

## Gesundheit im ökonomisch-ethischen Spannungsfeld

Bemessen an der Rasanz, mit der sich ökonomisch motivierte Veränderungen im deutschen Gesundheitswesen vollziehen, verläuft die wissenschaftliche Beschäftigung mit der Thematik immer noch schleppend. Faktisch existiert bis heute, von sehr wenigen Ausnahmen abgesehen, keine Empirie der Ökonomisierung im Gesundheitssektor. In den Sozial- und Gesundheitswissenschaften wird damit ein gesellschaftlicher Megatrend nur selten überhaupt zur Kenntnis genommen. Kaum Beachtung findet, dass Gesundheitspolitik in Deutschland zum Bestandteil einer seit den 1980er Jahren – international sogar mehrheitlich früher – massiv beschleunigten Ökonomisierungsdynamik geworden ist, mit der die Aufrechterhaltung eines Angebots öffentlich garantierter Güter und Dienstleistungen immer mehr in Frage gestellt wird. Das gilt für den Gesundheitsbereich genauso wie für das Erziehungs- und Bildungswesen, es betrifft die Energie- und Wasserversorgung, den so genannten kulturellen Sektor, öffentliche Verkehrsnetze etc. (Dickhaus/Dietz 2004). Die viel beklagte Überlastung der öffentlichen Finanzhaushalte ist dabei keinesfalls nur Triebfeder, sozusagen unhintergebar Sachzwang hinter einer solchen Ökonomisierungsbewegung. Vielmehr vollzieht sich im konservativ-korporatistischen Wohlfahrtsstaat eine ultraliberalistisch geprägte Transformation. Man könnte auch sagen, der traditionelle Wohlfahrtsstaat durchlebt eine kollektive neoliberale Konversion (Bourdieu 1997).

In dem Prozess, in dem der Umbau des Sozialstaates die Institutionen der gesundheitlichen Versorgung berührt, wird die Frage gesellschaftlicher Konsequenzen immer virulenter. Mit dem Gut Gesundheit wird das wahrscheinlich sensibelste vitale menschliche Bedürfnis bezeichnet. In einem nicht unerheblichen Unterschied zu anderen bedeutsamen Mangellagen (Zugang zu Wohnung, Bildung, Arbeit etc.) haben gesundheitliche Beeinträchtigungen und das Vorenthalten von Leistungen direkte drastische Folgen. Um so mehr ist zu vermuten, dass damit auch die Konsequenzen einer weiteren wohlfahrtsstaatlichen Deformation von den Betroffenen – Nutzern wie Beschäftigten des Gesundheitswesens – unmittelbarer als bisher erfahren werden. Der vorliegende Beitrag setzt hier an. Er fragt nach den Auswirkungen, die sich durch den

Import betriebswirtschaftlicher Organisationsprinzipien in besonders sensible Bereiche der sozialstaatlichen Versorgung ergeben. Im Mittelpunkt steht der Einfluss einer streng ökonomistischen Handlungslogik auf die Ausgestaltung von Versorgungsbeziehungen. Ziel der Erörterung ist die Systematisierung von Befunden, die sowohl gegenwartsbezogene als auch prognostische Aussagen über die Entwicklung eines ökonomisierten Gesundheitswesens zulässt.

### *1 Ökonomisierung – Analyserahmen oder Kampfbegriff?*

Die Auswirkungen einer ökonomisierten Ausrichtung des Gesundheitswesens lassen sich heute kaum genau abschätzen. Die Gründe dafür sind evident. Zum einen steht kein Kennzahlensystem zur Verfügung, das beziffern könnte, welche sozialen Folgen mit Prozessen der Ökonomisierung verbunden sind. Zum anderen existiert – dies betrifft die Problematik noch basaler – keine verlässliche begriffliche Differenzierung von Ökonomisierungsphänomenen. Gemein wird als Ökonomisierung verstanden, was an ökonomischen Maßstäben ausgerichtet und bemessen wird. Genau mit diesem Versuch seiner Handhabung aber wird der Ökonomisierungsbegriff unscharf. Zumindest dann, wenn damit ein Instrument zur analytischen, also auch zur zeitlichen Differenzierung unterschiedlicher Systembedingungen bereitgestellt werden soll. Letztlich wird genau auf diese Weise der gängige Fehlschluss provoziert, nach dem das Gesundheitswesen vor dem Zeitpunkt seiner Ökonomisierung nicht an Kriterien der Effizienz und Effektivität ausgerichtet gewesen sei. Diese Annahme wird von Kritikern wie Befürwortern offenbar gleichermaßen verfolgt (die Problematik besonders verkürzend, wenn diese »Bruchannahme« entweder zum Bestandteil einer Rhetorik wird, mit der die Zumutbarkeitsgrenzen einer ökonomischen Ausrichtung stetig erweitert werden, indem man sagt, früher sei alles unüberlegt, ineffizient und ineffektiv gewesen etc. oder, wenn der Status quo ante als nicht-ökonomisiert, zwanglos usw. übersteigert bezeichnet wird). Unzureichend ist diese Annahme in beiden Fällen, da eine entsprechende Kampfmetaphorik zentrale Entwicklungslinien nicht zu erfassen vermag. Sie übersieht, dass ökonomische Kalküle in der Entwicklung des Gesundheitswesens keineswegs ein gänzlich neuartiges Phänomen der letzten zwei bis drei Jahrzehnte bezeichnen. Sie verkennt, dass schon die Institutionalisierung des Systems gesundheitlicher Sicherung im 19. Jahrhundert mit seiner ausdrücklichen ökonomischen Instrumentalisierung zusammenfällt. Diese Koinzidenz bedingt, dass bei der Ausrichtung des Versorgungssystems Kriterien der Effizienz und Effektivität kontinuierlich und

über eine lange Dauer hinweg im Vordergrund gestanden haben (Kühn 2004; Rosenbrock/Gerlinger 2006; Simon 2000).

Der Ökonomisierungsbegriff in seiner jetzigen Gestalt kann somit nur eingeschränkt volle Differenzierungskraft beanspruchen. Notwendig ist, weitere Unterscheidungsmerkmale einzuführen, die Präzisierungen zulassen. Möglich erscheint dann, Rationalisierungs- und Rationierungspraktiken, auch wenn diese als Universalmerkmale institutionalisierter Gesundheitssysteme angesehen werden müssen, nach ihrer spezifischen Intensität zu befragen, mit der sie auf die Ausgestaltung von Versorgungsbeziehungen Einfluss nehmen. Auf diese Weise rücken zumindest graduelle Differenzen in den Blick, mit denen Strukturen des Gesundheitssystems zwar generell als ökonomisiert, im Detail aber als unterschiedlich stark bzw. als unterschiedlich schwach ökonomisiert unterschieden werden können. Hagen Kühn hat eine solche graduelle Differenzierung vorgenommen, indem er seit einigen Jahren eine kontinuierliche Verschiebung in der Beziehung zwischen Geldanreizen und Versorgungsqualität diagnostiziert, die so bezeichnete Verkehrung der Zweck-Mittel-Relation: »Geld bleibt nicht Mittel zur Sicherstellung der Versorgung, sondern die Versorgung von Kranken wird tendenziell zum Mittel, durch das Gewinn erzielt werden kann.« (Kühn 2004: 26) Dieser Zugang ist im Kern vergleichend, also relational angelegt. Das Unterscheidungskriterium basiert nicht auf der Identifizierung monetärer Interessen, diese werden vielmehr vorausgesetzt. Entscheidend ist die Verschiebung in der Gewichtung einer monetären Motivation, das heißt, die Verlagerung von nicht-finanziellen zu finanziellen Interessen, die die Anbieter von Versorgungsleistungen (Träger wie Erbringer) zum Handeln motiviert. Auf diese Weise ist – wie später noch deutlicher wird – ein wichtiger heuristischer Zugang gelegt. Dieser ersetzt aber noch nicht die mangelnde empirische Basis der Diskussion.

Analytische Zugänge können bisher kaum von der Ebene bloßer Postulate getrennt werden. Das gilt zum einen für die Ebene einer konservativen Gesundheitsökonomie, die unaufhörlich steigende Kosten prognostiziert und damit für die Abkehr vom »alten« System öffentlicher Daseinsfürsorge auch im Gesundheitsbereich plädiert (Greiner/Mittendorf 2005; Kliemt 2006; Oberender 1996; Roth 2003; kritisch hierzu Braun/Kühn/Reiners 1998). Zum anderen scheint eine gewisse Vorentschiedenheit auch von denjenigen vertreten zu werden, die sich für den Erhalt eines vornehmlich staatlich garantierten, solidarisch und egalitär ausgerichteten Sicherungsprinzips einsetzen. So wird konträr zum liberalistischen Standpunkt postuliert, dass eine marktwirtschaftliche Organisation des Gesundheitswesens unmöglich sei, weil Krank-

heit und Gesundheit als Ganzes keinen kapitalistischen Warencharakter annehmen könnten (Deppe 2002). Diese Argumentation hat einen starken normativen Anker, sie trifft ein intuitives moralisches Empfinden. Ist sie aber wirklich haltbar? Können Varianten der reinen Marktorientierung und Kommerzialisierung im Gesundheitswesen tatsächlich ausgeschlossen werden? Ist die Unterordnung der Gesundheitsversorgung unter ökonomische Erfordernisse und damit auch unter Verwertungsinteressen unmöglich? Oder, so im Umkehrschluss, hat sie nicht bereits begonnen? Und ist nicht schon erkennbar, wie weit die Zwänge des Marktgeschehens reichen, wie weit also eine ökonomische Zwangrationalität und damit das *Zur-Ware-Werden* von Gesundheit voranschreiten kann? Entsprechende Vermutungen lassen sich empirisch nicht eindeutig belegen. Es lassen sich aus grundlegenden Strukturveränderungen allenfalls Hinweise für eine solche ökonomisch induzierte Transformationsbewegung erkennen.

## 2 Grundzüge der Ökonomisierung im Gesundheitswesen

Bereits zu Beginn der 1990er Jahre beobachten Friedrich-Wilhelm Schwartz und Reinhard Busse die Annäherung der deutschen an die US-amerikanische Gesundheitspolitik:

»Die Lieblingsidee der Reagan-Administration war die Vorstellung, daß jeder Haushalt in den USA sich auf private Kosten seine persönliche Krankenversicherung kauft und daß gegebenenfalls der Staat mit Steuererleichterungen aushilft, wenn die eigenen Einnahmen dazu nicht ausreichen. Zum Ende dieser Ära, nachdem 40 Millionen Amerikaner gar nicht und 40 Millionen unterversichert waren, offenbarte sich auch auf politischer Ebene das Scheitern dieser Vorstellung.« (Schwartz/Busse 1994)

Heute, ein gutes Jahrzehnt später, müssen die Quoten der Nicht- bzw. Unterversicherten in den USA um weitere 10 bis 15 % nach oben korrigiert werden und die Annäherungstendenzen zweier lange Zeit gänzlich unterschiedlicher Sicherungssysteme gehen über zufällige Konvergenzen hinaus. Wenn heute die Grundzüge der Ökonomisierung in der deutschen Versorgungslandschaft thematisiert werden, lassen sich zumindest zwei Kerntendenzen identifizieren, die das US-amerikanische Gesundheitswesen in gewisser Weise kopieren oder anders gesagt, für eine Art nachholende Entwicklung stehen. Zum einen erste einschneidende Strukturveränderungen, die die Organisation und Trägerschaft, das heißt, die Ebene der Leistungsträger und Leistungserbringer betreffen. Zum anderen die Ebene der einzelnen Akteure, auf der der Trend zur

Ökonomisierung vor allem als neue Nutzeranforderungen oder als neue Nutzerbelastungen thematisiert werden muss. Beide Ebenen der Veränderungen – die Struktur- und die Nutzerebene – sollen im Folgenden knapp umrissen werden.

### *Strukturveränderungen*

Die in Deutschland, trotz unterschiedlicher politischer Konjunkturen, dominierende sozial- und gesundheitspolitische wirtschaftspolitische Konzeption der Nachkriegszeit wurde lange Zeit als *konservatives Modell* der kontinentaleuropäischen Länder (neben Deutschland u.a. auch Frankreich, Österreich, Italien) bezeichnet. Dieses konservative Modell ist primär durch die mehr oder weniger gleichgewichtige Integration ordnungsstaatlicher wie privatwirtschaftlicher Strukturen geprägt, die sich von einem dominierenden Staatsinterventionismus im so genannten *skandinavischen Modell* (strenge Ausrichtung auf Egalitätsnormen) und dem marktorientierten *wirtschaftsliberalen Modell* (eine wie in den USA, GB, Australien und Neuseeland weitgehend passive Rolle des Staates) über eine lange Dauer hinweg erkennbar unterschied (Rosenbrock/Gerlinger 2006). Heute sind die Konturen des *skandinavischen*, aber auch des *konservativen Modells* undeutlicher geworden, womit eine trennscharfe Abgrenzung zu den *marktorientierten Konzeptionen* schwerer fällt. Entsprechende Anleihen an einem *wirtschaftsliberalen Modell* werden international als Tendenzen des Neoliberalismus befürwortet wie kritisiert (Bittlingmayer 2006; Dixon 2000; Friedman 2002; Galbraith 2005; Hayek 2003). In Deutschland werden mit dieser Entwicklung generelle Akzentverschiebungen in der Sozialpolitik verknüpft, die gemeinhin als Trend zur Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen sowie als Entbindung einer staatlichen Bereitstellungs-, Ordnungs- und Kontrollpflicht auftreten (Strodtholz 2005; Butterwegge 2006; v. Weizsäcker et al. 2006).

Entsprechende Strukturveränderungen lassen sich an der Entwicklung der Krankhausträgerschaften abbilden (Tabelle 1). Diese zeigt – für Ökonomisierungsprozesse im Gesundheitswesen exemplarisch – bezüglich der Trägerstrukturen eine deutliche Verschiebung vom öffentlichen und teil-öffentlichen Pol zum privaten Pol der Regelung von Eigentums- und Rechtsverhältnissen an.<sup>1</sup>

Tabelle 1: Krankenhäuser (KH) und Trägerschaft im Zeitvergleich. Entwicklung zwischen 1990 und 2004.

Jahr	Öffentliche Krankenhäuser		Freigemeinnützige Krankenhäuser		Private Krankenhäuser	
	Insgesamt	Betten	Insgesamt	Betten	Insgesamt	Betten
1990	1 043	387 207	843	206 936	321	22 779
2004	671	255 775	712	179 682	444	53 976
Trend	- 36 %	- 34 %	- 16 %	- 13 %	+ 38 %	+ 137 %

Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft 2006: 16. Eigene Darstellung und Berechnungen.

Nimmt man die sich vollziehenden Veränderungen nicht nur an den beiden sehr dynamischen Polen der öffentlichen und privaten Häuser ernst, fällt zunächst die relative Stabilität der Stellung der freigemeinnützigen, also kirchlich und konfessionell gebundenen Träger auf. Diese bedarf dennoch der Kommentierung, womit auf eine wesentliche Grundtendenz von Ökonomisierungserscheinungen im Krankenhausbereich aufmerksam zu machen ist. Die freigemeinnützigen Häuser sind, wie die übrigen Träger auch, zu einem streng ökonomischen Kalkül verpflichtet. Der Unterschied ist, dass sie in diesem Konkurrenzkampf durch ihre besondere Rechtsstruktur und damit verbundene kirchenrechtliche Privilegien über besonders gute Ausgangsbedingungen verfügen (Manzeschke 2005; Jacobi 2005). Einem solchen Vorteilsgeflecht lassen sich vielschichtige Formen des Outsourcing subsumieren, zu denen u.a. die Gründung von Zeitarbeitsfirmen und Beschäftigungsgesellschaften gehört, über die ein Teil der zuvor »regulär« Beschäftigten neu eingestellt, aber untariflich bezahlt wird, während gleichzeitig die Regelungen des Kündigungsschutzes nur noch abgeschwächt zur Anwendung kommen. Ein derart flexibles wirtschaftliches Handeln wird durch geltendes Kirchenrecht durchaus begünstigt, was auf Prozesse einer sich häufig noch unbemerkt vollziehenden impliziten Ökonomisierung auch innerhalb der traditionellen Trägerstrukturen aufmerksam macht. Prozesse der Ökonomisierung im Gesundheitsbereich können demnach weder mit dem bloßen Zuwachs privater Krankenhausträger identifiziert werden noch sind sie dann ausreichend erfasst, wenn man allein privaten Trägern Gewinninteressen unterstellt und dadurch erwartbare Auswirkungen auf die Versorgungsorganisation allein dort vermutet, wo die Patientenversorgung »privatisiert« erfolgt.

Der Begriff Privatisierung kann also keinesfalls, wie häufig vorschnell angenommen, als Präzisierung für Ökonomisierungsphänomene dienen. Im Gegenteil – mit dem exemplarischen Blick auf die Entwicklung im Krankenhaussektor lassen sich viel eher weitgehend parallele, also trägerunspezifische Veränderungen der Organisations- und Handlungsabläufe beschreiben, die auf eine allgemeine, keine bereichsspezifische Ökonomisierungslogik verweisen. Hiernach kommt es – soweit empirische Verallgemeinerungen möglich sind – in den stationären Versorgungseinrichtungen zu einem allgemeinen quantitativen wie qualitativen Stellenabbau, die Fluktuation unter den Beschäftigten steigt signifikant an, Arbeitsunfälle passieren häufiger, die Arbeitszeitverdichtung und psychische Belastungen sowie die Burnout-Rate nehmen aufgrund der Unsicherheit des Arbeitsplatzes zu (Arbeitsgruppe Public Health 2001; Schubert/Schaffert-Witvliet/De Geest 2005). Entsprechende Entwicklungen galten bisher nur als US-amerikanisches Phänomen, sie stellen mittlerweile aber auch in Deutschland eine gut sichtbare Folge voranschreitender Rationalisierungstendenzen dar (SVR 2005: 321, Ziffer 410). Nach Ergebnissen eines Forschungsreviews des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG 2006) verweisen die Ergebnisse internationaler Untersuchungen (deutsche Studien existieren bislang nicht) mehrheitlich auf den engen Zusammenhang zwischen der Personalausstattung und Versorgungsqualität im Krankenhausbereich. Vor allem die Tendenz zur Ausdünnung der Personaldecke führt demnach häufiger zu Qualitätsverlusten. Dass dabei ökonomische Verknappungstendenzen die hervorgehobene Rolle spielen, muss als einflussreicher Faktor angesehen werden. Die Einführung von Fallpauschalen in der Vergütung von Krankenhausleistungen – nach der so genannten DRG-Systematik (Kretschmer/Nass 2005) – ist Beispiel solcher Verknappungstendenzen. Untersuchungen zur Einführung der Fallpauschalen im stationären Sektor diagnostizieren aus Sicht der Beschäftigten die kontinuierliche Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und Ergebnisqualität (Buhr/Klinke 2006a,b).

### *Neue Nutzeranforderungen – Falle Selbstverantwortung*

Komplementär zu einer strukturellen Entwicklung, die das Gesundheitswesen sektorenübergreifend einer wachsenden Knappheitsproblematik aussetzen, lassen sich Veränderungen auf der Ebene der Nutzer identifizieren. Auch hier kann zunächst von einer Verknappung zentraler Ressourcen gesprochen werden, wobei, wie die Überblicksdaten in Tabelle 2 veranschaulichen, die Ausgaben im Gesundheitswesen nicht insgesamt

abgenommen haben, sondern zwischen öffentlicher und privater Hand neu verteilt wurden. Der Effekt dieser Kostenverlagerung bedeutet im 11-Jahreszeitraum zwischen 1992 und 2003 eine Kostenreduktion der Ausgaben öffentlicher Haushalte um etwa 12 % und eine Ausgabensteigerung auf Seiten der Leistungsempfänger um etwa 57 %.

Tabelle 2: Gesundheitsausgaben öffentlicher und privater Haushalte

Träger und Ausgaben in Mill. Euro	1992	2003
Öffentliche Haushalte	21 151	18 786
Private Haushalte	17 391	29 409

Quelle: Statistisches Bundesamt 2005.

Der Blick auf die Dynamik der Kostenverteilung macht deutlich, dass die häufig verwendete Formel einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen eigentlich präzisiert werden müsste: Wird die Annahme einer überproportionalen Ausgabensteigerung überhaupt geteilt (kritisch hierzu Braun/Kühn/Reiners 1998), so sind es vor allem die privaten und eben nicht die öffentlichen Haushalte, die eine finanzielle Mehrbelastung tragen müssen. Mehrkosten werden externalisiert, durch ein solidarisches Finanzierungssystem also in immer geringerem Umfang abgedeckt. Wenn man so will, verbirgt sich hinter dieser Entwicklung die weitgehende Neudefinition der Rolle der Nutzer im Gesundheitswesen. Diese bedeutet eine veränderte Anforderungsstruktur, zu der auf der einen Seite individuelle finanzielle Mehrbelastungen gehören, auf der anderen Seite der Wechsel im patientenspezifischen Rollenverständnis. Was in den 1970er Jahren als emanzipative Forderung nach mehr Patientenverantwortung und mehr Patientenbeteiligung immer wieder eingeklagt wurde, erlebt jetzt einen grundlegenden Bedeutungswandel (Bauer/Rosenbrock/Schaeffer 2005). Die Idee des Empowerment, der Aktivierung, des autonomen und mündigen Patienten wird im Einklang mit einer ökonomischeren Ausrichtung zwar revitalisiert. Ursprünglich progressiven Leitbildern, wie dem Wandel vom passiven zum aktiven Patientenleitbild, wird damit aber gleichzeitig eine neue Funktion zugeteilt. Sie werden im Sinne neuer eigenverantwortlicher Strukturen in Dienst genommen (Kühn 1998; Kunz 2005), die wiederum selbst in Gefahr sind, als Instrument einer Politik des *Förderns-und-Forderns* (Butterwegge 2006; Gerdes 2006) primär ökonomische, anstatt Patienteninteressen zu vertreten (Bauer 2006; Kühn 1993).

Können die momentanen Veränderungen im deutschen Gesundheitswesen, die hier mit dem Ökonomisierungsbegriff verbunden sind, auch

insgesamt als Rückzugsbewegung des Staates interpretiert werden, bleibt die konkrete Frage nach den tatsächlichen Konsequenzen dennoch unbeantwortet. Die generelle Transformationsbewegung, die hier auf der Struktur- und Nutzerebene grob umrissen ist, gibt also noch nicht über die veränderte Qualität der Versorgung Auskunft. So lange eine ausreichend empirisch fundierte Diskussion aussteht, können zu dieser zentralen Forschungsfrage also nur Annahmen verfolgt werden. Zwei dieser Annahmen sollen im Folgenden thesenartig entfaltet. Beide Thesen nehmen die Frage nach den Ökonomisierungsauswirkungen auf, von wo aus erwartbare Effekte auf die Ungleichverteilung gesundheitlicher Lebenschancen (3.) und das Szenario gesellschaftlicher Entsolidarisierung (4.) beschrieben werden.

### 3 *Rationalisierung – Rationierung – Polarisierung (1. These)*

Die Folgen veränderter Finanzierungsbedingungen in der gesundheitlichen Versorgung werden aus ökonomischer Perspektive als Prozess der Rationalisierung mehrheitlich positiv bewertet (Greiner 2006; Jacobs/Schulze 2006; Kopetsch 2005; Loss/Nagel 2004). Hiervon häufig noch deutlich separiert erfolgt eine Diskussion, die umfassender zu evaluieren versucht, welche Folgen sich tatsächlich ergeben, wenn Arbeitsabläufe durch einsetzende finanzielle Knappheit nicht nur verschlankt und vereinfacht, sondern notwendige Leistungen durch Personalmangel und Mittelverknappung einfach nicht mehr erbracht werden können.<sup>2</sup> Inzwischen wird diesbezüglich von Formen der Leistungsrationierung gesprochen (Gericke/Busse 2005; Gerlinger 2004; Simon 2000). Diese ist durch unterschiedlich Varianten gekennzeichnet: einerseits eine generelle, also alle Leistungsempfänger betreffende Leistungsverknappung und/oder -verweigerung, zum anderen die Praxis der selektiven Leistungsvergabe. Die generelle Leistungsverknappung wird zwar am häufigsten als Ausgangspunkt der Rationierungsdiskussion angenommen (Kliemt 1997; Oberender/Zerth 2005). Nach allen verfügbaren Erkenntnissen stellt jedoch die unspezifische, alle Patientengruppen gleichermaßen (also unabhängig von sozialen Merkmalen) betreffende Leistungseinschränkung in der Realität einen Sonderfall dar. Die Rationierungsproblematik ist somit im engeren Sinne nicht als die einer generellen, sondern als die einer selektiven Leistungsallokation aufzufassen.

Die Zuteilung von Leistungen, die in geringerem Maße erbracht als nachgefragt werden, folgt Kriterien, die sich mit Normen universalistischer Verteilungsgerechtigkeit nicht vereinbaren lassen (Manzeschke 2005). Solche Formen der ungleichen Leistungszuweisung (oder

Leistungsallokation) erfolgen einerseits offen bzw. explizit, wie im Falle der Privilegierung von Privatpatienten, oder implizit, also als verdeckte Form der Rationierung (IQWiG 2006; Gericke/Busse 2005). Die zweite Rationierungsvariante, die implizite oder verdeckte Form, ist allen vorliegenden Erkenntnissen zufolge durch eine sozial ungleiche Vergabep Praxis charakterisiert (De Geest 2005; Simon 2000). Hiernach können sich Patientengruppen, die über ausreichende Ressourcen (ökonomisches, kulturelles und soziales Kapital) verfügen, in der Auseinandersetzung um knappe Gesundheitsgüter zum einen leichter durchsetzen, zum anderen werden sie – offenbar durch soziale Homogamie-Effekte ermöglicht – im konkreten Leistungsgeschehen bevorzugt (Bauer/Schaeffer 2006; Dreißig 2005).

Rationalisierungs- und Rationierungsproblematiken erfahren im Hinblick auf die Problematik einer zunehmend sozial selektiven Leistungsvergabe eine bedeutsame Zuspitzung. Mit der Verringerung ökonomischer Mittel, die die Personalausstattung und die Leistungsvergabe regulieren, nimmt die Gefahr einer weiteren Polarisierung gesundheitlicher Lebenschancen zu. Diese weist schon jetzt einen anhaltend stabilen sozialen Gradienten im Hinblick auf die Verteilung von Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken auf (Mielck 2000). Im Zuge einer entsprechend beschleunigten Ökonomisierungsdynamik ist indes mit hoher Wahrscheinlichkeit auch die Verschärfung gesundheitlicher Ungleichheiten zu erwarten. Für eine solche Dynamik steht die Entwicklung des US-amerikanischen Gesundheitssystems Pate (Kühn 1993). Ungleichheitsstrukturen, denen die primär ökonomische Ausrichtung des Gesundheitswesens damit nicht entgegenwirkt, bestehen in der mehrfachen Benachteiligung ressourcenschwacher Gruppen: *Erstens*, das Risiko der Gesundheitsschädigung wird sozial ungleich getragen. Die Verteilung gesundheitlicher Risiken erfolgt ungleich, Krankheitsfälle treten häufiger, Todesfälle früher ein. Von schweren und chronischen Erkrankungen, die einen erhöhten Versorgungsbedarf erforderlich machen, sind sozial benachteiligte Gruppen überproportional häufig betroffen (SVR 2005). *Zweitens*, Ressourcenungleichheiten führen zu Ungleichheiten in der Versorgungsnutzung. Milieuspezifische Handlungsbefähigungen bedingen den Umgang mit Versorgungsangeboten und die Ausgestaltung von Versorgungsbeziehungen (Bauer 2005). *Drittens*, in der gesundheitlichen Versorgung existieren ungleiche Teilhabechancen. Nicht nur milieuspezifische Muster des Nutzungsverhaltens, sondern auch Formen der institutionellen Diskriminierung von Angehörigen sozial unterprivilegierter Gruppen führen zu sozial selektiven Effekten bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen (Schaeffer 2004).

#### 4 *Ökonomisierung als Entsolidarisierung (2. These)*

Dass die Dynamik der sozialen Polarisierung gesundheitlicher Lebenschancen nicht unterbrochen wird, wenn ökonomische Mittel verknappt und damit die Kompensationsmöglichkeiten der öffentlichen Hand eingeschränkt werden, ist Ausgangspunkt der ersten thesenartigen Erörterung. Wird diese ernst genommen, kann sie im Kontext der Ökonomisierungsproblematik dennoch nicht isoliert verhandelt werden. Wenn die Zunahme gesundheitlicher Ungleichheiten als ein Effekt sozialstaatlicher Transformationsprozesse toleriert wird, dann muss die Frage nach den Ökonomisierungsauswirkungen einen breiteren Antwortkontext umfassen. Sie muss thematisieren, wie die Betroffenen selbst, also Beschäftigte und Nutzer, mit einer entsprechenden Entwicklungstendenz, so auch der Verschärfung von Ungleichheitslagen, umgehen. Im Mittelpunkt steht dann die Frage, ob und wie die sozialen Akteure auf die ökonomisch induzierten Wandlungsphänomene reagieren, ob damit verbundene Folgen kritisiert, lediglich akzeptiert oder sogar befürwortet werden?

Eine entsprechende mikrologische Fokussierung, die eine akteursorientierte Perspektive (die Perspektive der einzelnen, nicht der institutionellen Akteure) einbezieht, ist bisher selten ausformuliert. Veränderte ökonomische Ausgangsbedingungen wurden bisher nur mit Blick auf die Ebene der Arrangementbildung im Bereich der häuslichen Pflege thematisiert. Auf dieser Grundlage können zwar bereits erheblich variierende Grundmuster pflegerelevanter Kompetenzen und Mentalitäten konstatiert werden, die den markanten Einfluss sozialer Ungleichheiten auf die Ausgestaltung von Pflegearrangements, mithin die deutliche Benachteiligung der ressourcenschwachen Milieus (Heusinger/Klünder 2005) sowie die abnehmende Pflegebereitschaft in den ressourcenstarken Milieus erkennen lassen (Blinkert/Klie 2004). Von hier aus lassen sich erste Hinweise darauf entnehmen, dass der Wandel ökonomischer Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen keineswegs einheitlich, sondern höchst unterschiedlich bewältigt wird. Solche unterschiedlichen Verarbeitungs- und Bewältigungsmuster verweisen ihrerseits auf systematische Gruppenunterschiede. Aus der Sozialstruktur- und Ungleichheitsforschung sind entsprechende milieuspezifische Mentalitätsunterschiede hinlänglich bekannt (Vester et al. 2001). Sozialstrukturelle Ungleichheiten, die bisher u.a. für die Erklärung von Parteienpräferenzen verwendet werden, finden auch im Bereich des gesundheitsrelevanten Verhaltens Anwendung (Sperlich/Mielck 2003; Bauer/Bittlingmayer 2006). Sie dienen schließlich sogar als Indikator für das Maß an

Zustimmung gegenüber gesundheitspolitischen Reformstrategien, wenn diese explizit auf die Aufkündigung gesellschaftlicher Solidaritätsverpflichtungen verweisen (Bayerl/Mielck 2006).

Wird bei der Frage nach den Auswirkungen ökonomisch motivierter Wandlungsbewegungen nicht nur die Ebene der Nutzer, die im Sinne eines vielfach geforderten Impact Assessment künftigen Untersuchungsbedarf deutlich anzeigt, sondern die Ebene der Beschäftigten adressiert, verdichten sich die ersten Hinweise auf die Bedeutung unterschiedlicher Verarbeitungsmuster. Empirische Zugänge, die die Perspektive des medizinischen Personals erfassen, verweisen zwar noch nahezu übereinstimmend darauf, dass Ökonomisierungstendenzen im Arbeitsprozess sowie damit verbundene Akzelerations- und Verdichtungsbewegungen berufsgruppenübergreifend und im Zeitvergleich ansteigend wahrgenommen werden (Buhr/Klinke 2006a,b; Dibelius 2003; Manzeschke 2005). Die Bewertung dieser Veränderungen fällt aber alles andere als einheitlich aus. Das, was als Ökonomisierungstendenz realisiert wird, erhält auch aus der Beschäftigtenperspektive keine eindeutige Bestimmung. Vielmehr zeigt sich, dass die Bewertung von Ökonomisierungsfolgen durchweg ambivalent ausfallen kann und immer wieder unterschiedliche Positionen – zwischen Ökonomisierungszustimmung und Kritik – besetzt.

In diesem Sinne sollen die Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung Eingang finden, die im Rahmen einer Pilotstudie zu Ökonomisierungsfolgen im stationären Versorgungssektor durchgeführt wurde. Die Untersuchung auf Basis von qualitativen Experteninterviews mit Pflegekräften (n = 15) hatte explizit zum Ziel, die Sichtweise des Krankenhauspersonals auf den steigenden ökonomischen Druck der Häuser zu explorieren.<sup>3</sup> Die Ergebnisse der Bielefelder Pilotstudie verweisen bereits in der äußerst komprimierten Darstellung darauf, dass Ökonomisierungsprozesse überaus vielschichtig bewertet werden (Tabelle 3). Im Rahmen mehrdimensionaler Typenbildung (Bohnsack 2001) können dabei unterschiedliche Bewertungsmuster rekonstruiert werden, die hier dreistufig in einen *kritischen*, *ambivalenten* und *ökonomischen* Pol unterschieden wurden. Diese dreipolige idealtypische Konstruktion beinhaltet Antwortmuster, die häufig parallel verwendet werden. Sie können also nicht fallspezifisch zugeordnet werden, sondern kennzeichnen vielmehr ein oftmals inhomogenes Gesamtmuster der Bewertung.

Tabelle 3 : Bielefelder Pflegebefragung 2006: Dreistufige Typenbildung

Kritischer Pol (1)	Ambivalenter Pol (1)	Ökonomischer Pol (1)
<p>Durchgehende Kritik zunehmender Arbeitsbelastung  <i>»Du kannst ganz platt sagen, mit weniger Personal mehr Leistung«</i></p> <p>Arbeitsverdichtung  <i>»Krankenhaus ist Fließband« – Burn-Out, Bossing, Mobbing etc.</i></p> <p>Keine Zeit für Patientenbedürfnisse  <i>»Aufgaben werden so getaktet, dass für nichts mehr Zeit bleibt«</i></p> <p>Rückzug auf Grundpflege  <i>»Verlust des Menschlichen«</i></p> <p>Privilegierung der Privaten  <i>Privat Versicherte müssen nicht warten, Private setzen sich durch.</i></p>	<p>Mythos Privatisierung  <i>Organisation wird optimiert</i></p> <p>Schuldübernahme  <i>»Wir waren verschwenderisch«</i></p> <p>Überwindung ständischer Krankenhaushierarchien  <i>Ärzte können sich auch nicht mehr alles erlauben</i></p> <p>Statusgewinn der Pflege gegenüber Ärzteschaft  <i>Übernahme ärztlicher Aufgaben</i></p> <p>Professionalisierung durch Abwertung ganzheitlicher Pflege  <i>Ideal ganzheitlicher Pflege wird aufgegeben. Auf medizinische Erfordernisse reduzierte Pflegeimperative (Funktionspflege) werden akzeptiert.</i></p>	<p>Unterwerfung unter Marktdoktrin  <i>»Unser Haus hat keine finanziellen Spielräume«</i></p> <p>Qualitätsverlust wird negiert  <i>»Alles medizinisch Notwendige wird geleistet«</i></p> <p>Individualisierung der Strukturproblematik I  <i>»Nicht alle von uns ziehen mit«</i></p> <p>Individualisierung der Strukturproblematik II  <i>»Die Schmarotzer unter den Patienten«</i></p> <p>Individualisierung der Strukturproblematik III  <i>»Mehr Selbstverantwortung für die Patienten«</i></p>

Die Synopse der Typenbildung gibt die Spannbreite der unterschiedlichen Bewertungsmuster wieder. Dem *kritischen Pol* ist die hohe Sensitivität für die Folgen einer zunehmenden Arbeitsbelastung und -verdichtung zugeordnet. Ihre Auswirkungen treffen Beschäftigte und Patienten gleichermaßen. DRG-System, Kostendruck und Personalabbau befördern danach die Ausfallquoten beim pflegerischen Personal und beeinträchtigen die Versorgungsqualität empfindlich (erzwungener Rückzug auf Grundpflege etc.). Allein die Privatpatienten sind aus Sicht der Beschäftigten von den Folgen solcher Verknappungsszenarien meist ausgenommen. Der *ambivalente Pol* differenziert stärker zwischen Negativ- und Positivdynamiken. Dies zeigt sich vor allem dann, wenn der Transformationsprozess, in dem sich die Krankenhausversorgung insgesamt befindet, aus der Sicht der eigenen Profession bewertet werden

soll. Die Bewertung von Ökonomisierungsprozessen erfährt dann einen Wandel, bisherige Strukturdefizite werden selbstkritisch benannt (»wir waren verschwenderisch«) und mit der Erwartung verbunden, im Sog der Ökonomisierungsbewegung die Aufwertung der Pflegeprofession zu erreichen (womit vor allem die untergeordnete Stellung gegenüber der medizinischen Profession überwunden werden soll). Medium dieser Erwartung ist der Glaube an ein höheres Maß an Neutralität ökonomischer Bewertungsmaßstäbe, die das ständische Hierarchieprinzip (Arzt- und Chefarztprivilegien) aufweichen und durch eine »leistungsgerechte« Statuszuweisung ersetzen.

Der ökonomischen »Modernisierung« im Krankenhausbereich werden also durchaus positive Begleiteffekte zugetraut, einer betriebswirtschaftlicheren Ausrichtung sogar häufig die höhere Effizienz. Diese die Verbetriebswirtschaftlichung insgesamt befürwortende Tendenz wird im empirischen Material als der *ökonomische Pol* bezeichnet, der im engeren Sinne auch als affirmativer Typ charakterisiert werden kann. Ihm zu Grunde liegt die Unterordnung unter eine ökonomische Sachzwanglogik. So werden dominante Deutungsmuster (»Unser Haus hat keine finanziellen Spielräume«) und marktbedingte Konkurrenzkämpfe (»Im Wettbewerb sind Kosteneinsparungen notwendig«) naturalisiert, also als unausweichlich betrachtet. Versorgungsmängel werden geleugnet, das Leistungsverständnis, nach welchem Zeit und Zuwendung für die Pflege eine übergeordnete Rolle spielen, wird für überholt erklärt. Das eigentlich ökonomisch bedingte Verknappungsproblem aber – und das ist das signifikante Ergebnis der Explorationsstudie – tritt dann nur noch am Rande in Erscheinung. Nur noch in der Form, die hier als Individualisierung der Strukturproblematik bezeichnet wird. Sie ist der charakteristische Zug der Unterordnung unter eine als unabwendbar angesehene Ökonomisierungslogik. Sie führt zu einer Verschiebung der Problematik auf die individuelle Ebene, auf nicht belastbare Kollegen (»Nicht alle von uns ziehen mit«), Patienten und Angehörige (unter ihnen die »Schmarotzer«).

## 5 Konklusion

Der Blick auf das, was unter der Ökonomisierungsschiffre als Veränderungstendenz im deutschen Gesundheitswesen diskutiert wird, markiert im Kern die Umwidmung der Idee der Sozialstaatlichkeit und damit einen schleichenden Übergang von der Solidar- zur Selbstverantwortung (Dahme/Kühnlein/Wohlfahrt 2005). Auf diese Weise wird die Selbstverständlichkeit sozialstaatlicher Versorgung mehr und mehr vakant, sie

ist vor dem Hintergrund ökonomischer Imperative selbst begründungspflichtig geworden (Butterwegge 2006; Maucher 2005; Strodholz 2005). Die Auswirkungen eines solchen Paradigmenwechsels lassen sich noch nicht genau abschätzen. Thesenartig wurden zwei Argumentationslinien erfolgt, die den analytischen Zugang zur Ökonomisierungsproblematik konkretisieren sollen:

*Erstens*, mit Blick auf das deutsche Gesundheitswesen lassen sich internationale, vor allem US-amerikanische Trenderaussagen verallgemeinern, nach denen der Versorgungssektor auf wachsenden Ökonomisierungsdruck mit Verknappungsstrategien reagiert (De Geest 2005; Jacobs/Schulze 2006). Dies ist jedoch nur vordergründig eine »bloße« Rationalisierungsproblematik. Sie muss bereits heute als Problematik der Rationierung von wichtigen Versorgungsleistungen ernst genommen werden. Schon jetzt zeichnet sich ab, dass mit der veränderten Finanzierungslage Versorgungsengpässe und Versorgungsversäumnisse eingetreten sind (IQWiG 2006), von denen aber nicht alle Nutzer gleich betroffen sind. Rationierungspraktiken lassen sich als explizite (Privatversicherungsschutz, Zusatzausgaben etc.) und implizite unterscheiden (ungleiche Kompetenzen der Versorgungsnutzung, Formen der institutionellen Diskriminierung etc.). Mit beiden Formen der Verknappung im Versorgungsbereich werden sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten auch in Zukunft stabilisiert. *Thetisch*: Soziale Polarisierung dient als Seismograph von Ökonomisierungsprozessen im deutschen Gesundheitswesen.

*Zweitens*, zahlreiche Studienergebnisse verweisen inzwischen darauf, dass sich tradierte Solidaritätsstrukturen, die insbesondere das familiäre Pflegearrangement charakterisiert haben, sukzessive auflösen. Dass damit die generelle Bereitschaft abnimmt, in eine Hilfe- und Sorgebeziehung einzutreten, ohne ein eigenes ökonomisches Kalkül zu verfolgen, kann als allgemeines Ökonomisierungsmerkmal angesehen werden. Die Ergebnisse der Bielefelder Pilotstudie geben parallel hierzu Auskunft über die Zerrissenheit, in die das professionelle pflegerische Personal durch den empfundenen Ökonomisierungsdruck gerät. Bei aller Vorsicht ob des lediglich explorativen Charakters des empirischen Materials machen die Erkenntnisse deutlich, wie intensiv die Beschäftigten die Verletzung ihrer Handlungsautonomie erfahren. Um so überraschender ist, dass sie es offenbar nicht vermögen, eine eigene starke Berufsethik gegen den ökonomischen Druck in ihrer Einrichtung aufrechtzuerhalten. Eine aktive kritische Positionierung wird durch die Übernahme dominanter Deutungsmuster eliminiert, die Beschäftigten erliegen der kulturellen Hegemonie der ökonomischen *doxa*. Im Sinne eines solchen

von Pierre Bourdieu (1987: Kap. 8) bezeichneten symbolischen Gewaltverhältnisses wirken sie damit an ihrer eigenen Machtlosigkeit mit. *Thetisch*: Ökonomische Zwänge wirken als Denkgebote und Denkverbote, die sukzessive zu einer Identifikation mit den ökonomischen Imperativen führen.

Zusammenfassend ist also durchaus konstatierbar, dass die Auswirkungen einer auf dem bloßen wirtschaftlichen Kalkül basierenden Steuerungslogik bereits erkennbar sind. Mit dem Anspruch auf eine weiter reichende Prognose darf aber kein bloßes Untergangsszenario beschworen werden. Vielmehr ist genau zu differenzieren, wo bereits ökonomische Zwänge und Eigenlogiken zu einer Kommerzialisierung und Kommodifizierung von Gesundheit geführt haben. Wichtigste Ausgangsannahme bleibt, dass die Diversifizierung sozialstaatlicher Entwicklungspfade eine hohe Variabilität zulässt. In diesem Kontinuum bewegt sich auch der gegenwärtige Veränderungsprozess im deutschen Gesundheitswesen. Dass dieser die Tendenz zur gesellschaftlichen Polarisierung und Entsolidarisierung eher befördert als einschränkt, darf als starke These auch weiterhin verfolgt werden. Die allgemeine Diagnose aber, nach der Rentabilitätskalküle gesellschaftliche Egalitäts- und Solidaritätsnormen sukzessive überlagern, muss noch – so viel kann gleichfalls festgehalten werden – zum Gegenstandsbereich ein viel breiteren sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Forschungsdiskussion werden.

## 6 *Umriss eines Salutokapitalismus?*

Eine künftige Auseinandersetzung mit der Ökonomisierungsproblematik muss auch beinhalten, den Nutzen einer explizit auf den Kapitalismusbegriff bezogenen Forschungsperspektive neu zu bemessen. Natürlich ist damit die Gefahr verbunden, mit einem politischen Kampfbegriff die eigentlich wissenschaftliche Auseinandersetzung ideologisch aufzuladen. Gleichzeitig muss inzwischen Berücksichtigung finden, dass die Debatte darüber, ob wir in einer kapitalistischen Gesellschaft leben oder nicht, längst obsolet geworden ist. Die Zeit der ideologischen Verbrämung ist vorbei. Heute verzichten allenfalls noch gesellschaftskritische Ansätze auf den Kapitalismusbegriff (womöglich aus gut antrainierter Vorsicht). Nicht aber eine mehrheitlich konservativ ausgerichtete Wirtschaftswissenschaft, zu der auch die deutsche Gesundheitsökonomie gehört, die Kapitalismus als Signum eines weitgehend reibungslos funktionierenden Steuerungsmechanismus durchaus zu instrumentalisieren weiß. Die Einsicht, dass der Kapitalismusbegriff also kein parteiisches Paketwissen beinhaltet, kann behilflich sein, um damit etwas unverstellter ein

analytisches Großarsenal wieder zu entdecken, das für die Analyse von Ökonomisierungsprozessen durchaus wissenschaftliche Potenz besitzt.

Die Verbindung kapitalistischer Strukturen mit denen des Gesundheitswesens, also ein Art »Salutokapitalismus«, kann somit als theoretische Klammer fungieren, die all jene Beziehungen umfasst, die heute um die Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit geknüpft werden. Als ausdrücklich kapitalistisch können diese Beziehungen charakterisiert werden, wenn sie einen marktförmigen Charakter annehmen oder aber, wenn sie sich einer ökonomischen Verwertungslogik nicht mehr entziehen können. Beispiele sind zahlreich, Friedrich von Hayek, einer der Hauptvertreter der neoliberalen Ökonomielehre, liefert hierzu eine Art konzeptionellen Rahmen:

»Es mag hart klingen, aber es ist wahrscheinlich im Interesse aller, dass in einem freiheitlichen System die voll Erwerbstätigen oft schnell von einer vorübergehenden und nicht gefährlichen Erkrankung geheilt werden um den Preis einer gewissen Vernachlässigung der Alten und Sterbenskranken.« (Hayek 1983: 397, zit. nach Reiners 2002: 50)

Die hier zum Vorschein kommende ökonomische Ethik ist leicht zu extrapolieren. Vorrang hat, was ökonomischen Nutzen bringt. Polarisierungsbewegungen verlaufen hierzu keinesfalls gegensätzlich. Bestandteil der kapitalistischen Verwertungslogik ist ein soziales Ausleseprinzip, das nicht auf sozialen Ausgleich zielt.<sup>4</sup> Ähnliches gilt für die Diagnose der Entsolidarisierung. »Alles Stehende und Ständische verdampft« (Marx), heißt es in der Frühphase der Ökonomieanalyse. Mit dem Rückgang sozialer Solidaritäts- und Hilfestrukturen gelangen offenbar ökonomische Rationalisierungsdynamiken zur Durchsetzung. Vor dem Hintergrund der ökonomischen Bewertung macht Zuwendung, wenn sie nicht reziprok auf einen Gegenwert zielt, womöglich keinen Sinn mehr. Trifft das Gesundheitsfeld also, wenn wir von Ökonomisierung sprechen, auf ein gesamtgesellschaftliches Wandlungsphänomen? Die ökonomische »Kolonialisierung der Lebenswelt« (Habermas) und die wachsende Dominanz eines »universellen Tauschprinzips« (Adorno), mit dem alles nach dem persönlichen ökonomischen Nutzen befragt wird, sind als gesellschaftstheoretische Motive bereits vorhanden. Ihre Indienstnahme wäre dann fruchtbares Fundament künftiger Ökonomisierungsforschung auch im Gesundheitsbereich.

Korrespondenzadresse:

Jun. Prof. Dr. Ullrich Bauer

Universität Bielefeld

Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld

E-Mail: ullrich.bauer@uni-bielefeld.de

### *Anmerkungen*

- 1 Wobei nach Angaben des Statistischen Bundesamtes dieser Trend seit den 1990er Jahren ein ausgedehntes Ost-West-Gefälle aufweist. Private Träger haben also gerade dort viel leichter an Boden gewinnen können, wo der Krankenhaussektor im Umbruch begriffen war und wo zahlreiche private Neugründungen wie Übernahmen mit Subventionen unterstützt wurden (Statistisches Bundesamt 2005).
- 2 Zur empirischen Diskussion dessen, was als Personal- und Mittelverknappung tatsächlich abgebildet werden kann, existiert eine Vielzahl zumeist vereinzelter Daten, die der vereinheitlichenden Aufbereitung längst bedürfen. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2005) weist die Personalentwicklung im stationären Versorgungssektor nunmehr seit vielen Jahren eine rückschrittliche Tendenz auf, wenn allein die Beschäftigten im Pflegebereich berücksichtigt werden (die Personalentwicklung im ärztlichen Bereich hierzu anders). Das ist natürlich vor dem Hintergrund einer seit der DRG-Einführung deutlich verkürzten durchschnittlichen Verweildauer in den Krankenhäusern (eine Verkürzung, die zwar diagnoseabhängig bleibt, durchschnittlich aber etwa eine Halbierung der Liegezeiten bedeutet) problematisch, da die noch verbleibenden Patientenpopulationen häufiger einen höheren Pflegebedarf haben, sich damit Arbeitsbelastungen beim pflegerischen Personal potenzieren etc. Repräsentative Daten zur Personalsituation und den damit verbundenen Auswirkungen sind noch seltener. Einen zumindest aktuellen Überblick über die Entwicklung im ambulanten und stationären Pflegesektor geben DIP 2002, 2003, 2004, Kälble 2005; Schubert/Schaffert-Witvliet/De Geest 2005.
- 3 Die Erhebung wurde im Frühjahr 2006 in mehreren Kliniken in Nordrhein-Westfalen durchgeführt. Befragt wurden Pflegekräfte, die sich zum Zeitpunkt des Interviews (teilstrukturiert und leitfadengestützt) in der Funktion von Mitarbeiter-, Personalvertretungen oder Betriebsräten befunden haben. Das hier vorgestellte Sample rekurriert ausschließlich auf Einrichtungen in öffentlicher, teil-öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft, voll privatisierte Einrichtungen sind ausgenommen (hier ausführlich u.a. Slotala/Bauer i.E.).
- 4 Wiewohl der konkrete Reproduktionsmechanismus ungleicher Chancen im Gesundheits- wie im Bildungsbereich durchgängig noch immer ständische Merkmale aufweist (Vester 2005), die mit dem Anspruch auf Chancengleichheit, der ja gerade von ökonomischer Seite erhoben wird, natürlich keinesfalls vereinbar sein können.

### *Literatur*

Arbeitsgruppe Public Health (2001): Anpassungsprozesse der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung. Berlin: WZB.

- Bauer, U. (2005): Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung, Wiesbaden: VS.
- Bauer, U. (2006) Die sozialen Kosten der Ökonomisierung von Gesundheit. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament. 8-9 (20. Februar 2006), 17-24.
- Bauer, U.; Bittlingmayer, U.H. (2006): Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung: In: K. Hurrelmann; U. Laaser; O. Razum (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4. vollst. überarb. Aufl. Weinheim, München: Juventa, 781-818.
- Bauer, U.; Rosenbrock, R.; Schaeffer, D. (2005): Stärkung der Nutzerposition im Versorgungswesen – gesundheitspolitische Herausforderung und Notwendigkeit. In: O. Iseringhausen; B. Badura (Hg.): Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation. Bern: Huber, 187-201.
- Bauer, U.; Schaeffer, D. (2006) Soziale Ungleichheit in der Pflege – (k)ein Thema? In: Managed Care. 7, 8-9.
- Bayerl, B; Mielck, A. (2006): Egalitäre und individualistische Gerechtigkeitsvorstellungen zur gesundheitlichen Versorgung: Ergebnisse einer Befragung von Patienten und Studenten. Das Gesundheitswesen (68), 739-746.
- Bittlingmayer, U.H. (2006): »Aber das weiß man doch!« Anmerkungen zur Wissensökonomie. In: U.H. Bittlingmayer; U. Bauer (Hg.): Die »Wissengesellschaft«. Mythos, Ideologie oder Realität. Wiesbaden: VS, 323-352.
- Blinkert, B.; Klie, T. (2004): Solidarität in Gefahr. Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel. Hannover: Vincentz Verlag.
- Bohnsack, R. (2001): Typenbildung, Generalisierung und komparative Analyse. In: Bohnsack, R.; Nentwig-I. Gesemann; A.-M. Nohl (Hg.): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Opladen: Leske + Budrich, 225-252.
- Bourdieu, P. (1987): Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Urteilskraft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Bourdieu, P. (1997): Die Abdankung des Staates. In: Ders. et al. (Hg.): Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft. Konstanz: UVK, 207-215.
- Braun, B.; Kühn, H.; Reiners, H. (1998): Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Buhr, P.; Klink S. (2006a): Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung. Bd. SP I, WZB Discussion Paper (2006-311), Berlin: WZB.
- Buhr, P.; Klink S. (2006b): Versorgungsqualität im DRG-Zeitalter. Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern. ZeS-Arbeitspapier (6/2006), Bremen: Zentrum für Sozialpolitik.
- Butterwegge, C. (2006): Krise und Zukunft des Sozialstaates, 3. erw. Aufl., Wiesbaden: VS.
- Dahme, H.-J.; Kühnlein, G.; Wohlfahrt, N. (2005): Zwischen Wettbewerb und Subsidiarität. Wohlfahrtsverbände unterwegs in die Sozialwirtschaft (hg. v. der Hans-Böckler-Stiftung). Berlin: Edition sigma.
- De Geest, S. (2005): Zusammenfassung, RICH-Nursing Study, Rationing of Nursing Care in Switzerland = CH, Effects of Rationing of Nursing Care in Switzerland on Patients' and Nurses' Outcomes. Basel: Institut für Pflegewissenschaft.
- Deppe, H.-U. (2002): Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland. 2. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: VAS.

- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2006): Zahlen, Daten, Fakten 2006. Düsseldorf: DKVG.
- Dibelius, O. (2003): Altersrationierung: Gerechtigkeit und Fairness im Gesundheitswesen? Eine Studie zum ethischen Führungshandeln von Pflegemanager/innen in der stationären und teilstationären Altenpflege. In: O. Dibelius; M. Arndt (Hg.): Pflegemanagement zwischen Ethik und Ökonomie: Eine europäische Perspektive. Hannover: Schlütersche, 23-36.
- Dickhaus, B.; Dietz, K. (2004): Öffentliche Dienstleistungen unter Privatisierungsdruck. Folgen von Privatisierung und Liberalisierung öffentlicher Dienstleistungen in Europa. URL: <http://www2.weed-online.org/uploads/EU-Studie-Privatisierung-DL-final.pdf>
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP) (2002) Pflege-Thermometer 2002. Köln.
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP) (2003) Pflege-Thermometer 2003. Köln.
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP) (2004) Pflege-Thermometer 2004. Köln.
- Dixon, K. (2000): Die Evangelisten des Marktes. Konstanz: UVK.
- Dreißig, V. (2005): Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund. Bielefeld: transcript Verlag.
- Friedman, M. (2002): Kapitalismus und Freiheit. Frankfurt a.M.: Eichborn.
- Galbraith, J.K. (2005): Die Ökonomie des unschuldigen Betrugers. Vom Realitätsverlust der heutigen Wirtschaft. München: Siedler.
- Gerdes, J. (2006): Der »Dritte Weg« als Kolonialisierung der Lebenswelt. Die Sozialdemokratie in der Wissensgesellschaft. In U. H. Bittlingmayer; U. Bauer (Hg.): Die »Wissensgesellschaft«. Mythos, Ideologie oder Realität? Wiesbaden: VS, 553-613.
- Gericke, C.; Busse, R. (2005): Rationierung im Krankenhaus: vertretbar oder gar notwendig? In: M.G. Krukemeyer; G. Marckmann; U. Wiesing (Hg.): Krankenhaus und soziale Gerechtigkeit. Stuttgart, New York: Schattauer, 53-71.
- Gerlinger, T. (2004): Privatisierung – Liberalisierung – Re-Regulierung. Konturen des Umbaus des Gesundheitssystems. WSI-Mitteilungen 9: 501-506.
- Greiner, W. (2006): Gesundheitsökonomische Bewertung von Disease-Management-Programmen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 49: 34-39.
- Greiner, W.; Mittendorf, T. (2005): Pauschale versus risikoorientierte Prämien in der Krankenversicherung. Kommentar zu Farhauer et al.: »Bürgerversicherung – Die Wirkung von Kopfprämien auf den Arbeitsmarkt«, Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft (2004), 3: 349-371. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Sonderdruck, 3: 577-580.
- Hayek, F.A. v. (1983): Die Verfassung der Freiheit. 2. Aufl. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Hayek, F.A. v. (2003): Der Weg zur Knechtschaft. München: Olzog.
- Heusinger, J.; Klünder, M. (2005): »Ich lass' mir nicht die Butter vom Brot nehmen!« Aushandlungsprozesse in häuslichen Pflegearrangements, Reihe Wissenschaft, Band 94 Frankfurt a.M: Mabuse.
- IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2006): Arbeitspapier: Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung. Eine systematische Übersicht. Köln: IQWiG.

- Jacobs, K.; Schulze, S. (2006): Managed Care und integrierte Versorgung in den USA – Erfahrungen und Lehren für die Diskussion in Deutschland. In: J. Klauber; B.-P. Robra; H. Schnellschmidt (Hg.): Krankenhaus-Report 2005. Schwerpunkt: Wege zur Integration. Stuttgart, New York: Schattauer, 81-97.
- Jakobi, T. (2005): Sozialer Wandel und Ökonomisierung des Krankenhausesektors. *Impulse – Newsletter zur Gesundheitsförderung* 49: 4-5.
- Kälble, K. (2005): Die »Pfleger« auf dem Weg zur Profession? Zur neueren Entwicklung der Pflegeberufe vor dem Hintergrund des Wandels und der Ökonomisierung im Gesundheitswesen. In: J. Eurich; A. Bring; J. Hädrich; A. Langer; P. Schröder (Hg.): Soziale Institutionen zwischen Markt und Moral. Führungs- und Handlungskontexte. Wiesbaden: VS, 215-246.
- Kliemt, H. (1997): Rechtsstaatliche Rationierung. In: W. Kirch; H. Kliemt (Hg.): Rationierung im Gesundheitswesen. Regensburg: Roderer, 20-41.
- Kliemt, H. (2006) Ethik und Rationierung im Gesundheitswesen. In: C. Wendt; C. W. (Hg.): Soziologie der Gesundheit (= KZFSS Sonderheft 46). Wiesbaden: VS, 364-382.
- Kopetsch, T. (2005): Überlegungen zu einer selbstbestimmten Rationierung medizinischer Leistungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung. *Recht und Politik im Gesundheitswesen* 11, 3: 51-57.
- Kretschmer, R.; Nass, G. (2005): DRG's im Krankenhausalltag – Ärztliche Entscheidungen im Spagat zwischen knappen Ressourcen und Ethik. In: J. Eurich et al. (Hg.): Soziale Institutionen zwischen Markt und Moral. Führungs- und Handlungskontexte. Wiesbaden: VS, 247-264.
- Kühn, H. (1993): Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A.. Berlin: Ed. Sigma.
- Kühn, H. (1998): »Selbstverantwortung« in der Gesundheitspolitik. *Jahrbuch für Kritische Medizin*, Band 33, Kostendruck im Krankenhaus. Hamburg: Argument, 37-52.
- Kühn, H. (2004): Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung. In: G. Elsner; T. Gerlinger; K. Stegmüller (Hg.): Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus. Hamburg: VSA, 25-41.
- Kunz, H. (2005): Droht die »Amerikanisierung des Gesundheitswesens«? Wenn jeder nur noch selbst für seine Gesundheit oder Krankheit verantwortlich ist. *Kommune* 6: 59-63.
- Loss, J.; Nagel, E. (2004): Ansätze für ein gerechtes Gesundheitssystem unter den gegebenen ökonomischen Rahmenbedingungen. In: S. Graumann; K. Grüber (Hg.): Patient – Bürger – Kunde. Soziale und ethische Aspekte des Gesundheitswesens. Münster: Lit-Verlag, 213-231.
- Manzeschke, A. (2005): Global Health – Wirtschaftsethische Anmerkungen zur Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens. *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, Bd. 10, Berlin: de Gruyter, 129-149.
- Maucher, M.G. (2005): Dienstleistungen des Sozial- und Gesundheitsbereichs zwischen Gemeinwohlverpflichtungen und Sozialmarktorientierung – Vorbereitende Aktivitäten zur Erarbeitung einer Mitteilung der EU. *Sozialer Fortschritt – Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik* 54, 5-6: 142-148.
- Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsmöglichkeiten und Interventionsmöglichkeiten. Bern: Huber.
- Oberender, P. (1996): Medizin zwischen Rationierung und Rationalisierung. In: Ders. (Hg.): Rationalisierung und Rationierung. Gräfelting: Socio-medico, 9-21.

- Oberender, P.; Zerth, J. (2005): Krankenhaus und Sicherstellungsauftrag – ist Sicherstellung für alle möglich? In: M.G. Krukemeyer; G. Marckmann; U. Wiesing (Hg.): Krankenhaus und soziale Gerechtigkeit. Stuttgart, New: Schattauer, 159-176.
- Reiners, H. (2002): Ökonomische Dogmen der Gesundheitspolitik. Anmerkungen zur Gesundheitsökonomie. In: H.-U. Deppe; W. Burkhardt (Hg.): Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin. Hamburg: VSA, 36-56.
- Rosenbrock, R.; Gerlinger, T. (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 2. vollst. überarb. u. erw. Aufl. Bern: Huber.
- Roth, S. (2003): Evolutorische Spieltheorie und Marketing. Marketing 1: 51-69.
- Schaeffer D. (2004): Der Patient als Nutzer. Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit. Bern: Huber.
- Schubert, M.; Schaffert-Witvliet, B.; De Geest, S. (2005): Auswirkungen von Kosteneinsparungsstrategien und Stellenbesetzung auf die Ergebnisse von Patienten und Pflegefachpersonen. Eine Literaturübersicht. Zeitschrift Pflege 18: 320-328.
- Schwartz, F.W.; Busse, R. (1994): Die Zukunft des deutschen Gesundheitssystems – Vorschläge, Mythen und Aussichten. In: B. Blanke; R. Czada; H. Heinelt; A. Hérítier; G. Lehmbruch (Hg.): Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin. Opladen: Leske + Budrich, 403-421.
- Simon, M. (2000): Ökonomische Rahmenbedingungen der Pflege. In: B. Rennen-Allhoff; D. Schaeffer (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, München: Juventa, 243-270.
- Slotala, L.; Bauer, U. (i.E.): Wie viel Ökonomie verträgt das Gesundheitswesen? Erste Erkenntnisse der Befragung von Pflegekräften im Krankenhaus. In: Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege & Gesundheit (Hg.): Aufbruch unter Vorbehalt. Beiträge der 11. Studentischen Fachtagung. Fulda.
- Sperlich, S.; Mielck, A. (2003): Sozialepidemiologische Erklärungsansätze im Spannungsfeld zwischen Schicht- und Lebensstilkonzeptionen. Plädoyer für eine integrative Betrachtung auf der Grundlage der Bourdieuschen Habitustheorie. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 11, 2: 165-179.
- Strodtholz, P. (2005): Das Solidarsystem im Umbau. Entwicklungsbedarf und Gestaltungsoptionen für die Gesundheitspolitik. Weinheim, München: Juventa.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten. Baden-Baden: Nomos-Verlag.
- Vester, M. (2005): Die selektive Bildungsexpansion. Die ständische Regulierung der Bildungschancen in Deutschland. In P.A. Berger; H. Kahlert (Hg.): Institutionalisierte Bildungsungleichheiten. Wie das Bildungswesen Chancen blockiert. Weinheim, München: Juventa, 39-70.
- Vester, M.; Geiling, H.; Hermann, T.; Müller, D.; von Oertzen, P. (2001): Soziale Milieus im gesellschaftlichen Strukturwandel. Zwischen Integration und Ausgrenzung. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- v. Weizsäcker, E.U.; O.R. Young; M. Finger (Hg.) (2006): Grenzen der Privatisierung. Wann ist des Guten zuviel? Bericht an den Club of Rome. Stuttgart: Hirzel.