibt (1998: 277 ff.).

Deren Basis ist das Gossen'sche Gesetz vom abnehmenden Grenznutzen.<sup>2</sup> Dieser tritt ein, wenn für jede zusätzlich ausgegebene Geldeinheit für ein bestimmtes Gut der damit erworbene Zusatznutzen geringer wird. Die Aufgabe der Ökonomie wird darin gesehen, den optimalen Punkt zu bestimmen, wo Zusatzaufwand und Zusatznutzen im Einklang stehen. Diese später „neoklassisch“ genannte Ökonomie setzt der klassischen Ökonomie von Quesnay über Adam Smith bis hin zu Karl Marx, für die Arbeit und Natur die Wertschöpfungsquellen waren, ihre subjektive Wertlehre

### *Der Streit über die Ökonomisierung des Gesundheitswesens leidet unter einer Gleichsetzung von Ökonomie mit den Prinzipien der Marktwirtschaft.*

entgegen, die im Marktgeschehen den Ausdruck der individuellen Präferenzen der Warenbesitzer sieht und nicht weiter fragt, mit welchem Aufwand an Arbeit und Verbrauch von Rohstoffen die angebotenen Waren erstellt werden. Der Zusammenhang von gesellschaftlicher Arbeit und Wertschöpfung wird ausgeblendet, wirtschaftliches Handeln wird auf Tauschvorgänge von Warenbesitzern reduziert. Der in der Produktion erwirtschaftete Profit wird genauso zum Zins wie die Erträge aus Spareinlagen oder Hedgefonds. Die neoklassische Theorie vom Marktgleichgewicht wurde im 20. Jahrhundert mit komplizierten mathematischen Modellen immer weiter ausdifferenziert, deren empirischer Gehalt aber damit eher abnahm wie der Grenznutzen im Gossen'schen Gesetz. Dieser „Modellplatonismus“ (Albert) wird seit über 50 Jahren Jahren immer wieder kritisiert (Albert 1963, Bell/Kristol 1983, Frank 1976, Herzog/Honneth 2013: 155 ff., Hofmann 1968, Vogt 1973), was aber seine Protagonisten kaum anfiicht.

Ihr Narrativ des in Zweck-Mittel-Relationen denkenden Homo oeconomicus führt ein Doppelleben als formale Entscheidungstheorie und Erklärungsmus-

ter für wirtschaftliche Beziehungen. Als Zweck-Mittel-Relation besagt er, dass Menschen stets versuchen, aus jeder Lage so gut es geht das Beste zu machen. Mit den damit zusammenhängenden Fragen und Dilemmata beschäftigen sich Spieltheoretiker wie die Ökonomie-Nobelpreisträger Reinhard Selten und Amartya Sen. Zur Ideologie wird die Denkfigur des Homo oeconomicus, wenn sie die Marktlogik der Nutzen- und Gewinnmaximierung zur allgemeinen menschlichen Charaktereigenschaft macht. Auch damit kann man, wie das Beispiel Gary Becker (1993) zeigt, den Nobelpreis für Ökonomie gewinnen. Dabei hat die Mentalität des Profitstrebens sogar für das Wirtschaftsleben nur eine begrenzte Relevanz, wie die Institutionenökonomik und andere empirische Überprüfungen zeigen (Pies/Leschke 2001, Schlicht 2003). So wird aus der ökonomischen Theorie eine ökonomistische Ideologie des menschlichen Verhaltens, die der Wohlfahrtswissenschaftler Kenneth Boulding (1973) als „Imperialismus der Ökonomen“ kritisierte. Über die Folgen dieser Doppeldeutigkeit in der vorherrschenden Definition ihrer Disziplin machen sich die meisten Ökonomen kaum Gedanken. Stattdessen wundern sie sich darüber, dass der Begriff der Ökonomisierung unter den Gesundheitsberufen negativ belegt ist (Ulrich 2012: 604).

Der Sozialökonom Friedhelm Hengsbach schlägt vor, zwischen Ökonomisierung und Kommerzialisierung im Gesundheitswesen zu unterscheiden (2015: 11). Ökonomisierung sei „vernunftgemäßes Handeln“ im Rahmen der Allokation knapper Ressourcen, Kommerzialisierung dagegen sei „durch marktwirtschaftlichen Wettbewerb (Makro-Kommerzialisierung) und betriebswirtschaftliche Kalkulation (Mikro-Kommerzialisierung) charakterisiert.“ Das ist eine auf den ersten Blick einleuchtende Unterscheidung, die aber nach einigem Nachdenken mehr Fragen aufwirft als beantwortet. Wo gibt es in dem durchregulierten GKV-System überhaupt Wettbewerb? Lassen

2 „Die Größe eines und desselben Genusses nimmt, wenn wir mit Bereitung des Genusses ununterbrochen fortfahren, fortwährend ab, bis zuletzt Sättigung eintritt.“ (Gossen 1854, zitiert nach Hofmann 1964: 123)

sich Krankenhäuser und Arztpraxen ohne betriebswirtschaftliche Kalkulation wirtschaftlich betreiben? Haben die Krankenkassen nicht nur das Recht, sondern sogar die Pflicht, Rechenschaft über die Verwendung der von ihnen bzw. ihren Mitgliedern finanzierten Ressourcen zu verlangen? Wo verlaufen die Grenzen zwischen Erwerbstätigkeit und Profitstreben? Sind in Arztpraxen und öffentlichen Krankenhäusern erwirtschaftete Erträge politisch korrekt, Gewinne der Pharmaindustrie und privater Krankenhauskonzerne hingen nicht? Diese Fragen sind nicht leicht zu beantworten.

### 3. Wie lassen sich medizinische Leistungen angemessen vergüten?

Das Gesundheitswesen ist ein von Marktversagen gekennzeichnetes Wirtschaftszweig, in dem es ohne politische Eingriffe zu sozialen Ungerechtigkeiten und ökonomischen Verwerfungen kommt. Das wird mittlerweile von kaum einem Gesundheitsökonom grundsätzlich bestritten. Selbst Modelle einer obligatorischen privaten Krankenversicherung sehen einen Sozialausgleich bzw. eine Beitragsobergrenze vor (Oberender et al. 2006). Für seine öffentliche Finanzierung bzw. Steuerung sprechen drei Sachverhalte: die ungleichen Gesundheitschancen in der Bevölkerung, die Disparitäten in der Einkommens- und Vermögensverteilung sowie die wirtschaftliche Dominanz der Anbieter von medizinischen Leistungen. Die öffentliche Finanzierung des Gesundheitswesens und der Zugang aller Bürger zu einer umfassenden medizinischen Versorgung unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit laufen aber nicht darauf hinaus, dass Preise und andere wirtschaftlichen Anreize bei der Ressourcensteuerung keine Rolle spielen. Allerdings sollten sie nicht zwischen den medizinischen Professionen bzw. Einrichtungen und den Patienten ausgehandelt werden. Das würde aus der Arzt-Patient-Neziehung ein Geschäftsverhältnis machen und es damit beschädigen. Wirtschaftliche Fragen sollten politisch reguliert bzw. in Vertragsverhandlungen zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringern vereinbart werden. Deshalb gilt im GKV-System das Sachleistungsprinzip. Die Patientinnen und Patienten haben mit ihren Ärztinnen und Ärzten bzw. Krankenhäusern nur als Privatpatienten eine Geldbeziehung,

Für die Vergütung medizinischer Leistungen gelten administrierte Preise, die nach gesetzlichen Vorschriften von den Verbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhäuser ausgehandelt bzw. festgelegt werden. Die von den Krankenkassen gewährten Vergütungen orientieren sich an den Durchschnittskosten definierter ambulanter und stationärer Leistungen, die von extra dafür eingerichteten Instituten berechnet werden (InEK, InBA). Der in der vertragsärztlichen Versorgung geltende Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) und die Abrechnung stationärer Leistungen anhand von diagnoseorientierten Fallpauschalen (DRGs) sind nicht nur Entgeltsysteme, sondern auch Benchmarks. Sie sollen den Arztpraxen und Krankenhäusern Informationen über das durchschnittliche Kostenniveau definierter Leistungen bzw. Fälle und damit Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten geben.

Dieser für Ökonomen selbstverständliche Sachverhalt ist für viele Mediziner offenbar schwer nachvollziehbar. Beide Disziplinen haben verschiedene, wenn nicht gegensätzliche Denkweisen. Die Medizin ist eine weitgehend theoriefreie, kasuistisch orientierte Wissenschaft. Zwar gibt es für die meisten Erkrankungen Standardtherapien, aber auch sie müssen stets mit den individuellen Behandlungsfällen abgestimmt werden. Es gilt der Grundsatz „Jeder Patient ist anders.“ Ökonomen hingegen denken in Modellen, in denen auf Einzelschicksale keine Rücksicht genommen wird. Preise sind immer Durchschnittsgrößen und keine Selbstkostenerstattung, egal ob sie am Markt durch das Aushandeln von Angebot und zahlungsbereiter Nachfrage entstehen oder durch Verwaltungsakte bzw. korporatistische Verhandlungssysteme geregelt werden. Wir haben es also bei dem Streit über die Ökonomisierung auch mit einem Kommunikationsproblem zwischen Medizinerinnen und Ökonomen zu tun.

Damit verbunden ist ein letztlich nicht auflösbares Problem in der Vergütung medizinischer Leistungen. Auch bei gleicher Diagnosestellung kann der Behandlungsaufwand je nach Einzelfall mal über, mal unter den in den Vergütungsordnungen kalkulierten Kosten liegen. Daraus ergeben sich Anreize, über dem Kostendurchschnitt liegende Fälle möglichst zu ver-

meiden bzw. die Fallzahlen zu erhöhen, um so die Fixkosten besser verteilen und unter den Durchschnittskosten bleiben zu können. Größere und auf bestimmte Krankheitsbilder spezialisierte Einrichtungen können mit diesem Problem besser fertig werden als Einzelpraxen und kleinere Kliniken in der Grundversorgung. Diese Dialektik von Mengen, Kosten und Preisen lässt sich mit keiner Vergütungsreform aus der Welt schaffen. Stimmen die Preise bzw. Einnahmen nicht mit den Erwartungen überein, sind Mengenausweitungen die Folge. Budgetierungen und Mengenbegrenzungen sind wiederum mit dem Risiko der Leistungsverknappung verbunden. Für dieses Phänomen der angebotsinduzierten Nachfrage im Gesundheitswesen gibt es international zahlreiche empirische Belege (Rice 2004: 151 ff.). Die Vorstellung, man könne für ärztliche Leistungen perfekte Vergütungssysteme ohne Schlupflöcher für wirtschaftliche Eigeninteressen und eine „kommerzielle Landnahme“ (Hengsbach) entwickeln, ist eine Illusion.

Die sich daraus ergebenden praktischen Probleme lassen sich am Beispiel der Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) für Krankenhausbehandlung demonstrieren. Sie steht im

**Das Gesundheitswesen ist ein von Marktversagen gekennzeichneter Wirtschaftszweig, in dem es ohne politische Eingriffe zu sozialen Ungerechtigkeiten und ökonomischen Verwerfungen kommt.**

Fokus der Ökonomisierungsdebatte (Maio 2014: 16 ff.) und wird auch von Gewerkschaftern als Sündenfall einer „Vermarktlichung“ der Gesundheitspolitik angeprangert (Busch 2013). Hier sind Mythen unterwegs, die mit ihren nostalgischen Zügen die Grenzen zur Ereignisschöpfung streifen. Die DRGs lösten eine Vergütungsordnung für die stationäre Behandlung ab, die auf tagesgleichen Pflegesätzen und dem Selbstkostendeckungsprinzip beruhte. Die DRG-Gegner beschreiben dieses alte System als eine Idylle, in der die Krankenhäuser unbehelligt von ökonomischen Zwängen nur ein Ziel hatten: die gute Behandlung



ihrer Patientinnen und Patienten. Diese Harmonie von Ökonomie und Medizin sei schon durch die Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips in den 1980er Jahren beeinträchtigt worden, die DRGs hätten sie dann endgültig zerstört.

Das ist eine Legende, die die auch zu Lasten der Patienten gehenden massiven Fehlanreize des alten Entgeltsystems ignoriert und systematische Kostenerfassung und -kontrolle als Nährboden für Profitmaximierung denunziert. Tagesgleiche Pflegesätze bieten starke Anreize zur medizinisch nicht indizierten Verlängerung der Verweildauer, auch „Prinzip der warmen Betten“ genannt. Sie wurden durch das Selbstkostendeckungsprinzip noch gefördert, das den Krankenhäusern einen Anspruch auf die Erstattung der wie auch immer entstandenen Betriebskosten durch die Pflegesätze gab. Deshalb wurde 1985 die retrospektive Kostenerstattung durch eine prospektive Kalkulation ersetzt, die aber immer noch die individuellen Kosten eines Krankenhauses zur Grundlage von Pflegesätzen machte und nicht Norm- bzw. Durchschnittskosten. Erst die rot-grüne Koalition beschloss im GKV-Reformgesetz 2000 die Einführung von DRGs, die im GKV-Modernisierungsgesetz von 2003 endgültig auf den Weg gebracht wurde (Knieps/Reiners 2015: 230 ff.).

Wie jedes Vergütungssystem im Gesundheitswesen haben auch die DRGs unerwünschte Nebenwirkungen. Die wissenschaftliche Begleitforschung zur DRG-Einführung nennt vor allem eine Neigung zum „Upcoding“, d.h. zur Zuordnung von Fällen zu möglichst lukrativen DRGs, und eine Vermehrung der Fallzahlen (Fürstenberg et al. 2011). Diese Tendenzen kann man aber mit gezieltem Controlling in Grenzen halten. Das eigentliche Problem liegt in den Auswirkungen der DRGs auf die Struktur der stationären Versorgung. Fallpauschalen fördern die Spezialisierung von Krankenhäusern und belohnen hohe Fallzahlen. So können Fälle mit einer Unterdeckung der Kosten durch Fälle mit einer Überdeckung kompensiert und Fixkosten gesenkt werden. Die Grundversorgung durch kleine Krankenhäuser, die diese Möglichkeiten nicht haben, droht auf der Strecke zu bleiben, während vor allem private Krankenhausträger mit einer ausgeprägten Spezialisierung davon profitieren. Hinzu kommt der schleichende Rückzug der Länder aus der Investitions-

finanzierung, der dazu geführt hat, dass die Krankenhäuser ihre Investitionen zur Hälfte aus Eigenmitteln finanzieren (Blum 2015). Das wiederum erhöht den Kostendruck, der zu Lasten des Personals geht, insbesondere der Pflegekräfte. Die duale Finanzierung der Krankenhäuser, in der die Krankenkassen die laufenden Betriebskosten und die Länder die Investitionen finanzieren, ist eine Lebenslüge der Gesundheitspolitik.

Nicht die DRGs sind das Problem, sondern die Versorgungsstrukturen mit ihrer nach wie vor strikten Trennung in ambulante und stationäre Versorgung. Man hat es versäumt, kleineren Kliniken die Chance zu geben, sich als Gesundheitszentren mit einer stationären Grundversorgung und ambulanten Versorgungsangeboten in der Fachmedizin und Rehabilitation neu aufzustellen. Das stößt zwar auf den massiven Widerstand der Kassenärztlichen Vereinigungen, aber anders lassen sich die Disparitäten in der Versorgungsdichte nicht beseitigen. Hier sind vor allem die Landesregierungen gefordert, die in der Sicherstellung der Versorgung mehr Verantwortung übernehmen müssen. Die Innovations- und Investitionsfonds, die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz und dem Krankenhaus-Reformgesetz eingeführt wurden, werden allein nicht wirklich helfen.

#### 4. Die Grenzen finanzieller Anreize und die Bedeutung der Arbeitskultur

Versteht man wie Friedhelm Hengsbach unter Ökonomisierung vernunftgemäßes Handeln im Rahmen der Allokation knapper Ressourcen (siehe oben), dann geht es um zwei miteinander zusammenhängende Optimierungsfragen. Die eine betrifft die unter medizinischen Gesichtspunkten angemessenen Behandlungsabläufe, die andere die Bewertung des damit verbundenen Ressourcenverbrauchs. Erstere Frage ist Sache der Mediziner, die Ökonomen kommen erst bei der zweiten ins Spiel. In der Praxis greifen diese beiden Aspekte ineinander, Steuerungsfragen haben im Gesundheitswesen stets medizinische und ökonomische Aspekte. So sollte bei jeder medizinischen Innovation zugleich gefragt werden, ob

ihr Zusatznutzen in einem angemessenen Verhältnis zum damit verbundenen Aufwand steht. Das können Ökonomen nicht allein beantworten. Solche Kosten-Nutzen-Analysen betreffen nicht nur finanzielle, sondern auch ethische Fragen, die als Kriterium für die Ressourcenverteilung auch ökonomische Relevanz haben.

Die Vorstellung vieler Ökonomen, man könne das Gesundheitswesen über monetäre Anreize und Wettbewerb stets effektiv steuern, geht an den Realitäten dieses komplexen Wirtschaftszweiges vorbei. Dort spielen gewachsene Arbeitskulturen und ethische Normen bei der

**Die Vorstellung vieler Ökonomen, man könne das Gesundheitswesen über monetäre Anreize und Wettbewerb stets effektiv steuern, geht an den Realitäten vorbei.**

Ressourcenverteilung eine mindestens so große Rolle wie das Geld. Eine von der Bertelsmann Stiftung (2014) durchgeführte Studie belegt erstaunliche regionale Unterschiede in der Zahl und Art von medizinischen Interventionen. So werden z. B. Kniegelenk-Implantationen in Bayern je nach Region bis zu drei Mal so häufig durchgeführt wie im Bundesdurchschnitt. Die Entfernung von Gaumenmandeln findet in der Oberpfalz bis zu vier Mal so oft statt wie in Oberbayern. Auf die Vergütungssysteme kann man solche regionalen Unterschiede nicht zurückführen, denn der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) bzw. die Fallpauschalen (DRG) gelten in ganz Deutschland und der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) bzw. Landesbasisfallwert in ganz Bayern.

Auch der Mangel an Hausärzten lässt sich nicht mit einer Anhebung ihrer Vergütungen beseitigen. Die Tatsache, dass niedergelassene Kardiologen nach Abzug der Praxiskosten im Durchschnitt nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (Fachserie I.6.1) doppelt so viel verdienen wie Hausärzte, hat nichts mit dem Leistungsprinzip zu tun, sondern ist Konsequenz einer traditionellen Geringschätzung der Allgemeinmedizin im deutschen Medizinsystem. Die äußert sich auch in einer skandalös niedrigen

Zahl von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin und einer trotz einiger Verbesserungen nach wie vor zu beklagenden Vernachlässigung der Weiterbildung von Hausärzten. Da ist es kein Wunder, dass die Zahl der Medizinstudenten mit dem Berufsziel „Hausarzt“ sinkt. Dabei brauchen wir gerade wegen der fortschreitenden Spezialisierung in der Medizin mehr Generalisten als Lotsen im System. Das aber kann man nicht allein mit den Instrumenten des SGB V bewältigen, sondern nur durch einen Wandel in der Aus- und Weiterbildung von Medizinern (Berthold et al. 2015).

Eine Gesundheitspolitik, die sich auf die Gestaltung von Preissystemen, Wettbewerbsordnungen und Bedarfsplanungsrichtlinien beschränkt, führt in die Irre. Von den Grundsätzen der „evidenzbasierten Medizin“ hat der Homo oeconomicus keine Ahnung. Die Debatte im Medizinsystem darüber, was „gute“ Medizin ist, hat auf die Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen einen mindestens so großen Einfluss wie die Vergütungssysteme, die selbst eher Ausdruck als Ursache dieses Selbstverständnisses sind. Wenn Mediziner die Ökonomisierung ihrer Disziplin als Ursache allen Übels im Gesundheitswesen betrachten, lügen sie sich in die eigene Tasche und laufen Gefahr, in Heuchelei abzugleiten. Das wurde auf dem Deutschen Ärztetag im Mai 2014 einmal mehr deutlich. Dort bekam Giovanni Maio für seine Kritik/Thesen von einer Überformung der Medizin durch die Ökonomie stehende Ovationen. Anschließend wurde das gesundheitspolitische Programm der Ärzteschaft verabschiedet mit der Forderung nach einem Ausbau des dualen Systems von privater und gesetzlicher Krankenversicherung. Die damit verbundene Bevorzugung von Privat- gegenüber Kassenpatienten hat rein finanzielle Gründe und ist ethisch äußerst fragwürdig. Das gilt auch für die Angebote des IGeL-Katalogs, dessen medizinischer Nutzen gegen Null geht. Man kann nicht behaupten, dass man diese Geldquelle dem Ärztestand aufgezwungen hat.

Es geht sicher auch um die Erwartungen, die die Gesellschaft an die Medizin richtet. Aber diese werden von den Medizinern maßgeblich beeinflusst. Sie müssen ihre Disziplin selbst hinterfragen, wenn es um die zutiefst ökonomische Frage eines angemessenen Ressourcen-

verbrauchs im Gesundheitswesen geht. Der Medizinhistoriker Roy Porter gibt am Ende seines Buchs „Geschichte der Medizin von der Antike bis heute“ die Zielrichtung dieses Diskurses vor (Porter 1999: /17): „Die Medizin hat zu übersteigerten Erwartungen geführt, welche die Öffentlichkeit gern übernahm. Da aber diese Erwartungen ins Unermessliche steigen, werden sie unerfüllbar. Die Medizin wird ihre Grenzen neu definieren

müssen, auch wenn ihre Möglichkeiten immer größer werden.“ Wenn man ökonomisches Denken und Handeln nicht als Blaupause von Marktmechanismen versteht, sondern an einer effektiven und effizienten Ressourcensteuerung ausgerichtet, muss in dieser Frage der Hebel angesetzt werden. Politisch verordnen kann man einen solchen Paradigmenwechsel freilich nicht, sondern allenfalls flankieren. ■

## Literatur

**Albert, H. (1963):** Modell-Platonismus. Der neoklassische Stil des ökonomischen Denkens in kritischer Beleuchtung. Karrenberg, F. und Albert, H. (Hrsg.): Sozialwissenschaften und Gesellschaftsgestaltung. Berlin (Duncker & Humblot): 45-76

**Becker, G. (1993):** Der ökonomische Ansatz menschlichen Verhaltens. Tübingen (Mohr)

**Bell, D. und Kristol, I. (1984):** Die Krise der Wirtschaftstheorie. Berlin-Heidelberg-New York-Tokio (Springer)

**Berthold, P., Schmitz, C. et al. (2015):** Steuerung der ärztlichen Weiterbildung und Berufsausübung in Zeiten von „Ärzteknappheit“. Gesundheits- und Sozialpolitik 69 (5): 27-45

**Bertelsmann Stiftung (2014):** Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung. Gütersloh <https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/>

**Blaug, M. (1998):** Economic theory in retrospect, fifth edition. Cambridge UK (Cambridge University Press)

**Blum, K. (2015):** Sanierungsfall Krankenhaus. Düsseldorf (DKVG)

**Boulding, K. E. (1973):** Ökonomie als eine Moralwissenschaft. Vogt, W. (Hrsg.), a. a.O.: 103-125

**Busch, G. (2013):** Öffentliche Daseinsvorsorge bei Privatisierung? Sozialismus 40 Heft 1: 45-50

**Frank, J. (1976):** Kritische Ökonomie. Einführung in Grundsätze und Kontroversen wirtschaftswissenschaftlicher Theoriebildung. Reinbek (Rowohlt)

**Fürstenberg, T. Laschat, M. et al (2011):** G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG. Endbericht des zweiten Forschungszyklus (2006-2008). Berlin (IGES)

**Hengsbach, F. (2015):** Wettbewerb im Gesundheitswesen: Ist noch Platz für Gleichheit und Gerechtigkeit? Frankfurter Forum Heft 12: 8-17 <http://frankfurterforum-diskurse.de/publikationen/>

**Herzog, L. und Honneth, A. (Hrsg.) (2014):** Der Wert des Marktes. Ein ökonomisch-philosophischer Diskurs vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart. Berlin (Suhrkamp)

**Hofmann, W. (1964):** Wert- und Preislehre. Sozialökonomische Studententexte Band 1. Berlin (Duncker & Humblot)

**Hofmann, W. (1968):** Das Elend der Nationalökonomie. Ders.: Universität, Ideologie, Gesellschaft. Beiträge zur Wissenschaftssoziologie. Frankfurt am Main (Suhrkamp): 117-140

**Jochimsen, R. und Knobel, H. (1971):** Zum Gegenstand und zur Methodik der Nationalökonomie. Dies. (Hrsg.): Gegenstand und Methoden der Nationalökonomie. Köln (Kiepenheuer & Witsch): 11-66

**Knieps, F. und Reiners H. (2015):** Gesundheitsreformen in Deutschland. Geschichte – Intentionen – Kontroversen. Bern (Huber)

**Maio, G. (2012):** Ärztliche Hilfe als Geschäftsmodell. Deutsches Ärzteblatt 109 (16): A 804-807

**Maio, G. (2014):** Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft. Frankfurt am Main (Suhrkamp)

**Maio, G. (2015):** Die verlorene Kunst des Seinlassens. Eine Folge des industrialisierten Medizinbetriebs. Deutsche Medizinische Wochenschrift 140: 1014-1018

**Oberender, P., Felder, S., Ulrich V. et al. (2006):** Bayreuther Versichertenmodell. Bayreuth (P.C.O.)

**Pies, i. und Leschke, m. (2001).** Oliver Williamsons Organisationsökonomik. Tübingen (Mohr Siebeck)

**Porter, R. (1999):** Die Kunst des Heilens. Eine medizinische Geschichte der Menschheit von der Antike bis heute. Heidelberg-Berlin (Spektrum)

**Rice, T. (2004):** Stichwort: Gesundheitsökonomie. Eine kritische Auseinandersetzung. Bonn (KomPart)

**Schlicht, E. (2003):** Der Homo oeconomicus unter experimentellem Beschuss. Held, M., Kubon-Gilke, G. und Sturm R. (Hrsg.): Experimentelle Ökonomik. Jahrbuch Normative und institutionelle Grundfragen der Ökonomik 2. Marburg (Metropolis): 291-313

**Ulrich, V. (2012):** Entwicklung der Gesundheitsökonomie in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 55 (5): 604-613

**Vogt, W. (Hrsg.):** Seminar: Politische Ökonomie. Zur Kritik der herrschenden Nationalökonomie. Frankfurt am Main (Suhrkamp)