

# Ressourcenzuteilung im Gesundheitswesen

Zur Logik der Leistungssteigerung und Effizienzmaximierung und ihren ethischen Grenzen

---

*Arne Manzeschke*

## 1. RESSOURCENALLOKATION EINE ETHISCHE FRAGE?

Die Debatte um eine optimale Ressourcenallokation im Gesundheitswesen ist auf den ersten Blick eine rein ökonomische. Es ist nämlich die Ökonomie, welche im Rahmen ihrer Theoriebildung (oft auch Ökonomik genannt) und im Rahmen des praktischen Handelns der Aufgabe nachkommen muss, die Verwendung von Personal, Zeit oder Geld so zu gestalten, dass bei einem gesetzten Input ein maximaler Output bzw. bei gesetztem Output ein minimaler Input das optimale Verhältnis von Kosten und Nutzen bestimmt. Geld spielt hierbei die Rolle eines tertium comparationis<sup>1</sup>,

---

**1** | So schreibt Aristoteles in seiner Nikomachischen Ethik: »Daher muß alles seinen Preis haben; denn so wird immer Austausch und somit Verkehrsgemeinschaft sein können. Das Geld macht also wie ein Maß alle Dinge kommensurabel und stellt dadurch eine Gleichheit unter ihnen her. Denn ohne Austausch wäre keine Gemeinschaft und ohne Gleichheit kein Austausch und ohne Kommensurabilität keine Gleichheit. In Wahrheit können freilich Dinge, die so sehr voneinander verschieden sind, nicht kommensurabel sein, für das Bedürfnis ist es aber ganz gut möglich. Es muß also ein Eines geben, welches das gemeinsame Maß vorstellt, und zwar kraft positi-

das den Vergleich zwischen eingesetzten Mitteln und erzielten Effekten objektiv widerspiegelt. Jenseits der Frage, ob Geld in diesen gesellschaftlichen Transaktionen nicht auch noch anders als nur als Wertmesser fungiert – z.B. als Zirkulationsmittel und als Mittel der Akkumulation<sup>2</sup> (vgl. Marx 1972, S. 143ff.) –, kommt mit der Frage der Ressourcenallokation dann aber auch eine moralische Dimension in den Blick: Die Entscheidung für die Option A und gegen die Option B basiert nicht allein auf dem rechnerischen Kalkül, dass der Nutzen von A größer als der von B ist, oder der Mitteleinsatz bei A geringer und effizienter als bei B ist; die Entscheidung für A basiert auch auf einer diesem Kalkül zugrunde liegenden Überzeugung, dass es vorzugswürdig ist, die nützlichere oder effizientere Variante zu wählen.<sup>3</sup> Mit dem komparativen Prädikat nützlicher

---

ver Übereinkunft vorstellt, weshalb es auch Nomisma heißt, gleichsam ein vom Gesetz, Nomos, aufgestelltes Wertmaß. Denn alles wird nach ihm gemessen« Aristoteles NE 1133b 16, S. 114.

**2 |** So schreibt Marx: »Da dem Geld nicht anzusehn, was in es verwandelt ist, verwandelt sich alles, Ware oder nicht, in Geld. Alles wird verkäuflich und kaufbar. Die Zirkulation wird die große gesellschaftliche Retorte, worin alles hineinfliegt, um als Geldkristall wieder herauszukommen. Dieser Alchemie widerstehen nicht einmal Heiligenknochen und noch viel weniger minder grobe res sacrosanctae, extra commercium hominum [...]. Der Trieb der Schatzbildung ist von Natur maßlos. Qualitativ oder seiner Form nach ist das Geld schrankenlos, d.h. allgemeiner Repräsentant des stofflichen Reichtums, weil in jede Ware unmittelbar umsetzbar. Aber zugleich ist jede wirkliche Geldsumme quantitativ beschränkt, daher auch nur Kaufmittel von beschränkter Wirkung. Dieser Widerspruch zwischen der quantitativen Schranke und der qualitativen Schrankenlosigkeit des Geldes treibt den Schatzbildner stets zurück zur Sisyphusarbeit der Akkumulation. Es geht ihm wie dem Welteroberer, der mit jedem neuen Land nur eine neue Grenze erobert« (Marx 1972, S. 145, 147).

**3 |** Dieser These entspricht die Tatsache, dass von ökonomischer Seite immer wieder das Argument geäußert wird, dass es doch »unethisch« sei, Ressourcen zu verschwenden. Auch wenn dieser Argumentation bisweilen

bzw. effizienter sind keine rein ökonomischen Kategorien aufgerufen, sondern Vorstellungen von einem guten Leben, das mehr als nur den einen Menschen betrifft<sup>4</sup>, der diese Entscheidung trifft – wenn es nicht überhaupt komplexere Strukturen sind, in den Entscheidungen von mehr als einem Menschen getroffen werden.<sup>5</sup>

Die lange Zeit etwas unkritisch vorgetragene Annahme, dass ökonomische Rationalität dafür Sorge, dass die immer knappen Ressour-

---

eine immunisierende Funktion zukommen mag, mit der Ökonomen sich die Ein- und Ansprüche von Ethikern vom Leib halten, so ist ihr zumeist nur intuitiv geäußelter Kern doch zutreffend. »Unwirtschaftliches Verhalten bedeutet in der Konsequenz die Verschwendung von knappen Ressourcen. Verschwendung in der Gesundheitswirtschaft bedeutet jedoch letztendlich unethisches Handeln«, Kölking 2007, S. 20.

**4** | Vgl. hierzu Sedláček 2012. Zur Frage nach Nutzen und Nützlichkeit im homo-oeconomicus-Modell vgl. Manzeschke 2010b. Dem individuellen Nutzen unterliegt eine moralische Wertsetzung, die aktuell schwer erkennbar scheint, weil in der ökonomischen Theorie allein noch die *causa finalis*, also der Nutzen, und ihre Wirkursache, *causa efficiens*, übrig geblieben sind, während Zweck, *causa formalis*, und Materie, *causa materialis*, keine Berücksichtigung mehr finden; vgl. Brodbeck 1998, S. 156ff.

**5** | Damit ist ein wesentlicher Grund genannt, warum aktuell die Organisationsethik, die starke Bezüge zur Wirtschaftsethik aufweist, aber von ihr noch mal zu unterscheiden ist, solchen Aufschwung erfährt: Im Gegenzug zu einer primär vom handelnden Individuum her konzipierten Ethik besteht jene darauf, dass die institutionellen Bedingungen stärker als Konstituenten moralischer Entscheidungen berücksichtigt werden (vgl. hierzu grundlegend Krobath und Heller 2010; Krainer und Heintel 2010; Jäger und Coffin 2011; Hug 2009). Es kann an dieser Stelle nicht der Frage weiter nachgegangen werden, ob die Organisationsethik eine Fortentwicklung der Sozialethik der 1960er bis 1980er Jahre darstellt, oder ob sie ein eigenes und anderes Anliegen treibt, das sich besonders dem Umstand verdankt, dass Organisationen des Sozialsektors, die lange vom Ethos des Einzelnen bzw. dem Ethos einer bestimmten Berufsgruppe her ihre Entscheidungen rekonstruierten, hier an theoretische wie praktische Grenzen gestoßen sind.

cen einer effektiven und effizienten Verwendung zugeführt werden und so ein Mechanismus gefunden sei, der die Gesellschaft an entscheidender Stelle von Reflexion und Entscheidung entlasten könnte, scheint sich zumindest in Teilen als unzutreffend herauszustellen. Die zyklisch wiederkehrenden Wirtschaftskrisen und zuletzt die Finanzkrise von 2008 haben die Rückfrage provoziert, ob »sich auf den Schauplätzen der internationalen Finanzwirtschaft ein effizientes Zusammenspiel vernünftiger Akteure oder ein Spektakel reiner Unvernunft vollzieht. Es ist jedenfalls nicht ausgemacht, ob der darin beschworene kapitalistische ›Geist‹ verlässlich und rational oder schlicht verrückt operiert« (Vogl 2010, S. 7).<sup>6</sup>

Der ökonomische Mechanismus, Ressourcen über eine Preisbildung durch Angebot und Nachfrage zwischen den informierten Akteuren zu verteilen<sup>7</sup>, scheint zumindest für einige Sphären gesellschaftlichen Zusammenlebens eher dysfunktional zu sein.

Dem prinzipiellen Argument, warum die Frage der Ressourcenallokation nicht der Ökonomie allein überlassen werden kann, sollen im Folgenden Beobachtungen zur Seite gestellt werden, mit denen für eine weitergehende Berücksichtigung ethischer Aspekte plädiert wird. Gerade für den Bereich der gesundheitlichen Versor-

---

**6** | Man mag einwenden, die Probleme des Finanzmarktes seien nicht identisch mit denen des Güter- oder Arbeitsmarktes, deshalb dürfe von der Dysfunktionalität des einen nicht auf die der anderen geschlossen werden. Das ist prinzipiell richtig, ebensowenig darf jedoch verkannt werden, dass vom Finanzmarkt ein starker Sog auf alle anderen Märkte ausgeht, denen sich diese nicht entziehen können. Bemerkbar macht sich dieser Sog zum Beispiel an der enormen Beschleunigung, die daraus resultiert, dass Transaktionen am Finanzmarkt sehr viel schneller durchgeführt werden können als anderswo, und an den Renditeerwartungen, die auch auf andere Märkte übertragen werden bzw. die Richtung der Kapitalströme diktieren. Vgl. zum Problem der Regulierung der Finanzmärkte Roubini und Mihm 2010.

**7** | Das Problem besteht auch dann noch, wenn man, wie in der Neuen Institutionenökonomik von asymmetrischen Beziehungen und unvollständigen Informationen ausgeht; vgl. Manzeschke und Brink 2010.

gung in einer liberalen, demokratischen Gesellschaft, die sich an der prinzipiellen Gleichheit ihrer Glieder orientiert, ist es offenbar nicht zuträglich, Ökonomie und Ethik zu weit auseinander treten zu lassen.

## 2. MARKTLICHE DYNAMIK UND KOSTENDÄMPFUNG

Die politische Steuerung des Gesundheitswesens steht seit vielen Jahrzehnten vor dem Problem, dass eine allgemeine, gleiche und zeitnahe Versorgung der Bürgerinnen und Bürger mit Leistungen, die auf der Höhe des medizinisch-technischen Fortschritts sind, der Quadratur des Kreises gleichkommt. Einerseits sollen alle am medizinischen Fortschritt teilhaben können und bei Bedarf in den Genuss der entsprechenden Leistungen kommen. Auf der anderen Seite generieren solche Ankündigungen permanent steigende Erwartungen, Ansprüche – und Kosten. Wenn dann noch – durch den demographischen Wandel bedingt – die Zahl der Sorgebedürftigen steigt und deren Multimorbidität die Komplexität, Dauer und Kosten der Versorgung steigert, gleichzeitig aber die jüngeren Generationen als Beitragszahler und Fachkräfte für die Sorge<sup>8</sup> zahlen-

---

**8** | Ich wechsele hier bewusst zwischen den Begriffen »Versorgung« und »Sorge«. Während der erste den sprachlichen Gewohnheiten der Branche folgt und vor allem den logistischen, organisationalen und auch ökonomischen Aspekt betont, stellt der zweite Begriff stärker auf das zwischenmenschliche Geschehen und die leibliche Dimension ab. Beide Aspekte sind wichtig und dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden. Ein Problem der aktuellen Diskussion ist es jedoch, dass sie vor allem den produktions- und distributionslogischen Aspekt der Versorgung thematisiert und darüber vergessen macht, dass es um die gut organisierte Sorge für Menschen geht, die in Teilen oder in Gänze nicht (mehr) für sich selbst sorgen können. Diese grundsätzliche Dimension darf nicht aus dem Blick geraten, will man Menschen als Menschen gerecht werden und sie nicht zu Objekten eines Produktionsprozesses degradieren.

mäßig schrumpfen, dann ist auf den ersten Blick einsichtig, dass diese Konstruktion nicht aufgehen wird. Eine Absenkung der Leistungen anzukündigen, ist politisch ebenso unpopulär wie eine Steigerung der Beitragssätze – was zudem als volkswirtschaftlich problematisch angesehen wird, weil mit steigenden Beitragssätzen auch die Arbeitskosten ansteigen und somit die Konkurrenzfähigkeit auf einem globalen Markt gefährdet werden könnte.<sup>9</sup> Stattdessen erscheint gegenwärtig eine konsequente Ökonomisierung des Gesundheitswesens als Ansatz, um zwischen der Skylla einer Verteuerung der Leistungen und der Charybdis einer Reduktion der Leistungen hindurchzusteuern. Ökonomisierung bedeutet danach die Gestaltung von Organisationen und Versorgungsprozessen nach effizienzorientierten, rationalen Kalkülen. Dabei lässt sich unterscheiden zwischen einer sachgemäßen und ethisch verantwortbaren Ökonomisierung, die neben dem ökonomischen Kalkül auch die Sachlogik des Handlungsfeldes als das Sachgemäße respektiert und ihr deshalb sogar Vorrang gewährt – und einer Form der Ökonomisierung, welche die Sachlogik zugunsten des ökonomischen Interesses nach maximaler Effizienz oder maximalem Profit in den Hintergrund treten lässt. Es mutet paradox an, dass ausgerechnet die ›Ökonomisierung des Gesundheitssystems‹, die zu größerer Transparenz, Kostenkontrolle und Wirtschaftlichkeit beitragen soll, offenbar eine Ausweitung der Kosten und damit eine Verschärfung der Situation herbeiführt.

Ökonomisierung ist hier in zweifacher Hinsicht zu denken.<sup>10</sup> Erstens bezeichnet sie einen Prozess, bei dem das Handeln im Be-

**9** | Auch wenn die Steigerung der Versicherungsbeiträge für die Arbeitgeber gedeckelt wurde und diese Debatte auf den ersten Blick an Schärfe verloren hat, bleibt das Problem in unserem Versicherungssystem bestehen, weswegen eine Maxime der politischen Steuerung bleibt, den Krankenversicherungssatz nicht oder nur minimal steigen zu lassen

**10** | Der Begriff ›Ökonomisierung‹ schillert: Er wird einerseits von Ökonomen in programmatischer und positiver Konnotation verwendet, um die Notwendigkeit zu signalisieren, in praktisch allen Lebensbereichen ökonom-

reich der Gesundheitsversorgung als eine ökonomische Transaktion konzeptualisiert wird, die es ökonomisch rational zu gestalten gilt. Bis in die 1990er Jahre galt der Soziale Sektor zumindest in weiten Teilen als Feld für staatliche Subventionen, auf dem unternehmerisch nichts zu lukrieren ist (vgl. Buestrich und Wohlfahrt 2008). Dass nun auf einem ›Gesundheitsmarkt‹ Renditen zu erwarten sind, und Unternehmen sowie Investoren sich hier betätigen, ist nur auf der Grundlage eines Paradigmenwechsels möglich.<sup>11</sup> Dem liegt die Vorstellung zugrunde, dass sich die diagnostischen, therapeutischen und palliativen Tätigkeiten, ihre Akteure wie auch alle dabei eingesetzten Heil- und Hilfsmittel als Elemente eines Leistungserstellungsprozess verstehen lassen. Für diesen gilt – wie für alle anderen Produktionsprozesse auch –, dass er ökonomisch rational, d.h. effizient gestaltet werden muss. Auch wenn es Fragen des Grenznutzens gibt, kann man sich aus ökonomischer Sicht prinzipiell eine permanente Steigerung der Effizienz vorstellen. Zwar ist das Gesundheitswesen stark reguliert und entspricht damit gerade nicht einem echten Markt (vgl. Dietz 2011, bes. S. 291ff.), und doch lässt sich über die letzten Jahre sehr deutlich erkennen, wie die Ökonomisierung dazu beigetragen hat, das Leistungsvolumen aus-

---

mische Rationalität walten zu lassen, also eine rationale Kalkulation des Verhältnisses von Aufwand und Nutzen bei Transaktionen durchzuführen. Der Begriff wird andererseits aber auch in kritisch-ablehnender Weise verwendet, um genau diese Verfremdung einzelner Lebensbereiche oder Tätigkeiten durch ein ökonomisches Kalkül abzuwehren. Dazwischen hat sich in den vergangenen Jahren eine sozialwissenschaftliche Verwendung des Begriffs etabliert (vgl. hierzu Manzeschke 2011; Kettner und Koslowski 2011; Schimank und Volkmann 2008).

**11** | Vgl. hierzu exemplarisch Nefiodow 2000. Nefiodow prognostiziert einen sechsten Kondratieffzyklus, der vor allem durch die Bedürfnisse und Basisinnovationen im Bereich der Gesundheitsversorgung, der Wellness und der ganzheitlichen Lebensführung verursacht werden wird. Aus gesundheitsökonomischer Perspektive vgl. Oberender et al. 2010.

zuweiten.<sup>12</sup> Neben der Kostenausweitung treten aber noch weitere Probleme auf: Niedergelassene Ärzte, die sog. Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) ihren Patienten anbieten, tragen zur prinzipiellen Verunsicherung bei, welche Leistungen aus medizinischer Notwendigkeit und welche aus ökonomischer Opportunität »angeboten« werden. In Krankenhäusern lassen sich ähnliche Entwicklungen beobachten.<sup>13</sup> Die medizinische Evidenz bei Therapieentscheidungen weicht zusehends der kundenorientierten Präferenz, wobei diese nicht unwesentlich durch den Rat der Professionellen mitbestimmt wird.

Auch im stationären Sektor lassen sich die Veränderungen beobachten, die zusehends als problematisch bewertet werden. Im September 2008 wurde von einer prominenten deutschen Tageszeitung mit Berufung auf staatsanwaltschaftliche Ermittlungen der Verdacht formuliert, das Gesundheitswesen sei »systematisch korrupt« (Bohsem 2009). Anlass waren 3.800 erfasste Betrugsfälle, in denen niedergelassene Ärzte ihre Patienten an Krankenhäuser bei der Einweisung »verkauft« hatten. Die Zahl benenne lediglich die Spitze des Eisberges, so die Ermittler. Es sei ein Geschäft auf

---

**12** | Eine Gesundheitsbranche, die – politisch gewollt – als »Jobmotor« und Quelle der Wertschöpfung installiert wird, kann an ihrer eigenen Begrenzung kein Interesse haben; d.h. sie wird sich beständig ausweiten und weitere Umsätze, aber auch Kosten generieren, was dem politischen Ziel, diese Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen, stracks zuwiderläuft. Berechnungen des Statistischen Bundesamtes zufolge waren es im Jahr 2010 287 Milliarden Euro ([www.bmg.bund.de/gesundheitswesen/gesundheitswirtschaft/bedeutung-der-gesundheitswirtschaft.html](http://www.bmg.bund.de/gesundheitswesen/gesundheitswirtschaft/bedeutung-der-gesundheitswirtschaft.html); Zugriff: 10. 12. 2012), darin eingerechnet sind noch nicht die sogenannten OTC-Produkte und gesundheitsnahen Ausgaben, die von den Bürgerinnen und Bürgern jenseits der Kranken- und Pflegeversicherung zusätzlich aufgebracht werden; Schätzungen nennen hier 400 Milliarden Euro Umsatz ([www.abendblatt.de/ratgeber/gesundheit/article2329392/400-Milliarden-Euro-Umsatz-Die-Gesundheitsbranche-boomt.html](http://www.abendblatt.de/ratgeber/gesundheit/article2329392/400-Milliarden-Euro-Umsatz-Die-Gesundheitsbranche-boomt.html); Zugriff: 10. 12. 2012).

**13** | Vgl. Heubel 2011; Braun et al. 2010; Dietz et al. 2007.

Gegenseitigkeit zu beobachten, bei dem einweisende Ärzte von den Krankenhäusern bezahlt würden, weil diese ›Kunden‹ attrahieren müssten. Umgekehrt entlassen die Krankenhäuser ihre Patienten an bestimmte Ärzte zur Nachsorge, was sich für diese finanziell auszahle, in Summe aber die Krankenkassen belaste, so der damalige Präsident der Bundesärztekammer Jörg-Dietrich Hoppe.

Betrachtet man die jüngste Berichterstattung (vgl. exemplarisch Fallner und Grefe 2012)<sup>14</sup>, so wird man die inkriminierten Fälle nicht als statistische Ausreißer oder als notwendiges Durchgangsstadium betrachten dürfen, sondern man wird konzedieren müssen, dass ein strukturelles Problem besteht, und die ökonomischen Anreizsysteme – bei einzelnen sinnvollen Verbesserungen – insgesamt zu einer Ausweitung der Kosten einerseits und andererseits zu einer Erosion des professionellen Ethos und damit auch zu Einbußen in der Qualität beigetragen haben. Dieser Befund wird allenfalls diejenigen überraschen, die eine schlichte Übertragbarkeit industrieller Fertigungslogik auf den Gesundheitssektor für möglich, sinnvoll und sachgerecht erachtet haben.

So richtig es ist, die ökonomische Dimension bei allen Tätigkeiten im Blick zu behalten, so problematisch wird es doch, wenn diese Dimension dominiert und vergessen macht, dass sich im Fall gesundheitlicher Sorge nicht Leistungsanbieter und Leistungsempfänger als Agenten eines Warentausches begegnen. So richtig es ist, Strukturen und Prozesse im Gesundheitswesen daraufhin zu durchleuchten, ob und in welchem Maße hier Ineffizienzen, Fehlallokationen oder gar Korruption<sup>15</sup> herrschen, und diese dann zu beseitigen, so problematisch ist es andererseits, wenn dabei die spe-

---

**14** | Ich nenne hier nur diesen einen Zeitungsbericht, weil er meines Erachtens sehr gut ein Dilemma in die breite Öffentlichkeit transportiert, das von der Forschung schon sehr viel länger thematisiert wird – allerdings ohne dass dies zu sachlichen Änderungen geführt hätte (vgl. Braun et al. 2010; Heubel et al. 2010; Huster 2011).

**15** | Transparency International hat in seinem Jahresbericht 2006 zur Korruption im deutschen Gesundheitswesen festgestellt, dass etwa 10 % des

zifische Fachlichkeit der Gesundheitsberufe umdirigiert wird, eher ökonomischen Interessen zu folgen als der sachlich-fachlichen Notwendigkeit.

Zweitens ist Ökonomisierung zugleich als ein Prozess zu verstehen, bei dem, angetrieben durch eine kapitalistische Zinsdynamik, eine beständige Ausweitung dieses Prozesses entsteht, der Markt also sich nur erhalten kann, wenn er sich beständig vergrößert (vgl. Deutschmann 2009; Polanyi 1978). Diese Dynamik ist kein Naturgesetz, dem sich menschliche Gesellschaften sachzwanghaft ausgesetzt sehen müssen, sondern ein von diesen Gesellschaften selbst mehr oder minder bewusst gesetzter Handlungsrahmen, der sich dann sehr wohl verselbständigen und quasi-objektiv den Akteuren gegenüber treten kann.<sup>16</sup> Entscheidend ist, dass unterschieden wird zwischen echten Sachgesetzlichkeiten, die deshalb bestehen, weil man haushalten muss, und solchen Sachzwängen, die durch eine bestimmte Wirtschaftsweise erzeugt werden, die aber auch geändert werden können.

### **3. ETHOS UND ÖKONOMIE BEI DEN PROFESSIONELLEN IM GESUNDHEITSWESEN**

Professionelle, die im Gesundheitswesen arbeiten und kranke, behinderte, pflegebedürftige Menschen umsorgen, tun dies im Idealfall nicht wegen exorbitanter Verdienstmöglichkeiten, sondern weil sie ›mit Menschen zu tun haben bzw. ihnen helfen wollen‹. Der – insbesondere in der Pflege – nicht üppige Verdienst<sup>17</sup> wird jedoch von

---

jährlichen Budgets im Gesundheitswesen (2005: 240 Milliarden Euro) in Korruptionskanäle fließen (Transparency International 2006).

**16** | Vgl. exemplarisch Ulrich 2008, 2010; und die Ausführungen zu Arthur Rich weiter unten.

**17** | Eine Ausnahme hinsichtlich Verdienst und fachlicher Anerkennung stellt die Intensivpflege dar (vgl. Deutsches Institut für Pflegeforschung 2012). Zur Anerkennung der Pflegearbeit vgl. Kumbruck et al. 2010. Zur

einer anderen ›Kapitalsorte‹ flankiert, die offenbar immer noch einen wichtigen Anreiz liefert, in diesem Sektor zu arbeiten: Sich dem Menschen zuzuwenden und ihm und damit der ganzen Gesellschaft in gewisser Weise zu ›dienen‹ (vgl. hierzu den erhellen- den Essay von Schuh 2007), d.h. eine sinnvolle Arbeit zu verrichten, findet seine Motivation für viele Beteiligte in besonderer Weise darin, dass kleine Gesten der Dankbarkeit, Fortschritte in der Gene- sung oder auch das gemeinsame Aushalten existentieller Momente (Geburt, Sterben, schwere Diagnosen) als sinnvoll erlebt werden. Es ist wohl nicht zuletzt diese Dimension sinnhaften Handelns, die von vielen Professionellen angegeben wird, wenn sie trotz einer be- lastenden Tätigkeit, ungünstiger Arbeitszeiten und zum Teil ver- gleichsweise geringer Löhne in diesem Beruf arbeiten (vgl. hierzu DGB Index).

Sinnhafte, selbstwirksame und dem Patienten zugewandte Tä- tigkeit, so lässt sich zusammenfassend formulieren, sind wesent- lich motivierende Faktoren, wenn Menschen sich in diesem Bereich beruflich engagieren. Diese Motivation erfährt jedoch starke Ein- schränkungen in dem Maße, wie patientenferne Tätigkeiten (z.B. Dokumentation) und allgemeiner Zeitmangel den Kontakt zum Patienten einschränken. Diese Situation führt nicht nur zu Qua- litätseinbußen in der Versorgung, weil für eine ausreichende Be- obachtung des Patienten nicht genügend Zeit bleibt (vgl. Isfort und Weidner 2010), sie resultiert auch in einer sinkenden Motivation der Professionellen, weil ihre Tätigkeit zunehmend von ökonomischen Erwägungen strukturiert wird, und diese oft genug gegen die fach- lichen Erwägungen zu stehen kommen. Was Freidson einmal das ›Versprechen‹ einer Profession genannt hat (Freidson 1979), näm- lich der Gesellschaft gegenüber als Garant fachlicher Expertise für die durch Krankheit oder Unfall in Not und Abhängigkeit Gerate- nen zu agieren, wird zunehmend fraglich. In dem Maße, in dem die Professionellen des Gesundheitswesens in einen Interessenkonflikt

---

Arbeitsbelastung unter Klinikärzten vgl. Kiesel et al. 2010; zur Arbeitszu- friedenheit unter niedergelassenen Ärzten vgl. Johnson und Sattler 2005.

geraten zwischen dem Wohl der Patienten und den ökonomischen Interessen ihrer Institutionen, in dem Maße wird das professionelle Versprechen unglaubwürdig – ein Problem, mit dem sich dann nicht nur die einzelnen Patienten oder Professionellen konfrontiert sehen. Zunehmend wird dieses Problem auch in der Gesellschaft als Problem der Gesellschaft erkannt. Die Forderung nach einer gerechten Ressourcenverteilung ist meines Erachtens auch ein Indiz dafür, dass die Verunsicherung in der Gesellschaft gewachsen ist, ob es in diesem System überhaupt gerecht zugeht.

Der Ökonomisierung der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten liegt zunächst eine völlig plausible Überlegung zugrunde: Prozesse und Strukturen sollen so organisiert werden, dass die Professionellen ihre genuinen Fachkompetenzen möglichst effektiv einsetzen können. Diesem Anliegen wird man – auch ohne weitere Kenntnis des Gesundheitsbetriebs – prinzipiell zustimmen können. Ein näherer Blick auf das System zeigt, dass Ineffizienzen durch unangemessenen Personaleinsatz (z.B. hochqualifizierte Pflegekräfte übernehmen Transportdienste im Krankenhaus) oder unzureichende Prozessorganisation (z.B. bei der Auslastung von Operationssälen) immer wieder anzutreffen sind und eine Ökonomisierung im Sinne eines sachgemäßen effektiven und effizienten Mitteleinsatzes berechtigt erscheinen lassen. Problematisch wird in meinen Augen diese Effektivitäts- und Effizienzsteigerung dort, wo insbesondere letztere dazu führt, dass ökonomisch interessante, therapeutisch aber fragwürdige Maßnahmen ergriffen werden bzw. notwendige Maßnahmen aus ökonomischen Erwägungen unterlassen werden. In beiden Fällen soll das Personal – auch gegen die eigene fachliche Kenntnis – ökonomisch orientiert arbeiten.

Die Zunahme patientenferner Tätigkeiten, die es den Professionellen erschwert, für ihre Patienten da zu sein und aufgrund der regelmäßigen Beobachtung therapeutisch angemessen zu agieren, ist das eine Moment, das die Motivation der Professionellen absenkt. Das andere Moment ist die kognitive und auch emotionale Dissonanz, in der sich Professionelle erleben, wenn sie am Patienten gegen ihre eigene fachliche Expertise arbeiten müssen.

Es kommt nun noch ein drittes Moment hinzu, dass ich als ›pervertierte Supererogation‹ bezeichne (Manzeschke 2010a). Damit ist das Phänomen gemeint, dass Professionelle im Gesundheitsbereich sich ›für‹ ihre Klientel (Patientin, Bewohner, Pflegebedürftige u.a.) auch über das gebotene Maß hinaus einsetzen. Damit sind nicht nur die vielen Überstunden gemeint<sup>18</sup>, sondern viel mehr noch die Bereitschaft, jenseits der vertraglich vereinbarten und moralisch forderbaren Leistungen mehr für diese Klientel zu tun. Die Möglichkeit, sich selbstbestimmt und freiwillig über das gebotene Maß hinaus für die Patienten zu engagieren, wird für die Professionellen durch die permanente Steigerung der Effizienz jedoch immer mehr eingeengt – man könnte hier in Analogie von einem ›crowding-out-Effekt‹ sprechen: Das organisationale Bemühen um maximale Effizienz der Strukturen und Prozesse unterläuft die Möglichkeiten des individuellen Akteurs, sich über das forderbare Maß zu engagieren. Die positive Intention des Ökonomisierungsprozesses zeitigt ab einem nicht eindeutig zu bestimmenden Punkt einen kontraproduktiven Effekt. Der Versuch, das gesamte Potenzial der Mitarbeitenden im Sinne eines effizienten Ressourceneinsatzes abzurufen, führt zu dem gegensätzlichen Effekt, dass immer weniger Freiraum bleibt für ein Engagement über das vertraglich vereinbarte Maß hinaus. Damit werden aber gerade nicht alle ›Effizienzreserven‹ mobilisiert, sondern es werden im Gegenteil vorhandene, aber organisational nicht stratifizierbare Potenziale ausgesteuert. So wenig sich ein überobligates Engagement moralisch einfordern lässt, so wenig lässt es sich durch Controlling- oder Anreizsysteme ökonomisch herbeisteuern. Je mehr dies versucht wird, desto stär-

---

**18** | Die physische und psychische Arbeitsbelastung der Pflegekräfte im Krankenhaus ist seit Einführung der DRG deutlich gestiegen. Dies ist nicht allein auf einen starken Abbau von Pflegekräften aufgrund von Überkapazitäten zurückzuführen, sondern auch durch Arbeitsverdichtung und -vermehrung. 2006 zählte das Deutsche Institut für Pflegeforschung 9 Millionen Überstunden, die etwa 5.000 Vollzeitäquivalenten entsprechen (Isfort und Weidner 2007, S. 5).

ker schwindet der Freiraum, in dem solches Engagement überhaupt möglich wäre. Schwindet der Freiraum, so sinkt die Motivation und die Möglichkeit der Mitarbeitenden, sich selbstbestimmt und selbstwirksam in die Arbeit einzubringen. Darüber hinaus erweist sich eine solche permanente Effizienzsteigerung als dysfunktional, weil sie die Mitarbeitenden von ihrer Klientel räumlich entfernt, ihnen nicht-patientenbezogene Tätigkeiten auferlegt und im schlechtesten Fall die Belastbarkeit der Mitarbeitenden nicht berücksichtigt (Manzeschke und Brink 2010).

Es gibt also hinreichend viele Hinweise dafür, dass das Gesundheitswesen, so wie es derzeit strukturiert ist, weder ökonomisch noch ethisch wirklich befriedigende Ergebnisse hervorbringt. Es zeigt sich außerdem, dass das Ethos der Professionellen ebenso von ökonomischen Anreizstrukturen ausgesteuert wird wie auch deren Fachlichkeit, und die moralischen Erwartungen der Gesellschaft auf eine gerechte und sachgemäße Gesundheitsversorgung werden enttäuscht. In einem letzten Schritt soll nun überlegt werden, inwiefern ethische Überlegungen einer dem Handlungsfeld angemessenen Ökonomie dienen können.

#### **4. ETHISCHE KRITERIEN: SACHGEMÄSS UND MENSCHENGERECHT (ARTHUR RICH)**

In der deutschsprachigen Wirtschaftsethik hat der Schweizer Theologe Arthur Rich (1910-1992) bereits früh nach allgemeinen Kategorien gesucht, mit denen sich eine Einbettung ökonomischer Transaktionen in gesellschaftliche Zusammenhänge sowohl theoretisch begründen wie auch praktisch durchführen lässt (vgl. bereits Wunsch 1927, S. 388ff.).<sup>19</sup> Rich erkannte im Sachgemäßen und

---

**19** | Wunsch betont aus einer wertethischen Perspektive die »dienende« Funktion der Wirtschaft, sie habe eine »teleologische Autonomie« und sei so anderen, höheren Werte ein- und zugeordnet. Eine Verabsolutierung des wirtschaftlichen Wertes führe zu einer Umkehrung der Werte. Die »Dämonie

im Menschengerechten die einander irreduzibel ergänzenden Momente zur Evaluation und Normierung ökonomischer Handlungen (Rich 1991, S. 76ff.).

Das Sachgemäße hat nach Rich den Charakter des Objektiven. So ist z.B. die Funktionstüchtigkeit einer Brücke objektiv abhängig von der Berücksichtigung physikalischer, genauer statischer Gesetze. Um eine Brücke gut bauen bzw. die Güte einer Brücke beurteilen zu können, müsse man keine ethischen Kategorien heranziehen, sondern fragen, ob die richtige, d.h. sachgemäße Anwendung der hier geltenden Gesetze stattgefunden habe. Das Sachgemäße ist so gesehen ethisch indifferent. Gleichwohl sei es nötig, das sachgemäße Handeln auch ethisch zu verhandeln; denn ein nicht sachgemäßes Handeln könne negative Folgen für Menschen und Umwelt haben.

»Man kann also sagen, daß hier das wirklich Sachgemäße trotz seinem prinzipiell nichtethischen Charakter, dem zu entsprechen vermag, was auch die Ethik als Verpflichtung zum Menschengerechten will« (Rich 1991, S. 76).

So sehr eine ethische Betrachtung von Sachverhalten die jeweiligen sachgemäßen Gesichtspunkte berücksichtigen müsse, dürfe sie sich davon jedoch nicht primär leiten lassen. Das Sachgemäße müsse stets an das Menschengerechte gebunden bleiben, und dieses könne nicht aus jenem abgeleitet werden. Es gehe also nicht darum, »ob ein so oder anders strukturiertes gesellschaftliches Konzept funktionsfähig oder effizient sei, sondern vor allem, wie es bei

des Wirtschaftswertes« (Wünsch 1927, S. 389) bedürfe einer begriffsgeschichtlichen Aufklärung über die Grenzen des Wirtschaftlichen und seiner Autonomie. Das werde, so Wünsch, in der neueren Nationalökonomie, die er mit den Namen Max Weber, Karl Diehl, Othmar Spann, Gustav Cassel und Theodor Brauer verbindet, auch geleistet. Hier habe man erkannt, »wie sehr die Nationalökonomie, um praktisch fruchtbar zu werden, der Ethik oder ›Weltanschauung‹ bedarf bei allerdings scharfer methodischer Trennung der beiderseitigen Sachgebiete« (Wünsch 1927, S. 390).

der Verwirklichung mit der Qualität des Menschlichen stehe, ob sie dadurch gemehrt oder gemindert werde« (Rich 1991, S. 73). Man könne also, um es mit Max Weber zu formulieren, auf der Seite des Sachgemäßen sehr wohl wertfrei argumentieren, jedoch komme man bei der Gesamtbetrachtung eines Phänomens aus ethischer Perspektive nicht um ein wertendes Moment umhin, das mit dem Kriterium des Menschengerechten aufgegeben sei.

Bezogen auf die Mittelverteilung im Gesundheitswesen lässt sich sagen, dass Effizienz allein kein zureichendes Kriterium darstellt. Es muss ebenso um die Sachgemäßheit im Sinne der fachlichen Expertise gehen und drittens um das Menschengerechte.

Lässt sich das Sachgemäße als deskriptiv verstehen, sofern mit ihm die sachlichen Momente eines Phänomens allgemeingültig beschrieben werden, so hat das Menschengerechte demgegenüber den Charakter des Normativen oder Präskriptiven. Es beschreibt, was sein soll; z.B. das friedliche und gerechte Zusammenleben der Menschen, oder – bezogen auf das Gesundheitswesen – eine Versorgung, die auf die Not des Menschen sachgemäß eingeht und diese Not nicht ausnützt. Kriterien des Menschengerechten sind Normen, die präskriptiv sagen, »was im prinzipiellen Sinne ethisch zu gelten hat«. Maximen des Menschengerechten sind Normen, die sowohl präskriptiv sind, weil sie sich an die Kriterien des Menschengerechten halten, als auch explikativ, »sofern sie sich im Interesse des Sachgemäßen an sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen orientieren« (Rich 1991, S. 77). Eine Maxime des Menschengerechten könnte folglich lauten, dass Organisationen des Gesundheitswesens ihren Mitarbeitenden keine Anreize bieten sollten, die dazu führen, dass die sachgemäße Sorge für Patienten durch sachfremde, insbesondere ökonomische Interessen unterlaufen würde. Das spricht nicht gegen eine Berücksichtigung wirtschaftlicher Kriterien bei der Versorgung, aber es spricht gegen einen Vorrang von Gewinninteressen. Hier ließe sich nun argumentieren, dass ein gewisses Gewinninteresse für die Organisation unabdingbar ist, um die Investitionen, Tarifsteigerungen usw. finanzieren zu können – je hö-

her die Investitionen, um so höher der Kapitalbedarf und so auch die Renditeerwartung der Kapitalgeber.

Die Gewinnerwartung, die im deutschen Krankenhauswesen zunächst einmal nur an Häuser in privater Trägerschaft gerichtet wird, die auch Gewinnentnahmen tätigen, entfaltet ihre Wirkung auch auf Häuser in kommunaler und freigemeinnütziger Trägerschaft, die zwar keine Kapitalgeber mit Renditen bedienen müssen, deren Leistungsfähigkeit aber an der von privaten Häuser gemessen wird. So geht von diesen gewinnorientierten Häusern und ihrer Wirtschaftsweise eine Sogwirkung auf die anderen aus, die das ganze System in Richtung Gewinninteresse dynamisiert. Diese Dynamik ist jedoch keine Sachgesetzlichkeit, die zu beachten ähnlich sachgerecht ist wie das Berücksichtigen der Gesetze der Statik beim Brückenbau. Vielmehr handelt es sich im Fall der zunehmenden Gewinnerwartungen im Gesundheitswesen um einen Sachzwang, der zwar im Prozess des Wirtschaftens begegnet, aber nicht den Charakter einer echten Sachgesetzlichkeit hat:

»Die ›Objektivität‹ solcher Zwänge ist jedoch prinzipiell von anderer Natur als die Objektivität der Naturgesetze, eben keine von Menschen unabhängig entstandene, sondern eine durch ihn gewordene, darum geschichtliche und so auch letztlich von ihm zu verantwortende Objektivität. Kurzum: der Mensch selbst setzt diese Objektivität und unterstellt sich ihr.« (Rich 1991, S. 77)

Aus ethischer Perspektive ist es deshalb geboten, a) Sachgesetzlichkeiten von Sachzwängen zu unterscheiden, und b) letzteren kritisch zu begegnen und danach zu fragen, wie man sich von ihnen frei machen kann. Freiheit im wirtschaftlichen Handeln zu gewinnen, ist so gesehen nicht nur ein ökonomisches Interesse, sondern auch ein ethisches. Aus ethischer Perspektive besteht die Freiheit gerade darin, sogenannte Eigengesetzlichkeiten des Wirtschaftens nicht als quasi naturgesetzliche sondern als selbstgemachte Sachzwänge zu identifizieren und sie nicht normativ werden zu lassen, also sich ihnen zu unterwerfen.

»Man muß aus diesen Gründen zwischen wirklichen und vermeintlichen Sachgesetzmäßigkeiten unterscheiden, zwischen Sachgesetzmäßigkeiten, die in der Rationalität des Wirtschaftens selber gründen, wie Effizienz, Wettbewerb, Planung und zwangsläufigen Folgen, die auf der strukturbestimmenden Dominanz gewisser fehlgeleiteter Grundanliegen basieren, sei es beispielsweise das extremisierte Erwerbssprinzip in der ›kapitalistischen‹ oder sei es das parteistaatliche Machtmaximierungssprinzip in der ›kommunistischen‹ Wirtschaft.« (Rich 1991, S. 80)

Rich erkennt also ausdrücklich die Effizienz als innere Sachnotwendigkeit des Wirtschaftens an; sie ist demnach als sachgerecht zu berücksichtigen. Liegt hier nicht ein Widerspruch zu der eben vorgetragenen Argumentation vor, dass eine Berücksichtigung der Effizienz gerade kontraproduktiv sei? Gegen einen effizienten Einsatz des Personals und der Mittel ist nichts zu sagen, er ist ausdrücklich zu begrüßen, weil so eine Ressourcenverschwendung vermieden wird.<sup>20</sup> Allerdings ist dies dann nicht mehr gegeben, wenn der effiziente Einsatz von Mittel und Personal sich nicht mehr primär an seinem Sachziel, der Versorgung von kranken, hilfebedürftigen Personen, orientiert sondern einem fremden Zweck dient: dem der maximalen Gewinnsteigerung. Sachgemäß ist der Personal- und Mitteleinsatz auch dann nicht mehr, wenn er nur einseitig der Effizienz dient und die Nachhaltigkeit beim Einsatz der Ressourcen

---

**20** | Man kann natürlich das (bürgerliche) Axiom, unser Leben und Haushalten beruhe auf dem rationalen Umgang mit knappen Ressourcen, prinzipiell in Frage stellen, wie das etwa Georges Bataille (2001) getan hat. Dann ist nicht der effiziente Umgang mit den Ressourcen das Gebot der Stunde, sondern gerade die exzessive Verausgabung. Diese ›Antiökonomie‹ würde den Menschen in eine zwar riskante Freiheit führen, die wenig mit den bürgerlichen Sicherheitsvorstellungen gemein habe, aber den Menschen in Einklang bringen mit der kosmischen Tendenz, alles zu verausgaben (vgl. bes. Bataille 2001, S. 289ff.). Diese Diskussion soll hier nicht geführt werden, wengleich der Stachel der Bataille'schen Argumentation sehr viel tiefer im Fleisch der kapitalistischen Diskurse sitzt, als diese oft wahrhaben wollen.

nicht berücksichtigt. Dies ist dann der Fall, wenn das Personal permanent über die Leistungsgrenzen hinaus gefordert wird – der Krankenstand und die Burn-out-Raten im Gesundheitswesen sind hier ein klarer Indikator (vgl. Wegner et al. 2009; Balzer 2012). Diese Situation ist unverkennbar kontraproduktiv und müsste sich allein aus ökonomischen Erwägungen schon verbieten. Dass sie dennoch auftritt – und das keineswegs sporadisch – lässt darauf schließen, dass hier andere Ursachen wirksam sind. An dieser Stelle lässt sich erkennen, dass ein starkes Gewinninteresse das Handeln der Organisationen antreibt, auch wenn sie selbst gar keine Gewinne anstreben. Es ist das, was Rich den »Erwerbswillen« nennt, der den Charakter einer Sachgesetzlichkeit annimmt und auf diese Weise einen objektiven Zwang entfaltet:

»Der Erwerbswille vermag ja ungeheure Produktivkräfte freizulegen [...]. Wird nun dieses Grundinteresse zum beherrschenden Strukturprinzip, dann entstehen wieder Notwendigkeiten oder Zwänge, die aber nicht mit der rationalen Struktur des Wirtschaftens selbst zusammenhängen, sondern mit einer bestimmten, eben durch die Dominanz des Erwerbsmotivs geprägten Gestalt oder Ordnung der Wirtschaft.« (Rich 1991, S. 79).

Hier besteht die ethische Aufgabe vorrangig darin, die Fehlsteuerung allein unter Effizienzgesichtspunkten als ein selbstgemachtes Problem zu erkennen und ihm zu begegnen. Es ist nicht die Wirtschaft selbst, die uns dazu zwingt, Mitarbeitende über die Grenzen ihrer physischen und psychischen Leistungsfähigkeit hinaus zu fordern. Es ist auch nicht ein Sachzwang der Ökonomie per se, dass Patienten Leistungen erhalten, die sie aus medizinischer oder pflegerischer Sicht gar nicht brauchen, während umgekehrt anderen Patienten Leistungen vorenthalten werden, weil die Leistungserbringung sich für die Organisation nicht lohnt. Es sind dies vielmehr Effekte, die sich einer vorrangig auf Effizienz ausgerichteten, an der Nachhaltigkeit jedoch wenig interessierten Wirtschaftsweise »verdankt«. Diese als selbstgemachten Sachzwang zu identifizieren

und Freiheit für Alternativen zu gewinnen, ist die vornehmste Aufgabe der Ethik an dieser Stelle.

## LITERATUR

- Aristoteles (1995): *Nikomachische Ethik*. In: Aristoteles. Philosophische Schriften, in sechs Bänden, Band 3. Hamburg: Meiner.
- Balzer, R. (2012): Krankenhäuser im Burnout – Herausforderungen an die Unternehmensführung in diakonischen Unternehmen. In: Stockmaier, J.; Giebel, A.; Lubatsch, H. (Hg.): *Geistesgegenwärtig pflegen. Existenzielle Kommunikation und spirituelle Ressourcen im Beruf. Band 1: Grundlegungen und Werkstattberichte*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag, 31-40.
- Bataille, G. (2001): *Die Aufhebung der Ökonomie*, 3. erw. Aufl. München: Matthes & Seitz.
- Bohsem, G. (2009): *Systematisch korrupt. Medizinisch-Industrieller Komplex*. In: Süddeutsche Zeitung Online 03.09.2009, zu finden unter: [www.sueddeutsche.de/geld/medizinisch-industrieller-komplex-systematisch-korrupt-1.37323](http://www.sueddeutsche.de/geld/medizinisch-industrieller-komplex-systematisch-korrupt-1.37323), Zugriff: 14.12.2012.
- Buestrich, M.; Wohlfahrt, N. (2008): Die Ökonomisierung der Sozialen Arbeit. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, H. 12-13: 17-24.
- Braun, B.; Buhr, P.; Klinke, S.; Müller, R.; Rosenbrock, R. (2010): *Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus*. Bern: Huber.
- Brodbeck, K.H. (1998): *Die fragwürdigen Grundlagen der Ökonomie. Eine philosophische Kritik der modernen Wirtschaftswissenschaften*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Deutsches Institut für Pflegeforschung (2012): *Pflegethermometer 2012. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus*. Köln: dip.

- Deutschmann, C. (2009): Geld und kapitalistische Dynamik. In: Nissen, S.; Vobruba, G. (Hg.): *Die Ökonomie der Gesellschaft*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 57-71.
- DGB-Index »Gute Arbeit« für die Bereiche Krankenpflege und Altenpflege, zu finden unter: [www.verdi-gute-arbeit.de/upload/m49d5c6613279f\\_verweis1.pdf](http://www.verdi-gute-arbeit.de/upload/m49d5c6613279f_verweis1.pdf), Zugriff: 10. 12. 2012 sowie zu finden unter: [www.verdi-gute-arbeit.de/upload/m49d5c6613279f\\_verweis2.pdf](http://www.verdi-gute-arbeit.de/upload/m49d5c6613279f_verweis2.pdf), Zugriff: 10. 12. 2012.
- Dietz, A. (2011): *Gerechte Gesundheitsreform? Ressourcenvergabe in der Medizin aus ethischer Perspektive*. Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Dietz, A.M.; Charbonnier, R.; Manzeschke, A. (Hg.) (2007): *Aktiengesellschaft Krankenhaus. Bestimmen ökonomische Ziele medizinisches Handeln?* (Schriften zur Bayreuther Gesundheitsökonomie Bd. 6). Bayreuth: P.C.O.-Verlag.
- Freidson, E. (1979): *Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession*. Stuttgart: Enke.
- Faller, H.; Grefe, C. (2012): *Krankenhäuser Geld oder Leben*. Die Zeit Nr. 39 vom 20. 9. 2012.
- Heubel, F.; Kettner, M.; Manzeschke, A. (Hg.) (2010): *Die Privatisierung von Krankenhäusern. Ethische Perspektiven*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Heubel, F. (2010): Therapeutische Interaktion und Funktionslogik des Marktes. In: Hebel, F.; Kettner, M.; Manzeschke, A. (Hg.): *Die Privatisierung von Krankenhäusern. Ethische Perspektiven*. Wiesbaden: VS-Verlag, 165-194.
- Hug, S. (2009): Handeln in Organisationen – Zwischen Struktur und Kultur. In: Baumann-Hölzle, R.; Arn, C. (Hg.): *Handbuch Ethik im Gesundheitswesen, Bd. 3: Ethiktransfer in Organisationen*. Basel: Schwabe, 17-30.
- Huster, S. (2011): *Soziale Gesundheitsgerechtigkeit. Sparen, umverteilen, vorsorgen?* Berlin: Wagenbach.
- Isfort, M.; Weidner, F.; Pflege-Thermometer (2007): *Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus*,

- hg. von Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln: dip.
- Isfort, M.; Weidner, F.; (2010): *Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus*, hg. von Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln: dip.
- Jäger, W.; Coffin, A.R. (2011): *Die Moral der Organisation. Beobachtungen in der Entscheidungsgesellschaft und Anschlussüberlegungen zu einer Theorie der Interaktionssysteme*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Johnson, L.; Sattler, D. (2005): *Studie zur Berufssituation von Ärzten*. Im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, Bad Segeberg.
- Kettner, M.; Koslowski, P. (Hg.) (2011): *Ökonomisierung und Kommerzialisierung der Gesellschaft. Wirtschaftsphilosophische Unterscheidungen*. München: Wilhelm Fink.
- Kiesel, J.; Broding, H.C.; Lederer, P.; Kötter, R.; Schmid, K.; Drexler, H. (2010): Arbeitszufriedenheit, selbsteingeschätzter Gesundheitszustand und Beanspruchungen von Mitarbeitern eines Universitätsklinikums im Vergleich zu anderen Betrieben. Unterschiede in der Bewertung von Klinikärzten/innen und Pfleger/innen. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin* 07: 416-422.
- Kölking, H. (2007): Entwicklung der Gesundheitswirtschaft in Deutschland. In: Kölking, H. (Hg.): *DRG und Strukturwandel in der Gesundheitswirtschaft*. Stuttgart: Kohlhammer, 19-31.
- Krobath, T.; Heller, A. (Hg.) (2010): *Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik*. Freiburg/Brsg.: Lambertus.
- Krainer, L.; Heintel, P. (2010): *Prozessethik. Zur Organisation ethischer Entscheidungsprozesse*. Wiesbaden: Springer VS.
- Kumbruck, C.; Rumpf, M.; Senghaas-Knobloch, E. (2010): *Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung*. Münster: Lit.
- Manzeschke, A. (2011): Ökonomisierung – Zur Erklärungskraft und Klärungsbedürftigkeit eines Begriffs. In: Kettner, M. und Koslowski, P. (Hg.): *Ökonomisierung und Kommerzialisierung der Ge-*

- sellschaft. *Wirtschaftsphilosophische Unterscheidungen*. München: Wilhelm Fink, 67-93.
- Manzeschke, A. (2010a): Transformation der Pflege – Ethische Aspekte eines subtilen und zugleich offenkundigen Wandels. In: Kreutzer, S. (Hg.): *Transformation pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert*. (= Schriftenreihe zur Pflegewissenschaft und Pflegebildung Bd. 5). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht unipress, 175-193.
- Manzeschke, A. (2010b): Eigeninteresse und Verantwortung – Zu einer notwendigen Revision des homo-oeconomicus-Modells. In: Manzeschke, A. (Hg.): *Sei ökonomisch. Prägende Menschenbilder zwischen Modellbildung und Wirkmächtigkeit*. Münster: Lit, 131-162.
- Manzeschke, A.; Brink, A. (2010): Versprechen, Vertrag und Supererogation in Nonprofit-Organisationen. In: Theuvsen, L.; Schauer, R.; Gmür, M. (Hg.): *Stakeholdermanagement in Non-Profit-Organisationen*. Linz: Trauner, 125-141.
- Marx, K. (1972): *Das Kapital. Kritik der politischen Ökonomie*. Berlin: Dietz (=Marx-Engels-Werke Band 23).
- Nefiodow, L.A. (2000): *Der sechste Kondratieff. Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information*. 4. Aufl. Sankt Augustin: Rhein-Sieg-Verlag.
- Oberender, P.; Hebborn, A.; Zerth, J. (2010): *Wachstumsmarkt Gesundheit*. 3. Aufl. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Polanyi, K. (1978): *The Great Transformation. Politische und ökonomische Ursprünge von Gesellschaften und Wirtschaftssystemen*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Rich, A. (1991): *Wirtschaftsethik. Band I: Grundlagen in theologischer Perspektive*. 4. Aufl. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Roubini, N.; Mihm, S. (2010): *Das Ende der Weltwirtschaft und ihre Zukunft. Crisis Economics*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Schimank, U.; Volkmann, U. (2008): Ökonomisierung der Gesellschaft. In: Maurer, A. (Hg.): *Handbuch der Wirtschaftssoziologie*. Wiesbaden: VS, 382-393.

- Transparency International (2006): *Jahrbuch Korruption 2006: Schwerpunkt: Gesundheitswesen: Schwerpunkt: Korruption im Gesundheitssektor*. Berlin: Parthas.
- Schuh, F. (2007): *Hilfe! Ein Versuch zur Güte*. Graz: Styria.
- Sedláček, T. (2012): *Die Ökonomie von Gut und Böse*. Darmstadt: Büchergilde Gutenberg.
- Ulrich, P. (2008): *Integrative Wirtschaftsethik. Grundlagen einer lebensdienlichen Ökonomie*. 4. Aufl. Bern/Stuttgart/Wien: Haupt.
- Ulrich, P. (2010): *Zivilisierte Marktwirtschaft. Eine wirtschaftsethische Orientierung*. Bern/Stuttgart/Wien: Haupt.
- Vogl, J. (2010): *Das Gespenst des Kapitals*. Zürich: diaphanes.
- Wegner, R.; Kostova, P.; Poschadel, B.; Manuwald, U.; Baur, X. (2009): Belastung und Beanspruchung von Krankenhausärzten/-innen. Ergebnisse einer aktuellen Erhebung. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin* 44(7): 389-399.
- Wünsch, G. (1927): *Evangelische Wirtschaftsethik*. Tübingen: J. C. B. Mohr.