

Ökonomisierung des Gesundheitswesens: Zumutungen und Herausforderungen. Ein Beitrag zur qualitativen Forschung im ökonomisch-ärztlichen Dialog

*Mirjam Thanner, Kristina Milojkovic, Ikbale Siercks, Eckhard Nagel
& René Hornung*

Zusammenfassung: Befürchtungen hinsichtlich zunehmender ökonomischer Einflüsse im Gesundheitswesen werden meist plakativ mit dem Schlagwort der Ökonomisierung zum Ausdruck gebracht. Während sich der ärztliche Behandlungsauftrag jedoch medizinethisch begründen lässt, ergibt sich die ökonomische Wirklichkeit aus einem komplexen Zusammenspiel von gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und Ressourcenzuteilungen sowie den entsprechenden Reaktionen der Akteur*innen auf diese Vorgaben. Zur Beantwortung der Forschungsfragen, wie sich strukturell angelegte Spannungsfelder im Klinikalltag niederschlagen und wie Akteur*innen diese handhaben, griffen die Autor*innen auf Einzelinterviews und ein Fokusgruppeninterview mit jeweils inhaltsanalytischer Auswertung sowie auf die phänomenologische Analyse zurück. Die so gewonnenen Erkenntnisse sollten einen Beitrag leisten für ein besseres Verständnis zwischen Medizin und Ökonomie im Klinikalltag.

Schlagwörter: Ökonomisierung, Medizinmanagement, Konfliktmanagement

Economization of Health Care: Impositions and Challenges. Contributions of Qualitative Research to Health Care Management

Abstract: Trends towards increasing economic influence in health care systems raise manifold concerns, commonly subsumed under the term “the economization of health care”. The battle lines between medicine and management seem to be entrenched. Yet does this polarized debate correspond to the everyday experiences of hospital physicians working as heads of departments? This study describes the relationship between medicine and management, seeks to understand existing conflicts and shows opportunities for learning and development on both sides of the issue. With this research, the authors aim to contribute to a better understanding between medicine and management in day-to-day clinical work.

Keywords: Economization, Health Care Management, Conflict Management

1 Einleitung und Fragestellung

Angesichts der immensen finanziellen Herausforderungen einer alternden Gesellschaft und des rasanten medizinisch-technischen Fortschritts sollten Bestrebungen, sich der „kulturell

geschaffenen Knappheit“¹ (Rixen 2010, S. 52) im Gesundheitswesen zu stellen, auf *breite* Akzeptanz, ja sogar Anerkennung stoßen – so zumindest die Erwartungshaltung aus ökonomischer Perspektive. Bereits die Ansicht, dass nur *gewisse* ökonomische Einflüsse dem Wohl von Patient*innen dienlich seien, indem sie etwa Diagnostik und Therapie auf einen notwendigen und angemessenen Rahmen beschränken und damit den verantwortungsvollen Umgang mit knappen Ressourcen fördern (vgl. Deutscher Ethikrat 2016, S. 70), mag auf Ökonom*innen irritierend wirken. Ernüchterung dürfte sich spätestens dann einstellen, wenn in der Literatur eine durch Fehlanreize ausgelöste grenzenlose Gewinnmaximierung oder die Priorisierung teurer Fälle als unerwünschte *Auswüchse* der Ökonomisierung beschrieben werden (vgl. Jörg 2015, S. 8) und von einem „unauflösbaren Widerspruch zwischen dem ärztlichen Auftrag und der ökonomischen Wirklichkeit“ (Schumm-Draeger et al. 2017, S. A2339) gesprochen wird.

Während sich der ärztliche Behandlungsauftrag medizinethisch begründen lässt, ergibt sich die ökonomische Wirklichkeit aus einem komplexen Zusammenspiel von gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und Ressourcenzuteilungen sowie den entsprechenden Reaktionen der Akteur*innen auf diese Vorgaben. Strukturell angelegte Spannungsfelder schlagen sich so im Berufsalltag der im Gesundheitswesen Tätigen nieder. Betroffene finden sich demnach in der Situation, dass sie einerseits zwar wichtige Rückmeldungen zu strukturellen Fehlanreizen geben können, andererseits mit den vorgegebenen Rahmenbedingungen zunächst einmal umgehen und daraus erwachsende Spannungsfelder auch bis zu einem gewissen Grad aushalten müssen.

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, das Verhältnis von Medizin und Ökonomie verstehend zu beschreiben, bestehende Konflikte nachvollziehbar zu machen sowie Lern- und Entwicklungspotentiale auf beiden Seiten aufzuzeigen. Die Autor*innen wollten damit auch einen Beitrag leisten für ein besseres Verständnis zwischen Medizin und Ökonomie im Klinikalltag.

2 Ausgangslage der Untersuchung

2.1 Wahrnehmbare Spannungsfelder im Gesundheitswesen

Die Gesundheitspolitik folgt bereits seit einigen Dekaden dem Paradigma von mehr Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen (vgl. Ankowitsch 2013, S. A1940). Sie tut dies im Einklang mit dem ökonomischen Mainstream, der mit Wettbewerb ausschließlich positive Effekte in Zusammenhang bringt.² So gilt die Konkurrenz auch im Gesundheitswesen als

- 1 In einer kulturell geschaffenen Knappheit spiegelt sich stets eine politisch gestaltbare Hierarchie an Finanzierungsprioritäten. Zu entscheiden, was als wichtig und was als weniger bedeutsam anzusehen ist, setzt menschliche Bewertungen voraus. Gemäß Rixen ist der zunehmend um sich greifende neue Realismus der Knappheit mit Vorsicht zu genießen, „denn er könnte dazu verleiten, Knappheit als etwas naturgegebenes misszuverstehen. Knappheit ist, zumindest dann, wenn es um finanzielle Mittel – also Geld – geht, eine relative, kulturell geschaffene Knappheit“ (Rixen 2010, S. 52).
- 2 Innerhalb der Wirtschaftswissenschaften wird das sog. Homo-oeconomicus-Modell, wenn auch teilweise kritisch hinterfragt, traditionell zur Analyse menschlichen Verhaltens in Knappheitssituationen herangezogen (vgl. Erlei/Leschke/Sauerland 1999, S. 2). Gerade unter harten Wettbewerbsbedingungen ist die Annahme plausibel, dass das Individuum sein Handeln bevorzugt an den eigenen Präferenzen orientiert. Die Vorlieben anderer Menschen werden dabei nicht generell, sondern nur solange ignoriert, bis der eigene Nutzen davon berührt wird (vgl. Wagschal/Metz 2007, S. 25–64). Zwar wird von Seiten

Garant einer hohen Versorgungsqualität und stärkster Treiber des Fortschritts (vgl. Hillienhof 2021, S. A1620).

Wesentlich weniger Beachtung fanden bisher mögliche negative Effekte, z.B. im Hinblick auf die Beziehungen zwischen Ärzt*innen und Patient*innen. Durch Betonung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen sollen, politisch gewollt, die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen zum sparsamen Umgang mit knappen Ressourcen gezwungen werden. Freiwillige ethische Sonderleistungen einzelner Marktteilnehmer*innen sind dabei, sofern sie lediglich zu Kostenerhöhungen führen, durch die Konkurrenz ausbeutbar und verschaffen damit genau jenen Wettbewerber*innen ökonomische Vorteile, die diese Sonderleistungen nicht erbringen. Wer sich nicht an die Regeln des Wettbewerbs hält – das heißt an das Ziel der Gewinnmaximierung – dem droht der wirtschaftliche Ruin, und zwar unabhängig davon, ob er im Wettbewerb nicht mithalten *konnte* oder aus ethischen Gründen nicht mithalten *wollte*. Der Wettbewerb unterscheidet nicht zwischen fehlender Leistung und moralischer Zurückhaltung, er bestraft beides gleichermaßen (vgl. Homann/Blome-Drees 1992, S. 28–34).

Diese Ausführungen stehen in hartem Kontrast zur Idealvorstellung von im Gesundheitswesen Tätigen, die bedingungslos und vollkommen selbstverständlich helfen sollen (vgl. Maio 2012, S. A804–A807). Als Kernstück des ärztlichen Selbstverständnisses und der Medizinethik allgemein wird oft der hippokratische Eid genannt (vgl. Leven 1999, S. 111–129). Dieser vermittelte eine gewisse Rechtssicherheit im Vertragsverhältnis zwischen Patient*innen und Ärzt*innen. Zudem verband er den medizinischen Behandlungsauftrag mit der Pflicht, primär um das Wohl der Kranken bemüht zu sein (vgl. Nagel 2002, S. A1730–A1732). Heute ist das Prinzip des Wohltuns Bestandteil der sog. prinzipienorientierten Medizinethik und verpflichtet alle im Gesundheitswesen Tätigen unabhängig von ihrer Religionszugehörigkeit dazu, das Wohlergehen Kranker zu fördern (vgl. Marckmann/Mayer 2009, S. 980–988).

Eine fürsorgliche und vertrauensvolle Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen gilt dafür als Voraussetzung (vgl. Lown 2003, S. 189). Insofern wird das im Familien- und Freundeskreis anzutreffende fürsorgliche Handeln in ähnlicher Weise auch von im Gesundheitswesen Tätigen erwartet, womit deren berufliche Aufgaben über eine marktwirtschaftliche Dienstleistungserbringung hinausreichen (vgl. Borasio/Putz/ Eisenmenger 2003, S. A2062–A2065). Die Sorge und Anteilnahme für eine kranke oder leidende Person lässt sich dabei nicht durch oberflächliche Kundenorientierung oder taktische Liebenswürdigkeit, die auch in marktwirtschaftlichen Beziehungen anzutreffen sind, ersetzen (vgl. Grönemeyer 2003, S. 28–29). Wettbewerbliche Strukturen fördern keine fürsorglichen Beziehungen, vielmehr sind sie von Wachsamkeit auf beiden Seiten geprägt – eine zweifelhafte Ausgangsbasis für Heilung (vgl. Maio 2012, S. A804–A807).

Darüber hinaus wird heute von Ärzt*innen, die solidarisch finanzierte Leistungen erbringen, erwartet, dass sie das im individuellen Fall medizinisch Mögliche dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechend beschränken. Gerechtfertigt wird dies durch das existentielle Interesse der Solidargemeinschaft, mit den zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen sparsam umzugehen (vgl. Schimmelpfeng-Schütte 2010, S. 65). Dieser Aspekt wurde jedoch gemäß Borgetto lange Zeit vergleichsweise wenig problematisiert, da er aufgrund ausrei-

der Ökonomie oft beteuert, der Homo oeconomicus habe lediglich Modellcharakter; dennoch ist ein normativer Gehalt nicht von der Hand zu weisen, weil Modellannahmen zumindest aussagen, wie ein der Theorie entsprechendes und unter den genannten Bedingungen erfolgreiches Handeln gestaltet sein soll (vgl. Rolle 2005, S. 380). Nicht selten bilden diese zudem die Grundlage für Politikberatung und bestimmen auf diesem Wege zusätzlich das Handeln politischer und unternehmerischer Entscheidungsträger*innen (vgl. Falk 2003, S. 141–172).

chender finanzieller Mittel im Gesundheitswesen kaum faktische Geltung für die ärztliche Praxis hatte (vgl. Borgetto 2006, S. 231–250).

Aktuell wird befürchtet, dass ökonomische Interessen dieses Verhältnis nachhaltig zerstören könnten, indem sich Ärzt*innen nicht mehr primär zum Wohle der Patient*innen, sondern der jeweiligen Gesundheitsinstitution verhalten (vgl. Schweizerische Akademie der Wissenschaften 2014, S. 30). Es bestehen Anreize, die Ärzt*innen durch Budgetierungen und Fallpauschalen zu Mengensteigerungen drängen, so dass bereits Patient*innen zu dem Schluss gelangen, bestimmte Operationen würden einzig aus ökonomischen Gründen empfohlen (vgl. Thielscher/Schulte-Sutrum 2016, S. 8–13).

Obwohl der Ausdruck *Ökonomisierung des Gesundheitswesens* mittlerweile omnipräsent erscheint, mangelt es diesem Konzept nach wie vor sowohl an definitorischer Präzision als auch an empirischer Verankerung (vgl. Bergmann, 2011, S. 17). Das Spektrum der Definitionen ist weit und heterogen – je nach Schwerpunktsetzung und Sichtweise. Als ein Kennzeichen der Ökonomisierung wird beispielsweise genannt, dass ärztliche Berufsgruppen ihr professionelles Handeln der Gewinnmaximierung unterordnen müssen (vgl. Schumm-Draeger et al. 2016, S. 1183–1185). Meist wird der Ökonomisierung auch eine gewisse Dynamik zugeschrieben und ist negativ konnotiert, wobei im Zuge dieses Prozesses ökonomische Begriffe und Denkweisen nach und nach das gesamte Gesundheitssystem durchdringen, bis schließlich der ökonomische Druck so groß wird, dass Entscheidungen nur noch unter Inkaufnahme eines medizinischen Qualitätsverlustes getroffen werden können (vgl. Dietz 2011, S. 263–270).

Auch in der Schweiz lässt sich das Spannungsfeld zwischen medizinischen und ökonomischen Interessen nicht von der Hand weisen (vgl. Zollinger-Kies/Keller/ Zimmermann 2018, S. 24–25). Im eidgenössischen Spitalwesen ist seit dem Jahr 2012 ein einheitliches Fallpauschalensystem zur Vergütung stationärer Leistungen in Kraft (vgl. Rouillon 2018, S. 1). Dieses soll dazu führen, dass sich „ineffizient erbrachte Leistungen nicht mehr lohnen und unrentable Krankenhäuser folglich vom Markt verschwinden“ (Thommen/Hölzer 2018, S. 643). Insofern ähneln sich mittlerweile die Debatten zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens in der Schweiz und in Deutschland. „Da wird geschimpft, gedroht, erklärt und beschworen – und doch steigen die Kosten des Gesundheitswesens weiterhin überdurchschnittlich. [...] Der finanzielle Druck auf die Spitäler ist enorm. Alle sind auf der Jagd nach Patienten. Fallzahlen werden immer wichtiger. Tiefere Tarife, der starke Trend zu ambulanten Eingriffen und sehr hohe Investitionen zwingen die Spitäler zu mehr Kreativität in Sachen Umsatz. Zudem soll mit neuen Geschäftsmodellen kräftig gespart werden. Keine Frage, damit wird die Übermedizinierung mit voller Kraft beschleunigt statt zurückgebaut. Denn der Konkurrenzdruck entwickelt sich immer stärker, ist zur Selbstverständlichkeit geworden“ (Wirz 2018, S. 14).

Teilweise wird in der Literatur auch zwischen den verwandten Begriffen *Kommerzialisierung* und *Ökonomisierung* unterschieden. Kennzeichen der Kommerzialisierung sei es demnach, dass zusätzlich zur Gewinnmaximierung die Abschöpfung der Gewinne aus dem Solidarsystem durch private Investor*innen angestrebt wird. Eine klare Abgrenzung der beiden Begrifflichkeiten dürfte jedoch schwierig sein – allein schon deswegen, weil die beiden Ausdrücke in der Literatur manchmal synonym Verwendung finden bzw. Ökonomisierung als Überbegriff betrachtet wird, der die Kommerzialisierung miteinschließt (vgl. Schweizerische Akademie der Wissenschaften 2014, S. 13–15).

Die beschriebenen Spannungen entladen sich in erster Linie zwischen den Vertreter*innen von Ökonomie und Medizin, wobei gemäß Unschuld der Politik die Rolle einer entrüsteten Zuschauerin zukommt, welche die Gestaltung des Gesundheitswesens „mit Freuden dem freien Spiel der Marktkräfte“ (2017, S. 2265) überlässt und gleichzeitig akzeptiert, dass unerwünschte Konsequenzen von politisch gesetzten Rahmenbedingungen den Ökonom*in-

nen zugeschoben werden. Dabei wäre es gemäß Wehkamp dringend erforderlich, „die theoretisch wie praktisch vorkommenden Konflikte zwischen heilkundlichem Ethos, rechtlichen Vorgaben und wirtschaftlichen Imperativen wahrzunehmen und nicht zu leugnen“ (2004, S. 2377). Sie sollten transparent gemacht und so behandelt werden, dass sie eben gerade nicht die im Gesundheitswesen agierenden Berufsgruppen spalten und zu Kontrahenten werden lassen, wo doch mehr Kooperation im Dienste der Patient*innen so wünschenswert wäre (Sachverständigenrat 2007).

2.2 Chancen zur Annäherung durch Weiterentwicklung ökonomischer Forschungsmethoden und Modellannahmen

Der ökonomische Mainstream ist im Wesentlichen neoklassisch geprägt (vgl. Söllner 2001, S. 50). Inwieweit aktuell in der herrschenden Lehre aber noch von einer bruchlosen Dominanz dieser neoklassischen Wissenskultur gesprochen werden kann, ist unklar. Gemäß Pahl ist deren hegemonialer Stellenwert zumindest ein Stück weit in Auflösung begriffen, z.B. durch Erkenntnisse aus verhaltensökonomischen Studien (vgl. Pahl 2011, S. 369–387). Die Berücksichtigung von Abweichungen vom üblichen ökonomischen Verhaltensmodell soll, so die Hoffnung der beteiligten Wissenschaftler*innen, über eine Stärkung der interdisziplinären sozialwissenschaftlichen Forschung zu besseren Verhaltensprognosen führen (vgl. Enste/Haferkamp/Fetchenhauer 2009, S. 60–78).

Ein insbesondere außerhalb der ökonomischen Fachkreise herangezogenes Erklärungsmuster zur Abgrenzung von ärztlicher Leistungserbringung und sonstiger Dienstleistung basiert auf der asymmetrischen Informationsverteilung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen (vgl. Oberender/Hebborn/Zerth 2002, S. 16). Demnach sollte das Gesundheitswesen als wettbewerblicher Ausnahmebereich behandelt werden, um Patient*innen in ihrer schwächeren und hilfsbedürftigen Position zu schützen. Neuere Entwicklungen der Wirtschaftswissenschaften, die Neue Institutionenökonomik, widmen sich nun bereits seit einiger Zeit diesen Informationsasymmetrien im Rahmen der Principal-Agent-Theorie (vgl. Binder 1999, S. 114). Ob sich dadurch jedoch die „brutale Realität des Krankseins“ (Kühn 2004, S. 9) als emotionales Ereignis tatsächlich abbilden lässt, wird ärztlicherseits bezweifelt.

Kritik am ökonomischen Mainstream kann auch innerhalb ökonomischer Fachkreise an verschiedenen Punkten anknüpfen, z.B. an dessen „Blindheit in Verteilungsfragen“ (Breyer 2008, S. 126). Dies könne gemäß Kubon-Gilke so weit reichen, dass der Ausdruck *soziale Gerechtigkeit* unter Ökonom*innen als inhaltsleer angesehen und daher weitgehend verpönt ist (vgl. Kubon-Gilke 2011, S. 380). In der Marktgesellschaft trifft es daher „besonders jene ungeschützt, die aufgrund körperlicher oder seelischer Schwächen verwundbar, durch ihre Familiensituation weniger flexibel und mobil als andere, aufgrund ihres Alters nicht mehr employable erscheinen. Arzt und Soziologe beobachten ein zunehmendes Leiden an dieser entfesselten Konkurrenzlogik und sollten hiervon öffentlich Zeugnis ablegen“ (Schultheis 2004, S. 64).

Wegen der Annahme, dass die herrschende ökonomische Theorie zudem nicht geschlechtsneutral ist, sondern im Wesentlichen auf androzentrischen Wert- und Weltvorstellungen beruht, gibt es mittlerweile auch Bestrebungen nach einer geschlechtersensiblen Wirtschaftsforschung. Herausfordernd dürfte es zunächst sein, das strategische Schweigen zu brechen; denn androzentrische Vorannahmen ökonomischer Theorien sind meist nicht explizit formuliert, sondern werden stillschweigend vorausgesetzt. Beiträge von Frauen zur Wirtschaft werden daher gemäß Mader und Schultheiss systematisch unterschätzt (vgl. Mader/Schultheiss 2011, S. 405–421). Es ist denkbar, dass dieses Defizit nicht nur aufgrund der

großen Anzahl von Frauen in ärztlichen und pflegerischen Berufen, sondern auch wegen der herausragenden Bedeutung der Fürsorge-Ethik³ im Gesundheitswesen besonders schwer wiegen könnte.

2.3 Chancen zur Annäherung durch Überwindung von Glaubenssätzen

Aufgrund gegebener gesundheitspolitischer Rahmensetzungen, die dem ökonomischen Mainstream folgen, sehen sich Ärzt*innen und Ökonom*innen im Berufsalltag mit einem grundsätzlichen Wertekonflikt zwischen ökonomischen Kalkülen und medizinethischen Aspekten konfrontiert (vgl. Slotala 2011, S. 58). Wird die Schilderung dieses Konfliktes ohne den Ausblick auf eine mögliche Weiterentwicklung ökonomischer Theorien und Modellannahmen oft genug gehört und wiederholt, kann er sich als Glaubenssatz verfestigen, d. h. als tiefe innere, nicht mehr hinterfragte Überzeugung, die sich als kategorische Generalisierung äußert (vgl. Migge 2014, S. 342–344). Auch für die Ökonomie und Ethik im Allgemeinen wird oft hartnäckig auf deren Unvereinbarkeit hingewiesen. Nach Homann kann das Modell, das dieser Argumentation zugrunde liegt, als Dualismus bezeichnet werden: „Das unternehmerische Handeln sieht sich zwei eigenständigen, nicht aufeinander zurückführbaren Anforderungen gegenüber, moralischen und ökonomischen, und die Akteure müssen sich zwischen diesen entscheiden“ (Homann 2007, S. 2). Dies führt dazu, die Probleme, die zwischen Medizin und Ökonomie auftreten, als statisch wahrzunehmen und gleichzeitig als unlösbar zu fixieren (vgl. Patrzek 2017, S. 51).

Hilfreich in derart festgefahrenen Situationen kann es sein, sich vor Augen zu halten, dass Probleme selten ohne Unterlass bestehen. Gerade die Ausnahmen sind es dann auch, die zur Annäherung genutzt werden können (vgl. Shazer/Dolan 2016, S. 25). So sind auch für den Deutschen Ethikrat die beiden Normsysteme einer dem Wohl der individuellen Patient*innen verpflichteten medizinischen Ethik und einer durch ökonomische Kriterien charakterisierten Marktsituation nicht prinzipiell einander entgegengesetzt: „Wettbewerb und eine ressourcenbewusste Versorgung können dem Patientenwohl durchaus dienlich sein, indem sie dazu beitragen, ärztliche Diagnostik und Therapie auf einen notwendigen und angemessenen Rahmen zu beschränken und etwa die Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität zu verbessern. [...] Zudem gehört der verantwortungsvolle Umgang mit knappen Ressourcen zu den ethischen Pflichten des Arztes“ (Deutscher Ethikrat 2016, S. 70). Auch für Maio sind Ökonomie und Medizin „nicht per se Antipoden, aber sie sind auch nicht deckungsgleich. Es geht folglich nicht um Ablehnung, sondern darum, die angemessene Übertragung, die richtige Passung zu finden“ (Maio 2014, S. 117).

Das Erkennen und die Offenlegung von Glaubenssätzen kann hilfreich sein, um Polarisierungen zu durchschauen, Impulse zur Weiterentwicklung ökonomischer Modellannahmen

3 „Feminine ethics include those theories which explore the behaviors of caring, nurturing, and building close relationships, attributes often ascribed to women. These are contrasted to ethical attributes ascribed to men and to male-centered ethical theories: the concerns for rights, justice, principles, and individual autonomy“ (Derry 2002, S. 81). Die sogenannten weiblichen Werte, wie Anteilnahme, Zuwendung, Fürsorge und das Denken und Handeln in Zusammenhängen, werden dabei als anerzogen angesehen und sind daher Männern ebenso zugänglich. Traditionell standen Erziehung und Pflege allerdings unter der Verantwortung von Frauen, weshalb die Fürsorge-Ethik mit Weiblichkeit assoziiert wird (vgl. Arndt 1996, S. 45 und S. 288–289). Auch das Bild der liebenden Frau war jahrhundertlang geprägt von ihrer Opferhaltung und der Verleugnung eigener Bedürfnisse zugunsten der Fürsorge für andere (vgl. Rosenberg 2016, S. 65).

für das Gesundheitswesen zu geben sowie Konflikten zwischen Vertreter*innen von Medizin und Ökonomie im Klinikalltag frühzeitig entgegenzutreten. Die Neigung, sich selbst als Verkörperung anzustrebender Werte zu sehen, den Konfliktgegner jedoch als Inbegriff von Fehlhaltungen, führt nicht selten zu einer Vermengung von Sach- und Beziehungsebene, wodurch die inhaltliche Auseinandersetzung mit Sachfragen in persönlichen Kränkungen unterzugehen droht (vgl. Schulz von Thun 2017b, S. 60–62).

3 Methoden

Zur Beantwortung der Forschungsfragen, wie sich strukturell angelegte Spannungsfelder im Klinikalltag niederschlagen und wie Akteur*innen diese handhaben, griffen die Autor*innen auf Einzelinterviews und ein Fokusgruppeninterview mit jeweils inhaltsanalytischer Auswertung sowie auf die phänomenologische Analyse zurück. In der Rückschau handelt es sich damit um eine Triangulation⁴ methodischer Zugänge, obwohl zu Beginn nur ein inhaltsanalytischer Fokus angedacht war. Die Erweiterung der Forschungsstrategie um die phänomenologische Analyse lässt sich als Entwicklung von einer szientifischen hin zu einer interpretativen Herangehensweise beschreiben.⁵ Diese trägt einer veränderten Forschungshaltung Rechnung, welche berücksichtigt, dass jedes Phänomen, jedes Erscheinen eines Gegenstandes, immer ein Erscheinen von etwas für jemanden darstellt (vgl. Zahavi 2007, S. 17–27).

Die vorliegende empirische Untersuchung folgte in einer zirkulären Strategie einem qualitativen Forschungsparadigma. Im Verlauf der Erhebung wurden die Sequenzen, Auswahl des Verfahrens, Auswahl der Person, Datenerhebung und Datenauswertung mehrmals durchlaufen, wobei der nächste Schritt jeweils von den Ergebnissen des vorherigen abhing (vgl. Witt 2001). Um die Intercoderreliabilität (vgl. Mayring 2010, S. 51) zu erhöhen, überprüften zwei der Autor*innen die Kategorisierung der Daten. Alle Autor*innen sind, wenn auch an unterschiedlichen Orten, im beschriebenen Konfliktfeld engagiert. Deswegen ist von einer besonders ausgeprägten Sensitivität, die auch als Befangenheit gedeutet werden könnte, auszugehen. Die Autor*innen suchten daher während des Auswertungsprozesses und vor der Publikation den fachlichen Austausch.⁶ Die Vorstellung der Ergebnisse in einem Forschungs-

4 Eine Triangulation trägt der Beobachtung Rechnung, dass der untersuchte Forschungsgegenstand auch von den zu seiner Untersuchung eingesetzten Methoden konstituiert wird. Nach Flick liegt das Ziel verschiedener qualitativer methodischer Zugänge darin, systematisch unterschiedliche Perspektiven zu verbinden und verschiedene Aspekte des untersuchten Gegenstandes zu thematisieren (Flick 2011, S. 11–23).

5 Auch wenn bei der Beschreibung von Forschungsprojekten die Unterscheidung zwischen quantitativer und qualitativer Forschung verbreitet ist, werden in der Literatur weitere Abgrenzungskriterien genannt, beispielweise hinsichtlich szientifischer und interpretativer (hermeneutischer) Herangehensweise. Nach Eberle sollten trotz der Präferenz von interpretativen Sozialforscher*innen für qualitative Verfahren interpretative Sozialforschung und qualitative Methoden nicht gleichgesetzt werden. Demnach verlaufe auch die Frontlinie weniger zwischen qualitativer und quantitativer Forschung, sondern zwischen Hermeneutik und Szientismus, wobei szientifische Forscher*innen auf ein Objektivitätsideal setzen, das die Subjektivität der beteiligten Forscher und die Kontextgebundenheit der Daten möglichst auszuschalten trachtet (vgl. Eberle 2007, S. 217–220).

6 Vgl. Thanner, M./Nagel, E./Hornung, R. (Vortrag): Verhärtete Fronten zwischen Medizin und Ökonomie: Brauchen wir eine neue Gesprächskultur zwischen Ärzten und Ökonomen? Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) und der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). Düsseldorf 16.-18.09.2019 sowie Thanner, M./Nagel, E./Hornung, R. (Poster): Ökonomie als Schwestertugend der Medizin? Mit dem Werte- und Entwicklungsquadrat nach Schulz von Thun von der Konfrontation zur konstruktiven Wirkung. 56. Jahrestagung

atelier zur Phänomenologie bot die Möglichkeit, konkrete Aspekte des Projektes zu präsentieren und vertieft im Plenum zu diskutieren.⁷

3.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Basierend auf einer Literaturrecherche wurde ein Gesprächsleitfaden entwickelt, der bei den Einzelinterviews und dem Fokusgruppeninterview zum Einsatz kam. Bei den Forschungsgesprächen handelte es sich um semistrukturierte Interviewsituationen mit offenen Fragestellungen. Die Gespräche wurden nach Zustimmung der jeweiligen Interviewpartner*innen auf Tonträger aufgezeichnet und danach wörtlich transkribiert. Die Transkription erfolgte in üblicher Schriftsprache, nicht in lautorientierter Dialektsprache (vgl. Bogner/Littig/Menz 2014, S. 42). Die so erhaltenen Texte ließen sich mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring auswerten. Nach Festlegung des Selektionskriteriums und des Abstraktionsniveaus wurden die Kategorien schrittweise induktiv aus dem Textmaterial heraus entwickelt. Kodiert wurden bedeutungstragende Phrasen innerhalb des gesamten Interview-Transkriptes (siehe Tabelle 1). Im Anschluss konnten im Sinn einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse Hauptkategorien gebildet werden (vgl. Mayring 2010).

Tab. 1: Methodisches Vorgehen der qualitativen Inhaltsanalyse

Fragestellungen	<ul style="list-style-type: none"> • Wie schlagen sich strukturell angelegte Spannungsfelder im Klinikalltag nieder? • Wie handhaben Akteur*innen diese Spannungsfelder?
Selektionskriterien (Kategorien)	<ul style="list-style-type: none"> • Negativ erlebte Auswirkungen von strukturell angelegten Spannungsfeldern • Strategien zum Umgang mit diesen Spannungsfeldern
Abstraktionsniveaus	<ul style="list-style-type: none"> • Konkrete Äußerung zu Spannungsfeldern im Klinikalltag • Konkrete Äußerung zum Umgang mit diesen Spannungsfeldern
Analyseeinheiten	<ul style="list-style-type: none"> • Kodiereinheit: Bedeutungstragende Phrasen • Kontexteinheit: Gesamtes transkribiertes Interview

3.2 Phänomenologische Analyse nach Eberle

Die inhaltsanalytische Auswertung alleine vermochte die bei der Analyse wahrgenommene Emotionalität aber nur unzureichend abzubilden. So ließen die Transkripte Wut, Ärger und Enttäuschung im Zusammenhang mit der Ökonomisierung erkennen. Zunehmend entstand der Eindruck, dass es bezüglich der Fragen, wie sich strukturell angelegte Spannungsfelder im Klinikalltag niederschlagen und wie Akteur*innen diese handhaben, möglicherweise gar nicht so sehr darauf ankommt, was gesagt, sondern wie es geäußert wurde.⁸ Daher trat nach

der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). Leipzig, digital 22.-24.09.2021.

7 Vgl. Thanner, M./Milojkovic, K./Hornung, R. (Vortrag): Verhärtete Fronten zwischen Medizin und Ökonomie: Gründe und Bedeutung aus der Sicht ehemaliger Chefärztinnen und Chefärzte in der Schweiz. 5. Schweizer Methodenfestival – Qualitative Forschungsmethoden, Forschungsatelier 3: Phänomenologie. Basel, Schweiz 16.-17.09.2016.

8 Bei der Suche nach einer geeigneten Forschungsmethode, um die wahrgenommenen Gefühlszustände in die Auswertung einzubeziehen, erwies sich folgender Hinweis im Zusammenhang mit der phänomenologischen Analyse als hilfreich: „In fact, the contents of what was witnessed were often of secondary importance in comparison with the extraordinary mode of those experiences“ (Eberle 2014b, S. 198).

dem inhaltsanalytischen Einstieg bei der Auswertung zunehmend der Beziehungsaspekt der Aussagen in den Vordergrund. Dieser hat außerordentlich große Bedeutung in der zwischenmenschlichen Kommunikation, weil er neben der kurzfristig gefühlsmäßigen Wirkung langfristig auch zum Selbstkonzept des Empfängers beiträgt und so nicht nur private Beziehungen, sondern auch das berufliche Leben, Arbeitsteilung und Kooperationsbereitschaft beeinflusst (vgl. Schulz von Thun 2017a, S. 180–184).

Aus diesem Grund erschien die Erweiterung des ursprünglichen Forschungsplans um die phänomenologische Analyse sinnvoll. Diese ermöglichte es, die eigene subjektive Erfahrung explizit als Instrument der Datenerhebung zu nutzen (vgl. Eberle 2014b, S. 184–202). Die wahrgenommenen Emotionen wurden dabei vor dem Hintergrund eines definierten Vorwissens zu Theorien des Konfliktmanagements nach Glasl (vgl. 2013), der gewaltfreien Kommunikation nach Rosenberg (vgl. 2016) sowie des Werte- und Entwicklungsquadrats nach Schulz von Thun (vgl. 2017b, S. 43–63) gedeutet. Das Vorgehen folgte demnach der Prämisse, dass die Sozialwelt im Gegensatz zur Naturwelt sinnhaft vorinterpretiert sei (vgl. Eberle 2010, S. 52). Es berücksichtigt zudem, dass die phänomenologische Analyse nicht nur eine Methode der Dateninterpretation darstellt, sondern bereits beginnt, bevor überhaupt empirisches Material erhoben wurde (vgl. Eberle 2014b, S. 184–202), „denn Forscher sind keine leeren Blätter und sie haben bewusst oder unbewusst ein theoretisches, aus ihrer persönlichen und professionellen Erfahrung gespeistes Vorverständnis“ (Dunkelberg 2005, S. 250).

4 Ergebnisse

4.1 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt nahmen 24 Fachärzt*innen der Gynäkologie und Geburtshilfe (bzw. Frauenheilkunde), welche ehemals oder aktuell eine chefärztliche Position in der Schweiz innehatten, an der empirischen Erhebung teil. 14 Gesprächspartner*innen hatten diese Position bereits mindestens einmal aufgegeben, 10 waren aktuell in dieser Position tätig. Es nahmen 17 männliche Ärzte und 7 Ärztinnen an der Befragung teil. Im Durchschnitt waren die ehemaligen Chefärzt*innen dienstälter als die aktuellen Chefärzt*innen.⁹ Als Quelle dieser Angaben dienten die online verfügbaren und öffentlich zugänglichen Einträge des Medizinalberuferegisters, welches vom Bundesamt für Gesundheit in der Schweiz herausgegeben wird.

4.2 Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse

Mittels qualitativer Inhaltsanalyse ließ sich ein Kategoriensystem mit Haupt- und Unterkategorien entwickeln (siehe Tabelle 2). Dieses zeigt auf, wie sich strukturell angelegte Spannungsfelder zwischen Medizin und Ökonomie im Klinikalltag niederschlagen und welche Strategien betroffene Akteur*innen verfolgen, um mit den negativen Auswirkungen umzugehen.

⁹ Im Durchschnitt erlangten die ehemaligen Chefärzt*innen im Jahr 1987 das ärztliche Diplom und im Jahr 1994 die fachärztliche Reife, im Vergleich dazu die aktuellen Chefärzt*innen durchschnittlich in den Jahren 1992 und 2000.

Tab. 2: Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse

Forschungsfragen	Hauptkategorien
Wie schlagen sich strukturell angelegte Spannungsfelder im alltäglichen Arbeitsfeld von Chefärzt*innen nieder?	<ul style="list-style-type: none"> • Unterkategorien
	Primat der Ökonomie vor der Medizin
	<ul style="list-style-type: none"> • Fragwürdige Anreize • Abwertung der ärztlichen Leistung
Wie handhaben Akteur*innen diese Spannungsfelder im Klinikalltag?	Zunehmende administrative Belastung von Ärzt*innen
	Konflikte zwischen Ärzt*innen und Vertreter*innen der Ökonomie
	Förderung des gegenseitigen Verständnisses
	<ul style="list-style-type: none"> • Anerkennung der Bedeutung der Medizinethik für die ärztliche Berufsidentität • Anerkennung, dass sich auch Vertreter*innen der Ökonomie nur innerhalb gegebener gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen bewegen • Erkennen von entwertenden Übertreibungen, d. h. mögliche negative Auswirkungen von „zu viel Ökonomie“ oder von „zu viel Fürsorge“
	Förderung einer respektvollen Gesprächskultur
	Stärkung der Kooperation bei gleichzeitiger Konzentration auf die jeweiligen beruflichen Stärken

Demnach schlagen sich aktuelle gesundheitspolitische Rahmenbedingungen als Primat der Ökonomie vor der Medizin im Klinikalltag nieder. Betroffene müssen sich mit fragwürdigen Anreizen auseinandersetzen, die medizinischen oder medizinethischen Anforderungen zuwiderlaufen. Gleichzeitig kann der Vorrang ökonomischer Zielsetzungen als Abwertung der ärztlichen Leistungen erlebt werden, die sich auch in Statusverlusten innerhalb der Klinikhierarchie widerspiegeln. Führen spezielle Dokumentationsanforderungen für Vergütungssysteme zu einem administrativen Mehraufwand seitens patientennaher Berufsgruppen, birgt dies zusätzliches Konfliktpotential.

Bei den gegebenen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, mit denen alle Akteur*innen in Krankenhäusern umgehen müssen, kann die Förderung des gegenseitigen Verständnisses durch Wissenserweiterung über die eigenen Fachgrenzen hinaus und Vertrauensaufbau hilfreich sein. Dies bedeutet für Vertreter*innen der Ökonomie anzuerkennen, dass medizinethische Anforderungen essentielle Bestandteile ärztlicher Berufsidentität darstellen. Umgekehrt ist es hilfreich, sich bewusst zu machen, dass Vertreter*innen der Ökonomie in Krankenhäusern nur innerhalb gesundheitspolitischer Rahmensetzung agieren und dass es auf beiden Seiten auch Übertreibungen mit jeweils negativen Auswirkungen geben kann. Das Pflegen einer respektvollen Gesprächskultur, die von Wertschätzung der jeweiligen beruflichen Stärken zeugt, kann im Klinikalltag die berufliche Kooperation zwischen Ärzt*innen und Vertreter*innen der Ökonomie fördern. Die Tabellen 3 und 4 zeigen je ein Beispiel zur Kategorienentwicklung.

Tab. 3: Beispiel zur Kategorienentwicklung der qualitativen Inhaltsanalyse („Fragwürdige Anreize“)

Bedeutungstragende Phrasen der Hauptkategorie „Primat der Ökonomie“, Unterkategorie „Fragwürdige Anreize“

„Ich finde es schlimm, dass ich als Arzt an ökonomischen Zahlen gemessen werde, z.B. wie viel stationäre Fälle, wie viel ambulante Fälle. Aber es gibt keine Messung, wie viel Bäume schwierig waren, dass ich keinen Infekt gehabt habe, keine Läsionen. Also, diese Zahlen kann man nicht so einfach erheben. Die anderen Zahlen sind einfach hinterlegt und man kann sie auf Knopfdruck raus lassen. Das finde ich frustrierend. Es gibt keine Zahl, wie oft bin ich nachts aufgestanden oder wie viele Operationen hast du vermeiden können mit konservativen Therapien und damit eigentlich billiger bist für das ganze Gesundheitswesen. Aber für deine Abteilung ist es Schwachsinn, wenn du die Operationen nicht gemacht hast. Aber für das Ganze gesehen ist es der bessere Weg.“ (Fokusgruppe 1)

„Wir kommen nicht um die Budgetverhandlungen herum, aber wir kommen ja auch nicht um die Ethik herum. Für uns ist das immer eine Gratwanderung: Was kann ich ethisch vertreten und wo stehe ich dahinter. Auf der anderen Seite frage ich mich, wie kann ich meine Klinik am Laufen halten, wie finanziere ich meine Assistenzärzte, die ich gerne ausbilden möchte, wie finanziere ich den nächsten Oberarzt und wie decke ich die Dienste ab. Mit dieser Last gehen wir Ärzte abends ins Bett und denken: War es korrekt, die Operation nicht durchzuführen? Ja, auf der einen Seite für die Frau schon. Aber auf der anderen Seite stehe ich als Klinikchef da und denke bei der nächsten Budgetverhandlung: Oh Mist, schon wieder 10 gynäkologische Fälle weniger. Natürlich schau ich in den Spiegel und sage: Medizinisch hast du alles richtiggemacht, aber dann stehe ich bei der nächsten Budgetverhandlung da und schlucke, hoffentlich streichen sie dir die Stellen nicht.“ (Fokusgruppe 3)

„Tut man ambulant, muss man stationär, weil 5-faches vom Preis. Genau das gleiche. Medizinisch überhaupt nicht nötig! Aber man macht es aus ökonomischen Gründen und sagt den Patienten: „Für Ihre Sicherheit müssen wir das machen“, wo man noch vor drei Jahren gesagt hat: Ja, nein, schauen Sie, Sie müssen doch nicht hier im Spital bleiben. So ist das geworden. Das ist Ökonomie! [...] Ich glaube, ein Beispiel, das man gerade anführen kann, sind die Entwicklungen mit den DRG, die wir hatten. Früher hat man ambulante Eingriffe eigentlich gefördert. Heute darf man sie nicht mehr machen, weil sie eigentlich nicht die Fallpauschalen auslösen und damit mehr Geld bringen. Und das kann es doch nicht sein schlussendlich, dass sich die Medizin nach der Ökonomie richten muss - sondern irgendwo sollte man auch noch den Patienten in den Mittelpunkt stellen.“ (Einzelinterview 7)

Tab. 4: Beispiel zur Kategorienentwicklung der qualitativen Inhaltsanalyse („Abwertung der ärztlichen Leistung“)

Bedeutungstragende Phrasen der Kategorie „Primat der Ökonomie“, Unterkategorie „Abwertung der ärztlichen Leistung“

„Letztendlich müssen [die Ökonom*innen] kapieren - obwohl ich das immer konkret sage, obwohl wir [Ärzt*innen] alle das eigentlich zu den Ökonomen sagen - dass letztendlich wir diejenigen sind, die das Geld reinholen und dadurch auch deren Verdienst oder deren Gehalt von den Patienten und von den Ärzten bezahlt wird. Und diese Einsicht gibt es nicht mehr. Die Sicht ist ganz klar ganz, ganz, ganz weit weg von dem. Also, die Direktoren, die nicht Mediziner sind, sondern Ökonomen, haben das Gefühl, wir Ärzte sind mehr oder weniger arbeitende Hämsterchen - und mehr auch nicht. Und das ist nicht richtig. Das ist überhaupt nicht richtig.“ (Einzelinterview 6)

„Ökonomen wissen nicht, was Doktoren machen. Also, die sehen das nicht, die sehen den Einsatz nicht. [...] Die sehen nicht, wie lange es braucht, die Fähigkeiten zu erhalten, die es für die Ausübung dieses Berufes braucht, was für einen Einsatz es braucht, was für Enttäuschungen, dann auch, welche Dramen man erleben muss. [...] Also, ich finde wir brauchen dringend wieder mehr Respekt vor klinisch tätigen Menschen, also sprich vor Ärzten – ich finde der Respekt hat nachgelassen für das, was wir Ärzte [leisten] für das lange Studium, die lange Ausbildung und Einsatz - und nicht um 5 Uhr den Bleistift fallen lassen - sondern wir engagieren uns.“ (Einzelinterview 12)

„[Die Ökonom*innen] haben noch nicht gemerkt, wie viel ein Arzt oder ein Chefarzt leistet, auf wie viel er auch verzichten muss, Probleme familiärer Natur, aber auch Freizeit im Interesse der Gesundheit seiner Patientinnen oder der Umgebung vom Spital, die von ihm einfach abhängig sind. [...] Es ist einfach ein Opfer, wegen der zusätzlichen Arbeit die man [als Arzt] macht und auch für die Familie ist es nicht immer leicht - und darum müssten sie [die Ökonomen] einfach mal anerkennen, dass diese Leute etwas Besonderes sind und nicht einfach meinen, dass sie sowieso zu viel verdienen und auch in der Nacht verdienen. [...] Das ist im Prinzip eine falsche Idee, die drinsitzt und die man einfach endlich einmal entfernen sollte aus diesen Gehirnen.“ (Einzelinterview 13)

4.3 Ergebnisse der phänomenologischen Analyse

Die Überwindung der reinen Aussagenlogik der Interviewtranskripte erlaubte es, zu einem erweiterten Verständnis des Untersuchungsgegenstandes zu gelangen. Demnach muss in Betracht gezogen werden, dass strukturelle Spannungsfelder, die gesundheitspolitisch angelegt sind und sich im Klinikalltag zwischen Vertreter*innen von Medizin und Ökonomie niederschlagen, jenseits sachlicher Differenzen Konfliktpotential bergen. Auffällig bei der Auswertung der Transkripte war die emotionale Sprache, mit welcher die Interviewpartner*innen ihre aktuelle Ablehnung der Ökonomisierung zum Ausdruck brachten:¹⁰ Es ließen sich Wut, Enttäuschung und Frustration in den Äußerungen erkennen. Auch im Berufsalltag werden die Wirkungen unseres verbalen und nonverbalen Verhaltens als Effekte für unsere Gesprächspartner unmittelbar erfahrbar.¹¹ Charakteristisch für Konfliktsituationen ist dabei, dass sich die Gegenpartei verkannt, abgewiesen oder negiert fühlt (vgl. Glasl 2013, S. 40–41).

Die phänomenologische Analyse ermöglichte es, diese subjektiven Erfahrungen explizit als Instrument der Datenerhebung zu nutzen (vgl. Eberle 2014b, S. 184–202). Besonderes Augenmerk lag bei der Auswertung auf moralischen Urteilen, denn wo geurteilt wird, enden nach Frede meist Anteilnahme und Zuwendung. Gesprächspartner spüren die abwertende Haltung hinter den Worten, mit denen sie beschrieben werden und bemerken die mangelnde Wertschätzung ihrer Person (vgl. Frede 2018, S. 14–16). Schnell werden so aus strukturellen Zumutungen tatsächliche Kränkungen am Arbeitsplatz, die mit Empörung, Ärger, Groll, Bedauern oder Scham verbunden sein können (vgl. Wardetzki 2016, S. 19). Auch das Anstellen von Vergleichen kann als eine Form von Verurteilung gesehen werden: Menschen in Schubladen zu stecken, führt zu einer Art des Denkens, das die Ursache des Konfliktes allein dem Fehlverhalten des Gegners zuschreibt und so den eigenen Blick für die Annäherung verstellt (vgl. Rosenberg 2016, S. 31–32).

Aus Sicht der Ärzt*innen werden durch die Ökonomisierung Werte verletzt, welche zur ärztlichen Berufsidentität gehören (vgl. Wardetzki 2016, S. 76). Aus ökonomischer Perspektive mag es, insbesondere für Ökonom*innen, die ursprünglich aus anderen Branchen stammen, eine neue oder verstörende Erfahrung sein, dass ihre Arbeit im Gesundheitswesen eher als grenzüberschreitende Einmischung, denn als hilfreich erlebt wird. Wenn ärztliche Interviewpartner*innen äußern, dass sich der Businessgedanke im Gesundheitswesen „eingenistet“¹² habe oder eine Klinikführung als „ökonomiebelastet“¹³ beschrieben wird, lässt sich die mögliche Irritation seitens Vertreter*innen der Ökonomie auch nachvollziehen; denn wer sieht sich selbst schon gerne als Fremdkörper oder als Belastungsfaktor im Arbeitsprozess? Vertreter*innen der Ökonomie müssen sich demnach, jenseits von formal geklärten Funktionen und Positionen, ihren Platz an der Seite der Medizin erst erarbeiten. Dies führt möglicherweise zu Irritationen und löst bestenfalls kritische Selbstreflexion im ökonomischen Handeln aus.

10 Sowohl in den Einzelinterviews als auch in der Fokusgruppe wurden negative Gefühle hinsichtlich der Ökonomisierung des Gesundheitswesens zum Ausdruck gebracht. Trotz des möglicherweise disziplinierenden Effektes der Gruppendiskussion (vgl. Geyer 2003, S. 83) wählten die Diskussionsteilnehmer der Fokusgruppe emotionale Ausdrücke wie „das finde ich frustrierend“, „das kann doch nicht sein“ oder „ich finde ein System schlimm, wenn“.

11 Während wir direkten Zugriff auf unsere eigenen Erlebnisse und Erfahrungen haben, können wir jene anderer Personen nur indirekt erschließen. Die eigene Lebenswelt benutzen wir dabei als Verstehensressource, wobei in der Interaktionssituation andere wiederum auf unsere Deutungen reagieren, wenn wir sie kommunikativ erkennbar machen (vgl. Eberle 2014a, S. 143–159).

12 Einzelinterview 7

13 Fokusgruppeninterview

Strukturell angelegte Spannungsfelder, die sich im Alltag der Betroffenen entladen, halten für beide Seiten, Medizin wie Ökonomie, Zumutungen und Herausforderungen bereit. Wenn nämlich Empörung, Wut und Ärger auch verbal Ausdruck verliehen wird, lässt sich die Beziehungsebene augenblicklich vergiften – ein Wort ergibt das andere und die Konfliktparteien verstricken sich in endlosen, gegenseitigen Vorwürfen (vgl. Thiele 2019, S. 24–26). Dies stellt eine denkbar schlechte Ausgangsbasis für gegenseitiges Verständnis oder arbeitsteilige Kooperationen dar. Zumindest aber steht sie im Widerspruch zur Methode des sachbezogenen Verhandeln, die ohne Tricks und Imponiergehabe hart in der Sache, aber weich gegenüber den Menschen sein will. Oft beharren Verhandlungspartner ja nicht nur deshalb auf ihren Positionen, weil der Gegenvorschlag völlig inakzeptabel wäre, sondern weil sie gegenüber der Gegenseite das Gefühl der Erniedrigung bzw. des Klein-Beigebens vermeiden wollen. Gelingt es jedoch, kommunikative Fallstricke zu durchschauen und die Sachlage jenseits von Zugeständnissen begrifflich zu fassen, können sich auch Chancen für eine insgesamt förderliche Übereinkunft eröffnen (vgl. Fisher/Ury/Patton 2004, S. 19–90).

Auch unsere Interviewpartner*innen brachten den Willen dazu zum Ausdruck, denn „es braucht Medizin und Ökonomie“¹⁴. Hilfreich bei der Handhabung strukturell angelegter Spannungsfelder im Klinikalltag kann sein, mögliche entwertende Übertreibungen sowohl im Ökonomischen als auch im Medizinischen zu erkennen. Nach Schulz von Thun kann jeder Wert nur dann seine konstruktive Wirkung entfalten, wenn er sich in ausgehaltener Spannung zu einem positiven Gegenwert, einer Schwestertugend, befindet. Ohne diese Balance verkommt ein Wert zu seiner entwertenden Übertreibung. Das Werte- und Entwicklungsquadrat kann helfen, polarisierende Diskussionen zu durchschauen, von Vorwürfen Abstand zu nehmen sowie Lern- und Entwicklungspotenziale beider Konfliktparteien zu veranschaulichen (vgl. 2017b, S. 43–63).

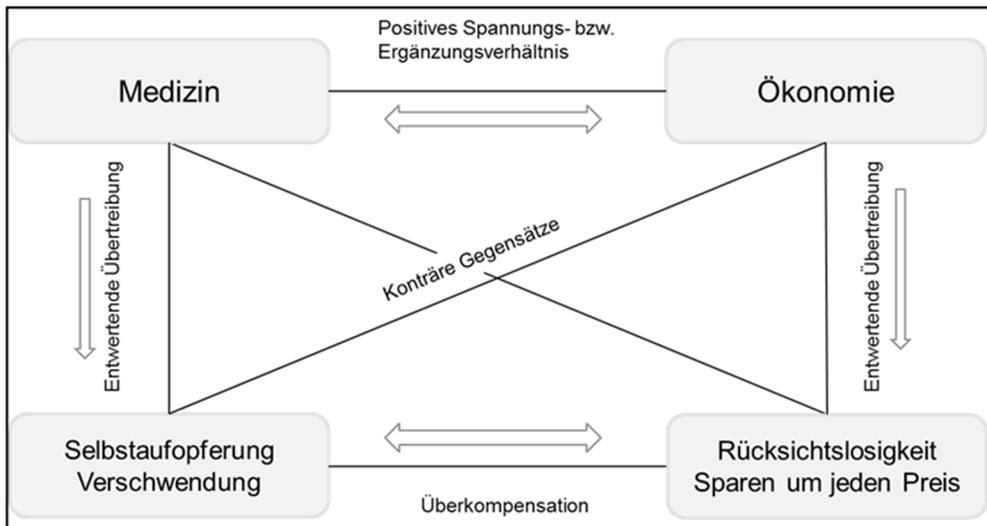


Abb. 1: Werte- und Entwicklungsquadrat im Gesundheitswesen. Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an die allgemeine Struktur des Werte- und Entwicklungsquadrats nach Schulz von Thun (vgl. 2017b, S. 43–63)

So können die einseitige Betonung des Fürsorgeprinzips auf Seiten der Ärzt*innenschaft sowie übermäßige Effizienzbestrebungen im Namen der Ökonomie zu Konflikten zwischen den beiden Berufsgruppen führen. Chancen zur Annäherung bestehen jedoch, wenn es gelingt, „Sparen um jeden Preis“ und Rücksichtslosigkeit als entwertende Übertreibungen des ökonomischen Prinzips zu erkennen. Zudem ist es wichtig, mögliche negative Effekte einer ärztlichen Überbewertung des Fürsorge-Prinzips, z.B. Selbstaufopferung der im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen sowie Verschwendung von Ressourcen, deutlich zu machen. Abbildung 1 zeigt ein mögliches Werte- und Entwicklungsquadrat für das Verhältnis von Medizin und Ökonomie.

5 Diskussion

Die vorliegende Untersuchung zeigt, wie sich strukturell angelegte Spannungsfelder im Klinikalltag niederschlagen und wie Betroffene damit umgehen. Gesundheitspolitische Rahmensetzungen, die von den Akteur*innen letztlich als Fehlanreize wahrgenommen werden, können jenseits sachlicher Differenzen zwischen Medizin und Ökonomie Konfliktdynamiken bergen. Dies hält für beide Seiten Zumutungen und Herausforderungen bereit.

Die Arbeit ist damit im Zentrum der bereits von Porter und Guth kritisierten Konfrontationsstellung zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen im Gesundheitswesen angesiedelt (vgl. Porter/Guth 2012, S. 7–28). Auch Wehkamp und Naegler wiesen bei der Auswertung ihres Interviewmaterials darauf hin, dass die Aussagen der Gesprächspartner „deutlich emotional gefärbt“ (Wehkamp/Naegler 2017, S. 798) waren. Im Vergleich zu jener Erhebung stellt die Wahrnehmung der Emotionalität in der vorliegenden Untersuchung aber nicht das Ende, sondern den Ausgangspunkt für die weitergehende phänomenologische Analyse dar. Sie ist damit durch das Spannungsfeld zwischen einem wissenschaftlichen Objektivitätsideal und der erlebten, subjektiven Betroffenheit der Autor*innen charakterisiert, welche selbst im Konfliktfeld engagiert sind.

Limitierend auf die Interpretation der Forschenden könnte damit eine besonders ausgeprägte Sensitivität oder Befangenheit wirken, obwohl der interdisziplinäre Austausch im Fachpublikum gesucht wurde. Zudem verleihen die verbreiteten Verfahren der akribischen Transkription von Interviews und der Analyse von schriftlich fixierten Daten den Aussagen eine Objektivität, die der Alltagsverstand relativiert; denn dabei handelt es sich um situativ erzeugte Äußerungen, die Interviewte im Nachgang überdenken könnten und dann zu treffenderen Aussagen kommen (vgl. Eberle 2014a, S. 155). Diese Chance des weitergeführten Gesprächs, beispielsweise durch Rückmeldung an die beteiligten Interviewpartner*innen, um die Befunde zu validieren, wurde in der vorliegenden Untersuchung letztlich aus forschungspragmatischen Gründen nicht genutzt.

Dadurch besteht die Gefahr, dass strukturelle Ursachen und Bedingungen für Konflikte in zu großem Ausmaß als reine Kommunikationsstörungen zwischen Akteur*innen im Feld gedeutet werden. Offen bleibt, ob die daraus abgeleiteten Lösungsvorschläge (z.B. Wertequadrat nach Schulz von Thun oder gewaltfreie Kommunikation nach Rosenberg) auf die strukturellen Ursachen, die in gesundheitspolitischen Rahmensetzungen liegen, zurückwirken können, oder ob lediglich Symptome bekämpft werden. Kontextwissen und eigene Erfahrung würden so ins Leere laufen und die unbefriedigende Situation perpetuieren.

Dabei ist unstrittig, dass Wege hin zu einem besseren Verständnis beschritten werden sollten, um Vorurteile und Missverständnisse zwischen Medizin und Ökonomie abzubauen. Das Erwerben von fächerübergreifender Kompetenz, Respekt und gegenseitige Wertschät-

zung sind die Basis dafür. Empfehlungen, Ärzt*innen sollten die ökonomische Sprache schon allein aus verhandlungstaktischen Gründen erlernen, um eigenen Forderungen innerhalb der Klinikhierarchie mehr Nachdruck zu verleihen, dürften diesbezüglich aber eher kontraproduktiv wirken, denn Kooperation als Prozess gemeinsamen Arbeitens und verteilten Wissens der verschiedenen Professionen ist ohne Vertrauen kaum denkbar (vgl. Wehner/Vollmer 2018, S. 31–40). Mehr Wertschätzung für die eigene Profession einzufordern, ist ein legitimes Anliegen. Es birgt jedoch dann Gefahren, wenn die Forderung nach größerer Wertschätzung für die eigene Profession mit der Abwertung anderer Berufsgruppen verbunden ist.

Die Herausforderungen und Zumutungen der herrschenden ökonomischen Theorie treten aktuell im Gesundheitswesen besonders deutlich hervor: Das Spannungsverhältnis von Fürsorge und Effizienzbestrebungen ohne Augenmaß zeigt sich in eindrücklicher Weise. Zahlreiche Reformbestrebungen der Politik verpuffen oder führen zu Interventionsspiralen mit negativen Effekten: Die Kosten steigen, die Unzufriedenheit der Beschäftigten wächst und die Patient*innen fühlen sich im wahrsten Sinne des Wortes verkauft. In dieser Situation sollten Vertreter*innen von Medizin und Ökonomie im Arbeitsalltag darauf bedacht sein, Entscheidungen konsequent hinsichtlich wirtschaftlicher und gesundheitspolitischer Rationalitäten zu trennen, damit die Ökonomie nicht zum Sündenbock für unliebsame Entscheidungen in der Gesundheitspolitik verkommt.

6 Fazit

Eine erfolgreiche Gestaltung des Gesundheitswesens der Zukunft bedarf neben der Auseinandersetzung mit Sachargumenten, um richtige gesundheitspolitische Weichen zu stellen, zugleich eines umsichtigen Konfliktmanagements, das im Klinikalltag der wechselseitigen Aufeinanderbezogenheit von Handlungen und Äußerungen Rechnung trägt und so Arbeitsteilung und Kooperation fördert.

Anstatt Medizin und Ökonomie als unvereinbare Gegensätze zu betrachten, gilt es, entwertende Übertreibungen zu erkennen und auch klar zu benennen. Voraussetzung dafür ist freilich ein Forschungsklima, das es auch Ökonom*innen erlaubt, mögliche negative Effekte von wettbewerblichen Strukturen im Gesundheitswesen überhaupt erst in Betracht zu ziehen oder über Alternativen zur herrschenden ökonomischen Theorie nachzudenken, ohne von vorneherein in der eigenen Zunft diskreditiert zu sein. Neben einem Beitrag zur Pluralität innerhalb der Wirtschaftswissenschaften lassen sich so vielleicht auch Zugänge für Reformoptionen entwickeln, die besser zum Gesundheitswesen passen als solche, die strikt dem Paradigma der herrschenden ökonomischen Theorie verhaftet bleiben.

Ausgangspunkt für eine Weiterentwicklung jenseits ideologischer Grabenkämpfe könnte das Eingeständnis sein, dass in der herrschenden ökonomischen Lehre Geburt, Tod, Krankheit, Abhängigkeit und Beziehung bisher zu wenig Beachtung fanden (vgl. Gubitzer 2007, S. 33–72) – also gerade diejenigen Phänomene ausgeklammert werden, welche Dreh- und Angelpunkt des Gesundheitswesens sind. Jenseits negativer Konnotationen birgt die Ökonomisierung dadurch neben augenscheinlicher Zumutungen auch Lern- und Entwicklungspotentiale für Vertreter*innen von Medizin und Ökonomie.

Literatur

- Ankowitzsch, E. (2013): Vertrauen über Jahrzehnte weggespart. In: Deutsches Ärzteblatt, 110. Jg., H. 42, S. A1940.
- Arndt, M. (1996): Ethik denken – Maßstäbe zum Handeln in der Pflege. Stuttgart/New York.
- Bergmann, J. (2011): Ökonomisierung des Privaten? Aspekte von Autonomie und Wandel der häuslichen Privatheit. Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-93487-7>
- Binder, S. (1999): Effizienz durch Wettbewerb im Gesundheitswesen. Gesundheitssystemsteuerung durch wettbewerbsorientierte Anreize im Bereich der Leistungserbringung. Bayreuth.
- Bogner, A./Littig, B./Menz, W. (2014): Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-19416-5>
- Borasio, G.D./Putz, W./Eisenmenger, W. (2003): Verbindlichkeit von Patientenverfügungen gestärkt. Vormundschaftsgericht soll in Konfliktlagen entscheiden. In: Deutsches Ärzteblatt, 100. Jg., H. 31–32, S. A2062–A2065.
- Borgetto, B. (2006): Ökonomisierung, Verwissenschaftlichung und Emanzipation. Die Reformen im deutschen Gesundheitswesen und das Rollengefüge von Arzt und Patient. In: Sozialer Sinn, 7. Jg., H. 2, S. 231–250. <https://doi.org/10.1515/sosi-2006-0204>
- Breyer, F. (2008): Die Chancen der Sozialen Marktwirtschaft und die Rolle der Ökonomen. In: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, 9. Jg., H. 2, S. 125–138. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2516.2008.00265.x>
- Derry, R. (2002): Feminist theory and business ethics. In: Frederick, E.F. (Hrsg.): A Companion to Business Ethics. Oxford/Malden, S. 81–87.
- Deutscher Ethikrat (Hrsg.) (2016): Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme. Berlin.
- Dietz, A. (2011): Ökonomisierung von Krankenhaustätigkeit – Chancen, Grenzen und Risiken einer marktorientierten Medizin. In: Ethik in der Medizin, 23. Jg., H. 4, S. 263–270. <https://doi.org/10.1007/s00481-011-0164-6>
- Dunkelberg, S. (2005): Wie gut ist eine qualitative Studie? 10 hilfreiche Fragen für den Leser von Aufsätzen. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 81. Jg., H. 6, S. 248–252. <https://doi.org/10.1055/s-2005-836620>
- Eberle, T.S. (2007): Die Crux mit der Überprüfbarkeit sozialempirischer Forschung. Forschungspragmatik vs. laborierte methodologische Gütestandards. In: Erwägen, Wissen, Ethik, 18. Jg., H. 2, S. 217–220.
- Eberle, T.S. (2010) Phänomenologische Lebensweltanalyse und sozialwissenschaftliche Methodologie. In: Staudigl, M. (Hrsg.): Alfred Schütz und die Hermeneutik. Konstanz, S. 47–77.
- Eberle, T.S. (2014a): Subjektive Erfahrung, intersubjektive Verständigung und Sozialität. Phänomenologische Erörterungen. In: Pofertl, A./Schröer, N. (Hrsg.): Wer oder was handelt? Zum Subjektverständnis der hermeneutischen Wissenssoziologie. Wiesbaden, S. 143–159. https://doi.org/10.1007/978-3-658-02521-2_8
- Eberle, T.S. (2014b): Phenomenology as a Research Method. In: Flick, U. (Hrsg.): The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis. Los Angeles, S. 184–202. <https://doi.org/10.4135/9781446282243.n13>
- Enste, D.H./Haferkamp, A./Fetchenhauer, D. (2009): Unterschiede im Denken zwischen Ökonomen und Laien – Erklärungsansätze zur Verbesserung der wirtschaftspolitischen Beratung. In: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, 10. Jg., H. 1, S. 60–78. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2516.2008.00294.x>
- Erlei, M./Leschke, M./Sauerland, D. (1999): Neue Institutionenökonomik. Stuttgart.
- Falk, A. (2003): Homo Oeconomicus versus Homo Reciprocans: Ansätze für ein neues Wirtschaftspolitisches Leitbild? In: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, 4. Jg., H. 1, S. 141–172. <https://doi.org/10.1111/1468-2516.t01-1-00011>
- Fisher, R./Ury, W./Patton, B.M. (2004): Das Harvard-Konzept. Der Klassiker der Verhandlungstechnik. Frankfurt/New York.

- Flick, U. (2011): Triangulation. Eine Einführung. Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-92864-7>
- Frede, U. (2018): Leiden bei chronischem Schmerz. In: *Bioethica Forum. Schweizer Zeitschrift für Biomedizinische Ethik*, 11. Jg., H. 1, S. 14–16. <https://doi.org/10.24894/BF.2018.11004>
- Geyer, S. (2003): *Forschungsmethoden in den Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung in die empirischen Grundlagen*. Weinheim/München.
- Glasl, F. (2013): *Konfliktmanagement. Ein Handbuch für Führungskräfte, Beraterinnen und Berater*. Bern.
- Grönemeyer, D. (2003): *Mensch bleiben. High-Tech und Herz – eine liebevolle Medizin ist keine Utopie*. Freiburg/Basel/Wien.
- Gubitzer, L. (2007): Was hat der Schumpetersche Unternehmer mit den Desperate Housewives zu tun? In: Grisold, A./Gubitzer, L./Pirker, R. (Hrsg.): *Das Menschenbild in der Ökonomie. Eine verschwiegene Voraussetzung*. Wien, S. 33–72.
- Hillienhof, A. (2021): Krankenhäuser. Wettbewerb wichtig für Versorgungsqualität. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 118. Jg., H. 37, S. A1620.
- Homann, K. (2007): *Moral oder ökonomisches Gesetz?* Halle.
- Homann, K./Blome-Drees, F. (1992). *Wirtschafts- und Unternehmensethik*. Göttingen.
- Jörg, J. (2015): Berufsethos kontra Ökonomie. Haben wir in der Medizin zu viel Ökonomie und zu wenig Ethik? Berlin/Heidelberg.
- Kubon-Gilke, G. (2011): *Außer Konkurrenz. Sozialpolitik im Spannungsfeld von Markt, Zentralsteuerung und Traditionssystemen*. Marburg.
- Kühn, H. (2004): Wettbewerb im Gesundheitswesen? In: *Westfälisches Ärzteblatt*, 6. Jg., S. 8–10.
- Leven, K.H. (1999): Der hippokratische Eid im 20. Jahrhundert. In: Toellner, R./Wiesing, U. (Hrsg.): *Geschichte und Ethik in der Medizin. Von den Schwierigkeiten einer Kooperation. Dokumentation der Jahresversammlung des Arbeitskreises Medizinischer Ethik-Kommissionen in der Bundesrepublik Deutschland*. Stuttgart, S. 111–129.
- Lown, B. (2003): *Die verlorene Kunst des Heilens. Anleitung zum Umdenken*. Stuttgart.
- Mader, K./Schultheiss, J. (2011): Feministische Ökonomie – Antworten auf die herrschenden Wirtschaftswissenschaften? In: *Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft*, 41. Jg., H. 3, S. 405–421. <https://doi.org/10.32387/prokla.v41i164.6>
- Maio, G. (2012): Ärztliche Hilfe als Geschäftsmodell? Eine Kritik der ökonomischen Überformung der Medizin. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 109 Jg., H. 16, S. A804–A807. <https://doi.org/10.1515/9783110504583-015>
- Maio, G. (2014): *Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft*. Berlin.
- Marckmann, G./Mayer, F. (2009): Ethische Fallbesprechungen in der Onkologie. Grundlagen einer prinzipienorientierten Falldiskussion. In: *Der Onkologe*, 15. Jg., H. 10, S. 980–988. <https://doi.org/10.1007/s00761-009-1695-z>
- Mayring, P. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim/Basel. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92052-8_42
- Migge, B. (2014): *Handbuch Coaching und Beratung. Wirkungsvolle Modelle, kommentierte Falldarstellungen, zahlreiche Übungen*. Weinheim/Basel.
- Nagel, E. (2002): Nächstenliebe und Mitmenschlichkeit. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 99. Jg., H. 25, S. A1730–A1732.
- Oberender, P./Hebborn, A./Zerth, J. (2002): *Wachstumsmarkt Gesundheit*. Stuttgart.
- Pahl, H. (2011): Textbook Economics: Zur Wissenschaftssoziologie eines wirtschaftswissenschaftlichen Genres. In: *PROKLA. Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft*, 41. Jg., H. 3, S. 369–387. <https://doi.org/10.32387/prokla.v41i164.3>
- Patrzek, A. (2017): *Systemisches Fragen. Professionelle Fragetechnik für Führungskräfte, Berater und Coaches*. Wiesbaden.
- Porter, M.E./Guth, C. (2012): Defizite des deutschen Gesundheitssystems. In: Porter, M.E./Guth, C. (Hrsg.): *Chancen für das deutsche Gesundheitssystem. Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen*. Berlin/Heidelberg, S. 7–28. https://doi.org/10.1007/978-3-642-25683-7_2
- Rixen, S. (2010): Rationierungen im Leistungsrecht. In: Fischer, M.G./Meyer, S. (Hrsg.): *Gesundheit und Wirtschaftswachstum. Recht, Ökonomie und Ethik als Innovationsmotoren für die Medizin*. Berlin/Heidelberg, S. 51–61. https://doi.org/10.1007/978-3-642-11585-1_4

- Rolle, R. (2005): Homo oeconomicus. Wirtschaftsanthropologie in philosophischer Perspektive. Würzburg.
- Rosenberg, M.B. (2016): Gewaltfreie Kommunikation. Eine Sprache des Lebens. Paderborn.
- Rouillon, R. (2018): Hin zu besseren Tarifen und Resultaten. In: Competence (H+ Hospital Forum), 82. Jg., H. 9, S. 1.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Köln.
- Schimmelpfeng-Schütte, R. (2010): Innovationshemmnisse in der sozialgerichtlichen Praxis. In: Fischer, M.G./Meyer, S. (Hrsg.): Gesundheit und Wirtschaftswachstum. Recht, Ökonomie und Ethik als Innovationsmotoren für die Medizin. Berlin/Heidelberg, S. 63–73. https://doi.org/10.1007/978-3-642-11585-1_5
- Schultheis, F. (2004): Der Soziologe, der Arzt und die Diagnose alltäglichen Leidens in der neoliberalen Marktgesellschaft. In: Primary Care, 4. Jg., H. 5, S. 64–70. <https://doi.org/10.4414/pc-f.2004.06023>
- Schulz von Thun, F. (2017a): Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Reinbek bei Hamburg.
- Schulz von Thun, F. (2017b): Miteinander reden 2. Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung. Differenzielle Psychologie der Kommunikation. Reinbek bei Hamburg.
- Schumm-Draeger, P.M./Kapitza, T./Mann, K./Fölsch, U./Müller-Wieland, D. (2017): Rückhalt für ärztliches Handeln. In: Deutsches Ärzteblatt, 114. Jg., H. 49, S. A2338–A2340. <https://doi.org/10.1055/s-0042-111258>
- Schumm-Draeger, P.M./Mann, K./Müller-Wieland, D./Fölsch, U. (2016): Der Patient ist kein Kunde, das Krankenhaus kein Wirtschaftsunternehmen. DGIM Positionspapier warnt vor Gewinnstreben in der Klinikmedizin. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 141. Jg., H. 16, S. 1183–1185.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.) (2014): Medizin und Ökonomie – wie weiter? Basel.
- Shazer, S. de/Dolan, Y. (2016): Mehr als ein Wunder. Lösungsfokussierte Kurztherapie heute. Heidelberg.
- Slotala, L. (2011): Ökonomisierung der ambulanten Pflege. Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste. Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-93484-6>
- Söllner, F. (2001): Die Geschichte des ökonomischen Denkens. Berlin/Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-56499-4>
- Thiele, A. (2019): Argumentieren unter Stress. Wie man unfaire Angriffe erfolgreich abwehrt. Frankfurt.
- Thielscher, C./Schulte-Sutrum, B. (2016): Die Entwicklung der Arzt-Patienten-Beziehung in Deutschland in den letzten Jahren aus Sicht von Vertretern der Ärztekammern und der Kassenärztlichen Vereinigungen. In: Das Gesundheitswesen, 78. Jg., H. 1, S. 8–13. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1384567>
- Thommen, C./Hölzer, S. (2018): Auf dem Weg zu wettbewerblichen Preisen. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus (f&w), 35. Jg., H. 7, S. 642–645.
- Unschuld, P.U. (2017): Das System droht zu entgleisen. In: Deutsches Ärzteblatt, 114. Jg., H. 48, S. A2264–A2266.
- Wagschal, U./Metz, T. (2007): Homo oeconomicus oder Homo politicus? Erklärungskonzepte im Vergleich. In: Pfeiffer, T. (Hrsg.): Abgott Wirtschaftlichkeit. Heidelberg, S. 25–64.
- Wardetzki, B. (2016): Kränkung am Arbeitsplatz. Strategien gegen Missachtung, Gerede und Mobbing. München.
- Wehkamp, K.H. (2004): Ethik der Heilberufe. Brücke zwischen Qualität und Ökonomie. In: Deutsches Ärzteblatt, 101. Jg., H. 36, S. A2374–A2378.
- Wehkamp, K.H./Naegler, H. (2017): Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus. Eine qualitative Studie zu den Wahrnehmungen von Ärzten und Geschäftsführern. In: Deutsches Ärzteblatt, 114. Jg., H. 47, S. 797–804.
- Wehner, T./Vollmer, A. (2018): Interprofessionalität: Kooperation statt Konkurrenz. In: Senn, B./Mayer, H. (Hrsg.): Gynäkologisch-onkologische Pflege. Bedürfnisse der Patientinnen und interprofessionelle Praxis. Bern, S. 31–40.

- Wirz, H. (2018): Echte Lösungen in weiter Ferne. In: OTX World. Das unabhängige Magazin für den Rx- und OTC-Markt in der Schweiz, 14. Jg., H. 152, S. 14–15.
- Witt, H. (2001): Forschungsstrategien bei quantitativer und qualitativer Sozialforschung. In: Forum Qualitative Sozialforschung, 2. Jg., H. 1, Art. 8.
- Zahavi, D. (2007): Phänomenologie für Einsteiger. Paderborn. <https://doi.org/10.36198/9783838529356>
- Zollinger-Kies, H./Keller, H.R./Zimmermann, D. (2018): Notweniger Paradigmenwechsel in der Spitalführung. In: Competence (H+ Hospital Forum), 82. Jg., H. 9, S. 24–25.