

Embedded Competition - Oder wie kann man die Auswirkungen wettbewerblicher Regulierung im Gesundheitswesen messen? Eine methodologische Perspektive

Manzei, Alexandra; Schnabel, Manfred; Schmiede, Rudi

Veröffentlichungsversion / Published Version
Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Manzei, A., Schnabel, M., & Schmiede, R. (2014). Embedded Competition - Oder wie kann man die Auswirkungen wettbewerblicher Regulierung im Gesundheitswesen messen? Eine methodologische Perspektive. In R. Schmiede, & A. Manzei (Hrsg.), *20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen: theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege* (S. 11-31). Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-02702-5_1

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-SA Lizenz (Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-SA Licence (Attribution-ShareAlike). For more Information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>

Embedded Competition¹ – Oder wie kann man die Auswirkungen wettbewerblicher Regulierung im Gesundheitswesen messen?

Eine methodologische Perspektive

Alexandra Manzei, Manfred Schnabel, Rudi Schmiede

„Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen bringt vor allem mehr Bedarfsgerechtigkeit, eine bessere Qualität, mehr Effizienz, geringere Kosten sowie weniger Bürokratie. Dazu muss sich der Wettbewerbsgedanke in allen Bereichen des Gesundheitswesens stärker durchsetzen: zwischen den Krankenkassen, zwischen den Anbietern medizinischer Leistungen und im Verhältnis der Krankenkassen zu den Leistungserbringern, Ärzten und Krankenhäusern.“

(Bundesministerium für Gesundheit 2010)

„Wettbewerb im Gesundheitswesen nützt den Patientinnen und Patienten. Sie erhalten so eine größere Wahlfreiheit und am Ende eine bessere Behandlung. Wettbewerb im Gesundheitswesen ist also kein Selbstzweck, sondern der Weg zu einer besseren medizinischen Qualität, zu mehr Effizienz und zu weniger Bürokratie.“

(Bundesministerium für Gesundheit 2014)

1 Einleitung

Während das Wettbewerbsparadigma in anderen gesellschaftlichen Teilbereichen spätestens nach der Finanzkrise 2009 nicht mehr unhinterfragt als Königsweg politischer Regulierung propagiert wird, scheint es in der Gesundheitspolitik völlig ungebrochen. Wettbewerb „soll dem Gesundheitssystem zu mehr Effizienz

1 Hier lehnen wir uns an die Begrifflichkeit von Karl Polanyi bzw. Mark Granovetter an (vgl. Granovetter 1985).

verhelfen, eine hohe Versorgungsqualität gewährleisten und den Menschen individuelle Entscheidungskompetenzen zubilligen“ (Böckmann 2009, S.11). Dass Wettbewerb diese positiven Effekte erzielt, ist jedoch keineswegs so sicher, wie es die obigen Zitate nahelegen. Im Gegenteil: Seit Jahren dominieren in den Medien Berichte, die auf die fatalen Konsequenzen der Ökonomisierung im Gesundheitswesen hinweisen.² Auch in der wissenschaftlichen Forschung ist die Frage nach den Konsequenzen wettbewerblicher Regulierung hoch umstritten. Während bspw. der GKV-Spitzenverband die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) zur Abrechnung im stationären Sektor als „Erfolgsgeschichte“³ beschreibt, liegen mittlerweile zahlreiche empirische Studien vor, die gravierende negative Effekte für das Krankheitserleben der Patienten, die Arbeitsorganisation der Pflegenden und Ärzte und nicht zuletzt die wirtschaftliche Effizienz – nicht nur im stationären Sektor, sondern auch im ambulanten Bereich und der Pflege – eindrücklich belegen können.⁴ Es stellt sich also die Frage, woher diese differenten bzw. gegensätzlichen Ergebnisse in empirischen Studien rühren.

Ein allgemeiner Grund für die divergenten Einschätzungen der Folgen wettbewerblicher Regulierung liegt sicherlich in den unterschiedlichen politischen und sozialen Interessen, die den jeweiligen Untersuchungen zugrunde liegen. Damit soll nicht unterstellt werden, dass Forschungsergebnisse aus ideologischen Gründen verfälscht werden. Es soll vielmehr darauf hingewiesen werden, dass auch methodisch korrekt durchgeführte Studien selbstverständlich nicht frei von Interessen sind. Bei der anfänglichen Auswahl des Untersuchungsthemas und der genauen Formulierung der Forschungsfrage sowie auch im weiteren Verlauf einer Untersuchung, bei der Festlegung des Untersuchungsdesigns, der Erhebung und Auswertung der Daten und nicht zuletzt bei der Publikation der Ergebnisse, spielen Interessen – notwendig – eine wesentliche Rolle. Obwohl das jede Wissenschaftlerin und jeder Wissenschaftler weiß, weil es sich um Grundwissen empirischer Forschung handelt, das nicht nur in jedem Standardwerk nachzulesen ist, sondern als wissenschaftstheoretisches Problem die sozialwissenschaftliche Forschung auch von Anbeginn begleitet hat,⁵ wird oft eine naiv-realistische

2 Vgl. bspw. die eindrücklichen – und bezeichnenderweise anonymisierten – Erfahrungsberichte von Ärzten und Ärztinnen aus dem stationären Klinikalltag im „Zeitmagazin“, Nr. 21, vom 16.5.2012 oder auch den Bericht von Christina Berndt in der Süddeutschen Zeitung (S. 3) vom 14.08.2013.

3 Vgl. kritisch dazu Braun in diesem Band.

4 Vgl. neben den im Band vertretenen Autorinnen und Autoren bspw. Bauer 2007; Kühn 2001; Kühn et al 2005; Löser-Priester 2003; Manzeschke 2011; Reiners 2011.

5 Was bekanntlich bereits bei den Gründungsvätern der Sozialwissenschaft nachzulesen ist (vgl. Weber 1988 [1904]).

Objektivität der Daten behauptet, die es faktisch nicht gibt. Ein angemessener Umgang mit dieser – notwendigen – Interessengeleitetheit empirischer Studien kann nun nicht darin liegen, sie zu vermeiden. Methodisch korrekt wäre es vielmehr, die eigenen forschungsleitenden Interessen sowie die methodische Vorgehensweise offen zu legen und damit die Grenzen der Aussagekraft der eigenen Studien zu reflektieren und nachvollziehbar zu machen.

Interessensmotivierte Divergenzen sind jedoch nur ein Grund für die uneinheitlichen Ergebnisse der Begleitforschung zur Ökonomisierung. Ein weiterer Grund liegt in der unzureichenden Reflexion der Komplexität des Untersuchungsfeldes bei der Wahl der Untersuchungsmethode. Denn das Gesundheitssystem ist ein sehr heterogenes und vielschichtiges Forschungsfeld, welches – stärker noch als andere gesellschaftliche Teilbereiche – von vielfältigen politischen, kulturellen und sozio-technischen Wandlungsprozessen durchzogen ist. Gleichzeitig weist es mit seinen bestehenden Organisationsstrukturen ein ausgeprägtes Beharrungsvermögen gegenüber externen Steuerungsprozessen auf, insbesondere wenn diese traditionelle medizinische und pflegerische Werte konterkarieren. Wettbewerb ist eingebettet in diese Prozesse und Strukturen und wird von ihnen in einer Weise beeinflusst (forciert, gebremst oder auch negiert), die bei der Implementation wettbewerblicher Regulierungsmaßnahmen nicht abzuschätzen ist. Diese Verwobenheit wettbewerblicher Regulierung mit anderen gesellschaftlichen und organisatorischen Transformationsprozessen im Feld ist gemeint, wenn wir in dieser Einleitung von „Embedded Competition“ reden. Aufgrund dieser Eingebettetheit des Wettbewerbs – so unsere These – ist es nicht möglich, die Folgen wettbewerblicher Regulierung isoliert, gleichsam wie im Labor, zu betrachten und zu messen. Um die Auswirkungen von Wettbewerb in diesem komplexen Feld überhaupt messen und beurteilen zu können, bedarf es vielmehr elaborierter Untersuchungsmethoden, die der Heterogenität des Untersuchungsfeldes Rechnung tragen.

In dieser Einleitung soll deshalb gefragt werden, mit welchen Methoden sich die Auswirkungen wettbewerblicher Regulierung im Gesundheitswesen überhaupt messen lassen. Welche methodischen Probleme tauchen auf, wenn man Wettbewerb messen will und wie lassen sie sich lösen? Im Fokus stehen dabei zwei Grundprobleme. Im folgenden Abschnitt geht es zunächst um das Problem der Operationalisierung des theoretischen Konstrukts „Wettbewerb“. Um die Auswirkungen von Wettbewerb messen zu können muss ja zunächst gefragt werden, wie Wettbewerb im Gesundheitswesen überhaupt in Erscheinung tritt. Welche Handlungen individueller und kollektiver Akteure können als konkurrentes, bzw. wettbewerbliches Verhalten bezeichnet werden? Hier wird sich zeigen, dass es kategoriell zwei Arten von Wettbewerb im Gesundheitswesen gibt (den

„agonalen“ oder direkten Wettbewerb sowie den „Leistungswettbewerb“) und dass es sich bei beiden Wettbewerbsarten keineswegs um naturwüchsige Verhaltensweisen in der Medizin und Pflege handelt. Sie wurden vielmehr als gesundheitspolitische Steuerungsmechanismen im Gesundheitswesen eingeführt, um zum einen die Kosten der Gesetzlichen Krankenversicherungen zu senken und zum anderen einen funktionierenden Markt im Gesundheitswesen zu etablieren und auszuweiten.

Dass es sich bei beiden Wettbewerbsformen um marktwirtschaftliche Steuerungsmechanismen handelt, macht es in einem zweiten Schritt erforderlich, auch das Verhältnis von Wettbewerb und Ökonomisierung genauer in den Blick zu nehmen und zu fragen, wie „Ökonomisierung“ im Gesundheitswesen in Erscheinung tritt. Dabei zeigt sich, dass Ökonomisierung kein Phänomen ist, das es – etwa im Sinne wirtschaftlichen oder effizienten Handelns – schon immer im Gesundheitswesen gegeben hat. Wirtschaftliches oder effizientes Handeln wären allenfalls mögliche Ergebnisse – also Folgen – des Ökonomisierungsprozesses, deren Eintreten oder Nicht-Eintreten es zu überprüfen gilt. Ökonomisierung bezeichnet vielmehr einen Prozess der zunehmenden Überlagerung medizinischer und pflegerischer Werte, Handlungsmaximen und Entscheidungskriterien mit betriebswirtschaftlichen Argumenten. Es lässt sich zeigen, wie sich dieser Prozess der Ökonomisierung in den letzten 20 Jahren sukzessive auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen vollzogen hat und sich seit dem zu einem neuen, maßgeblichen Orientierungsrahmen für die Akteure im Gesundheitswesen entwickelt.

Im dritten Abschnitt wird die Komplexität des Forschungsfeldes „Gesundheitswesen“ exemplarisch veranschaulicht. Dabei soll deutlich werden, wie Wettbewerb mit den vielfältigen Strukturen und Prozessen im Gesundheitswesen verwoben ist und weshalb sich die Folgen wettbewerblichen Handelns nicht isoliert betrachten lassen. Um die Folgen wettbewerblichen Handelns zu evaluieren ist es vielmehr unabdingbar, (zumindest auch) qualitative, bzw. interpretative Untersuchungsmethoden einzusetzen.⁶ Es zeigt sich jedoch, dass die deutschsprachigen Gesundheits- und epidemiologische Forschung sich dieser Forderung gegenüber oftmals noch als sehr verschlossen erweist, was (neben ideologischen Ressenti-

6 Der Ausdruck „interpretative Methoden“ wird in der sozialwissenschaftlichen Forschung als alternative Begrifflichkeit für „qualitative Methoden“ verwendet. Statt von qualitativen und quantitativen Methoden zu sprechen, ist dann von interpretativen und standardisierten Verfahren bzw. Methoden die Rede. Anders als das erste Begriffspaar beschreibt das zweite eher ein Kontinuum zwischen den Methoden als einen strikten Gegensatz. Es zielt darauf ab, ideologische Grenzen zwischen qualitativen und quantitativen Methoden zu überwinden und die Methodenwahl strikt am Gegenstand, bzw. an der Forschungsfrage zu orientieren.

ments) auch einer methodologischen Unkenntnis interpretativer Verfahren geschuldet ist. Abschließend werden die Beiträge dieses Bandes kurz hinsichtlich der Frage vorgestellt, wie sie mit den in dieser Einleitung angerissenen methodischen Problemen jeweils umgehen.

2 „Agonaler Wettbewerb“ und „Leistungswettbewerb“ als marktwirtschaftliche Steuerungsinstrumente im Gesundheitswesen

Die Aussage, Wettbewerb führe zu „mehr Bedarfsgerechtigkeit, eine(r) bessere(n) Qualität, mehr Effizienz, geringere(n) Kosten sowie weniger Bürokratie“ (siehe oben), ist keine Aussage über die Wirklichkeit, sondern zunächst eine theoriegeleitete Zusammenhangsvermutung (Hypothese). Sie basiert auf theoretischen Annahmen über die Funktionsweise sozialer Marktwirtschaft (vgl. z.B. Butterwegge et al. 2008; Gertenbach 2010). Will man diese Hypothese auf ihren Wahrheitsgehalt hin überprüfen, muss man sich fragen, wie man Wettbewerb messen kann, denn Wettbewerb ist kein Phänomen, das sich direkt beobachten lässt. Was man beobachten und erfassen kann sind Handlungen, Verhaltensweisen oder Aussagen. Ob diese Handlungen, Verhaltensweisen und Aussagen jedoch für Wettbewerb stehen, ob es sich also um Indikatoren für Wettbewerb handelt, ist wiederum eine theoretische Frage der Operationalisierung. Für die Suche nach messbaren Indikatoren für das Konstrukt „Wettbewerb“, wäre also zunächst zu fragen, was mit Wettbewerb im Gesundheitswesen konkret gemeint ist. Welche Handlungen dienen dem Wettbewerb? Welches Verhalten ist konkurrent?

Um diese Frage zu beantworten muss man die Implementierung von Wettbewerb auf mehreren Ebenen analysieren. Auf gesamtgesellschaftlicher Ebene ist zunächst zu fragen, mit welchen politischen Maßnahmen Wettbewerb im Gesundheitswesen eingeführt wurde. Eine grundsätzliche Rolle spielt hier erstens das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG). Mit seinem Inkrafttreten, am 1.1.1993, kam es zu einem „Paradigmenwechsel“ in der Gesundheitspolitik, den der Gesundheitswissenschaftler Thomas Gerlinger als Wechsel von einer bis dahin eher „strukturkonservierenden Kostendämpfungspolitik“ hin zu einer „wettbewerbszentrierten Strukturreform“ beschreibt. Ziel dieser Strukturreform sei es, „einen regulierten Markt im Gesundheitswesen [zu] etablieren und [...] die als ineffizient geltenden Strukturen der medizinischen Versorgung zu modernisieren“ (vgl. Gerlinger in diesem Band). Einundzwanzig Jahre später sind nun mittlerweile zwanzig weitere Reformen zu verzeichnen, die den Prozess wettbewerbllicher Re-Regulierung fortsetzten. Eine zweite wichtige Rolle bei der Implementierung

von Wettbewerb im Gesundheitswesen spielte die Einführung der Pflegeversicherung (PflegeVG) 1995, mit der das steigende Risiko der Pflegebedürftigkeit (zumindest teilweise) abgesichert werden sollte (vgl. Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 315f.; Bode 2013). Bei der Einführung dieser fünften Säule der Sozialversicherung setzte der Gesetzgeber ausschließlich auf die Etablierung eines *Pflegemarktes* und dessen Regulierung durch Wettbewerb. „Auf den Aufbau einer nicht gewinnwirtschaftlichen, z. B. kommunalen Infrastruktur für die Pflege wurde verzichtet“ (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 324). Beide Prozesse – die Gesundheitsreform wie auch die Einführung der Pflegeversicherung – müssen drittens im Lichte des sich zu Beginn der 1990er Jahre vollendeten EU-Binnenmarktes gedeutet werden. Denn obwohl das EU-Recht die Verantwortung für die Gesundheitspolitik eigentlich bei den Mitgliedsstaaten verortet, hat die EU-Politik weitreichende Auswirkungen auf das deutsche Gesundheitssystem (vgl. hierzu Hartmann und Becker in diesem Band sowie Schmucker 2009; Verpohl 2011).

Alle drei genannten Prozesse – das machen die Arbeiten von Gerlinger, Hartmann und Becker in diesem Band deutlich – zeigen zunächst einmal, dass es sich bei der Einführung von Wettbewerb explizit um eine Form *marktwirtschaftlicher* Steuerung handelt. Für die Operationalisierung des Konstrukts „Wettbewerb“ ist es wichtig, das festzuhalten. Wenn hier nach Wettbewerb gefragt wird, ist kein quasi natürliches Grundmuster menschlichen Verhaltens gemeint. Wettbewerb wurde vielmehr seit Beginn der 1990er Jahre als Regulierungsverfahren gezielt eingeführt und dient der Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Über marktwirtschaftliche Anreize sollte das Verhalten der Akteure im Gesundheitswesen so gesteuert werden, dass die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen gesenkt werden, während das Gesundheitswesen ansonsten zu einem Gesundheitsmarkt erweitert und ausgebaut wird. Für die Operationalisierung des Konstrukts Wettbewerb stellt sich damit auf der institutionellen Ebene die Frage, welche Handlungsanreize für die Akteure im Gesundheitswesen konkret gesetzt wurden (und werden), damit sich diese wettbewerbslich, im Sinne marktwirtschaftlicher Konkurrenz verhalten.

Als Anreizsysteme sind hier u. a. Budgetierungen und Fallpauschalen sowie die Privatisierungen von Kosten und die Ausgrenzung von Leistungen aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen zu nennen (vgl. ausführlich Gerlinger in diesem Band). Alle Regulierungsmaßnahmen setzten dabei entweder am Geld an, indem sie bspw. durch die Einführung von Ausgabenobergrenzen (Budgetierungen, Fallpauschalen, DRGs) Knappheit, also Konkurrenz um

knappe Mittel erzeugen.⁷ Oder sie suchen die Wettbewerbsfreiheit auf dem (EU-) Gesundheitsmarkt zu maximieren, indem Leistungen aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen (GKVen) ausgegliedert und Kosten für Gesundheitsleistungen privatisiert werden. Auf diese Weise lässt sich das Angebot an Leistungen auf dem Gesundheitsmarkt erhöhen, ohne die Lohnnebenkosten weiter zu belasten. Für die Operationalisierung des Konstrukts „Wettbewerb“ ist es besonders wichtig, diesen engen Zusammenhang von Wettbewerb und Ökonomisierung konkret zu analysieren. Die folgende Konkretisierung dient dieser Analyse. Sie soll verdeutlichen, wie es durch wettbewerbliche Regulierung zur Ökonomisierung medizinischer und pflegerischer Handlungen kommt und welche Formen des Wettbewerbs konkret implementiert wurden.

Mit dem GSG wurden neben dem Kassenwettbewerb und anderen Ökonomisierungsmechanismen (wie der Privatisierung von Kosten und der Ausgrenzungen von Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKVen), Budgets und Pauschalvergütungen im ambulanten und stationären Sektor eingeführt (vgl. Gerlinger in diesem Band). Mit diesen Budgetierungen und Pauschalvergütungen wurden die bisherigen Handlungsanreize für die Leistungsanbieter umgekehrt. Hatte z.B. das Prinzip der Einzelleistungsvergütung bis dahin eher zu einer Mengenausweitung an erbrachten Leistungen geführt (und damit zu höheren Ausgaben der Kassen), so führte die finanzielle Deckelung durch Budgets und Pauschalvergütungen nun zu einer Mengenbegrenzung. Die spezifisch marktwirtschaftliche Komponente dieser wettbewerblichen Regulierung liegt nun erstens darin, dass – wie schon erwähnt – durch die Budgetierung künstlich Knappheit erzeugt wird. Auf der Handlungsebene der Leistungsanbieter wird dadurch wiederum Konkurrenz (also Wettbewerb) um knappe Mittel erzeugt. Gewinne können nur noch unterhalb der gesetzten Ausgabengrenzen realisiert werden und gehen notwendig zu Lasten der Konkurrenten.

Das heißt, wir haben es hier mit einer Form von Wettbewerb zu tun, die mit Hartmut Rosa als „agonaler Wettbewerb“ (2013) beschrieben werden kann. Leistungsanbieter konkurrieren nicht um ein Drittes – bspw. darum, wer die beste Versorgungsqualität gewährleistet –, sondern direkt gegeneinander. Diese Form von Wettbewerb ist im Kern nicht auf die Verbesserung von Versorgungsqualität ausgerichtet. Sie hat – im Gegenteil – vielfältige negative Auswirkungen

7 Knappheit ist also keineswegs ein Zustand, der durch eine naturwüchsige Begrenzung der Mittel entsteht, wie es durch in der Politik häufig verwendete Metaphern wie die Rede vom „Kuchen, den es zu verteilen gilt“, nahegelegt wird. Welche Mittel dem öffentlichen Gesundheitswesen zur Verfügung stehen, ist eine politische Frage. In diesem Sinne ist Mittelknappheit politisch intendiert und wird bewusst erzeugt.

für die Versorgung zur Folge, wie bspw. die Ausgrenzung von kostenintensiven Patienten und ihre „Verschiebung“ zu anderen Leistungsanbietern und Kostenträgern, wie die Studien in diesem Band deutlich zeigen. Dass es diese negativen Folgen wettbewerblicher Regulierung gibt, ist unter Experten auch völlig unumstritten. In der Gesundheitspolitik spricht man hier von „Fehlanreizen“, die durch flankierende Maßnahmen korrigiert werden müssen, wie bspw. durch den Risikostrukturausgleich beim Wettbewerb der Krankenkassen oder „Disease Management Programme“, die die Gesetzlichen Krankenkassen durch zusätzliche Mittel motivieren sollen, auch kostenintensive Patienten gut zu versorgen.

Mit der seit den 1990er Jahren zeitlich parallel verlaufenden Einführung des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen wird dieser agonale Wettbewerb durch einen „Leistungswettbewerb“ (Rosa 2013) ergänzt. Beim Leistungswettbewerb orientiert sich das Handeln der Akteure nicht in erster Linie am Konkurrenzkampf um knappe Mittel, sondern bemisst sich an einem externen Maßstab. Im Gesundheitswesen sind das im ambulanten und stationären Sektor bspw. externe Qualitätsstandards, wie evidenzbasierte medizinische und pflegerische Standards (EBM/EBN) oder Zertifizierungsverfahren. Im Pharmasektor kann die 2011 verbindlich eingeführte Kosten-Nutzen-Bewertung von Medikamenten als ein ähnliches externes Qualitätskriterium angesehen werden (vgl. Glaeske in diesem Band). Für die Frage, welche Wirkungen wettbewerbliche Regulierungsmechanismen zeitigen, ist diese fundamentale Differenz beider Wettbewerbsformen – agonalem und Leistungswettbewerb – von zentraler Bedeutung. Offensichtlich kann nicht generalisierend von Wettbewerb gesprochen werden. Entsprechend müssen für die Operationalisierung des theoretischen Konstrukts Wettbewerb Indikatoren für beide Formen von Wettbewerb gesucht werden.

3 „Ökonomisierung“ als Prozess der Überlagerung medizinischer und pflegerischer Handlungslogiken mit betriebswirtschaftlichen Entscheidungskriterien

Als weitere Folge der Einführung von Ausgabenobergrenzen ist außerdem festzuhalten, dass Ärzte, selbstständige Pflegekräfte und andere Leistungsanbieter durch Budgets und Fallpauschalen in einen moralischen Zielkonflikt gedrängt werden: Ihr Gewinnstreben geht unter Bedingung der Budgetierung nun notwendig zu Lasten der Leistungen für die Patienten. Medizinische und pflegerische Entscheidungen im direkten Umgang mit Patienten werden zwingend durch ökonomische Fragen überlagert. Dieses Phänomen der Überlagerung genuin

medizinischer oder pflegerischer Kriterien durch ökonomische Argumente in diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen kann in Orientierung an Uwe Schimank und Ute Volkmann als Ökonomisierung beschrieben werden (vgl. Schimank und Volkmann 2008). Ökonomisierung ist demnach nicht – wie es oft vereinfachend geschieht – mit Wirtschaftlichkeit gleichzusetzen. Folglich kann auch nicht behauptet werden, dass es Ökonomisierung im Gesundheitswesen, z. B. als verantwortlichen Umgang mit Ressourcen, schon immer gegeben habe.⁸ Eine solche Pauschalisierung verliert gerade das Spezifische der mit der Gesundheitsreform umgesetzten wettbewerblichen Regulierung aus dem Blick. Ökonomisierung, wie sie sich im Rahmen wettbewerblicher Regulierung im Gesundheitswesen vollzieht, muss vielmehr verstanden werden als das „Eindringen einer teilsystemfremden Logik in ein anderes gesellschaftliches Teilsystem“ (Schimank und Volkmann 2008, S. 383; vgl. auch Bode 2013).

Schimank und Volkmann beschreiben dieses Übergreifen einer systemfremden Logik als einen Prozess, der auf allen gesellschaftlichen Ebenen angreift. Auf gesamtgesellschaftlicher Ebene werde diese Ökonomisierung forciert durch eine zunehmende, direkte oder indirekte, Ressourcenabhängigkeit von der Wirtschaft. Im Gesundheitswesen ist diese Abhängigkeit zum einen durch die Finanzierung der GKV durch Arbeitskosten gegeben und zum anderen durch die besondere Rolle, die das Gesundheitswesen als Teil wohlfahrtsstaatlicher Sicherung einnimmt. Denn anders als in anderen sozialen Sicherungssystemen, wie der Renten- und Sozialversicherung, geht es in der GKV nicht nur um die soziale (zumeist finanzielle) Absicherung bestimmter Lebensrisiken. Im Gesundheitssystem muss vielmehr zusätzlich die Versorgung mit Gütern (Medikamenten, Hilfsmitteln, Medizintechnik, etc.) sowie ärztlichen, pflegerischen und anderen therapeutischen und diagnostischen Dienstleistungen gewährleistet werden. Aus der Perspektive marktwirtschaftlicher Regulierung ist das Gesundheitswesen deshalb besonders gut geeignet, um einen innovativen Wachstumsmarkt zu etablieren: Güter und Dienstleistungen lassen sich EU-weit und auf einem globalen Markt anbieten und vertreiben.

Diese Abhängigkeit von der Wirtschaft auf der Makroebene schlägt sich dann auf der organisatorisch-institutionellen Ebene (Mesoebene) zunehmend in den „Programmstrukturen der Teilsysteme“ (Schimank und Volkmann 2008, S. 385) nieder. Im Gesundheitswesen zeigt sich die zunehmende Ökonomisierung der Organisationsstrukturen bspw. in der Übernahme neuer Management- und Steuerungsverfahren (wie New Public Management) in den Krankenhäusern (vgl. Löser-Priester 2003 sowie Manzei in diesem Band) sowie bei Veränderungen

8 Wirtschaftlichkeit ist ja vielmehr ein Effekt, den Ökonomisierung erzeugen soll.

in der Leitungsstruktur von Krankenhäusern (vgl. Simon in diesem Band). Nicht zuletzt führt die Übernahme ökonomischer Logiken auf der Makro- und Mesoebene dann sukzessive auch zum Eindringen in die Handlungen und Entscheidungen der einzelnen Akteure auf der Mikroebene, wenn bspw. diagnostische und therapeutische Entscheidungen durch ökonomische Kriterien überlagert werden. Ob dabei von den einzelnen Akteuren letztlich affirmativ, ablehnend oder strategisch mit diesen neuen „Rahmungen“ (Vogd) umgegangen wird – ökonomische Kriterien bilden heute in jedem Fall einen institutionellen Handlungsrahmen, der alle Ebenen im Gesundheitswesen durchdringt und dem sich niemand mehr entziehen kann. Alle Studien in diesem Band, ebenso wie die Praxisberichte aus der ambulanten ärztlichen Versorgung, belegen diese „Kolonialisierung“ (Bode 2013, S. 10) eindrücklich.

Für die Operationalisierung des Konstrukts Wettbewerb kann zusammenfassend Folgendes festgehalten werden: Bei Wettbewerb, wie er hier relevant wird, handelt es sich explizit um eine Form *marktwirtschaftlicher* Steuerung. In diesem Sinne kann Wettbewerb hier nicht als wertneutrales Handlungsprinzip verstanden werden. Wettbewerb erweist sich vielmehr als Teil eines Ökonomisierungsprozesses, der sich als Kolonialisierung ursprünglich nicht betriebswirtschaftlich organisierter Handlungsfelder beschreiben lässt. Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass wettbewerbles Verhalten im Gesundheitswesen in zwei Formen vorliegt. Eine Form kann als agonaler (direkter) Wettbewerb der Akteure gegeneinander beschrieben werden und findet bspw. unter Bedingung der Budgetierung statt. Diese Form von Wettbewerb hat explizit kein inhaltliches, qualitatives Ziel und führt folglich auch nicht notwendig zu „mehr Bedarfsgerechtigkeit, eine(r) bessere(n) Qualität, mehr Effizienz, geringere(n) Kosten sowie weniger Bürokratie“ (siehe oben), was die Beiträge in diesem Band anschaulich belegen. Zum andern findet im Rahmen des Qualitätsmanagements ein Leistungswettbewerb um bessere Versorgungsqualität statt, der sich an externen Handlungskriterien bemisst, wie bspw. an beweisbasierten Standards des Evidence based Nursing, bzw. der Evidence based Medicine. Beide Formen befördern die Kolonialisierung des beruflichen Selbstverständnisses auf jeweils eigene Weise – durch die Überlagerung betriebswirtschaftlichen Denkens über fachliche und berufsethische Entscheidungen (Ökonomisierung) sowie durch die Relevanz extern gesetzter Standards für die Bewertung und Organisation der eigenen Arbeit (Standardisierung, vgl. hierzu Manzei in diesem Band).

4 Zur Komplexität des Forschungsfeldes „Gesundheitswesen“

An der Wechselwirkung zwischen Wettbewerb und Ökonomisierung ist bereits deutlich geworden, was in dieser Einleitung mit „Embedded competition“ gemeint ist. Beide Prozesse stehen jedoch zusätzlich noch in komplexem Zusammenhang mit anderen gesellschaftlichen Transformationsprozessen, die das Gesundheitswesen durchziehen und tiefgreifend restrukturieren. Auch diese Transformationsprozesse sind in komplexen Wechselwirkungen aufeinander bezogen und beeinflussen die Auswirkungen wettbewerblicher Regulierung weitreichend. Jede Untersuchung der Folgen wettbewerblicher Regulierung muss diese Komplexität des Forschungsfeldes in Rechnung stellen und bei der Methodenwahl entsprechend berücksichtigen.

Aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive sind hier zunächst Entwicklungen zu nennen, die das Krankheitsspektrum der Bevölkerung insgesamt transformieren und das Gesundheitswesen dadurch mit veränderten Versorgungsanforderungen konfrontieren, wie demografische Veränderungen, die Zunahme an chronischen Erkrankungen und nicht zuletzt die sogenannte „Singularisierung“ familiärer Strukturen (vgl. Rosenbrock und Gerlinger 2014). Im Bereich der ambulanten Versorgung bspw. ergeben sich hier bedeutsame Wechselwirkungen mit wettbewerblichen Regulierungsprozessen (vgl. dazu Slotala und Schnee in diesem Band). Auf der institutionell-organisatorischen Ebene spielen zudem Technisierungsprozesse, wie die Einführung von Informations- und Kommunikationstechnologien, eine kaum zu überschätzende Rolle. Digitale Technologien, wie die elektronische Patientenakte, haben bspw. weitreichenden Einfluss auf die Durchsetzung ökonomischer Logik in allen organisatorischen Bereichen des Krankenhauses. Durch die vernetzte, elektronische Patientenakte gelangen neue betriebswirtschaftliche Steuerungsmaßnahmen und medizinische Qualitätsstandards direkt an das Patientenbett und verändern die pflegerische und medizinische Praxis grundlegend (vgl. Manzei in diesem Band).

Nicht zuletzt spielen Professionalisierungs- und De-Professionalisierungsprozesse bei den beiden Haupt-Professionen, Pflege und Medizin, eine wichtige Rolle bei der Umsetzung wettbewerblicher Steuerungsmaßnahmen im Gesundheitswesen. Während die – in Deutschland erst sehr spät stattfindende – Akademisierung der Pflege zu einer Aufwertung des Pflegeberufes und einer Systematisierung der Pflegetätigkeit geführt hat, lässt sich aufseiten der Medizin eine Verunsicherung im professionellen ärztlichen Selbstverständnis feststellen, das (unter anderem) den veränderten Organisationsstrukturen im Krankenhausmanagement geschuldet ist (vgl. die Beiträge von Krampe, Manzei und Vogd in

diesem Band). Mit der Einsetzung nichtmedizinischer Geschäftsführungen im Klinikmanagement sind ärztliche Entscheidungen heute in hohem Maße betriebswirtschaftlichen Kriterien unterworfen: Ärzte müssen ihre Entscheidungen nicht nur medizinisch oder ethisch, sondern auch betriebswirtschaftlich rechtfertigen und werden zur Verantwortung gezogen, wenn sie die vorgegebenen finanziellen Budgets überschreiten (vgl. hierzu auch Simon in diesem Band). Ähnliches gilt für die Überschreitung von Ausgabenobergrenzen im ambulanten Bereich, wie die Berichte aus der ambulanten ärztlichen Praxis in diesem Band zeigen (vgl. Beckermann et al., Keller-Janker und Köchert).

Schon die hier nur cursorisch angedeuteten Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen, miteinander vernetzten Transformationsprozessen im Gesundheitswesen verdeutlichen, dass die Effekte wettbewerblicher Regulierung nicht isoliert betrachtet werden können. Wettbewerbliche Steuerungsmaßnahmen stoßen im Gesundheitswesen vielmehr auf zum Teil sehr träge, traditionelle Organisationsstrukturen einerseits (vgl. Braun in diesem Band) sowie vielfältige und in Wechselwirkung miteinander stehende gesellschaftliche und institutionelle Wandlungsprozesse andererseits. Jede Studie, die die Auswirkungen wettbewerblicher Regulierungsinstrumente untersuchen will, muss dieser „Eingebettetheit“ von Wettbewerb in komplexe Strukturen und Prozesse methodisch Rechnung tragen. Das heißt, es bedarf eines Forschungsdesigns, das entweder gänzlich oder zumindest in Teilen qualitative Methoden einsetzt (wie bspw. als explorative Studie im Vorfeld). Denn selbst aufwendige standardisierte Verfahren finden ihre Grenzen dort, wo Einflussfaktoren ins Spiel kommen, die vorab unbekannt sind.

Standardisierte Verfahren können zwar zeigen, was der Fall ist, sie können jedoch nicht nachweisen, wie die gemessenen Effekte zustande gekommen sind. Durch das Abfragen von Qualitätsindikatoren bspw., wie es in der Begleitforschung zur Gesundheitsreform gemeinhin üblich ist,⁹ lässt sich zwar die Versorgungsqualität zu einem bestimmten Zeitpunkt messen und in Längsschnittstudien lassen sich auch Veränderungen – Verbesserungen oder Verschlechterungen – abbilden. Es lässt sich jedoch nicht klären, auf welche Ursachen diese Veränderungen zurückzuführen sind und welche unbekannten Faktoren die gegebene Entwicklung beeinflusst haben könnten. Um zu erforschen, welche Einflussfaktoren mit wettbewerbliche Regulierungsmechanismen in

9 Mittels Input-Indikatoren (z.B. Anzahl der Krankenhausbetten oder Arztpraxen etc.), Output-Indikatoren (z.B. Anzahl von Operationen oder Hausbesuchen etc.) und Outcome-Indikatoren (wie Überlebensrate, Genesung und Lebensqualität) werden bspw. nationale Gesundheitssysteme bewertet und anhand von festgelegten Zielen miteinander verglichen (vgl. Verspohl 2011, S.9).

Wechselwirkung stehen, bedarf es in einem hoch komplexen und sich wandelndem Feld wie dem Gesundheitswesen vielmehr elaborierter interpretativer Verfahren, die nah an ihren Untersuchungsbereich gelangen und in die Tiefe gehen können. Ob bspw. Verbesserungen in der Versorgungsqualität auf Wettbewerbsmechanismen zurückzuführen sind oder vielleicht ja grade auf deren Kompensation durch Pflegende und Ärzte, die lieber unentgeltlich arbeiten, als dringend benötigte Leistungen zu rationieren, lässt sich nur mit qualitativen Methoden untersuchen.

Anders als in den USA bspw., wo qualitative Studien im Gesundheitswesen eine jahrzehntelange Tradition haben und elaborierte Verfahren grade in diesem Bereich entwickelt wurden,¹⁰ dominieren in der deutschen Gesundheitsforschung und Epidemiologie jedoch bisher standardisierte Verfahren. Erst seit Mitte der 1990er Jahre nimmt auch im deutschsprachigen Raum der Einsatz qualitativer Methoden in den Gesundheits- und Pflegewissenschaften allmählich zu. Dass sich qualitative Forschungsdesigns bzw. „Mixed Methods“-Studien in der deutschen Gesundheitsforschung erst zögerlich durchsetzen, hängt auch mit einer unreflektierten Vorstellung von Objektivität zusammen, die leider noch allzu oft auch in wissenschaftlichen Auseinandersetzungen zu finden ist. Insbesondere der Statistik und den standardisierten Methoden haftet ob ihres mathematischen Charakters eine naiv-realistische Vorstellung von Objektivität an. Zahlen, Kurven und Diagramme scheinen unmittelbar für sich zu sprechen und keiner Interpretation zu bedürfen. In sozialwissenschaftlichen Feldern – wie dem Gesundheitswesen – sind jedoch die untersuchten Merkmale oftmals nicht metrischer, sondern qualitativer Natur, weshalb ihre Quantifizierbarkeit ein zentrales methodisches Problem darstellt.¹¹

Forciert wird diese zögerliche Entwicklung zudem durch ein sich hartnäckig haltendes Missverständnis von der vermeintlich mangelnden Objektivität qualitativer Studien: Man misst die Allgemeingültigkeit der Ergebnisse qualitativer Studien an statistischen Repräsentativitätskriterien, wonach sie folgerichtig als nicht repräsentativ gelten müssen. Aus methodologischer Sicht ist es jedoch unsinnig, die Aussagekraft qualitativer Studien an den Gütekriterien standardisierter Verfahren zu messen, denn qualitative Verfahren haben nicht die Absicht, Repräsentativität im statistischen Sinne zu erlangen. Ihr Interesse

10 Vgl. hierzu bspw. die Arbeiten von Anselm Strauss, die bereits Mitte des 20sten Jahrhunderts durchgeführt wurden (Strauss 1978; Strauss et al. 1980 sowie Corbin und Strauss 2004).

11 Für Assessment-Studien im Gesundheitswesen belegen bspw. die Studien von Albert Brühl (2012) und Katharina Planer (2013) diesen naiven Umgang mit Daten sehr anschaulich. An dieser Stelle danken wir Albert Brühl für hilfreiche Hinweise zu diesem Thema.

und ihre Stärke ist es vielmehr, das Allgemeine im Einzelfall zu erforschen, ohne vorab festzulegen, was dieses Allgemeine ist. Qualitative Analysen gehen in die Tiefe, nicht in die Breite. Es geht qualitativen Verfahren also weder um die subjektive Beschreibung eines Einzelfalles noch um Objektivität im Sinne statistischer Repräsentativität. Interpretative Verfahren arbeiten vielmehr das Allgemeine im Einzelfall heraus und gewährleisten durch systematische Verfahrenskontrollen (wie Fallvergleiche) sowie die permanente theoretische und methodische Reflexion ihres Vorgehens und der Daten die Allgemeingültigkeit ihrer Ergebnisse für einen bestimmten Bereich. Diese systematisch kontrollierte Nähe zum Gegenstand ermöglicht es, die Komplexität sozialer Prozesse zu erfassen, die im konkreten Einzelfall zum Tragen kommen.

Intention der vorliegenden Publikation ist es, diese „qualitative Lücke“ in der deutschen Begleitforschung zur Implementierung von Wettbewerb im Gesundheitswesen zu füllen. Sie versammelt Studien, die den beschriebenen methodischen Problemen durch die Wahl ihres Forschungsdesigns explizit Rechnung tragen. Entweder, indem sie ausschließlich mit interpretativen Verfahren arbeiten oder indem sie qualitative und quantitative Methoden verbinden (Mixed Methods). Zum Tragen kommt hier ein breites Spektrum qualitativer Verfahren, das von leitfadengestützten Interviews über verschiedene Beobachtungsformen bis hin zu diskursanalytischen Verfahren reicht. Vorangestellt sind diesen empirischen Studien gesundheitspolitische Beiträge, die die Grundlage für die Operationalisierung des theoretischen Konstrukts Wettbewerb bieten. Ergänzt werden sie abschließend durch Erfahrungsberichte aus der ärztlichen Praxis, die die Folgen der Implementierung von Wettbewerb aus der Binnenperspektive schildern.¹²

5 Zu den Beiträgen

Im ersten Kapitel widmen sich die Beiträge von Thomas Gerlinger, Anja Hartmann und Sebastian Becker dem gesundheitspolitischen Hintergrund wettbewerblicher Regulierung im Gesundheitswesen. Diese Beiträge sind den empirischen Studien in diesem Band vorangestellt, um der im zweiten Abschnitt dieser Einleitung aufgeworfenen Problematik der Operationalisierung gerecht zu werden und zu fragen, was mit Wettbewerb im Gesundheitswesen eigentlich gemeint ist und

12 Leider ist es uns nicht gelungen, PraktikerInnen aus der Pflege für ähnliche Beiträge zu gewinnen.

wann, warum und mit welchen Mitteln er als Regulierungsprinzip im Gesundheitswesen eingeführt wurde.

In seinem Überblicksaufsatz zeichnet *Thomas Gerlinger* zunächst differenziert den Verlauf der Gesundheitsreformpolitik in Deutschland nach, von ihren Anfängen als „strukturkonservierenden Kostendämpfungspolitik“ in den 1980er Jahren bis hin zur „wettbewerbszentrierten Strukturreform“, die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 beginnt und seither durch wechselnde Regierungskoalitionen fortgeführt wird. Die dabei verfolgte Strategie beschreibt er als im Wesentlichen von Parteipolitik unabhängig. Ihren Kern sieht er durch einen Paradigmenwechsel der Gesundheitspolitik charakterisiert, einer Abkehr vom Prinzip der sozialen Risikoversicherung zugunsten einer Anpassung an die Standortkonkurrenz auf globalisierten Märkten. Vollzogen wird er durch die fortgesetzte Implementierung marktförmiger, am individuellen Nutzen orientierter Beziehungen zwischen den beteiligten Akteuren. Der damit verbundene Wettbewerb ist indes in wesentlichen Punkten staatlich kontrolliert und bleibt dem Politikziel der Standortsicherung verpflichtet. Durch seinen differenzierten Rückblick auf die Gesundheitsreform in Deutschland gelingt es Gerlinger sehr konkret zu zeigen, mit welchen Mitteln Wettbewerb als Steuerungsinstrument im Gesundheitswesen eingeführt wurde.

Anja Hartmann und *Sebastian Becker* fokussieren in ihrem Aufsatz die Rolle, die die EU Binnenmarktpolitik für die Gestaltung des deutschen Gesundheitssystems spielt. In ihrem Beitrag diskutieren sie die widersprüchliche Konstruktion europäischer Binnenmarktpolitik, den Mitgliedsstaaten einerseits formelle Autonomie bei der Gestaltung ihrer Sozial- und Gesundheitssysteme zu gewähren, während die nationalen Gesundheitssysteme – als Güter- und Dienstleistungsmärkte – andererseits den vier Grundfreiheiten des Marktes unterworfen werden: dem freien Warenverkehr, der Personenfreizügigkeit, der Dienstleistungsfreiheit sowie dem freien Kapital- und Zahlungsverkehr. Die Folge ist eine von EU-Programmen zwar nicht direkt intendierte, unter Marktgesetzen de facto aber vollzogene Ausrichtung der Gesundheitssysteme an Markt- und Wettbewerbsstrukturen. Da das EU-Binnenmarktrecht nationales Recht bricht, werden Konflikte häufig zugunsten des Wettbewerbsrechts entschieden, was zu einer „schleichenden Europäisierung“ führt und die Vermarktlichung der Gesundheitspolitik vorantreibt. Für die Dynamik dieses Prozesses sind den AutorInnen zufolge jedoch europäische Regulierungsmechanismen und nationale Steuerungsinteressen gleichermaßen verantwortlich. Der Geltungsanspruch der EU wächst parallel zu wohlfahrtspolitischen Bestrebungen, nationale Probleme dem binnenstaatlichen Wettbewerb zu überlassen.

Mit dem zweiten Kapitel beginnen die empirischen Analysen in diesem Band. Bernard Braun, Gerd Glaeske und Melanie Schnee betrachten in ihren Studien die Auswirkungen wettbewerblicher Regulierung auf die medizinische Versorgungsqualität.

Bernhard Braun eröffnet das Kapitel mit einer Analyse zu den Auswirkungen des DRG-Systems auf die Patientenversorgung und die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Angesichts widersprüchlicher wissenschaftlicher Expertisen zum Erfolg bzw. Misserfolg des DRG-Systems fokussiert Braun die methodischen Probleme, die das Untersuchungsfeld Gesundheitswesen ausweist. Zum einen werde die Umsetzung der ökonomischen Zielvorgaben des DRG-Systems durch tradierte Handlungsrouninen der Pflegenden und Ärzte beeinflusst. Zum anderen ließen sich die Folgen des DRG Systems ohne Berücksichtigung ihrer nicht-intendierten Wirkungen auf das berufliche Selbstverständnis der relevanten Akteure nicht angemessen beurteilen. Angelehnt an den Kasseler Soziologen Ingo Bode plädiert der Autor dafür, von einer Doppelwirklichkeit von markt-orientiertem Organisationswandel einerseits und gleichzeitigem Fortbestand wohlfahrtsstaatlicher Infrastrukturfunktion des Krankenhauses auszugehen und dies in der Analyse theoretisch und methodisch zu berücksichtigen. Dass es bereits zu einer Verdrängung patientenorientierter zugunsten ertragsorientierter Handlungsmuster mit negativen Folgen für die Versorgungsqualität gekommen ist, belegt der Autor anhand von Studien, die sowohl interpretativ als auch standardisiert arbeiten.

In seiner kritischen Analyse des Arzneimittelmarktes und seiner politischen Regulierungsversuche betrachtet *Gerd Glaeske* dagegen die Einführung von wirksamen Marktmechanismen als wichtigen Schritt. Dies gilt zumindest dann, wenn sie den Konkurrenzkampf der Hersteller auf den Patienten dienliche Innovationen lenken. Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) von 2011 zeigt dem Autor zufolge diesbezüglich positive Wirkungen. Es schreibt eine Kosten-Nutzen-Bewertungen neuer Präparate verbindlich vor und fördert so einen Leistungswettbewerb um hochwertige Produkte. Demgegenüber hat sich nach seiner Einschätzung die vor allem auf Rabattverträge setzende Kostendämpfungsstrategie der letzten Jahre als wenig zielführend erwiesen. Sie ließ wesentliche Marktvorteile der pharmazeutischen Industrie in Deutschland, z. B. das Recht auf freie Preisgestaltung für neue Präparate, unangetastet. Dadurch wurde ein agonaler Wettbewerb um Preise gefördert, der letztlich weder zu Einsparungen noch zu innovativen Entwicklungen geführt hat.

Nach Krankenhaus- und Arzneimittelversorgung thematisiert *Melanie Schnee* die Auswirkungen von Ökonomisierungsprozessen auf das Feld der ambulanten ärztlichen Hilfen. Gestützt auf Daten des Gesundheitsmonitors und eigene Ana-

lysen stellt sie Fragen nach dem Handeln von Patienten und Ärzten, nach der Qualität ihrer Beziehung und nach den Effekten neuer Versorgungsformen unter Wettbewerbsbedingen. Dabei erweist sich die Präsenz von Kostenfragen als wichtiger Indikator. In traditionellen Settings stellen sie mittlerweile eine erhebliche Belastung für die Arzt-Patienten-Kommunikation dar. In Verbindung mit der wachsenden Bewerbung privatgewerblicher Angebote durch die Praxen verwandeln sie das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zunehmend in ein Vertragsverhältnis. Demgegenüber können moderne Versorgungsformen wie Disease-Management-Programme aufgrund ihres Finanzierungsmodells Kostenfragen weitgehend ausblenden. Hier steht die Versorgung im Vordergrund, mit positiven Effekten auf das subjektive Qualitätsempfinden der Patienten.

Nach der medizinischen Versorgungsqualität stehen im dritten Kapitel die Auswirkungen der Ökonomisierung auf Pflege und Betreuung im Fokus. Die Analysen von Michael Simon, Eva-Maria Krampe und Lukas Slotala beleuchten mit unterschiedlichen Instrumenten und aus unterschiedlichen Perspektiven die konflikthafte Wechselwirkung zwischen Berufsethos, Patientenorientierung und Wettbewerb.

Michael Simon eröffnet das Kapitel. Seine These lautet, dass der Ökonomisierungsdruck auf Krankenhäuser nicht nur die Konkurrenz unter den Einrichtungen fördert, sondern auch einen internen Verteilungskampf um knappe Ressourcen eingeläutet hat. Dabei sind die Wettbewerbschancen zwischen den Berufsgruppen ungleich verteilt. Am Beispiel der Umverteilung von Personalkosten zugunsten des medizinischen Bereiches und zulasten der Pflege macht der Autor deutlich, wie statushöhere Berufsgruppen den externen Druck zu ihren Gunsten nutzen und bestehende Ungleichverhältnisse stabilisieren. Dieser Prozess findet in der zunehmenden Verdrängung von Pflegekräften aus den Leitungsgremien der Kliniken eine strukturelle Entsprechung. Die Folge dieser Entwicklung sind einseitige Mehrbelastungen der Pflege. Wegen des bekannten Zusammenhangs zwischen Zahl und Qualifikation des Pflegepersonals und der Qualität der Versorgung ist dies dem Autor zufolge nicht zuletzt mit Blick auf die Patientensicherheit als Problem zu betrachten.

Nach dem Blick auf die Statusprobleme der Pflege fokussiert *Eva-Maria Krampe* die zurückliegenden Bestrebungen der Pflege, diese durch ihre wissenschaftliche Professionalisierung zu beheben. Im Rahmen ihrer diskursanalytische Studie kommt sie zu dem Schluss, dass die gelungene Etablierung einer Pflegewissenschaft vor allem durch die Adaption neoliberaler Ökonomisierungslogiken gelungen ist. Die PflegewissenschaftlerInnen der ersten Stunde sahen demnach in der Rationalität ökonomischer Modelle eine Möglichkeit zur inhaltlichen Abgrenzung gegenüber der Medizin, zur Überwindung des vor allem auf

emotionale Kompetenz gegründeten Status eines Frauenberufs und zu größerer beruflicher und wirtschaftlicher Eigenständigkeit. Die durchaus gelungene Aufwertung zumindest der akademischen Pflege geht der Autorin zufolge insofern mit problematischen Nebeneffekten einher. So bleibt eine der Ökonomie verpflichtete Profession Pflege letztlich abhängig von ökonomischen Imperativen und wirtschaftlichen Akteuren.

Lukas Slotala problematisiert in seiner qualitativen Studie die Aufgabe des Bedarfsdeckungsprinzips durch die Pflegeversicherung. Er sieht darin die Verstetigung einer strukturellen Unterfinanzierung der Langzeitpflege. Als Folge dieser Verknappung wächst die Bedeutung privater Zuzahlungen für die Finanzierung ambulanter Pflegedienste zunehmend. Wie weit verbreitet betriebswirtschaftliches Denken als Resultat dieser Entwicklung mittlerweile ist, kann der Autor anhand von Experteninterviews mit Führungskräften belegen. Seine Analyse zeigt aber auch das Spannungsverhältnis zwischen dem als notwendig erachteten Anschluss an eine wirtschaftliche Verkaufskultur und dem Wunsch nach einer umfassenden Versorgung der Patienten. Dies hat eine ambivalente Selbstrepräsentation der befragten Führungskräfte zur Folge: Einerseits wird die Notwendigkeit einer strikt betriebswirtschaftlichen Arbeitsorganisation nicht in Frage gestellt, andererseits werden ihre problematischen Folgen auf informeller Ebene durch unentgeltliche Einsätze kompensiert.

Das vierte Kapitel thematisiert die Folgen der Ökonomisierung für die Arbeitsorganisation im Krankenhaus sowie für die Handlungslogiken der medizinischen und pflegerischen Akteure. Dazu wird u. a. das Instrument der teilnehmenden Beobachtung angewendet. Das Besondere dieser Methode im Gegensatz zu Befragungen oder Text- bzw. Diskursanalysen ist, dass durch Beobachtungen Phänomene (Handlungen, Ereignisse u. a.) in den Blick kommen, die die Protagonisten nicht verbalisieren können oder wollen. Mit diesem Erhebungsinstrument lassen sich insbesondere die vielfältigen Verwicklungen erfassen, die wettbewerbliche Steuerung mit anderen Transformationsprozessen eingeht.

In ihrer ethnografischen Studie hat *Alexandra Manzei* die Auswirkungen von Ökonomisierungsprozessen im Krankenhaus untersucht. Im Rahmen mehrmonatiger Forschungsaufenthalte auf verschiedenen chirurgischen und internistischen Intensivstationen hat sie das Verhältnis von Wissen und Technik in der Hightech-Medizin analysiert. Als ein Ergebnis dieser Forschung beschreibt sie hier, wie es durch die Digitalisierung der Patientenakte zu einer verstärkten Ökonomisierung medizinischer und pflegerischer Entscheidungen kommt. Über das Medium der digitalen Patientenakte, die über das „Monitoring“ einerseits mit dem Patientenkörper, andererseits aber auch mit allen anderen Abteilungen des Krankenhauses vernetzt ist, gelangen betriebswirtschaftliche Relevanzkriterien

direkt an den Patientenbett und haben tiefgreifenden Einfluss auf diagnostische und therapeutische Entscheidungen. Sie kann dabei veranschaulichen, in welcher Weise die Handlungslogiken medizinischer und pflegerischer Akteure durch die jeweiligen Wettbewerbsinstrumente gesteuert und überlagert werden.

Mit der schwierigen Balance zwischen fachlichen, ökonomischen und organisatorischen Vorgaben beschäftigt sich auch der Beitrag von *Werner Vogd*. Ausgehend von einer qualitativen Längsschnittstudie, in deren Rahmen er in vier Untersuchungsperioden über Jahre hinweg Beobachtungen im stationären Bereich durchgeführt hat, analysiert er die Auswirkungen des DRG-Systems auf das Handeln von Klinikärzten. Dabei zeigt sich, dass die angestrebte Formalisierung der Medizin paradoxerweise zu einer wachsenden Bedeutung informeller Strategien in der klinischen Praxis führt. Diagnostische und therapeutische Entscheidungen können heute nicht mehr jenseits ökonomischer Rahmenvorgaben getroffen werden. Um medizinischen Kriterien dennoch zu ihrem Recht zu verhelfen, müssen die Akteure Strategien entwickeln, um ihre Argumente innerhalb der ökonomischen und rechtlicher Handlungslogiken durchzusetzen. In diesem Sinne verändere das DRG-System zwar die strategische Basis ärztlichen Handelns, ändere jedoch nur wenig an ihrer Deutungshoheit über medizinische Belange.

Im letzten Abschnitt des Buches kommen PraktikerInnen aus dem medizinischen Alltag zu Wort. Ihre Erfahrungsberichte schildern aus der Binnensperspektive sehr anschaulich, wie sich Wettbewerb im Gesundheitswesen auf die ambulante Versorgungsqualität und das Arzt-Patient Verhältnis auswirkt.

Im ersten Beitrag schildern *Maria Beckermann und Kolleginnen* die schwierige Situation von Arztpraxen auf dem budgetierten Gesundheitsmarkt. Den Autorinnen zufolge ergibt sich aus der Limitierung von Leistungsentgelten ein fataler Zielkonflikt: Wer Einkommensverluste vermeiden will, muss sich auf die Behandlung lukrativer Patientengruppen konzentrieren. Weil dies vor allem relativ gesunde und unproblematische Patienten sind, ist Wirtschaftlichkeit gleichbedeutend mit Risikoselektion bei der Patientenwahl. Nach Beobachtung der Autorinnen führt das zu einer erheblichen Belastung des Arzt-Patienten-Verhältnisses und zu einer tiefgreifenden Irritation des ärztlichen Berufsverständnisses. Darüber hinaus verursacht es letztlich höhere Kosten, z.B. durch wirtschaftlich intendierte Verlegungen „unrentabler“ Patienten in Krankenhäuser oder Spezialambulanzen.

Irmtraud Keller-Janker schildert die Ökonomisierung des Alltagsgeschäftes einer Hausarztpraxis am Beispiel unterschiedlicher Patientengruppen. Übersetzt in die Praxis erweist sich die Rationalisierung von Gesundheitsleistungen nicht zuletzt als Rationierung von Zeit. Negative Auswirkungen auf die Versorgung entstehen dabei vor allem für Patientengruppen, deren Behandlung aus medizinischen Gründen eigentlich mit einer besonderen – und damit auch

zeitintensiven – Zuwendung verbunden wäre. Dazu zählen vor allem sehr alte, schwerkranke und chronisch erkrankte Patienten. In den zunehmend betriebswirtschaftlich dominierten Strukturen der ambulanten medizinischen Versorgung wird die Betreuung gerade derjenigen Personen prekär, die in erhöhtem Maße auf medizinische Dienstleistungen angewiesen sind (wie terminal erkrankte Krebspatienten, Demenzpatienten u. a.). Diese strukturellen Zugangsbarrieren zu kompensieren und dabei die Wirtschaftlichkeit einer Praxis zu erhalten ist nach Keller-Janker nur auf dem Weg der Selbstaussbeutung zu lösen.

Als niedergelassener Nervenarzt beobachtet auch *Rainer Köchert* eine problematische Minderversorgung gerade der schwer erkrankten Fälle. Weil ihre Behandlung in einem pauschalisierten Entgeltsystem notwendigerweise nicht hinreichend vergütet werde, würden sie zunehmend aus dem System der ambulanten Krankenbehandlung exkludiert. Dieser Effekt werde durch die fortgesetzte Aufgabe von Nervenarztpraxen zugunsten psychotherapeutischer Einrichtungen strukturell forciert und verfestigt. Hinzu komme die – gesundheitspolitisch gewollte – Tendenz niedergelassener Mediziner, ihre budgetabhängigen Verdienstmöglichkeiten durch privatgewerbliche Angebote aufzubessern. Zur Optimierung von Marktchancen würden Praxen deshalb zunehmend in der Nähe finanzkräftiger Kunden verlegt. Ein derart erleichterter Behandlungszugang für gesündere und finanzstärkere Patienten gehe, so Köchert, mit Versorgungsengpässen an anderer Stelle einher.

Literatur

- Bauer, U. (2007). Gesundheit im ökonomisch-ethischen Spannungsfeld. *Jahrbuch für kritische Medizin* 44, 89-119.
- Böckmann, R. (2009). Einleitung: Solidarität und Wettbewerb im Gesundheitswesen. In: R. Böckmann (Hrsg.), *Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb* (S. 9-18). Wiesbaden: VS.
- Bode, I. (2013). Die Ökonomisierung der Pflege – was ist das und was steckt dahinter? *Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* 48, 9-27.
- Brühl, A. (Hrsg.). (2012). Pflegebedürftigkeit messen? - Herausforderungen bei der Entwicklung pflegerischer Messinstrumente am Beispiel des Neuen Begutachtungsassessments (NBA). Online Dokument. http://opus.bsz-bw.de/kidoks/volltexte/2012/71/pdf/Bruehl_Pflegebeduerftigkeit_messen_2012.pdf. Zugriffen: 10. Juni 2014.
- Bundesministerium für Gesundheit (2010). Wettbewerb im Gesundheitswesen. Online Dokument. <http://www.bmg.bund.de/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/W/Glossar-begriff-Wettbewerb-im-Gesundheitswesen.html>. Zugriffen: 10.12.2010.
- Bundesministerium für Gesundheit (2014). Wettbewerb im Gesundheitswesen. Online Dokument. <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/herausforderungen/wettbewerb.html>. Zugriffen: 12.06.2014.
- Butterwegge, C., Lösch, B., & Ptak, R. (2008). *Kritik des Neoliberalismus*. Wiesbaden: VS.

- Corbin, J.M., & Strauss, A.L. (2004). *Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit*. Bern: Huber.
- Gertenbach, L. (2010). *Die Kultivierung des Marktes. Foucault und die Gouvernementalität des Neoliberalismus*. Berlin: Parodos.
- Granovetter, M. (1985). Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness. *American Journal of Sociology* 91, 481-510.
- Kühn, H. (2001). Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und das Instrument der Budgetierung. WZB Berlin. Online-Dokument. <http://www.econstor.eu/bitstream/10419/47432/1/337446105.pdf>. Zugriffen: 03. Juni 2014.
- Kühn H., Klinke, S., & Kaiser, R. (2005). Empirische Untersuchungen zu Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität im Krankenhaus unter DRG-Bedingungen. *Hessisches Ärzteblatt* 11, 742-744.
- Löser-Priester, I. (2003). *Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser und Partizipation der Beschäftigten. Eine Fallstudie zur Modernisierung des öffentlichen Dienstes*. Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Manzeschke, A. (2011). Dem Einzelnen und der Gesellschaft gerecht werden. Ethische Überlegungen zu den DRG und der Ökonomisierung im Krankenhaus. In V. Wild, E. Pfister, & N. Biller-Andorno (Hrsg.), *DRG und Ethik. Ethische Auswirkungen von ökonomischen Steuerungselementen im Gesundheitswesen* (S. 63-76). Basel: Schweizerischer Ärzteverlag EMH.
- Planer, Katarina (2013). Die Bedeutung der Facettentheorie für die Theorie- und Instrumentenentwicklung in der Pflege. Inauguraldissertation an der pflegewissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar.
- Reiners, H. (2011). *Mythen der Gesundheitspolitik*. Zweite, überarbeitete Aufl.. Bern: Huber.
- Rosa, H. (2013). Wettbewerb als Interaktionsmodus. Kulturelle und sozialstrukturelle Konsequenzen der Konkurrenzgesellschaft. In H. Rosa, *Weltbeziehungen im Zeitalter der Beschleunigungen. Umriss einer neuen Gesellschaftskritik* (S. 324-356). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Rosenbrock, R., & Gerlinger, T. (2014). *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schimank, U., & Volkmann, U. (2008). Ökonomisierung der Gesellschaft. In A. Maurer (Hrsg.), *Handbuch der Wirtschaftssoziologie* (S. 382-393). Wiesbaden: VS.
- Schmucker, R. (2009). Solidarität in der Europäisierten Gesundheitspolitik. Zum Verhältnis von Wettbewerb und Solidarität im europäischen Binnenmarktprojekt. In R. Böckmann (Hrsg.), *Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb* (S. 203-231). Wiesbaden: VS.
- Strauss, A.L. (1978). *Negotiations*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Strauss, A.L., Fagerhaugh, S., Suczek, B., & Wiener, C. (1980). „Gefühlsarbeit“. Ein Beitrag zur Arbeits- und Berufssoziologie. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 32, 629-651.
- Verspohl, I. (2011). Gesundheitspolitik durch die Hintertür. Der Einfluss der EU auf das deutsche Gesundheitssystem. Friedrich Ebert Stiftung. Online Dokument. <http://library.fes.de/pdf-files/id/ipa/08813.pdf>. Zugriffen: 10. Juni 2014.
- Weber, M. (1988). Die „Objektivität“ sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis. Original von 1904. In M. Weber, *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre*. Tübingen: UTB.