

Schriften zum Medizinstrafrecht

6

Hans Kudlich/Jennifer Koch (Hrsg.)

Ökonomie, medizinische Standards und rechtliche Haftung



Nomos

Schriften zum Medizinstrafrecht

herausgegeben von

Professor Dr. Christian Jäger,
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Professor Dr. Matthias Krüger,
Ludwig-Maximilians-Universität München

Professor Dr. Hans Kudlich,
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Professor Dr. Brian Valerius,
Universität Bayreuth

Band 6

Hans Kudlich/Jennifer Koch (Hrsg.)

Ökonomie, medizinische Standards und rechtliche Haftung



Nomos

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-8487-4395-7 (Print)

ISBN 978-3-8452-8657-0 (ePDF)

1. Auflage 2017

© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2017. Gedruckt in Deutschland. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Vorwort

Oftmals zeitintensive persönliche Betreuung, nicht selten durch eine ganze Reihe von Leitungserbringern, regelmäßig durch hoch bis außerordentlich hoch qualifiziertes Personal, dabei Einsatz von Stoffen und Geräten, die an der Spitze von Forschung und Entwicklung stehen – das Gesundheitswesen vereint praktisch alle Faktoren, die ein System teuer machen. Die Ökonomie hat dies schon lange gemerkt und seit einigen Jahrzehnten die „Gesundheitsökonomie“ als Subdisziplin herausgebildet. Der Umstand, dass es bei der ärztlichen Behandlung nicht „nur“ um die körperliche Unversehrtheit und um medizinische Ethik, sondern auch um viel Geld geht, ist aber auch am Strafrecht nicht spurlos vorbeigegangen.

So beschäftigt sich seit einer Reihe von Jahren das „Medizinwirtschaftsstrafrecht“ mit Akteuren, die auf illegale Weise Geld aus dem System ziehen. Vieldiskutierte Stichwörter sind hier etwa der Abrechnungsbetrug, die Kassenarztuntreue oder die Korruption im Gesundheitswesen. Daneben spielen finanzielle Belange – oder vielleicht besser: ökonomische Zwänge – auch für das tradierte ärztliche Haftungsrecht eine Rolle: Um möglichst hohe Gewinne zu erzielen (so die Kritik der einen) oder um zumindest ökonomisch überleben zu können (so die Verteidigung der anderen), muss permanent geprüft werden, wie Leistungen günstiger angeboten werden können. Dass das nicht spurlos an der Qualität der medizinischen Leistung vorbeigehen kann, liegt auf der Hand. Eine Besonderheit, die hierbei hinzutritt, liegt darin, dass die Vorgaben für eine „sparsame Medizin“ dabei nicht immer nur von den (patientennahen) Behandlern, sondern auch von patientenfernen Entscheidern kommen können. In diesen Fällen der (zunächst untechnisch verstanden!) „Täter hinter den Tätern“ stellt sich die Frage nach einer zivil- und insbesondere auch strafrechtlichen Verantwortung der „Hintermänner“, die mit zahlreichen strafrechtsdogmatischen Problemen (Zurechnungsdurchbrechung, Regressverbot, einrichtungsbezogene Aufklärungsmängel) behaftet ist.

Am Erlanger Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht und Rechtsphilosophie ist ein früher Beitrag erschienen, der diese Problematik in die juristischen Fachzeitschriften getragen hat (*Kudlich/Schulte-Sasse*, NStZ 2011, 241 ff.); und es ist hier mit der Dissertation von *Tim Neelmeier* über „Organisationsverschulden patientenferner Entscheider und einrichtungsbezogene Aufklärung“ eine grundlegende und mit dem Studienpreis der Körberstiftung ausgezeichnete Monographie zu diesem Thema

entstanden, welche insbesondere auch die ökonomische und gesundheitspolitische Dimension des Themas erschlossen hat. Somit war hier in Erlangen ein guter Ort für einen workshop, der sich im September 2016 dem Zusammenhang zwischen Ökonomie, medizinischen Standards und juristischer Haftung gewidmet hat und hierbei die Juristen auch mit Medizinerinnen und einem Gesundheitsökonominnen zusammengeführt hat. Der vorliegende Sammelband enthält fünf der damals gehaltenen Vorträge – teilweise in erweiterter und deutlich überarbeiteter Form.

Für die Unterstützung bei der Korrektur der Beiträge und bei der Herstellung des Buches danken wir den Mitarbeiterinnen des Lehrstuhls, Frau Jana Kuhlmann und Frau Hannah Mariel Wendel.

Erlangen
im Juli 2017

*Hans Kudlich
Jennifer Koch*

Inhalt

Qualität und Sicherheit in der stationären Versorgung im Kontext gesundheitsökonomischer Zwänge <i>Christian Schmid</i>	9
Ökonomisierung in der Medizin und ihre Auswirkungen auf den Behandlungsstandard in der Geburtshilfe <i>Thomas Hitschold</i>	25
Ökonomisierung in der Medizin und ihre Auswirkungen auf den Behandlungsstandard in der Pädiatrie <i>Klaus-Peter Zimmer</i>	45
Schicksal ist, wenn man in der falschen Einrichtung versorgt wird <i>Uwe Schulte-Sasse</i>	73
Ökonomisch bedingtes Organisationsverschulden im Arztstrafrecht <i>Tim Neelmeier</i>	117

Qualität und Sicherheit in der stationären Versorgung im Kontext gesundheitsökonomischer Zwänge

Andreas Schmid

A. Kontextfaktoren: Die Entwicklung der stationären Versorgung aus ökonomischer Sicht

Medizin und Ökonomik stehen stets in einem besonderen Spannungsverhältnis, in dem allzu oft die Rollen von Gut und Böse klar verteilt sind. Gerade im Krankenhaussektor steht dabei häufig implizit oder explizit der Vorwurf im Raum, Ärzte würden zu Handlangern kapitalistischer Großkonzerne degradiert und die Qualität der medizinischen Leistung würde unter einer Ökonomisierung des Gesundheitswesens leiden. Dieser Beitrag erhebt nicht den Anspruch, dieses angespannte Verhältnis aufzulösen. Vielmehr soll herausgearbeitet werden, inwieweit die Frage nach Gut und Böse vielleicht am eigentlichen Kern des Problems vorbeigeht. Hierzu sollen schlaglichtartig einzelne Aspekte andiskutiert werden, um einer etwas differenzierteren Diskussion den Boden zu bereiten.

Der Krankenhaussektor stellt mit rund einem Drittel der Leistungsausgaben (ca. 70 Mrd. Euro in 2015) den mit weitem Abstand größten Ausgabenblock im System der Gesetzlichen Krankenversicherung dar. Die Ausgaben für Arzneimittel sowie ärztliche Behandlung folgen mit jeweils gut 17 Prozent (GKV-Spitzenverband 2017). Seine Bedeutung ist dabei über die Jahrzehnte drastisch angestiegen. So war 1960 der Anteil der Krankenhausausgaben lediglich halb so groß. Die Ausgabensteigerung im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung ganz allgemein und insbesondere im Krankenhaussektor liegt damit im Mittel weit über dem Wachstum des Bruttoinlandsprodukts.¹

Aus ökonomischer Sicht beschreiben diese Zahlen zunächst einen florierenden Wirtschaftszweig, der sich weitgehend unabhängig von konjunkturellen Schwankungen äußerst positiv entwickelt. Ein Dilemma ent-

1 *Oberender/Zerth/Engelmann*, Wachstumsmarkt Gesundheit, 4. Aufl., Konstanz 2016, S. 50.

steht durch die solidarische Finanzierung der Gesundheitsausgaben. Es herrscht ein gesellschaftlicher Konsens, dass der Zugang zu Gesundheitsleistungen unabhängig von den persönlichen Lebensumständen jederzeit möglich sein muss. Erreicht wird dies durch eine sozialrechtlich legitimierte Pflichtmitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung mit einkommensbezogenen Beiträgen in Kombination mit einem Sachleistungsprinzip.² Die Inanspruchnahme sowie das Angebot von Leistungen sind möglich, ohne dass die Konsumenten für einzelne Leistungen einen Preis zahlen müssen, der einige von der Inanspruchnahme ausschließen würde. Als Nebenwirkung bleibt festzustellen, dass damit das Korrektiv eines zu entrichtenden Preises fehlt und nur schwer abzuschätzen ist, inwiefern die Verwendung der Mittel im Krankenhaussektor in diesem Umfang auch den Präferenzen der Versicherten und Patienten entspricht.

Über der Lohnentwicklung liegende Ausgabensteigerungen führen in der Regel dazu, dass die Beitragssätze steigen. Dies stößt jedoch an Grenzen, sowohl hinsichtlich der gesellschaftlichen Akzeptanz als auch hinsichtlich der ökonomischen Auswirkungen von hohen Lohnnebenkosten. Die entstehende Lücke durch Steuermittel zu schließen, löst das grundlegende Problem nicht. Hinzu kommt eine Konkurrenz um die Verwendung der den Bürgern auferlegten Beiträge und Steuern für andere Bereiche wie die Bildung oder die soziale Sicherung. In der Gesundheitspolitik schlug sich dieses Dilemma Ende der 70er Jahre nieder und führte zu einem Paradigmenwechsel weg von einer ausgabenorientierten Einnahmepolitik hin zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik.³ Dass bei diversen Versuchen, den Kostenanstieg zu dämpfen, der Krankenhaussektor regelmäßig in den Fokus rückte, ist bereits auf Basis der genannten Zahlen plausibel ableitbar. Nachhaltig wirkte jedoch kaum eine Maßnahme.

Im Sozialgesetzbuch spiegelt sich die Notwendigkeit, die finanziellen Auswirkungen medizinischen Handelns mit zu berücksichtigen, an verschiedenen Stellen wider. So wird beispielsweise die Beitragssatzstabilität in § 71 SGB V eingeführt, das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot, d.h. Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen, in § 12 SGBV. Dabei wird bereits deutlich, dass neben der Frage, welche Leistungen überhaupt Teil des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Kran-

2 Die Problematik der PKV soll an dieser Stelle ebenso ausgeblendet werden, wie Fragen der Beitragsbemessungsgrenze, da dies den Sachverhalt in der Gesamtbetrachtung nicht wesentlich verändert.

3 *Oberender/Zerth/Engelmann*, (Fn. 1), S. 52.

kenversicherung sein sollen (Frage nach dem „ob“), auch die Frage einer wirtschaftlichen, d.h. effizienten, also verschwendungsfreien Erbringung dieser Leistungen zu stellen ist (Frage nach dem „wie“). Der Weg, wie dieses Ziel zu erreichen ist, bleibt dabei offen.

In den meisten industrialisierten Ländern können in diesem Kontext drei Stadien beobachtet werden. In einer ersten Phase steht die Sicherung eines universellen Zugangs zu Gesundheitsleistungen im Vordergrund, es erfolgt eine Ausdehnung des Leistungskatalogs. In der zweiten Phase wird versucht, den steigenden Ausgaben durch die Implementierung eines einschränkenden Regulierungsrahmens zu begegnen. Ein klassisches Instrument ist dabei das Festsetzen von Budgets, die jedoch zu impliziter Rationierung führen. Die begrenzte Nachhaltigkeit dieser eher dirigistischen Ansätze und die starke Aversion sowohl von Seiten der Leistungserbringer als auch der Versicherten und Patienten gegen jedwede Form der Rationierung, sowie das damit einhergehende Gefühl der Bevormundung, führt dann meist zur dritten Phase. In dieser wird versucht, die Freiheitsräume zu erhalten und über die Etablierung eines Wettbewerbsansatzes nachhaltige Anreizsysteme zu schaffen, welche effiziente Verhaltensweisen belohnen.⁴

Diese Entwicklung ist im Wesentlichen auch in Deutschland zu beobachten. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz folgte 1993 der Versuch, durch die Etablierung einer solidarischen Wettbewerbsordnung einen Ordnungsrahmen für die Gesetzliche Krankenversicherung zu schaffen, der durch wettbewerbliche Anreize, sowohl eine effiziente Verwendung der knappen Ressourcen fördern als auch gute Qualität belohnen und schlechte sanktionieren sollte.⁵ Auch wenn bis heute keine völlig stringente Umsetzung dieser Wettbewerbskonzeption erfolgt ist, hat diese Richtungsentscheidung das deutsche Gesundheitswesen nachhaltig geprägt. Dabei geht dieser Ansatz auch mit starken Anforderungen an die Gesellschaft einher, da heterogene Marktergebnisse systembedingt notwendig sind und erst – bei Vorliegen der notwendigen Voraussetzungen – in einem dynamischen Prozess korrigiert werden. Weil die Voraussetzungen

4 Cutler in: *Journal of Economic Literature* 2002, 40 (3): 881-896; Halbersma et al., „*Market Structure and Hospital-Insurer Bargaining in the Netherlands*“, *Tilec Discussion Paper*, 2007.

5 Cassel/Jacobs/Vauth, *Solidarische Wettbewerbsordnung: Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung*, Heidelberg 2014.

niemals perfekt erfüllt sind, entsteht Druck für korrigierende Interventionen. Diese laufen jedoch häufig Gefahr, nur an den Symptomen anzusetzen und eine Interventionsspirale in Gang zu setzen, die letztlich das gewählte Ordnungsprinzip konterkariert und immer weiter aushöhlt.

B. Die Rolle des Wettbewerbs im Krankenhausesektor

Auch im Krankenhaus schlägt sich dieser Wettbewerbsgedanke nieder. Während jedoch auf normalen Wirtschaftsmärkten die Parameter Qualität und Preis relevante Determinanten in jeder Transaktion zwischen Verkäufer und Käufer oder Dienstleister und Kunde sind und sich der Anbieter mit dem besten Paket durchsetzt, fallen die beiden Dimensionen hier auseinander. Der Patient genießt einen umfassenden Versicherungsschutz, das Krankenhaus rechnet mit der Krankenkasse ab, der Patient selbst ist nicht preissensibel.⁶ Zugleich will er die qualitativ bestmögliche Versorgung, was zumindest bei elektiven Krankenhausaufenthalten in die in der Regel gemeinsam mit einem einweisenden Arzt getroffene Entscheidung über die Wahl eines bestimmten Krankenhauses einfließt. Zugleich setzten tagessgleiche Pflegesätze lange Zeit keinen Anreiz zu einem effizienten Einsatz der Ressourcen im Krankenhaus. Zwei Mechanismen sollen nun das Fehlen „normaler“ Markttransaktionen beheben.

Mit Blick auf die Förderung eines effizienten Ressourceneinsatzes wurde Anfang der 90er Jahre ein neues Vergütungssystem, basierend auf Fallpauschalen, den sogenannten Diagnosis Related Groups (DRG) eingeführt.⁷ Stark vereinfacht dargestellt werden Gruppen an Diagnosen gebildet, die einen ähnlich hohen ökonomischen Aufwand verursachen. Für jede dieser Gruppen wird der über alle Krankenhäuser hinweg entstehende durchschnittliche Aufwand ermittelt. Daraus lassen sich die sogenannten Relativgewichte, also die Kostenverhältnisse der einzelnen DRGs zueinander ableiten. Diese werden dann mit dem Basisfallwert – einer historisch gewachsenen und politischen Einflüssen ausgesetzten Größe – multipliziert. Das Ergebnis ist ein Eurobetrag für jede DRG, unabhängig davon, in welchem Krankenhaus eine Leistung erbracht wird. Es handelt

6 Breyer/Zweifel/Kifmann, Gesundheitsökonomik, Berlin 2013.

7 Schlichtermann, Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus: Grundlagen und Praxis, 2. Aufl., Berlin 2016.

sich also um keinen Preis im ökonomischen Sinne – dieser würde Angebot und Nachfrage reflektieren, sondern um eine an Durchschnittskosten orientierte Vergütung.

Die Höhe der eigenen Marge im Vergleich zur Marge der anderen Krankenhäuser ergibt sich also aus der relativen Kostenstruktur. Hieraus erwachsen Anreize, die eigene Kostenstruktur zu optimieren, Leistungen mit geringem Deckungsbeitrag eher zu reduzieren und Leistungen mit positivem Deckungsbeitrag auszubauen.⁸ Ein Mittel, Kosten zu sparen, ist eine Reduktion des Qualitätsniveaus – eine unintendierte Konsequenz, wenn dabei das „zweckmäßige“ Maß (§ 12 SGB V) unterschritten wird. Einzelne vorhersehbare und potenziell gravierende daraus hervorgehende Konsequenzen, wie beispielsweise eine zu frühe Entlassung von Patienten aus der stationären Behandlung, wurden durch entsprechende gegenläufige Anreize im Vergütungssystem versucht zu minimieren. Zwangsläufig können jedoch nicht alle Eventualitäten ex ante geregelt werden. Eng verknüpft ist diese die Kostenseite adressierende Yardstick Competition deshalb mit dem zugleich avisierten Qualitätswettbewerb.

In diesem Qualitätswettbewerb⁹ spielt die freie Krankenhauswahl eine entscheidende Rolle. Gemeinsam mit dem einweisenden Arzt ist der Patient in der Praxis weitgehend frei, für welches Krankenhaus er sich entscheidet. In derartige Entscheidungen können implizit und explizit eine große Anzahl an Faktoren einfließen, die dabei auch stark die individuellen Präferenzen des jeweiligen Patienten reflektieren. Damit die intendierten Anreize entstehen, müssen hierbei Qualitätskriterien eine entscheidende Rolle spielen. Krankenhäuser, die – um wirtschaftlich arbeiten zu können – auf eine möglichst hohe Bettenauslastung angewiesen sind, konkurrieren um diese Patienten und sind der Logik nach nur dann erfolgreich, wenn sie entsprechend hohe Qualität anbieten. Jeder betriebswirtschaftlich denkende Akteur muss im eigenen Interesse Kosten und Erlöse gemeinsam und nie getrennt voneinander betrachten. Eine Senkung der Kosten zulasten der Qualität soll damit zu einem Rückgang der Fallzahlen und somit der Erlöse führen. Auch für einen Qualitätswettbewerb müssen jedoch diverse Voraussetzungen erfüllt sein.¹⁰ Nur auf zwei soll an dieser

8 *Schlüchtermann*, (Fn. 7).

9 *Wasem/Geraedts*, Qualität durch Wettbewerb in: Krankenhaus-Report 2011.

10 Für weiterführende Literatur zu den Voraussetzungen eines positiven Effekts von Wettbewerb auf Qualität insbesondere auch hinsichtlich der Höhe der Vergütung in Relation zu den Kosten sowie aktuellen empirischen Erkenntnissen siehe *Mos-*

Stelle eingegangen werden: Es muss Transparenz über die im Markt verfügbare Qualität herrschen und die Entfernung alternativer Anbieter darf nicht zu groß sein.

Qualitätstransparenz herzustellen ist eine große Herausforderung. Ärztliche Leistung ist in weiten Teilen ein Erfahrungsgut, dessen Qualität erst rückblickend weitgehend umfänglich beurteilt werden kann. Zudem ist die abschließende Bewertung von Qualität aufgrund komplexer Zusammenhänge, kurzfristiger und langfristiger Wirkungen und unterschiedlicher Gewichtung verschiedener Qualitätsdimensionen nur schwer möglich. Ein zentraler Baustein ist deshalb die Veröffentlichungspflicht zentraler Qualitätsdaten und deren Aufbereitung durch Online-Portale. Ein weiterer ist die medizinisch fundierte Sicht des die Wahlentscheidung unterstützenden, einweisenden Arztes.

Hinsichtlich der zurückzulegenden Distanz zeigt sich, dass diese Bedingung in Ballungsräumen ohne Probleme erfüllt werden kann, in ländlichen Regionen hingegen kaum.¹¹ Hier ist der Weg zum zweiten Krankenhaus häufig so weit, dass dieses für die Patienten häufig keine relevante Alternative darstellt. Die Frage, welche Entfernung hier zumutbar ist, bleibt zweitrangig: Dominiert in der Betrachtung der Patienten die Dimension der zusätzlich zurückzulegenden Entfernung mögliche Qualitätsunterschiede komplett, kann in diesen Regionen auch kein Qualitätswettbewerb stattfinden. Für Deutschland existieren zu diesem Themenkomplex kaum eigene Studien. Aktuelle Analysen für England bestärken jedoch die Hypothese, dass nur ein kleiner Teil der Patienten sensibel auf Qualitätsunterschiede reagiert und zumeist die Distanz dominiert.¹² Dieses Problem wird jedoch dadurch etwas relativiert, dass der Sanktionsmechanismus auch wirken kann, wenn nur ein eher kleiner Teil der Patienten reagiert, da ein Rückgang in der Belegung bzw. beim Umsatz von einigen Prozentpunkten ausreichen kann, um Krankenhäuser ökonomisch unter Druck zu

celli/Gravelle/Siciliani, CHE Research Paper 123, Centre for Health Economics, 2016.

11 *Rinsche/Schmid*, Der Strukturwandel im Krankenhaus am Beispiel Bayerns in: Krankenhaus-Report 2015.

12 Es muss sich hier auch nicht um irrationale Verhaltensweisen handeln – Menschen wägen ständig gesundheitliche Risiken gegen andere Nutzenkategorien ab. So könnte es beispielsweise durchaus ein Ergebnis rationaler Überlegung und ein Ausdruck individueller Präferenzen sein, einer wohnortnahen Versorgung den Vorzug über eine etwas höhere Versorgungsqualität zu geben; *Moscelli et al.*, (Fn. 10).

setzen. Gravierender erscheint, dass die formale ökonomische Analyse zeigt, dass bei administrierten Preisen in bestimmten Konstellationen ein Anstieg des Wettbewerbsdrucks zu einem Anreiz führen kann, die Qualität zu senken, zum Beispiel, wenn die festgelegte Vergütung unter den marginalen Kosten für die Behandlung weiterer Patienten liegt.¹³

Die Stärke des Qualitätsanreizes variiert damit weniger mit der Frage, ob es sich um einen privaten, freigemeinnützigen oder öffentlichen Träger handelt, sondern in welchem siedlungsstrukturellen Umfeld das Krankenhaus agiert, welche Kostenfunktion es aufweist etc. Die Intensität des Wettbewerbs variiert hier zwischen einzelnen Fachabteilungen stark.¹⁴ Inwiefern es hier zu Spill-Over-Effekten, insbesondere von elektiven auf nicht-elektive Bereiche kommt, ist umstritten.¹⁵ Unter Spill-Over-Effekten wird dabei verstanden, dass sich in einem Krankenhaus, das in einigen Fachbereichen durch einen entsprechenden Wettbewerbsdruck angehalten wird, qualitätssichernde Strukturen und Prozesse zu schaffen, dieser Effekt auch auf andere Bereiche auswirkt.

In der öffentlichen Diskussion kommen derartig diffizile Details - wenig verwunderlich - jedoch kaum zum Tragen. Schlagworte wie „gesundheitsökonomische Zwänge“, die „Medizin als Spielball der Ökonomie“, „Gewinnmaximierung“ oder „Kapitalismus“ finden stattdessen Eingang in die Diskussion – häufig ohne entsprechend klar zu definieren, was konkret darunter zu verstehen ist. Zur besseren Einordnung dieser Thematik ist eine Klärung des wissenschaftstheoretischen Rahmens der Ökonomik nötig.

C. Ökonomik – Versuche der Definition und ihre Implikationen

Zu unterscheiden sind zunächst die Begriffe Ökonomie und Ökonomik. Die Ökonomie bzw. Wirtschaft ist die Gesamtheit aller Akteure, die in einem bestimmten Kontext miteinander verbunden sind (sei es die Ökonomie eines Landes, einer Stadt, eines Betriebes oder einer Familie), ihre Ausstattung mit Ressourcen, ihre Interaktionen miteinander und die Er-

13 *Brekke/Siciliani/ Straume*, in: *The Scandinavian Journal of Economics*, 2011, 113 (2): 444-69.

14 *Hentschker/Mennicken/Schmid*, in: *Health Economics Review*, 2014, 4 (28): 1-17.

15 *Moscelli et al.*,(Fn. 10).

gebnisse daraus. Alle Ökonomien sind mit dem Problem knapper Ressourcen konfrontiert.¹⁶

Für den Begriff der Ökonomik existieren in der Literatur verschiedene Definitionen. Allgemein bezeichnet er den Bereich der Wissenschaft, die sich mit der Ökonomie befasst. Wie Homann und Suchanek ausführen, stellen eher klassische Definitionen aus den ersten Jahrzehnten des letzten Jahrhunderts den effizienten Umgang mit den knappen Ressourcen in den Vordergrund:

„Ökonomik ist die Wissenschaft, die menschliches Verhalten untersucht als eine Beziehung zwischen Zielen und knappen Ressourcen, die unterschiedliche Verwendung finden können“¹⁷.

Sie kritisieren an dieser Definition, dass sie häufig zu sehr technischen Herangehensweisen führt, die vernachlässigen, dass neben rein sachlichen und effizient zu disponierenden Ressourcen auch die anderen Akteure, d.h. Individuen mit eigenem Willen und eigenen Interessen, zu berücksichtigen sind. Ihre Konzeption von Ökonomik stellt nicht das technische Knappheitsproblem, sondern das damit einhergehende soziale Problem grundsätzlicher Natur in den Vordergrund. Nur durch die Verbindung beider Gesichtspunkte sei eine im Vollsinn ökonomische Analyse möglich. Die Interaktion zwischen den Akteuren tritt in den Vordergrund und setzt das Knappheitsproblem in den gesellschaftlichen Rahmen. Zu klären seien die Bedingungen, Möglichkeiten und Probleme, die auf dem Weg zu einer vorteilhaften Interaktion zu berücksichtigen sind. Sie präferieren deshalb folgende Definition:

„Die Ökonomik befasst sich mit Möglichkeiten und Problemen der gesellschaftlichen Zusammenarbeit zum gegenseitigen Vorteil“¹⁸.

Weniger auf das Ziel als vielmehr auf die Methode der Ökonomik abstellend, präsentieren sie eine weitere Variante:

„Ökonomik befasst sich mit der Erklärung und Gestaltung der Bedingungen und Folgen von Interaktionen auf Basis von individuellen Vorteils-/Nachteils-Kalkulationen“¹⁹.

16 *Mankiw/Taylor*, Grundzüge der Volkswirtschaftslehre, 5. Aufl., Stuttgart 2012.

17 *Homann/Suchanek*, Ökonomik: Eine Einführung, 2. Aufl., Tübingen 2005, S. 1 ff.

18 *Homann/Suchanek*, (Fn. 17) S. 4.

19 *Homann/Suchanek*, (Fn. 17) S. 347.

Eine Heuristik zur Analyse dieser Interaktionen und der Bewertung der jeweiligen Vor- und Nachteile stellt das (stets kontrovers diskutierte²⁰) Modell des Homo oeconomicus dar. Es hilft, die in den Interaktionen vorliegenden Dilemmastrukturen explizit zu machen. Es handelt sich hierbei um eine rein positive Analyse, nicht um eine normative oder wertende Aussage und keinesfalls um ein Menschenbild.

Somit ist festzuhalten, dass „Gewinnmaximierung“ Einzelner kein Ziel der Ökonomik ist. Der an Nutzenüberlegungen der einzelnen Akteure ansetzende Analyserahmen hat sich jedoch bewährt. Er kann das Verhalten der Akteure meist sehr gut vorhersagen und hilft bei der Bewertung entsprechender Probleme. Ferner ist kein soziales System – weder die Wirtschaft im engeren Sinne noch scheinbar völlig anders gelagerte Bereiche wie die Medizin – frei von ökonomischen Problemen, da Knappheit ein allgemein präsenten Phänomen darstellt. Wenn von einer „zunehmenden Ökonomisierung“ gesprochen wird, ist dies zunächst Ausdruck einer zunehmenden Knappheit bzw. einer zunehmenden Konkurrenz um knappe Ressourcen, die sich ständig wachsenden Möglichkeiten der Mittelverwendung gegenübersteht. Um an einer Stelle Knappheit zu reduzieren, müssen – sofern keine Effizienzreserven vorhanden oder realisierbar sind – einem anderen Ressourcen entzogen werden: Soll mehr Geld ins System fließen, müssen die Bürger über Beiträge oder Steuern belastet werden. Soll dies nicht geschehen und beispielsweise dennoch die stationäre Versorgung gestärkt werden, muss geklärt werden, aus welchem Bereich Ressourcen abgezogen werden sollen.

Neben der rein analytischen – positiven – Ökonomik sehen Homann und Suchanek wie viele Ökonomen auch einen Auftrag für die Ökonomik, zu gestalten und Lösungen anzubieten, d.h. sich mit normativen Fragestellungen auseinander zu setzen.

Folgt man der Einteilung von Chmielewicz (1994), sind vier Stufen in der Wirtschaftswissenschaft zu unterscheiden. Auf der ersten Stufe erfolgt die Definition der Begriffe. Die zweite Stufe untersucht Wirkungszusammenhänge. Zusammen bilden diese beiden Stufen den Teil der rein positiven, wertfreien Wirtschaftswissenschaft. In der dritten Stufe, der sogenannten Wissenschaftstechnologie, wird analysiert, mit welchen Mitteln

20 Für eine detaillierte Diskussion des Homo oeconomicus sowie anderer Kritikpunkte wie dem Vorwurf des „ökonomischen Imperialismus“ siehe ebenfalls *Homann/Suchanek*, (Fn. 17).