

Inhalt

Schwerpunkt: Pflegequalität – Bürgerrecht – Kundenmacht

verantwortlich für den Schwerpunkt: Prof. Dr. Ingrid Kollak

Einführung	3
<i>Heiner Frisacher</i>	
Ethik und Ökonomie. Zur kritisch-normativen Grundlegung des Pflegermanagements und der Qualitätsentwicklung	5
<i>Arne Manzeschke</i>	
Privatisierung von Krankenhäusern. Ethische Erwägungen zum moralischen Status eines öffentlichen Gutes	24
<i>Alexandra Manzei</i>	
Neue betriebswirtschaftliche Steuerungsformen im Krankenhaus. Wie durch die Digitalisierung der Medizin ökonomische Sachzwänge in der Pflegepraxis entstehen	38
<i>Lukas Slotala, Ullrich Bauer</i>	
„Das sind bloß manchmal die fünf Minuten, die fehlen.“ Pflege zwischen Kostendruck, Gewinninteressen und Qualitätsstandards	54
<i>Gerlind Pracht, Ullrich Bauer</i>	
Burnout im Klinikalltag. Empirische Erkenntnisse zur Emotionsarbeit, Stressbelastung und Klientenaversion in der pflegerischen und ärztlichen Tätigkeit	67

Buchrezensionen

Verborgene Gesundheitssituation und -versorgung versteckt lebender
MigrantInnen in Deutschland und in der Schweiz86

Die Dementia Care Mapping Methode (DCM). Anwendung und
Erfahrungen mit Kitwoods person-zentriertem Ansatz87

Rotkreuzschwestern: die Pflegeprofis. Menschlichkeit – die Idee lebt88

Palliativpflege in der stationären Altenpflege: Organisationsentwicklung,
Qualitätsmanagement und Sterbebegleitung – drei Bausteine einer
modernen Unternehmenskultur91

Mitgliederinformationen92

Berichte und Meldungen96

Schwerpunkt: Pflegequalität – Bürgerrecht – Kundenmacht

Ingrid Kollak

Einführung

„Gerne bedienen wir Sie an der Kasse“ – mit dem Zitat dieses Hinweisschildes endet der Aufsatz von Stephan Voswinkel zur Kundenorientierung¹. Die freundliche Mitteilung bringt die Vorstellungen vom Kunden als Souverän, der weiß, was er will und der bekommt, was er benötigt und von der Kundenbeziehung, die vertraglich geregelt ist und keiner Mildtätigkeit bedarf, auf den Punkt: bedient wird gerne da, wo gezahlt wird.

Das Bild der Cafeteria ist häufig in Büchern des Gesundheits- und Pflegemanagements zu finden: Keine Einheitskost für alle, sondern Auswahl der gewünschten Speisen. Schön ist das Bild, aber es setzt Einiges voraus: Alles ist vorhanden, jeder weiß, was er benötigt, Geld spielt keine Rolle. Karl Marx hat das „Cafeteria-Prinzip“ vor langer Zeit schon beschrieben: „Jeder nach seinen Fähigkeiten, jeder nach seinen Bedürfnissen.“ Allerdings wusste er genug über Ökonomie, um diesen Zustand der Seligen in die ferne Zukunft eines Kommunismus zu legen. Anders heute: Da wechseln Allmachtsphantasie des Managements mit kläglichen Bittstellungen bei den Regierungen. Aktuell ist die Rede vom „Ende des amerikanischen Kapitalismus“. Die Hersteller von Luxusgütern haben schon reagiert und stellen ihrer diskreten Kundschaft auf Wunsch Tragetaschen ohne Aufdrucke zur Verfügung. Wer bezahlt also die offenen Rechnungen?

Qualität und Verteilung von Gesundheitsdienstleistungen stehen im Mittelpunkt dieser Ausgabe. In den bodenständigen Wirtschafts- und Ethiktheorien und in den luftigen online Dokumentationen suchen die Autorinnen und Autoren nach der Pflegequalität und gehen der Frage nach, ob eine gute Versorgung ein verbrieftes Recht oder ein zu bezahlendes Gut ist.

Sicherung, Entwicklung und Management von Qualität zählen zu den die Pflege seit Jahren beschäftigenden Aufgaben. Heiner Friesacher beschreibt eine funktionale, ausdifferenzierte und in engen ökonomischen Vorgaben arbeitende Pflege und Patienten, die in ihrer Autonomie eingeschränkt, oftmals leidend sind und sich nicht gut versorgt fühlen. Kein neues Gesetz, das nicht die externen Qualitätskontrollen erhöht und

¹ Voswinkel, S. (2004): Kundenorientierung. In: Bröckling, U., Krasmann, S. und Lemke, T. (Hrsg.): Glossar der Gegenwart. Frankfurt/Main (Suhrkamp), S. 145-151

gleichzeitig die Verschlechterung des Verhältnisses von ausgebildeten Fachkräften zu verkürzt ausgebildeten Arbeitskräften unangetastet lässt. In dieser Situation verweist der Autor auf die in der Pflegewissenschaft existierenden Erkenntnis, dass „mehr oder besser desselben“ (Koch-Straube) keine Lösung bringt und bemängelt die bisher eher theorie- und kritiklose Auseinandersetzung mit dem Qualitätsmanagement. Wenn alle Bereiche der Gesellschaft nach den Prinzipien des Marktes organisiert werden, gilt es nach dessen Ethik zu fragen. Wie die Chancen einer wirtschaftsethisch fundierten Auseinandersetzung stehen, erörtert Heiner Friesacher angesichts der Tatsache, dass es kein Pflegemanagement an den Universitäten gibt und Kosten-Nutzen-Relationen zunehmend das Leben der Hochschulen bestimmen.

Nachdem 2008 in Deutschland der prozentuale Anteil privat getragener Krankenhausbetten erstmalig den der USA übertraf, fragt Arne Manzeschke, ob private Krankenhäuser mit gleichem Budget die gleiche Arbeit bei gleicher Qualität zu einem günstigeren Preis leisten. Dem Autor geht es um keine betriebswirtschaftliche Prüfung privater Krankenhäuser – wer ahnt heute, welche Enthüllungen da noch auf uns zukommen – sondern darum, ob die effizientesten Lösungen auch die gerechtesten sind und eine hinreichende Basis für sozialpolitische Entscheidungen bieten, nach denen eine Gesellschaft den Zugang ihrer Mitglieder zu den Gesundheitsdienstleistungen regelt. Arne Manzeschkes Argumentation spricht ökonomische und soziale Belange an, die miteinander kollidieren können, öffentliche Güter, deren Nutzen nicht ausschließlich individuell zu bemessen sind und die Allokation von Gütern, die sich aus Gründen der Chancengleichheit nicht an der Leistungsgerechtigkeit, sondern an einer Verteilungsgerechtigkeit orientieren muss. Mit einem Verweis auf Judith Shklar plädiert der Autor für eine „Theorie der Ungerechtigkeit“, die zeigt, dass formale Gerechtigkeit praktisch ungerechte Behandlung bedeuten kann.

Wie Patientenkörper über Kontrollmonitore direkt mit dem betriebswirtschaftlichen Managementsystem verbunden sind und diese Vernetzungen das Entscheidungsverhalten von Ärzten und Pflegenden durch Anforderung und Bewertung des Controlling restrukturiert, hat Alexandra Manzei in einer zweijährigen Studie untersucht. Sie hat festgestellt, dass das Technikverständnis zwischen Affirmation und Ablehnung oszilliert und weitestgehend nicht thematisiert wird oder unreflektiert bleibt. Zu einer solchen Reflexion bedarf es methodischer Analyseinstrumente, die Voraussetzungen und Folgen der Technisierung verständlich machen und eine kritische Mitarbeit in der sozio-technischen Entwicklung ermöglichen. Neben der anwendungsorientierten Forschung plädiert Alexandra Manzei dafür, die Pflegewissenschaft für theoretische und methodische Studien zu öffnen.

Zwei Studien, die den marktwirtschaftlichen Umbau und seine Wirkungen im Hinblick auf Emotionsarbeit, Arbeitsbelastung und Rationalisierung untersuchen, schließen diese Ausgabe ab.

Prof. Dr. Ingrid Kollak

Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin, Alice-Salomon-Platz 5, 12627 Berlin
kollak@asfh-berlin.de

Heiner Friesacher

Ethik und Ökonomie. Zur kritisch-normativen Grundlegung des Pflegemanagements und der Qualitätsentwicklung

Critical-normative establishment of nursing management and the development of quality

In this paper theoretical problems of nursing management and the debate on quality are picked out as a central theme. Thereby the focus is intentionally put on the economic part of the range of responsibilities. Issues of industrial and organizational psychology personnel management are only discussed aside.

Based on the assumption that previous conceptions of the nursing and quality management rather cement the status quo and reproduce the existing circumstances a critical and normative designed programme is presented in its main features. At the same time we will link with critical theories as well as ethical approaches in this field. Core of these considerations is the conceptualization of a nursing management that is founded on social interaction as a normative basis.

Keywords

nursing management, development of quality, quality management, critical theories, economics, ethics, business ethics, social interaction, acknowledgement

In diesem Beitrag¹ werden grundlagentheoretische Probleme des Pflegemanagements und der Qualitätsdebatte thematisiert. Dabei wird bewusst der ökonomisch-betriebswirtschaftliche Ausschnitt des Aufgabenspektrums fokussiert, Fragen des arbeits- und organisationspsychologischen Personalmanagements werden nur am Rande angesprochen.

¹ Wesentliche Überlegungen zu dieser Arbeit sind im Rahmen eines studentischen Projekts mit dem Titel „Wo bleibt die Ethik im Management?“ gereift, welches der Autor zusammen mit Ingrid Kollak an der Alice-Salomon-Fachhochschule in Berlin (ASFH) 2007/2008 durchgeführt hat. Ich danke allen Studentinnen und Studenten für die anregenden Diskussionen.

Auch den beiden anonymen Gutachterinnen bzw. Gutachtern danke ich für wertvolle Kritik und Hinweise zur ersten Fassung der Arbeit.

eingereicht 6.10.2008

akzeptiert 5.12.2008 (nach Überarbeitung)

Ausgehend von der These, dass bisherige Konzeptionen des Pflege- und Qualitätsmanagements eher den Status Quo zementieren und die bestehenden Verhältnisse reproduzieren, wird ein kritisch und normativ konzipiertes Programm in seinen Grundzügen dargestellt. Dabei wird an kritische Theorien ebenso angeknüpft wie an bereichsethische Ansätze. Kern der Überlegungen ist die Konzeptualisierung einer auf sozialer Interaktion als normative Basis gegründeten Pflegemanagements.

Schlüsselwörter

Pflegemanagement, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement, kritische Theorien, Ökonomie, Ethik, Wirtschaftsethik, soziale Interaktion, Anerkennung

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage und Problemstellung

Sicherung, Entwicklung und Management von Qualität gehören zu den herausfordernden Aufgaben der Pflege und speziell des Pflegemanagements. Dazu tragen die sich rasant verändernden Rahmenbedingungen – epidemiologische, technische, gesellschaftspolitische Entwicklungen, um nur einige pflegerelevante Bereiche zu nennen – ebenso bei wie die Akademisierungs- und Professionalisierungsbestrebungen der Pflege selbst. Eine besondere Brisanz erhält die Diskussion um Qualität in der Pflege unter den Bedingungen der seit den 90er Jahren hierzulande zu beobachtenden zunehmenden Ökonomisierung des gesamten Gesundheits- und Sozialbereichs. Mit Hilfe von Modellen und Instrumenten der Betriebswirtschaft, des ‚klassischen‘ Managements, der Organisations- und Personalentwicklung soll die Pflegequalität entwickelt als auch deren Outcome gemessen werden. Die starke Orientierung an der Ökonomie und deren Grundüberzeugungen prägt die inhaltliche Ausgestaltung des Qualitätsdiskurses bis heute (vgl. Friesacher 2008a, Simon 2007, Bauer 2007, Moers & Hotze 2004). Diese Entwicklung hat zu einer vermehrten Szientifizierung, Technisierung, Formalisierung und „Maschinisierung der Pflege“ (Hülsken- Giesler 2008: 253ff) geführt mit einer zunehmend entfremdeten, lebensweltliche und biographisch-existenzielle Dimensionen weitgehend ausklammernden Pflegepraxis. Die Folgen sind zu tiefst verunsicherte und bis an die Grenzen und darüber hinaus belastete Mitarbeiter und eine in weiten Teilen unbefriedigende Qualität der Versorgung mit zum Teil erheblichen Konsequenzen für die Patienten bzw. Bewohner (vgl. Bauer 2007, Cassier-Woidasky 2007, Schneider 2006, Strätling-Tölle 2000, Schulz-Nieswandt 1998). Die Reaktionen sind in der Regel neue Gesetze und Verordnungen, vermehrte externe Kontrollen, zum Beispiel durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und eine Intensivierung des Qualitätsmanagements in den Einrichtungen.

In diesem Beitrag wird die These vertreten, dass die gegenwärtig propagierte Strategie der Qualitätsentwicklung in eine Sackgasse führt und für die Pflege eher kontraproduktiv ist. Schon Koch-Straube (2002: 147) hat in einem lesenswerten Beitrag davor gewarnt, dass ein „mehr oder besser desselben“ nicht zur Lösung des Problems (der Qualität im Altenpflegeheim, H.F.) beiträgt. „Maßnahmen der Qualitätssicherung, die den vertrauten Rahmen nicht verlassen [...] werden letztlich an den Menschen vorbei ins Leere greifen“.

Das Pflegemanagement und die Qualitätsentwicklung müssen, sollen sie nicht nur affirmativ die bestehenden Verhältnisse reproduzieren, kritisch und normativ konzipiert werden. Das bedeutet erstens das Infragestellen bisheriger allgemein akzeptierter und liebgewonnener Überzeugungen und Kritik der bestehenden Bedingungen, zweitens die begründete Neuausrichtung einer Qualitätsentwicklung, deren Orientierung die betroffenen Menschen in ihrem lebensweltlichen Kontext (und nicht die Qualitätsbeauftragte, die Pflegedienstleitung, den Geschäftsführer, den MDK, die Zertifizierungsinstanz u.v.a.m.) in den Fokus stellt.

1.2 Kritische Theorien und Bereichsethiken als Orientierungsrahmen

Als geeigneter Rahmen, Basis und Orientierung einer solchen Konzeption erweisen sich kritische Theorien in ihrer Verschränkung mit bereichsethischen Modellen. Theorien sind dann als kritisch zu betrachten, wenn sie zusätzlich zu einer internen kritischen Haltung – Theorien müssen offen sein für Kritik an ihren Aussagen und sich Bestätigungs- und Widerlegungsversuchen stellen – auch eine externe kritische Position einnehmen. Mit dieser Variante ist ein wissenschaftstheoretischer Standpunkt verbunden, der ein strenges Abgrenzungskriterium zwischen Wissenschaft und Nicht-Wissenschaft im Sinne Poppers verwirft und das Programm moderner Wissenschaft insgesamt kritisiert. Damit wird die enge empirisch-analytische Wissenschaftsauffassung abgelehnt. Neben dieser Wissenschaftskritik geht es kritischen Theorien vor allem auch um das Aufzeigen und kritisieren von gesellschaftlichen Pathologien, seien es Phänomene der Entfremdung, der Verdinglichung, der Verobjektivierung. Die Kritik an repressiven Zuständen wird unter der Perspektive emanzipatorischer Ideen geleistet. Vernünftige Zustände sind dabei zugleich die normative Folie zur Spiegelung der bestehenden Verhältnisse als auch zu erreichendes Ziel (vgl. Friesacher 2008a, Detel 2007a, Demirovic 2003). Diese letzten Ideen sind untrennbar verbunden mit dem Programm der Frankfurter Schule, wie es ursprünglich von Horkheimer (1992 [1937]) und Horkheimer & Adorno (1986 [1947]) mit den Grundbegriffen der Arbeit, der Produktionsverhältnisse und einer grundlegenden Zivilisationskritik entworfen wurde, dann von Habermas (1971, 1981) kommunikations- und intersubjektivitätstheoretisch weiterentwickelt wurde und in der Version von Honneth (2007, 2005, 2003, 2000, 1992) als Anerkennungstheorie die jüngste Form dieser kritischen Theorie darstellt. Bei Honneth fließen gesellschaftstheoretische mit moralphilosophischen Perspektiven zusammen, die wiederum für eine Pflegeethik und Wirtschaftsethik fruchtbar zu machen sind.

Ebenso als kritische Theorie können aber auch die Arbeiten von Foucault angesehen werden, der als Machtanalytiker eine ebenfalls gesellschaftskritische Position einnimmt und seine Arbeiten durchaus eine große Nähe zur Frankfurter Schule aufweisen (Foucault 1992: 25ff). Foucaults Stärke liegt in der Analyse von (Macht)Strukturen und der Praxisnähe seiner Arbeiten. Vor allem die Kritik an bestimmten Formen der Regierung und Führung (Foucault 2004a u. b, 1987) sind für die Pflege fruchtbare Anknüpfungspunkte (vgl. Friesacher 2008a, 2004, Holmes & Gastaldo 2002, Gastaldo &

Holmes 1999, Schroeter 2005). Kritik ist für Foucault „die Kunst nicht dermaßen regiert zu werden“ und hat die Funktion der „Entunterwerfung“ (Foucault 1992: 12 u. 15). Foucaults Kritikbegriff ist nicht so voraussetzungsvoll wie in der Variante der Frankfurter Schule, er verzichtet auf normative Begründungsversuche. In Distanz zum klassischen Selbstverständnis der Aufklärung aber ohne Preisgabe einer kritischen Haltung, denn Macht und Zwang sind konstitutive und nicht aufhebbare Elemente jeder Sozialität und jedes sozialen Handelns, geht es Foucault nicht darum zu wissen, „was wahr oder falsch, begründet oder nicht begründet, wirklich oder illusorisch, wissenschaftlich oder ideologisch, legitim oder missbräuchlich ist. Man möchte wissen, welche Verbindungen, welche Verschränkungen zwischen Zwangsmechanismen und Erkenntniselementen aufgefunden werden können, welche Verweisungen und Stützungen sich zwischen ihnen entwickeln, wieso ein bestimmtes Erkenntniselement – sei es wahr oder wahrscheinlich oder ungewiss oder falsch – Machtwirkungen hervorbringt und wieso ein bestimmtes Zwangsverfahren rationale, kalkulierte, technisch effiziente Formen und Rechtfertigungen annimmt“ (Foucault 1992: 31).

Die Rezeption der Foucaultschen Machtanalytik zur Kritik der Ökonomisierung und eine kritische Grundlegung der Pflegewissenschaft wurde an anderer Stelle ausführlich dargelegt (vgl. Friesacher 2008a, 2004), in diesem Beitrag wird es stärker um das Aufzeigen der Wert beladenen und normativen Prämissen der ökonomischen Theorie gehen und um das Skizzieren der Grundzüge eines kritisch- normativen Pflegemanagements.

Zunächst werden zwei scheinbar gegensätzlichen Entwicklungen – Ökonomisierung und Moralisierung – aufgezeigt, bevor sich Ausführungen zur Pflege und zum Qualitätsbegriff anschließen. Erst dann wird eine Skizze eines wertorientierten und kritischen Pflegemanagements expliziert, wobei die Interaktionsbeziehung die Begründungsbasis und den Fokus der Betrachtung darstellt.

2. Zwei gegenläufige Tendenzen – Ökonomisierung und Moralisierung

Die Ökonomisierung des Gesundheits- und Sozialsystems ist seit Jahren Gegenstand einschlägiger Publikationen (vgl. Jahrbuch für Kritische Medizin 2007, 2000, Speck 1999, Blume, Bremer & Meier 1997). Dabei scheint der Begriff der ‚Kostenexplosion‘ eine unumstößliche Tatsache zu sein, die sich bei genauerer Betrachtung als wenn nicht haltlos so doch wenigstens als maßlos überzogen darstellt (Braun, Kühn & Reiners 1998). So hat es in der alten Bundesrepublik „seit 1975 keine nennenswerte Erhöhung des Anteils der Krankenhausaussgaben (gemessen am Bruttoinlandsprodukt, H.F.) insgesamt gegeben“ (Simon 2007: 46). Kostensenkung und chronische Unterfinanzierung bei gleichzeitig gestiegenen Anforderungen und Arbeitsverdichtungen kennzeichnen die Situation im Gesundheitswesen in Deutschland seit Jahrzehnten. Die Verbetriebswirtschaftlichung der Gesundheit zeigt sich dabei sehr deutlich an der Sprache: Adjektive wie flächendeckend, umfassend, total, effektiv und Substantive wie

Kunde, Nutzer, Konsumentensouveränität, Ablaufoptimierung, Schnittstellenregulierung und klinische Behandlungspfade sind der Versuch, pflegerisches Handeln in detailliert planbare und formalisierbare Abläufe abzubilden mit dem Ziel, Leistungen transparent, nachvollziehbar und vor allem Kosten minimierend anzubieten. Im Extremfall mündet die Ökonomisierung in einen quantitativ ausgerichteten Bezugsrahmen mit einem rein formal rationalen Wirtschaftlichkeitsverständnis² (vgl. Kühn 2005, Schernus 1997).

Als gegenläufige Tendenz ist gleichzeitig eine „Moralisierung der Märkte“ (Stehr 2007) zu beobachten und ein Unbehagen an einen unkontrollierten freien Markt. Spätestens seit dem Fall Enron, einem der bedeutendsten Unternehmen der USA im Bereich Elektrizität und Kommunikation, welches 2001 aufgrund dubioser und intransparenter Geschäftspraktiken Bankrott erklären musste und damit tausenden Amerikanern den Arbeitsplatz und die Pensionen kostete, wird sowohl in der Öffentlichkeit als auch in der Wissenschaft über die Bedeutung von Integrität und ethischen Standards im Wirtschaftsleben diskutiert (vgl. Maak & Ulrich 2007). Die jüngste Wirtschaftskrise hat sogar zur Rede vom Ende des amerikanischen Kapitalismus geführt. Wenn der westliche Kapitalismus auch diese Krisen überstehen wird, so wird trotzdem erkennbar, dass an der ökonomischen Rationalität erhebliche Zweifel bestehen und eine verbreitete Skepsis gegenüber dem Ökonomismus. Sichtbares Zeichen dafür ist die gestiegene Nachfrage nach Ethiken des Wirtschaftens (vgl. Heidenreich 2006). Wirtschaftsethik ist mittlerweile eine eigenständige etablierte Bereichsethik, die als kritische Variante zusammen mit einer Pflegeethik eine normative Grundlage für das Pflegemanagement und die Qualitätsentwicklung in der Pflege sein könnte.

Bevor dieses weiter ausgeführt wird, sollen zunächst einige Ausführungen zur Pflege und zum Qualitätsbegriff vorangestellt werden.

3. Pflege und Qualität

3.1 Pflegearbeit als leib-körperliche Interaktion in asymmetrischen Beziehungen

Professionelle Pflege ist eine verberuflichte Praxis, die es mit Einschränkungen der lebenspraktischen Autonomie der Betroffenen in besonderen Situationen zu tun hat. Diese Hilfesituationen sind eingebettet in einen funktional hochgradig ausdifferenzierten Rahmen, der weitgehend rechtlich und ökonomisch geregelt ist. Als öffentlich bereitgestellte Tätigkeit ist Pflegearbeit legitimations- und begründungsbedürftig. Die Maßnahmen, Verfahren und Konzepte bedürfen einer innerprofessionellen Überprüfung und einer ethischen Reflexion. Professionell Pflegende sind in der Pflicht gegenüber den Patientinnen und Bewohnerinnen, die je individuell beste Intervention zur Lösung der Probleme und zur wieder Herstellung der lebenspraktischen Autonomie zu gewährleisten. Dabei greifen sie auf abstraktes, wissenschaftliches Wissen zurück, wel-

² Für den Begriff der Wirtschaftlichkeit existiert weder eine einheitliche Definition, noch sind die Probleme seiner Operationalisierung und Messung auch nur annähernd zufriedenstellend gelöst (Simon 2007: 56ff).

ches aber nicht einfach zur Lösung lebenspraktischer Probleme eins zu eins in die Praxis übertragen werden kann. Diese Kluft zwischen Theorie und Praxis lässt sich nicht in Gänze auflösen, es bleibt eine ‚Lücke‘ in der doppelten Handlungslogik der Regelanwendung und des hermeneutischen Fallverstehens. Unsicherheit und Nicht-Wissen sind somit konstitutive Elemente pflegerischen Handelns (Friesacher 2008a: 259ff, hier 264). „Das typisch ‚Pflegerische‘ zeichnet sich aus durch eine ganz spezifische Zugangweise zum Patienten und durch die typischen Handlungsbögen der Pflegenden. Das Ansetzen an der Leiblichkeit des Betroffenen (und nicht nur an seinem Körper) und die fürsorgende und fürsprechende Anteilnahme sind die pflegerische Domäne und grenzen sie ab von den anderen Professionen, begründen den ihr eigenen ‚Pflegerischen Blick‘“ (Friesacher 2008a: 236). Sinnliche Wahrnehmung, dialogisch-interaktives Vorgehen, eine mimetische Zugangweise über leibkörperliche Dimensionen³ sind die in einschlägigen Untersuchungen herausgearbeiteten Kernelemente der Pflegearbeit (vgl. Hülsken- Giesler 2008: 127ff, Böhle & Weishaupt 2003, Böhle, Brater & Maurus 1997, Remmers 2000). Pflege lässt sich somit als Interaktions- und Berührungsberuf bezeichnen.

Die Beziehung ist, anders als in Alltagssituationen, geprägt von der Ungleichheit der beiden Handelnden. Aufklärung und Information sind absolut notwendige Grundlagen einer jeden Arzt-Patient bzw. Pflegenden-Patient- Beziehung. Information, Wissen und Aufklärung sind Zumutungen des Einzelnen, die Mündigkeit und Freiheit des Einzelnen muss mühsam selbst erarbeitet werden. Das erfordert großen Aufwand, Mut und Bereitschaft zur Mitverantwortung. Auf Seiten der Professionellen zeigt es sich in Respekt gegenüber der Selbstbestimmung (Böhme 2008). Aber ein Kranker, Pflegebedürftiger oder Sterbender ist, anders als ein Kunde oder Nutzer, in aller Regel auch leidend, benötigt Unterstützung, Begleitung, manchmal Anleitung und Rat, manchmal einfach nur Nähe und Anwesenheit. Konzepte des Patienten als kritischer Kunde, Nutzer und Konsument von Dienstleistungen unterschlägt gerade das, was Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Leidenszustände bedeuten und welche Bewältigungsleistungen damit verbunden sind. Krankheit und Pflegebedürftigkeit betreffen den ganzen Menschen, zielen auf das Existentielle des Lebens. Das lässt Empowermentprozesse, Mündigkeit und Partizipation in einem anderen Licht erscheinen. Die nicht aufhebbare asymmetrische Konstellation, Machtprozesse und organisatorische Zwänge sind nicht durch marktförmige Konzepte einer Kunden- oder Nutzersouveränität aufzulösen. Diese verschleiern den eigentlichen Kern von Pflegebedürftigkeit (vgl. Kühn 2005, Schnell 2002). Professionelle Pflege steht somit in der ständigen Gefahr, eine überfürsorgende und paternalistische Haltung gegenüber den Betroffenen einzunehmen oder andererseits die Pflegebeziehung auf eine Vertragsbeziehung ohne emotionale Beteiligung und Anteilnahme zu reduzieren. Das hat auch erhebliche Auswirkungen auf die Qualitätsdebatte.

3 Die Begriffe Körper und Leib zeigen zwei unterschiedlichen Perspektiven des einen Gegenstands an, wobei Körper die naturwissenschaftliche und sachliche Außenperspektive darstellt und Leib die phänomenologische und personale Sicht aufzeigt. In der heutigen Zeit dominiert der Diskurs über den Körper, der Leibdiskurs kann als verdrängter und auch als kritischer Diskurs des Widerstands konzipiert werden (vgl. Friesacher 2008a: 319ff).

3.2 Der Qualitätsbegriff

Der Qualitätsbegriff ist äußerst heterogen und stellt keine Konstante dar. Vielmehr hängt Qualität stark von den Erwartungen ab, die mit einer Dienstleistung oder einem Produkt verbunden werden. Qualität erweist sich somit als dynamisch, enthält sowohl messbare Eigenschaften als auch subjektive Wertungen und ist als Merkmalsbündel mehrdimensional. Bezogen auf die Pflege sprechen Görres u.a. (2008: 10, vgl. Görres 1999: 423 ff) in diesem Zusammenhang von einer „situativ-komplex-dynamischen Qualitätsorientierung“, wobei zum jetzigen Zeitpunkt Kriterien fehlen, die Auskunft geben können, „was im Ergebnis bzw. Outcome eine gute Pflege(qualität) ist“. Empfohlen wird deshalb eine stärkere Fokussierung auf ‚Wertmerkmale‘ „wie Selbstbestimmung, Kompetenzen, Bedürfnisse und Lebensqualität“ (Görres u.a. 2008: 14-15). Die Outcome-Messung, d.h. die Dimension der Ergebnisqualität der Pflege möglichst mit Kennzahlen messtechnisch zu erfassen und zu quantifizieren, ist ein bis heute ungelöstes Problem (s.u.). Die Fokussierung auf die Ergebnisqualität rückt die Diskussion um Pflegequalität in eine einseitige Richtung. Wichtiger wäre meines Erachtens die Prozessqualität stärker zu berücksichtigen. Nicht in der engen und einseitigen Orientierung, wie sie in den MDK-Prüfrichtlinien und der Grundsatzstellungnahme zum Pflegeprozess und zur Dokumentation (MDS 2005 a u. b) sichtbar wird und eine rein funktionale, technische und zweckrationale Perspektive von Pflegehandeln transportiert, sondern in einer die Erlebnis- und Beziehungsdimension berücksichtigenden Form. Demgegenüber kommen Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass bisherige Ansätze der Qualitätsentwicklung einem funktionalistisch ausgerichteten Paradigma folgen, in dem die Pflege auf zweckrationales Handeln reduziert wird und es an einer pflegewissenschaftlichen, theorie- und empiriefundierten Definition von Pflegequalität in Deutschland mangelt (vgl. Cassier-Woidasky 2007, Görres u.a. 2008, 1999, Gröning 1997).

Die Orientierung an der Patientin und Bewohnerin gilt als wesentliches Qualitätsmerkmal und Indikator für Prozessqualität. Damit erhalten normative Dimensionen eine wichtige Bedeutung für das Qualitätsverständnis und die Akteurinnen und Akteure rücken ins Zentrum des Geschehens. Aspekte professionellen Handelns sind in der Qualitätsentwicklung bisher aber kaum thematisiert, obwohl die große Mehrheit der Qualitätsdimensionen im Hilfehandeln sich auf den Interaktionsprozess zwischen Erbringer und Empfänger bezieht. Beziehungsgestaltung, Interaktion und verständigungsorientiertes Handeln werden so zu einem zentralen Qualitätsaspekt (vgl. Cassier-Woidasky 2007: 31, Habermann & Biedermann 2007: 125ff). Management- und Qualitätsansätze mit erweiterter Perspektive, wie das Qualitätsmanagementsystem des GAB (Gesellschaft für Ausbildungsforschung und Berufsentwicklung) aus München, gehen bewusst über die enge Bestimmung von Qualität als Trias aus Struktur-, Prozess- und Ergebnis hinaus⁴. In diesem Ansatz spielen die Handlungs-, Erlebnis- und Beziehungsqualität als Dimensionen die tragende Rolle bei der Betrachtung von Qualität (Ackermann 2003).

⁴ Bei der Beurteilung von Qualität werden in der Regel die Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach Donabedian unterschieden (vgl. Görres 1999). Unter Struktur sind dabei die Rahmenbedingungen und die

4. Pflegemanagement und Qualitätsentwicklung als kritisches Programm – eine Skizze

Während die Pflegewissenschaft zaghaft an die Diskurse einer kritischen Wissenschaftsauffassung anknüpft (vgl. Friesacher 2008, Remmers 2000) und auch die Pflegepädagogik gesellschaftskritische Positionen rezipiert und zu eigenständigen (fachdidaktischen) Modellen weiterentwickelt (vgl. Darmann 2005, Greb 2003, Wittneben 1998), fehlen in den Ansätzen des Pflegemanagements und des Qualitätsdiskurses kritische Positionen weitgehend (vgl. Görres u. a. 2006, 1999, Igl u. a. 2002, Kerres & Seeberger 2001, Ausnahme: Remmers 2007⁵). Insgesamt fällt eine recht theorie- und kritiklose Auseinandersetzung mit den Qualitätsansätzen im Pflegemanagement auf. Das verwundert um so mehr, da im Bereich der Wirtschaftsethik und der Sozialwissenschaften – zentrale Bezugsdisziplinen des Pflegemanagements – durchaus ein theorieorientierter und kritischer Diskurs existiert (vgl. Maak & Ulrich 2007, Gertenbach 2007, Stehr 2007, Bröckling 2003 u. 2000, Breuer, Brink & Schumann 2003, Ulrich 2001).

4.1 Ökonomie und Ethik – eine historische Betrachtung

Ausgangspunkt ist vielfach die Überlegung, dass es keine neutrale und normfreie Zone des Wirtschaftens und des ökonomischen Handelns gibt. Entgegen den Überzeugungen der (neo)klassischen Wirtschaftstheorie ist die Ökonomie nicht nur ein Austausch von Waren oder Dienstleistungen, die einen Wert haben, sondern es werden damit auch moralische Werte zugeschrieben oder abgesprochen. Der Markt als neutrales und abstraktes Medium ohne Moral ist eine Fiktion (Stehr 2007: 12 u. 25ff). Selbst da, wo sich ökonomisches Handeln in Formalismen ausdrückt, ist es wertorientiert, oder anders ausgedrückt, in der Ökonomie und ihren Theorien steckt eine implizite Ethik, die es aufzudecken gilt (Thielemann 2003: 89ff).

Organisation der Pflege zu verstehen, z.B. die personellen und materiellen Ressourcen; Prozessqualität umfasst die Art und den Umfang des pflegerischen Handelns und die Ergebnisqualität gibt z.B. Auskunft über Veränderungen im Gesundheitszustand und den Grad der Lebensqualität. Diese Konzeption ist allerdings nicht kritiklos geblieben, beklagt wird unter anderem die Linearität, Funktionalität und Monokausalität des Modells (Görres 1999). Es kann z.B. nicht ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass eine verbesserte Strukturqualität zu besserer Prozess- und Ergebnisqualität führt. Außerdem sind erhebliche Methodenprobleme zu konstatieren, wenn aufgrund der komplexen Realität pflegerischer Praxis diese in ein Schema mit bestimmten Norm- und Standardgrößen eingeordnet wird und qualitätsbewusstes Handeln auf eine Regelbefolgung im Sinne von „wenn A dann B“ reduziert wird. Schon Donabedian selbst hat gezeigt, dass die Qualität in personenbezogenen Dienstleistungen mindestens zwei unterschiedliche Aspekte beinhaltet, einen technischen und einen interpersonellen. Während für die technischen Aspekte durchaus quantifizierende und standardisierte Verfahren Sinn machen, ist das für den Bereich der interpersonellen Aspekte weder möglich noch sinnvoll. Doch gerade diese Aspekte bilden die Kernleistung in personenbezogenen Dienstleistungen wie der Pflege. So kommt auch Donabedian zu der Feststellung, „much of what we call the art of medicine (or nursing) consists in almost intuitive adaptations to individual requirements in technical care as well as in the management of the interpersonal process“ (Donabedian 1988, Ergänzung in der Klammer durch H.F.).

5 Der Beitrag von Remmers (2007) ist insofern eine Ausnahme, als hier u.a. eine an Habermas Theorie des kommunikativen Handelns und an die Diskursethik anknüpfende Position des Pflegemanagements dargelegt und insgesamt eine äußerst differenzierte Rolle der Ethik im Management entwickelt wird.

Die Ausdifferenzierung des Wirtschaftssystems ist unlösbar verbunden mit dem Steuerungsmedium Geld und der Etablierung einer eigenen Sprache, eigener Zwecke, eigener Normen und eigener Rationalitätskriterien. Die wirtschaftliche Dynamik hat zu einem einschneidenden gesellschaftlichen Wandel geführt, von Autoren der Aufklärung (Smith, Hume, Montesquieu) überwiegend positiv beurteilt mit der festen Überzeugung, dass der wirtschaftliche Handel auch eine moralisierende Wirkung auf die Gesellschaft ausübt. Die Idee der Befriedigung subjektiver Interessen und Wünsche und gleichzeitig das Verfolgen kollektiver Ziele durch Wettbewerb mit der Befreiung von existentieller Not wie Hunger und Krankheit sind die geschichtsphilosophisch optimistischen Perspektiven einer durch den freien Markt zu mehr Freiheit und Wohlstand gelangenden Gesellschaft. Die enge Verbindung von Ökonomie und Ethik bei den klassischen politischen Ökonomen, die sowohl Lehrveranstaltungen im Bereich der Wirtschaft als auch in der Moralphilosophie, Theologie und im Recht hielten, wird gegen Ende des 18. Jahrhundert und zu Beginn des 19. Jahrhunderts aufgebrochen. Die bis dahin positive und optimistische Sichtweise einer durch den Markt sich entwickelnden Gesellschaft weicht einer kritischen Haltung. Denn die „Freiheit als Tochter des Marktes“ entpuppt sich bei genauer Analyse als „Verlust der Freiheit durch die Freiheit“ (Stehr 2007: 81 u. 84). Die negativen Folgen des Wettbewerbs und einer unbegrenzten Ausweitung der Märkte und des ökonomischen Handelns auf immer mehr Bereiche der Gesellschaft und des Sozialen führen zu mehr Ausbeutung, Entfremdung und befördern die soziale Ungleichheit in der Bevölkerung. Diese nicht-intendierten Nebenfolgen werden von den Befürwortern als Preis der Freiheit in Kauf genommen, während die Kritiker gerade darin den Verlust der Freiheit sehen (Stehr 2007: 83, vgl. Gertenbach 2007). In einer umfassenden Analyse der Geschichte der Regierungskunst (Gouvernementalität) hat Foucault (2004 a u. b.) die Mechanismen aufgezeigt, wie innerhalb des modernen Neoliberalismus alle Bereiche der Gesellschaft nach den Prinzipien des Marktes und des Wettbewerbs organisiert werden. Eine veränderte Perspektive auf das Soziale ist die Folge: dieses wird als Teil des Ökonomischen definiert, das Handeln der Individuen ist nicht mehr in erster Linie an Bedürfnisbefriedigung und Warentausch orientiert sondern ausgerichtet an der unternehmerischen Tätigkeit. Diese Konzeption des ‚Unternehmers seiner selbst‘ korrespondiert mit dem Modell des rationalen Akteurs (Homo Rationalis) bzw. des daraus abgeleiteten Homo Oeconomicus. Das Verständnis des Homo Rationalis, und darauf weist schon Parsons (1937: 53, zit. n. Stehr 2007: 87) hin, speist sich ursprünglich aus einem moralischen Vorverständnis, „dem Bemühen um die ethische Autonomie und die Eigenverantwortung gegenüber Autoritäten“. Diese Verbindung zwischen moralischen und rationalen Elementen wird im Liberalismus entkoppelt und weicht einer scheinbaren Polarisierung zwischen Ökonomie und Ethik. Die Betonung einer individuellen Sichtweise des Menschen führt zu einer Konzeption des Nutzenmaximierers und des effizienten, in Zweck- Mittel- Kategorien agierenden Akteurs. Alle nicht-rationalen Elemente werden als ineffektiv abqualifiziert. Dieses Modell des Homo Oeconomicus ist Grundlage der modernen ökonomischen Theorie (Manstetten 2002, vgl. Höfer 2007) und auch derjenigen sozialwissenschaftlichen Handlungstheorie, die sich als ‘Individualistisches Programm’ den Prämissen der ökonomischen Theorien bedient. Als ‘Rational-Choice-

Theorie' bis zur ‚Erklärenden Soziologie‘ durchläuft das anthropologische Modell des handelnden Akteurs zwar eine Erweiterung gegenüber dem allzu einseitigen Idealtypus des Homo Oeconomicus, die wesentliche Grundüberzeugung einer maximalen Verwirklichung eigener Interessen liegt aber auch diesem Ansatz zugrunde (vgl. Esser 1996: 238, Breitsameter 2006, zur Kritik: Friesacher 2008a: 253ff, Gertenbach 2007: 105ff u. 117 ff). Die Ausblendung ethischer und normativer Dimensionen korrespondiert mit der weitgehenden Übernahme eines empirisch- analytischen Wissenschaftsverständnisses und der Methoden der Naturwissenschaften. Diese scheinbar rein positive Theorie der Ökonomie entfernt sich vom realen Gegenstand und wird zu einer Formalwissenschaft. Diese Position lässt sich wissenschaftstheoretisch nicht einmal mit der Position begründen, die für die Wirtschaftswissenschaften als Orientierung dient, den kritischen Rationalismus.

4.2 Eine wissenschaftstheoretische Begründung einer normativen und kritischen Wirtschaftsethik

Die Frage nach dem Verhältnis von Ethik und Wissenschaft und damit zusammenhängend von Praxis und Theorie durchzieht die sozialwissenschaftlichen Grundsatzdebatten vom ‚Werturteilsstreit‘ zu Anfang des 20. Jahrhunderts über den ‚Positivismusstreit‘ zu Beginn der 60er Jahre bis hin zu neueren Diskussionen (vgl. Breuer, Brink & Schumann 2003, Ritsert 1996).

In der Position des Kritischen Rationalismus spielt die Kritik eine zentrale Rolle. Für Popper ist die Kritisierbarkeit von Theorien und Aussagen ein Kriterium für Wissenschaftlichkeit. Nur die Theorien, die sich Falsifikationsversuchen zugänglich zeigen, sind als wissenschaftliche Theorien zu bezeichnen (Popper 1989: 65, vgl. Popper 1994). Popper entwickelt seinen Ansatz in fruchtbarer Auseinandersetzung mit dem Logischen Empirismus des Wiener Kreises, dessen erkenntnistheoretische Grundprobleme (Induktionsproblem, Verifikationskriterium, theoriefreie Beobachtung) er überwinden will. Popper ist an Theorien und ihren Wahrheitsgehalt interessiert. Er vertritt dabei eine korrespondenztheoretische Variante der Wahrheitstheorie die besagt, dass es eine Übereinstimmung gibt zwischen Aussage und Wirklichkeit. Wohl wissend, dass es absolut sicheres Wissen nicht geben kann, geht Popper doch von einer permanenten Annäherung an die objektive Wahrheit aus durch Prüfung der Theorien an der Wirklichkeit (Popper 1973). Dabei ergibt sich das Problem der Basissätze, denn die Beobachtungsaussagen sind ebenfalls theorienabhängig, ihre Anerkennung beruht auf Konventionen, die sich nicht in Begriffen einer ‚Logik der Forschung‘ sondern nur als gemeinsame Situationsdefinition deuten lassen. Damit hält ein hermeneutisches Prinzip Einzug in Poppers Konzeption. Wissenschaftliche Forschungsprozesse sind somit eingebunden in Deutungsrahmen und basieren auf Vorverständnissen. Auch Popper muss anerkennen, dass die kritisch-rationalistische Einstellung auf einem irrationalen Entschluss oder auf dem Glauben an die Vernunft beruht, und diese Entscheidung für den Rationalismus ist eine moralische Entscheidung (Popper 1995: 15, Anmerkung 6). Die Ethik (und damit in Poppers Worten der Irrationalismus) findet

sich somit innerhalb der Begründungsebene dieser Wissenschaftstheorie und immunisiert sie somit gegen Kritik, „denn die irrationale Entscheidung für den kritischen Rationalismus kann gar nicht rational kritisiert werden“ (Schumann 2003: 76).

Eine wesentlich offenere Position zu Fragen der Ethik innerhalb der Wissenschaften sieht Schumann in der Erweiterung der Position Poppers durch Albert, der die Erkenntnis aller Wissenschaften von Wertungen durchzogen ansieht. Damit bekommen Bereichsethiken wie die Wirtschaftsethik und auch die Pflegeethik eine prominente Stellung innerhalb der wissenschaftstheoretischen Diskurse. Die ethische Frage nach dem ‘was sollen wir tun?’ verknüpft Albert mit der Frage ‘was können wir tun?’, und das Können (als Handlungsmöglichkeit) ist dabei Voraussetzung von Sollen (Albert 2000: 56ff, zit. n. Schumann 2003: 78). Somit kann die Distanz zwischen Sachaussagen (Wissenschaft) und Sollens-Aussagen (Ethik) überwunden werden. Ethik erweist sich in dieser Interpretation als kritisches Korrektiv für die Wissenschaft. Theorie erscheint nicht nur in ihrem Entdeckungs- und Verwertungszusammenhang als normativ, sondern auch in ihrem Kern, dem Aussagen- und Begründungszusammenhang. Die Verbindung von Bereichsethiken zu kritischen Theorien kann fruchtbar geknüpft werden und bietet sich an für eine kritisch-normative Konzeption auch des Pflegemanagements.

4.3 Soziale Interaktion als Ausgangspunkt einer normativen Orientierung

Die Aufgabe von Ethik besteht zunächst in der Begründung von Handlungsnormen. Im Falle einer Ethik des Pflegemanagements und der Qualitätsentwicklung geht es um ausdifferenzierte Teilbereiche menschlichen Handelns. Die Ermittlung der situationsgerechten Anwendung von Normen im konkreten Fall unter Berücksichtigung möglicher Folgen sind auf der Anwendungsebene angesiedelt. Ein wertorientiertes Pflegemanagement stellt eine normative Orientierung für Handlungsmaximen zur Verfügung. Dabei reicht es nicht aus, dem Pflegemanagement als ergänzende Sichtweise eine pflegewissenschaftliche Perspektive entgegenszustellen. Wie Moers & Hotze (2004) treffend aufzeigen, determiniert schon im Studium des Pflegemanagements die Ökonomie im Sinne eines Metakonzeptes die Sichtweise der Studierenden. Fruchtbarer erscheint es, schon die Ökonomie selbst normativ und kritisch zu konzeptualisieren und sie ihres scheinbar neutralen und wertfreien Kerns zu entkleiden.

In wirtschaftsethischen Fragen, die im Gesundheitsbereich immer auch Fragen der Medizin- und Pflegeethik tangieren, geht es oftmals um problematische Situationen, wie z.B. die Einführung neuer Technologien, Rationalisierungsmaßnahmen, Veränderung der Arbeitsorganisation, die sowohl die Mitarbeiter als auch die zu Pflegenden betreffen. Dabei kollidieren ökonomische Interessen mit den lebensweltlichen Interessen der Betroffenen.

„Wirtschaftsethik ist zuständig für Situationen, in denen es Handlungsalternativen gibt und in denen auf den ersten Blick nicht verschiedene moralische Normen miteinander kollidieren, sondern ökonomische Interessen oder Imperative mit den lebensweltlichen Interessen von Betroffenen [...] die von einer Beschaffenheit sind, dass sie

als moralische Ansprüche artikuliert werden können. Konflikte dieser Art bedeuten die Störungen eines Einverständnisses über die moralische Berechtigung von Handlungen ökonomischer Akteure, deren Folgen unmittelbar oder mittelbar in der Lebenswelt der Betroffenen zum Tragen kommen“ (Gröbl-Steinbach 2003: 183). Handlungsleitende Orientierungen für das Pflegemanagement und für die Entwicklung einer qualitativ hochwertigen Pflege finden sich demnach in den Wertvorstellungen und Bedürfnisinterpretationen in der Lebenswelt der Betroffenen. Ethische und kritische Diskurse knüpfen somit an die Vorstellungen vom ‘guten Leben’ an, jenen soziokulturell beeinflussten und historisch wandelbaren Überzeugungen eines gelingenden Lebens. Neben diesen Fragen der ‘Sittlichkeit’ haben Gerechtigkeitsdiskurse, also universelle und allgemeingültige Normen der Moral, ihren Platz in wirtschaftsethischen Diskursen. Fragen der angemessenen Norm für konkrete Situationen sind in Verfahren zu realisieren, in denen alle Beteiligte die Chance haben, ihre Meinungen und Sichtweisen zum Ausdruck zu bringen. Betroffene, wie zum Beispiel Mitarbeiter, Patienten und Angehörige, sind gegenüber den ökonomischen Akteuren und der institutionellen Macht in der Regel benachteiligt. Eine institutionell gesicherte Mitsprache ist der genuine Ort der Diskursethik, wie sie von Habermas (1996, 1991, vgl. 1981) entwickelt und in der integrativen Wirtschaftsethik von Ullrich (2001) als kritisches Programm für die Ökonomie fruchtbar rezipiert wird. Allerdings konzipiert Habermas die beiden Handlungssphären des Systems und der Lebenswelt mit je unterschiedlichen Rationalitätskonzepten. Im normfreien System wird ausschließlich nach zweckrationalen Handlungsregeln im Modus der Arbeit agiert, in der Lebenswelt findet eine an Normen orientierte Verständigung im Modus der Interaktion statt, die frei ist von instrumentell-strategischen Erwägungen. Nicht-intendierte Folgen von Handlungen spielen in dieser Theoriekonstruktion nur im System eine Rolle. Machtaspekte wie Zwang und strategische Beeinflussung unterhalb dieser Stufe fallen aus dem Blick. Diese strikte Trennung der Handlungsbereiche findet sich bei Habermas schon in der Kritik an der ‘Technokrathiese’ (Habermas 1971: 48ff und 81ff, vgl. Honneth 1986). Der direkte Anschluss der Individuen an die Systemebene vernachlässigt die soziale Gruppe als wesentlichen Mittler zwischen System und Lebenswelt. In dieser Sphäre geht es um Gestaltung und Entwicklung gesellschaftlicher Institutionen, hier finden die Auseinandersetzungen um Anerkennung statt. Die Erweiterung des Habermasschen ‘Kommunikationsparadigmas’ durch Honneths Theorie und Ethik der Anerkennung bietet für die Pflege eine noch besser begründete Basis, da Honneth in der Tiefenstruktur der Interaktion einen moralischen Gehalt ausmacht, der darin besteht, dass die Mitglieder in der Gesellschaft eine Erwartung der wechselseitigen Anerkennung haben. Diese ist eine notwendige Bedingung sowohl für die Identitätsbildung als auch für die soziale Integration in die Gemeinschaft. Honneth geht dabei von drei Formen der intersubjektiven Anerkennung aus. Diese expliziert Honneth (2005, 2003, 2000, 1992) in Anknüpfung an den jungen Hegel und an die Sozialpsychologie von Mead. Dabei lassen sich drei verschiedene Anerkennungsweisen unterscheiden, die jeweils drei Interaktionssphären zuzuordnen sind: Fürsorge (emotionale Zuwendung, Bindung), Rechte (kognitive Achtung) und Solidarität (soziale Wertschätzung). Das Vorenthalten einer oder mehrerer Anerkennungsweisen stellt eine moralische Verletzung dar und ist ein

Akt der persönlichen Beschädigung. Diese Pathologien des Sozialen zeigen sich in der Pflege und im Gesundheitsbereich in vielfältigen Formen der Vernachlässigung, Demütigung und Missachtung (Friesacher 2008a: 288). Diese Störungen sind unter anderem bedingt durch eine dem modernen Kapitalismus und dem ökonomischen Handlungsmodell inhärente soziale Struktureigentümlichkeit, der den Prozess der Rationalisierung der Gesellschaft vereinseitigt und deformiert: Gegenüber den Wertaspekten anderer Menschen verhält sich das Individuum neutral bis ablehnend, der Andere wird als Objekt und nicht als anzuerkennendes Subjekt wahrgenommen (vgl. Honneth 2007: 45ff, vgl. 2005, 2003). Die moralischen Ansprüche in der Tiefenstruktur der sozialen Interaktion können den normativen Bezugspunkt eines lebensweltlich begründeten Pflegemanagements darstellen und als kritisches Programm eine auf Emanzipation und Mündigkeit ausgerichtete Qualitätsentwicklung stützen. Dann bekommen Forderungen wie Patientenbeteiligung, Partizipation und Selbstbemächtigung ihren legitimen Ort⁶.

4.4 Überprüfung und Messbarkeit

Eine kritische Theorie des Pflegemanagements und der Qualitätsentwicklung steht vor denselben Herausforderungen, wie jede andere wissenschaftliche Theorie auch: sie muss sich Überprüfungs-, Verifikations und Falsifikationsversuchen stellen. Dabei sind die Begründungsanforderungen besonders hoch. Neben dieser wissenschaftstheoretischen und theorieimmanenten Ebene besteht eine weitere Anforderung auf der eher pragmatischen Ebene darin, zu zeigen, wie denn 'kritische Qualität' zu bestimmen oder zu 'messen' ist.

Wissenschaftstheoretisch bestätigt sind kritische Theorien dann, wenn a) alle ihre Hypothesen, Teiltheorien und Theorien nach den allgemein anerkannten Kriterien der Theorienprüfung als zutreffend anerkannt werden, b) die Adressaten (z.B. Patienten, Bewohner, Angehörige, Mitarbeiter) und die Theoretiker die Beschreibung der repressiven Zustände (Missachtung, Demütigung, Entwürdigung, Machtmissbrauch, also Aberkennung) und des Emanzipationsprozesses als richtig ansehen, der Prozess von den Betroffenen auch mitgetragen wird und der erreichte Zustand weniger repressiv ist und sich auf Dauer ein besserer Zustand stabilisiert. Als widerlegt gelten kritische Theorien dann, wenn die oben genannten Bedingungen (mindestens eine) nicht zutreffen und sich als falsch erweisen (vgl. Detel 2007a: 150ff, 2007b: 109ff). Mit diesen aus der theoretischen Philosophie übernommenen Kriterien kann gezeigt werden, dass kritische Theorien und damit emanzipatorische Ansätze modernen wissenschaftlichen Kriterien genügen und als rationale Unternehmen gelten können. Die Schwierigkeiten der Etablierung und der methodologischen Probleme betreffen andere Theorietypen aus den Sozial- und auch Naturwissenschaft gleichermaßen.

⁶ Bürgerbeteiligung lässt sich als Kritik an der bisherigen Qualitätssicherung verstehen, ein Recht auf Beteiligung ist verfassungsrechtlich begründet und wünschenswert, obwohl es keine Verfassungspflicht zur staatlichen Bürgerbeteiligung gibt. Eine lesenswerte Abhandlung zum Thema aus juristischer Perspektive ist die Arbeit von Hart (2002).

Auf der eher pragmatischen Ebene der Darlegung und 'Messung' dessen, was dann als 'kritische Qualität' gelten kann, sind alle grundsätzlich Probleme der Messung im Allgemeinen und Speziell im Bereich des Humanen und des Sozialen zu berücksichtigen, darauf kann hier nicht weiter eingegangen werden (vgl. Böhme 1993: 65ff, Cicourel 1974: 18ff). Ergebnisqualität im pflegerischen Bereich ist weder durch die Befragung der Betroffenen, noch durch die Erfassung der Ergebnisse pflegerischer Interventionen noch mit der Einführung von organisationsbezogenen Innovationen wie die Einführung eines bestimmten Managementsystems adäquat abzubilden und zu erfassen (vgl. Habermann & Biedermann 2007, Mittnacht u.a. 2006, Stemmer 2005). So lassen sich Dimensionen situativen Handelns und implizite Wissensformen, die wesentlich zur Qualität der Pflege beitragen wie das Erspüren von Situationen, Beziehungsarbeit und ethische Aspekte, nicht messtechnisch erfassen. Die Orientierung am Wohlbefinden, an Ermöglichungsbedingungen eines gelingenden Lebens und an Bedürfnissen setzt zumindest ansatzweise eine 'Idee des Guten' und eine Theorie des Wohlbefindens voraus, wie sie z.B. von Martha Nussbaum (1999) in einer von Aristoteles inspirierten objektiven Theorie des Guten dargelegt wird. Anschlüsse an diese Theoriediskurse wären notwendig, um überhaupt einen Konsens über bedeutsame Qualitätsindikatoren zu erhalten.

Zufriedenheitsuntersuchungen lassen sich zwar messtechnisch realisieren, unterliegen aber einer großen Gefahr der Verzerrung (vgl. Aust 1994, besonders S. 33ff). Daneben wird gerade im Pflegeheim ein großer Teil der Bewohner aufgrund kognitiver Einschränkungen aus Befragungen ausgeschlossen. Doch gerade diese Gruppe und auch andere vulnerable Betroffene (Psychiatrie-Erfahrene, Wachkomapatienten, schwer- und mehrfachbehinderte Menschen, multimorbide hochbetagte Menschen, chronisch kritisch Kranke, Intensivpflegepatienten, Kinder u.a.m.) sollten besondere Berücksichtigung in der Qualitätsentwicklung erfahren, sind sie doch zumeist die von Missachtung, Bevormundung und Aberkennung Betroffenen.

Es gibt aber durchaus Ansätze einer angemessenen Erhebung des Wohlbefindens und des Willens z.B. von dementiell erkrankten Bewohnern mittels Befragung (Kneubühler 2005, Gebert & Kneubühler 2001), mit Hilfe verschiedenster Assessments und Beobachtungsmethoden (Dialogzentrum Demenz, o.J., KDA 2005) und durch eine Verbesserung des ethisch-moralischen Urteilsvermögens als konstitutiver Teil professionellen Handelns (Friesacher 2008b, vgl. Wunder 2008, Schwerdt 2002). Damit lassen sich durchaus Selbstbestimmungsmöglichkeiten auch bei fortgeschrittener Demenz eruieren wie zum Beispiel Willensbekundungen zur Nahrungsablehnung. Insgesamt sind quantitative Untersuchungen für diese Bereiche der Ergebnisqualität wenig oder nur bedingt aussagekräftig, eine größere Rolle sollten hier qualitative Erhebungen spielen, die die zugrunde liegenden Kriterien thematisieren.

5. Schlussbetrachtung

Eine veränderte Perspektive innerhalb des Pflegemanagements und in der Qualitätsentwicklung ist notwendig und auch möglich. Gegen den Mainstream der eher einseitigen und affirmativen Ausrichtung bisheriger Modelle ermöglicht eine kritische Konzeption eine erweiterte Blickrichtung, sind Leitideen wie Patienten- und Bewohnerorientierung, Partizipation und Mündigkeit keine schon dem bestehenden System angepassten Vorstellungen. Damit wäre die Theoriebildung auch anschlussfähig an die Diskurse innerhalb einer Wirtschaftsethik, die sich als kritische Sozialwissenschaft versteht, und an Ansätze einer kritischen Pflegewissenschaft und Pflegepädagogik.

Diese Überlegungen werden von mindestens zwei Seiten erschwert. Erstens gibt es, im Gegensatz zu den anderen Pflegedisziplinen, keine Verortung des Pflegemanagements an den Universitäten. Doch das wäre eine wichtige Bedingung für eine eigenständige Wissenschaftsentwicklung. Zweitens macht die Ökonomisierung auch nicht vor der Wissenschaft halt. Verschlankte Studiengänge sollen den Einstieg ins Berufsfeld beschleunigen, theoretische Reflexionen (wenn es sie denn überhaupt noch gibt) stehen unter Nützlichkeitszwang. Auch die Hochschulen werden im Sinne Foucaults 'gouvernementalisiert', die unternehmerische Rationalität hat auch hier Einzug gehalten (Liesner 2008). Die Selbstregierung (der Studierenden wie der Lehrenden) durch Steuerungsinstrumente wie Credit-Points, modulbezogene Leistungskontrollen, Evaluationen, Teaching-Points, straffe Studienplanung und -organisation und projektorientiertes Arbeiten impliziert die Nötigung zur kontinuierlichen Verbesserung. Der Zwang zum 'lebenslangen Lernen' verstellt paradoxerweise den Blick auf Bildung. Und die wäre nicht nur im Pflegemanagement von Nöten. Die „Austreibung der Kritik aus der Wissenschaft“ (Vinnai 1993) kann nur als falsch verstandenes Signal einer Verpflichtung auf die Freiheit des Marktes gedeutet werden.

Literatur

- Ackermann, S. (2003): Qualitätsmanagement in kleinen Einrichtungen nach dem GAB- Verfahren. München
- Albert, H. (2000): Kritischer Rationalismus. Tübingen
- Aust, Bb (1994): Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. Paper der Arbeitsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin (WZB)
- Bauer, U. (2007): Gesundheit im ökonomisch-ethischen Spannungsfeld. In: Jahrbuch für Kritische Medizin, Band 44: Geld als Steuerungsmedium im Gesundheitswesen. Herausgegeben von Essers, Michael u.a. Hamburg, 98 - 119
- Blume, J.; F. Bremer; J. Meier (Hrsg.): Ökonomie ohne Menschen? Zur Verteidigung der Kultur des Sozialen. Neumünster
- Böhle, F.; S. Weishaupt (2003): Unwägbarkeiten als Normalität – die Bewältigung nichtstandardisierbarer Anforderungen in der Pflege durch subjektivierendes Handeln. In: Büssing, A.; J. Glaser (Hrsg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen, u.a., 149 - 162
- Böhle, F.; M. Brater; A. Maurus (1997): Pflegearbeit als situatives Handeln. In: Pflege, 10. Jg.: 18 - 22
- Böhme, G. (2008): Ethik leiblicher Existenz. Über unseren Umgang mit der eigenen Natur. Frankfurt/M.

- Böhme, G. (1993): Quantifizierung – Metrisierung. Versuch einer Unterscheidung erkenntnistheoretischer und wissenschaftstheoretischer Momente im Prozeß der Bildung von quantitativen Begriffen. In: Ders.: Am Ende des Baconischen Zeitalters. Studien zur Wissenschaftsentwicklung. Frankfurt/M., 65 - 81
- Braun, B.; H. Kühn, H. Reiners (1998): Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik. Frankfurt/M.
- Breitsameter, C. (2006): Übertreibung als Methode. Zur Frage nach dem systematischen Ort des 'homo oeconomicus'. In: *Ethica*, 14. Jg., H. 2: 131 - 145
- Breuer, M.; A. Brink; O. J. Schumann (Hrsg.) (2003): *Wirtschaftsethik als kritische Sozialwissenschaft*. Bern u. a.
- Bröckling, U. (2003): Das demokratisierte Panopticon. Subjektivierung und Kontrolle im 3600-Feedback. In: Honneth, A.; M. Saar (Hrsg.): *Michel Foucault. Zwischenbilanz einer Rezeption*. Frankfurter Foucault-Konferenz 2001. Frankfurt/M., 77 - 93
- Bröckling, U. (2000): Totale Mobilmachung. Menschenführung im Qualitäts- und Selbstmanagement. In: Bröckling, U.; S. Krasmann, T. Lemke (Hrsg.): *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*. Frankfurt / M., 131 - 167
- Cassier Woidasky, A.-K. (2007): *Pflegequalität durch Professionsentwicklung. Eine qualitative Studie zum Zusammenhang von professioneller Identität, Pflegequalität und Patientenorientierung*. Frankfurt/M.
- Cicourel, A. V. (1974): *Methode und Messung in der Soziologie*. Frankfurt/M.
- Darmann, I. (2005): Professioneller Pflegeunterricht. In: *PrInterNet*, 7. Jg., H. 12: 655 - 663
- Demirovic, A. (Hrsg.) (2003): *Modelle kritischer Gesellschaftstheorie. Traditionen und Perspektiven der Kritischen Theorie*. Stuttgart, Weimar
- Detel, W. (2007a): *Philosophie des Sozialen. Grundkurs Philosophie, Band 5*. Stuttgart
- Detel, W. (2007b): *Erkenntnis- und Wissenschaftstheorie. Grundkurs Philosophie, Band 4*. Stuttgart
- Dialogzentrum Demenz des Instituts für Pflegewissenschaft der Priv. Universität Witten/ Herdecke (Hrsg.) (o.J.): *Assessments in der Versorgung von Personen mit Demenz*. Witten/ Herdecke
- Donabedian, A. (1988): The Quality of Care. How Can It Be Assessed? In: *JAMA*, Sept. 23/30, Vol. 260, No. 12: 1743 - 1748
- Esser, H. (1996): *Soziologie. Allgemeine Grundlagen, 2. durchgesehene Aufl.*. Frankfurt, New York
- Foucault, M. (2004a): *Geschichte der Gouvernementalität I. Sicherheit, Territorium, Bevölkerung. Vorlesungen am Collège des France 1978 - 1979*. Herausgegeben von Michel Sennelart. Frankfurt/M.
- Foucault, M. (2004b): *Geschichte der Gouvernementalität II. Die Geburt der Biopolitik. Vorlesungen am Collège des France 1978 - 1979*. Herausgegeben von Michel Sennelart. Frankfurt/M.
- Foucault, M. (1992): *Was ist Kritik?* Berlin
- Foucault, M. (1987): Das Subjekt und die Macht. In: Dreyfus, H. L.; P. Rabinow: *Michel Foucault. Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik*. Frankfurt/M., 241 - 261
- Friesacher, H. (2008a): *Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft*. Osnabrück
- Friesacher, H. (2008b): Die Würde des Menschen ist unantastbar. Ethik in der Pflege. In: *PADUA*, 3. Jg., H. 3, 6 - 15
- Friesacher, H. (2004): Foucaults Konzept der Gouvernementalität als Analyseinstrument der Pflegewissenschaft. In: *Pflege*, 17. Jg., H. 6, 364 - 374
- Gastaldo, D.; D. Holmes (1999): Foucault and nursing: a history of the present. In: *Nursing Inquiry*, 6: 231 - 240
- Gebert, A.; H.- U. Kneubühler (2001): *Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen. Plädoyer für ein gemeinsames Lernen*. Bern
- Gertenbach, L. (2007): *Die Kultivierung des Marktes. Foucault und die Gouvernementalität des Neoliberalismus*. Berlin
- Görres, S.; M. Hasseler; B. Mittnacht (2008): *Gutachten zu den MDK-Qualitätsprüfungen und den Qualitätsberichten im Auftrag der Hamburgischen Pflegegesellschaft e. V., Bremen*

- Görres, S.; M. Roes; B. Mittnacht; M. Biehl; S. Klün (Hrsg.) (2006): Strategien der Qualitätsentwicklung in Pflege und Betreuung. Heidelberg
- Görres, S. (1999): Qualitätssicherung in Pflege und Medizin. Bestandsaufnahme, Theorieansätze, Perspektiven am Beispiel des Krankenhauses. Bern u. a.
- Greb, U. (2003): Identitätskritik und Lehrerbildung. Ein hochschuldidaktisches Konzept für die Fachdidaktik Pflege. Frankfurt/M.
- Gröbl-Steinbach, E. (2003): Das normative Fundament der Wirtschaftsethik. In: Breuer, M.; A. Brink; O. J. Schumann (Hrsg.) (2003): Wirtschaftsethik als kritische Sozialwissenschaft. Bern u.a., 167 - 190
- Gröning, K. (1997): Pflege in Zeiten der Fortschritts- und Konsumphilosophie. Qualitätssicherung in der stationären Altenpflege. In: Dr. med, Mabuse (108): 29 - 36
- Habermann, M.; H. Biedermann (2007): Die Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. Frankfurt/M.
- Habermas, J. (1996): Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln, 6. Auflage. Frankfurt/M.
- Habermas, J. (1996): Erläuterungen zur Diskursethik. Frankfurt/M.
- Habermas, J. (1981): Theorie des kommunikativen Handelns. Band I und II. Frankfurt/M.
- Habermas, J. (1971): Technik und Wissenschaft als 'Ideologie', 5. Auflage. Frankfurt/M.
- Hart, D. (2002): Recht auf Qualität. Kritik an der Qualitätsdiskussion oder Bürgerbeteiligung an der Qualitätsnormierung. In: Zeitschrift für Sozialreform, 48. Jg., H. 4: 436 - 459
- Heidenreich, F. (2006): Die Ethik des Marktes und der Markt der Ethiken. In: Philosophische Rundschau, Band 53: 130 - 153
- Höfer, H. (2007): Nützlichkeit als Leitidee: Das Menschenbild in der Ökonomie. In: Pflegezeitschrift, H. 8: 456 - 459
- Holmes, D.; D. Galardo (2002): Nursing as means of governmentality. In: Journal of Advanced Nursing, 38 (6), 557 - 565
- Honneth, A. (2007): Pathologien der Vernunft. Geschichte und Gegenwart der Kritischen Theorie. Frankfurt/M.
- Honneth, A. (2005): Verdinglichung. Eine anerkennungstheoretische Studie. Frankfurt/M.
- Honneth, A. (2003): Unsichtbarkeit. Stationen einer Theorie der Intersubjektivität. Frankfurt/M.
- Honneth, A. (2000): Das Andere der Gerechtigkeit. Aufsätze zur praktischen Philosophie. Frankfurt/M.
- Honneth, A. (1992): Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte. Frankfurt/M.
- Honneth, A. (1986): Kritik der Macht. Reflexionsstufen einer kritischen Gesellschaftstheorie. Frankfurt/M.
- Horkheimer, M. (1992) [1937]: Traditionelle und kritische Theorie. In: Ders.: Traditionelle und kritische Theorie. Fünf Aufsätze. Frankfurt/ M., 205 - 259
- Horkheimer, M.; T. W. Adorno (1986) [1947]: Dialektik der Aufklärung. Philosophische Fragmente. Mit einem Nachwort von Jürgen Habermas. Frankfurt/M.
- Hülsken-Giesler, M. (2008): Der Zugang zum Anderen. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik. Osnabrück
- Igl, G.; D. Schieman; B. Gerste; J. Klose (Hrsg.) (2002): Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Stuttgart, New York
- Jahrbuch für Kritische Medizin (2007) Geld als Steuerungsmedium im Gesundheitswesen. Band 44, herausgegeben von Essers, M. u.a. Hamburg
- Jahrbuch für Kritische Medizin (2000) Kostendruck im Krankenhaus. Band 33, herausgegeben von Gerlinger, T. u.a. Hamburg
- Kerres, A.; B. Seeberger (Hg.) (2001): Lehrbuch Pflegemanagement II. Berlin u.a.
- Kneubühler, H.-U. (2005): Wie lässt sich das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz in Pflegeheimen erfragen? In: Demenz Support Stuttgart (Hrsg.): Focus on Quality of Life/ Quality of Care. Im Brennpunkt: Lebensqualität/ Pflegequalität. Stuttgart, 157 - 168

- Kühn, H. (2005): Patient-Sein und Wirtschaftlichkeit. In: Jahrbuch für Kritische Medizin, Band 42: Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen. Herausgegeben von Essers, M. u. a. Hamburg, 8 - 25
- Koch- Straube, U. (2002): Qualität in Altenpflegeheimen – eine bewohnernahe Perspektive. In: Igl, G., D. Schieman, B. Gerste, J. Klose (Hrsg.): Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Stuttgart, New York, 147 - 158
- Kühn, H. (2005): Patient-Sein und Wirtschaftlichkeit. In: Jahrbuch für Kritische Medizin, Band 42: Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen. Herausgegeben von Essers, M. u.a. Hamburg, 8 - 25
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (Hrsg.) (2005): „Wie geht es Ihnen?“ Konzepte und Materialien zur Einschätzung des Wohlbefindens von Menschen mit Demenz. Köln (Originalausgabe unter dem Titel „Well Being Profiling“, 2002 by Bradford Dementia Group. Bradford)
- Liesner, A. (2008): Freiheit und Regierungskunst. Anmerkungen zur Gouvernementalität der Universität. In: Forschung & Lehre, H. 3: 148 - 150
- Maak, T.; P. Ulrich (2007): Integre Unternehmensführung. Ethisches Orientierungswissen für die Wirtschaftspraxis. Stuttgart
- Manstetten, R. (2002): Das Menschenbild der Ökonomie. Der homo oeconomicus und die Anthropologie von Adam Smith. Freiburg, München
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.) (2005a): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Essen
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS) (Hrsg.) (2005b): MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege. Essen
- Mittnacht, B.; M. Roes; M. Biehl; S. Görres (2006): Bewertung der Qualitätsaktivitäten in den verschiedenen Betreuungssystemen. In: Görres, S.; M. Roes; B. Mittnacht; M. Biehl; S. Klün (Hrsg.): Strategien der Qualitätsentwicklung in Pflege und Betreuung. Heidelberg, 177 - 202
- Moers, M.; E. Hotze (2004): Der Beitrag der Pflegewissenschaft für das Pflegemanagement. In: Pflegemagazin, 5. Jg., H. 2: 29 - 37
- Nussbaum, M. (1999): Gerechtigkeit oder das gute Leben. Frankfurt/M.
- Parsons, T. (1937): The Structure of Social Action. New York
- Popper, K. R. (1995) [1945]: Die Verteidigung des Rationalismus. In: K. Popper Lesebuch, herausgegeben von David Miller. Tübingen, 12 - 25
- Popper, K. R. (1994) [1935]: Logik der Forschung, 10., verbesserte und vermehrte Auflage. Tübingen
- Popper, K. R. (1989): Auf der Suche nach einer besseren Welt. 4. Aufl. . München
- Popper, K. R. (1973): Objektive Erkenntnis. Ein evolutionärer Entwurf. Hamburg
- Remmers, H. (2007): Ethische Aspekte des Pflegemanagements. In: Rosenthal, Th. (Hrsg.): Pflegemanagement. Grundlagen und Praxis. *Economica*, Heidelberg, CD-ROM, 40 S.
- Remmers, H. (2000): Pflegerisches Handeln. Wissenschafts- und Ethikdiskurse zur Konturierung der Pflegewissenschaft. Bern
- Ritsert, J. (1996): Einführung in die Logik der Sozialwissenschaften. Münster
- Schernus, R. (1997): Abschied von der Kunst des Indirekten. Oder : Umwege werden nicht bezahlt. In: Blume, J.; F. Bremer, J. Meier (Hrsg.): Ökonomie ohne Menschen? Zur Verteidigung der Kultur des Sozialen. Neumünster, 85 - 109
- Schneider, C. (2006): In der Zwickmühle. Ergebnisse einer qualitativen Studie zu Gewalt in Pflegeeinrichtungen. In: *Nightingale*. Beiträge aus der Pflegeforschung für die Pflegepraxis. Altenpflege, H. 4: 45 - 52
- Schnell, M. W. (2002): Pflege und Philosophie. Interdisziplinäre Studien über den bedürftigen Menschen. Bern u.a.
- Schröter, K. R. (2005): Pflege als Dispositiv: Zur Ambivalenz von Macht, Hilfe und Kontrolle im Pflegediskurs. In: Schroeter, K. R.; T. Rosenthal (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände, Perspektiven. Weinheim, München, 385 - 404
- Schulz-Nieswandt, F. (1998): Gewalt gegen ältere Menschen – Zur verlorenen Unschuld familial- häuslicher Pflegewelten. In: *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, Nr. 5: 182 - 185

- Schumann, O. J. (2003): Wirtschaftsethik und die Sphäre der Kritik. Eine wissenschaftstheoretische Betrachtung. In: Breuer, M.; A. Brink; O. J. Schumann (Hrsg.): Wirtschaftsethik als kritische Sozialwissenschaft. Bern u. a., 63 - 87
- Schwerdt, R. (2002): Ethisch-moralische Kompetenzentwicklung als Indikator für Professionalisierung. Das Modellprojekt „Implementierung ethischen Denkens in den beruflichen Alltag Pflegenden“. Katholischer Berufsverband für Pflegeberufe e.V. . Regensburg
- Simon, M. (2007): Das deutsche DRG-Fallpauschalensystem: Kritische Anmerkungen zu Begründungen und Zielen. In: Jahrbuch für Kritische Medizin, Band 44: Geld als Steuerungsmedium im Gesundheitswesen. Herausgegeben von Essers, M. u.a., Hamburg, 41 - 63
- Strätling-Tölle, H. (Hrsg.) (2000): 50 Tage intensiv. Oder: die menschliche Würde im Krankenhaus. Frankfurt/M.
- Speck, O. (1999): Die Ökonomisierung sozialer Qualität. Zur Qualitätsdiskussion in Behindertenhilfe und Sozialer Arbeit. München, Basel
- Stehr, N. (2007): Die Moralisierung der Märkte. Eine Gesellschaftstheorie. Frankfurt/M.
- Stemmer, R. (2005): Zur aktuellen Lage der pflegesensitiven Outcomemessung: eine Übersicht. PrInternet (07 -08): 430 - 435
- Thielemann, U. (2003): Integrative Wirtschaftsethik als kritische Theorie des Wirtschaftens. Die Unmöglichkeit der Wertfreiheit der Ökonomie als Ausgangspunkt der Wirtschaftsethik. In: Breuer, M.; A. Brink; O. J. Schumann (Hrsg.) (2003): Wirtschaftsethik als kritische Sozialwissenschaft. Bern u. a., 89 - 115
- Ulrich, P. (2001): Integrative Wirtschaftsethik. Grundlagen einer lebensdienlichen Ökonomie, 3. Aufl. Bern u.a.
- Vinnai, G. (1993): Die Austreibung der Kritik aus der Wissenschaft. Psychologie im Universitätsbetrieb. Frankfurt, New York
- Wittneben, K. (1998): Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Pflegelehrkraft. Über Voraussetzungen und Perspektiven einer kritisch- konstruktiven Didaktik, 4. Aufl. Frankfurt/M.
- Wunder, M. (2008): Demenz und Selbstbestimmung. In: Ethik in der Medizin, 01/08: 17 - 25

Prof. Dr. phil. Heiner Friesacher

Zur Zeit Vertretungsprofessur für Pflegewissenschaft an der Universität Bremen
Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften, Studiengang Pflegewissenschaft
friesacher@uni-bremen.de

Arne Manzeschke

Privatisierung von Krankenhäusern

Ethische Erwägungen zum moralischen Status eines öffentlichen Gutes

Privatization in Hospital Care

For the last years the sector of public-run-hospitals in Germany is significantly shifting to a private-run. This shift is accompanied by processes of liberalization and deregulation in the realm of health care in general. There are severe indications of social groups being excluded from an health care system which does not meet any longer the criteria of common and just access. The article is discussing this problem in political, economical and moral perspective, asking for ethical criteria and arguing for a common and just access to health-care-delivery

keywords

privatization, for-profit-hospitals, economization, public goods, injustice

Der Krankenhaussektor in Deutschland verzeichnet in den vergangenen Jahren einen signifikanten Privatisierungsschub. Dieser wird begleitet von Prozessen der Liberalisierung und Deregulierung im Gesundheitswesen insgesamt. Es mehren sich die Indizien, dass diese Entwicklung verbunden ist mit der Exklusion einzelner sozialer Gruppen von einer gleichen und gerechten Gesundheitsversorgung. Der Beitrag diskutiert vor diesem Hintergrund politische, ökonomische und moralische Aspekte der Privatisierung im Krankenhaussektor, fragt nach Kriterien ihrer Beurteilung und plädiert für klare staatliche Rahmenbedingungen, die eine gleiche und gerechte öffentliche Gesundheitsversorgung garantieren.

Schlüsselwörter

Privatisierung, Krankenhausmarkt, Ökonomisierung, Gemeinwohl, öffentliche Güter, Ungerechtigkeit

1. Zur Einleitung

Zu Beginn des Jahres 2008 hat der prozentuale Anteil der privat getragenen Krankenhausbetten in Deutschland erstmals den in den USA überschritten¹. Der Anteil von 14,1% an der Gesamtzahl der Krankenhausbetten erscheint kleiner als die Marge zu denken gibt. Und doch ist die Zahl ein Indikator für die fortschreitende Privatisierung in der deutschen Krankenhauslandschaft. Der Vergleich mit den USA deutet darauf hin, dass es hier nicht nur um eine statistische Kennziffer geht, sondern zugleich die

¹ So Rolf Rosenbrock, Mitglied des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, in dem Vortrag „Wie gut kann die Versorgung noch sein? Zur Qualität im deutschen Gesundheitswesen“, auf der Tagung „Trends im Gesundheitswesen“, Nürnberg, 15./16. 2. 2008.

eingereicht 10.10.2008

akzeptiert 3.11.2008 (nach Überarbeitung)

Frage nach der sozialen Gestalt des Gesundheitswesens impliziert ist. Welche Auswirkungen die Privatisierung letztlich für unser Gesundheitswesen haben wird, lässt sich gegenwärtig nicht eindeutig sagen. Es lässt sich aber fragen, welche Entwicklungen wir befürworten bzw. welche wir auf alle Fälle vermeiden wollen. Aus diesem Grund erscheint es angezeigt, die politischen und moralischen Implikationen dieser Entwicklung darzulegen.

Die Zahl 14,1% verweist auf eine bemerkenswerte Entwicklung im Krankenhaussektor. Anhand der Strukturdaten lässt sich ein klarer Trend zur Privatisierung nachzeichnen. Von 1991 bis 2006 hat der Anteil der öffentlichen Krankenhäuser um 41,5% (von 1054 auf 617) abgenommen; jener der freigemeinnützigen um 26,3% (von 945 auf 696); der Anteil der privaten Krankenhäuser ist im selben Zeitraum um 51,8% (von 332 auf 504) gestiegen. Insgesamt ist in diesem Zeitraum ein Rückgang der Krankenhäuser von 2411 auf 2104 zu verzeichnen (Statistisches Bundesamt 2008). Für den Bettenanteil gelten ähnliche Entwicklungen: öffentlich (-35,4%), freigemeinnützig (-17,6%) und privat (+174,7%) (vgl. Bruckenberger et al. 2006: 35). Der sehr deutliche Anstieg von Privatbetten ist insofern bemerkenswert, als im gleichen Zeitraum von politischer Seite die Reduktion der im internationalen Vergleich sehr hohen Verweildauer (von 14,0 in 1991, auf 8,5 Tage in 2006) und damit auch zusammenhängend die der Gesamtbettenzahl betrieben wurde (1991: 665 565, 2006: 510 767) (Statistisches Bundesamt 2008). So lässt sich ein Wachsen der privaten Krankenhausbetreiber gegen den allgemeinen Trend vermerken.

Bedeutet das, dass private Krankenhäuser mit dem gleichen Budget die gleiche Arbeit bei gleicher Qualität zu einem günstigeren Preis leisten? Dem schließt sich die Frage an, ob im stationären Sektor, der etwa ein Drittel des Gesamtumsatzes ausmacht, lange uneffizient gewirtschaftet wurde oder immer noch wird? Bietet die Privatisierung der Krankenhauslandschaft also bei gleicher Qualität und gleichen Preisen noch zusätzliche Gewinne in Form von Shareholdervalue?

Damit rückt das Spannungsfeld von privaten und öffentlichen Leistungen im Bereich der Daseinsvorsorge in den Fokus: In welchem Maße können und sollen öffentliche Güter wie das der Gesundheitsversorgung von privaten Dienstleistern bereitgestellt werden? Von denen gilt, dass sie zwar effizienter wirtschaften als andere Träger, dafür aber einem kurzfristigen Renditekalkül verschrieben sind und deshalb langfristige gesellschaftliche Interessen gerade nicht verfolgen (vgl. Dietz et al. 2007). Darüber hinaus könnte es sein, dass private Unternehmen mehr als andere Akteure Ungleichheiten oder Ungerechtigkeiten in der Gesundheitsversorgung Einzelner oder bestimmter Gruppen hinnehmen oder selbst generieren, weil sie ihre Leistungen nach Kriterien der Zahlungsfähigkeit und nicht nach dem Bedarf bereitstellen, was nicht dasselbe ist wie Nachfrage.

Ob solche Befürchtungen gerechtfertigt sind, lässt sich bei einem Anteil von rund einem Siebentel der Krankenhausbetten natürlich fragen; doch geht es in der gegenwärtigen Debatte auch um eine politisch-moralische Einschätzung der Entwicklung. Die ambivalente Einstellung zur Privatisierung in der Gesellschaft hängt weniger an

statistischen Daten als an dem jeweiligen gesellschaftlichen Status, den jemand in unserer Gesellschaft einnimmt und die Erwartungen, die er aufgrund seines Status artikuliert: „Sozial Schwache möchten meist mehr Staat und mehr Ordnung. Wohlhabende eher mehr Freiheit und Privateigentum“ (Weizsäcker et al. 2006a: 14).

In diesem Beitrag soll diskutiert werden, welche Faktoren den Prozess der Privatisierung im deutschen Krankenhaussektor antreiben, mit welchen Argumenten für und wider die Privatisierung gegenwärtig gestritten wird und welche Folgen mit der zweifellos fortschreitenden Privatisierung für die Gesundheitsversorgung verbunden sein können. Zur Beantwortung der letzten Frage werde ich mich auf ethische Erwägungen konzentrieren. Ich gehe von der Annahme aus, dass es nicht zuletzt eine Frage der Politik und der politischen Ethik ist, über die Gestalt der Gesundheitsversorgung in einem bürgerlichen Gemeinwesen zu verhandeln und nicht vorrangig das Kriterium der Effizienz zurate zu ziehen.

2. Privatisierung als ökonomisches und politisches Phänomen

Der Begriff der Privatisierung umfasst in seiner weitesten Form „alle Schritte der Ausweitung der produktiven Rolle der Privatwirtschaft gegenüber dem Staat“ (Weizsäcker et al. 2006a: 16). Dem folgend wird in der Literatur prinzipiell zwischen einer materiellen und einer formellen Privatisierung unterschieden (Budäus 1998).

Privatisierung ist zu unterscheiden von Deregulierung, Liberalisierung und Ökonomisierung. Unter Deregulierung lässt sich „die Aufweichung oder Aufhebung von Regeln, Vorschriften, Beschränkungen für private und öffentliche Akteure, oder generell die Verminderung von Staatseingriffen“ verstehen. Auch wenn Deregulierung häufig mit Privatisierung verbunden ist, etwa wenn ehemals hoheitliche Aufgaben von nicht-staatlichen, also privaten Akteuren wahrgenommen werden, so ist eine solche Verbindung nicht zwangsläufig. Liberalisierung bedeutet hingegen die „vom Staat, oft von der EU ausgehende Einführung oder Intensivierung von Wettbewerb. Liberalisierung umfasst die Aufhebung von Monopolen und Privilegien, den Abbau von Zöllen und Subventionen sowie wettbewerbsstimulierende Anreize“ (alle Zitate: Weizsäcker et al. 2006a: 16). Ökonomisierung schließlich meint die fortschreitende Gestaltung aller Lebensbereiche nach den Kriterien einer ökonomischen Rationalität (vgl. Schimank/Volkman 2008), d.h. nach Effizienz, Profitabilität und individueller Nutzenpräferenz. Sie lässt sich als ein Oberbegriff für die Prozesse der Deregulierung, Liberalisierung und Privatisierung fassen. Die ihnen zugrunde liegende politisch-ökonomische Theorie ist nicht ideologiefrei und sollte gerade wegen ihrer faktischen Dominanz unter moralischen, sozialpolitischen, aber auch ökonomischen Aspekten diskutiert werden. Keineswegs versteht sie sich von selbst, noch ist sie in ihrer Substanz zureichend, um Fragen nach einer öffentlichen, sozialen und solidarischen Gesundheitsversorgung (vgl. Art. 20 GG [Sozialstaatsgebot] und § 1 SGB V) befriedigend zu beantworten.

2.1 Gründe und Grenzen der Privatisierungen

Privatisierung öffentlicher Einrichtungen sind in Deutschland schon seit längerem zu beobachten, haben aber in den 1990er Jahren deutlich an Volumen und Geschwindigkeit gewonnen (vgl. Ambrosius 1993). Der Rückzug der öffentlichen Hand aus der Finanzierung von Leistungen, die lange als genuin hoheitliche Aufgaben verstanden worden sind, wie zum Beispiel Post, öffentlicher Nahverkehr, Bildung oder Sicherheit, hat nicht allein mit knappen Mitteln zu tun, die in der Konzentration auf das Kerngeschäft effizient eingesetzt werden sollen, sondern auch mit einer – nicht zuletzt ideologischen – Neucodierung des Verhältnisses von Staat und Markt (vgl. Bröckling et al. 2000) respektive der Neujustierung der öffentlichen und privaten Sphäre seit den 1970er Jahren (vgl. Nahamowitz 1993; Heidbrink/Hirsch 2007).

Die Privatisierung öffentlicher Leistungen trägt dem Phänomen Rechnung, dass eine moderne, ausdifferenzierte Gesellschaft auf das private, unternehmerische Engagement nicht verzichten kann und will. Sie ist zudem der Einsicht geschuldet, dass nicht alle bisher vom Staat erstellten Leistungen zwingend von diesem erstellt werden müssen, sondern im Sinne des Subsidiaritätsprinzips oder des freien Unternehmertums von anderen gesellschaftlichen Akteuren übernommen werden können. Lediglich zu unterstellen, dass aus einer finanziellen Not des Staates eine liberale politische Tugend gemacht werde, griffe zu kurz. Mit seinen immer weiter ausgreifenden Sicherungssystemen hat sich der Sozialstaat zunehmend in Begründungsnöte gebracht: „Entwickeltere gesellschaftliche Einheiten oder gar globale Einheiten mit hochdifferenzierten ethischen, kulturellen, ökonomischen und politischen Herausforderungen, die einer risikokompetenten Feinsteuerung bedürfen, können das Ziel einer an Wohlfahrt orientierten Sozialpolitik nicht mehr uniform definieren. Die Freiheits-, Sicherheits- und Gleichheitsziele von Einzelnen und Gruppen sind zu differenziert geworden, als daß sie im Detail generell durch eine staatliche Autorität zu beschreiben wären. Der zugewachsene Reichtum an ökonomischen und kulturellen Werten sowie die Möglichkeit und Notwendigkeit der dezentralen Benutzung und Weiterentwicklung dieses Reichtums machen zentral gesteuerte und mit zentral verausgabten Definitionen von 'Wohlfahrt' arbeitende staatliche Gebilde nicht nur schwerfällig, sondern unfähig, den Reichtum der erworbenen Werte von Freiheit, Gleichheit und Sicherheit zu erhalten und weiter zu entwickeln“ (Sass 1990: 70).

Das aktuelle Problem der Privatisierung besteht vor allem darin, dass auf der Grundlage eines ökonomistischen Denkens Organisationen 'verbetriebswirtschaftet' werden, bei denen zu fragen ist, ob ihre spezifische Organisationsform und ihre Leistungen nicht eine andere Form der Ökonomie bräuchten. Dirk Baecker hat in diesem Zusammenhang von einer „betriebswirtschaftlichen Zurichtung der Organisation“ gesprochen: „Die Reflexion dieser betriebswirtschaftlichen Zurichtung der Organisation ist keine Frage eines andernfalls müßigen akademischen Interesses. Sie führt ins Herz dessen, was die Unternehmensorganisation von jeder anderen Organisation unterscheidet und damit auch ins Herz der Frage, wie sinnvoll es ist, auch andere Organisationen dem betriebswirtschaftlichen Zugriff auszusetzen. Sie erlaubt es, nach der Konstitution des kapitalistischen Betriebs zu fragen und damit eines der neben dem Wohl-

fahrtsstaat, seinem ungleichen Zwilling, weitreichendsten Sozialexperimente der jüngeren Gesellschaftsgeschichte einzuschätzen“ (Baecker 2003a: 50; vgl. Baecker 2003b).

Nicht zu gering wird man die Folgen solcher Zurichtung veranschlagen dürfen. Was ist gewonnen, wenn die bis dato erreichte organisationale Vielfalt und Differenziertheit zugunsten einer am betriebswirtschaftlichen Unternehmensbegriff orientierten Einheitskultur nivelliert wird? Ist es der institutionellen Vielfalt der modernen Gesellschaft angemessen, wenn alle, Staat, Gesundheitswesen, Bildungseinrichtungen, öffentliche Verwaltungen oder Kirchen dem gleichen betriebswirtschaftlichen Organisationsschema unterworfen und als gewinnorientierte Unternehmen geführt werden? Diese Einheitsökonomie beruht auf einer – vordergründig recht erfolgreichen – Phantasielosigkeit, die unterstellt, alle Bereiche des sozialen Austausches nach den gleichen Kriterien von Konkurrenz, Effizienz und privater Nutzenmaximierung gestalten zu können. Kapitalistische und wohlfahrtsstaatliche Interessen und Ordnungen sind jedoch nicht kongruent. „Wirtschaftliche Betrachtungsweise, die für jedes private Unternehmen selbstverständlich legitim ist, und Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben schließen einander denknotwendig aus“ (Broß 2007: 2).

Es ist die Aufgabe von Wirtschafts- und Sozialpolitik, ein den gesellschaftlichen Überzeugungen und Möglichkeiten entsprechendes Verhältnis von Wohlfahrt und Markt zu etablieren. Bei der Privatisierung öffentlicher Güter wird es also in besonderer Weise darauf ankommen, dass deren Charakter unter den neuen Bedingungen gewahrt bleibt. Deshalb muss dem Staat als Garanten der Wohlfahrt die Möglichkeit zur Regulierung bleiben (vgl. Dederer 2004: 203). Wie Weizsäcker und andere in einer Analyse von Privatisierungen rund um den Globus herausgearbeitet haben, ist eine wesentliche Voraussetzung ihres Gelingens eine klare Regulierung durch den Staat. Deshalb sollten auch Privatisierungsbefürworter ein Interesse an einem Staat haben, der für entsprechende Rahmenbedingungen sorgen kann (vgl. Weizsäcker et al. 2006).

2.2 Privates Interesse und Gemeinwohl

Bei der Privatisierung öffentlicher Güter ist die gesellschaftliche Skepsis gegenüber den privaten Betreibern besonders groß, weil ökonomische und soziale Belange miteinander kollidieren und dann schweren Schaden für das Gemeinwohl hervorrufen können. So kann etwa die langfristige Gemeinwohlorientierung, die auch zukünftige Generationen einschließt, mit der kurzfristigen Renditeorientierung der privaten Unternehmung kollidieren. Zweitens kann der Bedarf für ein öffentliches Gut bestehen, obwohl es dafür keine zahlungsfähige ‘Kundschaft’ am Markt gibt. Für einen privaten Unternehmer ist es ökonomisch uninteressant, dieses Gut zu produzieren. Schließlich besteht die Gefahr in einem überwiegend oder vollkommen privatisierten Markt, dass öffentliche Interessen nicht mehr artikuliert oder öffentliche Kontrollen nicht mehr durchgeführt werden können, weil private Anbieter die Maßstäbe setzen. Das Problem der Oligopole zeigt sich gegenwärtig im Bereich der Energieversorgung, wo die Kartellbehörde dem Verdacht von Preisabsprachen zwischen den Versorgern nachgeht. Auch für die Gesundheitsversorgung ist ein solches Szenario nicht von der Hand zu weisen:

„Man braucht nicht viel Phantasie, um sich die Verhandlungsmacht vorzustellen, die eine Handvoll bundesweit operierender Klinikketten mit einem Gesamtmarktanteil von vielleicht 70% und mehr in mittelferner Zukunft gegenüber Krankenkassen hätte. Ähnliche Zustände wie bei den Energieversorgern sind zu befürchten, wo der Schritt weg von den Stadtwerken hin zu den großen Energieunternehmen alles andere als bürgerfreundliche Preise gebracht hat“ (Jordan 2007: 171).

Die genannten Punkte müssen keine Argumente gegen eine Privatisierung sein, solange der Staat verantwortlich für die Zieldefinition des Leistungserstellungsprozesses bleibt – und das öffentliche Interesse nach Gemeinwohl durch Kontrolle sicherstellen kann (vgl. Herzog 1974; Münkler/Blum 2002). Welchen Charakter hat das Gut Gesundheitsversorgung und warum sollte gerade dieses Gut einer öffentlichen Diskussion und Kontrolle nicht entzogen werden?

Es ist in der ökonomischen Theorie umstritten, ob die Gesundheitsversorgung - nicht die Gesundheit selbst - als ein meritorisches Gut (Musgrave 1959, Dederer 2004) anzusehen ist, das ökonomisch nicht optimal alloziert werden kann, sondern durch staatliche Intervention allen Bürgern zugänglich gemacht werden muss. Die Neue Politische Ökonomie versucht, dieses Gut als ein auf individuelle Präferenzen rückführbares Gut und entsprechend als handelbare Ware zu konzeptualisieren. Dabei werden meines Erachtens entscheidende Differenzen übersehen zwischen individuellen Präferenzen und dem öffentlichen Interesse (vgl. Hirschman 1988). Dieses verweist auf politische, kulturelle und moralische Güter, die sich nicht als Summe individueller Präferenzen darstellen lassen. Ein öffentliches Gut ist gerade dadurch gekennzeichnet, dass sein Nutzen nicht ausschließlich individuell bemessen werden kann. Es generiert darüber hinaus einen überindividuellen, gesellschaftlichen Nutzen, der in Marktpreisen nicht abgebildet werden kann.

Gesundheitsversorgung als öffentliches Gut zu verstehen, schließt nicht aus, dass man sie als komparatives Gut versteht und anerkennt, dass es hier ein Mehr und ein Weniger gibt. Legt man den Vorschlag Höffes (2002: bes. 232-241), zugrunde, so ergibt sich, dass gerade in den ersten beiden Stufen (Öffentliche Gesundheitsversorgung und individuelle Grundversorgung) Gesundheitsversorgung den Charakter eines öffentlichen Gutes am stärksten trägt. Und für diese beiden Stufen bedarf es einer starken staatlichen Regulierung und Umverteilung. Die Allokation der Güter orientiert sich aus moralischen Gründen (Chancengleichheit, Gerechtigkeit) nicht an der Leistungsgerechtigkeit, sondern an der notwendigen korrektiven Verteilungsgerechtigkeit. In den beiden anderen Stufen, Aufbaustufe einer persönlichen Krankenversicherung und Abrundungsstufe für Zusatzwünsche, können die Leistungen je nach Zahlungsfähigkeit und individuellen Bedürfnissen gewährt werden.

Ein Mehr und Weniger an gesundheitlicher Versorgung wird man in bestimmten, ergänzenden Stufen der Versorgung durchaus von Eigenleistungen abhängig machen dürfen. Entscheidend ist, dass eine öffentliche Gesundheitsversorgung in Form von Prävention, Seuchenbekämpfung, Impfprogrammen, Katastrophenmedizin, For-

schung und Teilhabe an dem aktuellen Wissensstand, zentralen Registern für Krankheiten und der Erforschung seltener Krankheiten allgemein und gleich zugänglich bleibt. Ebenso sollte eine Grundversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger durch eine solidarische umlagefinanzierte Versicherung abgedeckt werden. Grundrechtlich ist der Staat zur Sicherung des gesundheitlichen Minimums aufgrund der Schutzpflicht für die körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1 GG) und dem allgemeinen Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG) und der Menschenwürdegarantie (Art. 1 Abs. 1 GG) verpflichtet (vgl. Dederer 2004: 203). Das ergibt sich außerdem aus dem Gebot der korrekativen Gerechtigkeit und der historisch begründbaren notwendigen Kompensation der heute nicht mehr funktionierenden Solidarsysteme Familie und Gemeinschaft (vgl. Höffe 2002: 235).

Natürlich ergeben sich hier große Probleme bei der Abgrenzung dessen, was als Grundversorgung verstanden und gewährt werden soll. Aber insgesamt bietet das Modell einen guten Ansatz, um das Gut Gesundheitsversorgung als differenzierbares, komparatives zu verstehen und zu allozieren.

3. Privatisierung als politisches und moralisches Problem

Die für den Privatisierungsdiskurs typischen Schlüsselbegriffe lauten Transparenz, Effizienz und Qualität – programmatische Begriffe, die gegenwärtig mit dem Wirtschaften privater Träger verbunden werden. Ob das berechtigt ist, ist empirisch eine noch offene Frage. Semantisch ist jedoch jetzt schon klar, dass die „Plastikwörter“ (Pörksen 1988) mehr Schein als Realität vermittelt. Eine genauere Analyse des Diskurses wirft mehr Fragen als Antworten auf, das hat Ralf Dahrendorf am Begriff der Qualität herausgearbeitet. Die Eigenschaft (qualitas) einer Sache lässt sich eben nicht quantitativ beschreiben. Er konzidiert, dass manche Privatisierung durchaus sinnvoll und effektiv sein kann. Er warnt aber auch davor, bestimmte Dienstleistungen der Rationalität einer rein auf Effizienz ausgerichteten Warenproduktion und -distribution zu unterwerfen: „Wir müssen uns vor übertriebener Geschäftigkeit im öffentlichen Dienst in Acht nehmen. Zu bestimmten Zeiten und in gewissen Ländern sollten Dienstleistungen, die nicht öffentlich sein müssen, privatisiert werden und nach wirtschaftlichen Maßstäben betrieben werden, um sie effizienter zu machen oder überhaupt zu ermöglichen. Doch in zentralen Bereichen des öffentlichen Dienstes, im Gesundheits-, Erziehungs-, Verkehrswesen und auf einigen anderen Gebieten wird es sich immer nur um dieses eine handeln, um das Dienen, und das muss daher auf komplexere Weise bewertet werden als durch nachmessbare Zielvorgaben“ (Dahrendorf 2003).

Er besteht auf der Differenz von öffentlich und privat und weist auf die mit diesen Sphären verbundenen unterschiedlichen Sozialverhältnisse hin. Im öffentlichen Sektor gehe es um das Dienen, dass also in asymmetrischen Beziehungen gerade nicht der eigene Vorteil gegenüber dem Anderen, Schwächeren ausgenutzt wird. Der Dienende ist der in diesem Moment Stärkere, der seine Stärke zugunsten des Schwächeren auf-

bringt. Demgegenüber gehe es im privaten Sektor, so darf man Dahrendorf interpretieren, um das Verdienen, bei dem zwei Akteure in einer prinzipiell symmetrischen oder auch durch Fairness geregelten asymmetrischen Beziehung am Markt über den Preis ihre Leistungen austauschen.

3.1 Dienen und Dienstleistung in helfenden und heilenden Tätigkeiten

Die Dienstleistung im Krankenhaus ist über weite Strecken des therapeutischen Prozesses ein Helfen, das auf einer asymmetrischen Beziehung beruht. Diese Asymmetrie ist fundamental verschieden von der ökonomisch betrachteten Informationsasymmetrie, da sie den kranken Menschen nicht aspektuell, sondern in seiner ganzen Leiblichkeit betrifft. Auch wenn die Helfer für ihre Arbeit bezahlt werden und so die beschämende Asymmetrie der Gabe (vgl. Mauss 1990: 157) ansatzweise kompensiert werden kann, ist es doch ganz wesentlich, dass die Helfenden die Asymmetrie durch eine dienende Haltung ausgleichen und so die „Utopie des Helfens schlechthin hochhalten“ (Schuh 2007: 206). Denn: „Der Leidende leidet eh, ist also durch sein Leid jedem, der nicht an diesem Leid leidet, also auch dem Arzt unterlegen. Dieser Unterlegenheit muß der Arzt etwas entgegensetzen, damit eine Gleichstellung passiert, und das kann nur sein, indem sich der Arzt als Diener des Kranken versteht und verhält“ (Schuh 2007: 140).

Auch wenn mit dem betriebswirtschaftlichen Kundenbegriff ein Dienstgedanke verbunden sein mag, so kann er doch nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich dabei eher um eine vertraglich begründete „Dienstleistung“ als um einen moralisch begründeten „Liebesdienst“ handelt. Wenn wir das als einen Fortschritt und Abschied von einer systematischen Ausbeutung altruistischer Personen begrüßen wollen, so sollten wir nicht das Kind mit dem Bad ausschütten. Es würde uns das Wohlwollen und die Fähigkeit zur Mitleidenschaft abhanden kommen, wie Kant beobachtet: „Würde es mit dem Wohl der Welt überhaupt nicht besser stehen, wenn alle Moralität der Menschen nur auf Rechtspflichten, doch mit der größten Gewissenhaftigkeit eingeschränkt, das Wohlwollen aber unter die Adiaphora gezählt würde? Es ist nicht so leicht zu übersehen, welche Folge es auf die Glückseligkeit der Menschen haben dürfte. Aber in diesem Fall würde es doch wenigstens an einer großen moralischen Zierde der Welt, nämlich der Menschenliebe, fehlen, welche also für sich, auch ohne die Vortheile (der Glückseligkeit) zu berechnen, die Welt als ein schönes moralisches Ganze in ihrer ganzen Vollkommenheit darzustellen erfordert wird“ (Kant 2005: 595). Kant spricht vom Helfen als „Liebespflicht“ oder „unvollkommene Pflicht gegenüber anderen“ (Kant 2005: 589). Er meint ein Handeln, das sich, soweit die eigenen Mittel reichen, das Wohl anderer Personen zum Zweck setzt, und zwar auch und gerade dann, wenn Wechselseitigkeit nicht gegeben ist. Fehlende Reziprozität ist geradezu ein Charakteristikum der Interaktion zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal einerseits und Patientinnen und Patienten andererseits. Dass sich die einen von den anderen zur Hilfe aufgefordert wissen, lässt sich philosophisch sicher auch auf andere Weise als bei Kant begründen, doch hilft der Begriff der moralischen Pflicht wohl am weitesten – auch um zu zei-

gen, dass das Helfen weiter als die Rechtspflichten des Wohlfahrtsstaates reicht. Dem anderen helfen zu wollen, und zwar nicht primär aus einer rechtlichen sondern aus einer moralischen Verpflichtung (Wohlwollen), ist für Kant mehr als nur eine „moralische Zierde der Welt“.

Auf die Dienst- und Hilfeleistungen im Krankenhaus gewendet bedeutet das: Wir können sicherlich die notwendigen Tätigkeiten im Krankenhaus als rollenspezifische Funktionsanforderungen an Professionelle verstehen, die aufgrund indirekter Vertragsbeziehungen (Dreieck aus Leistungsempfänger, -träger und -erbringer) als Rechtspflichten erbracht werden. Würden wir sie allerdings darauf beschränken, würde das die moralische Dimension menschlichen Zusammenlebens empfindlich reduzieren. Ich meine, dass wir im Zuge der allseitigen Ökonomisierung einem schleichenden Paradigmenwechsel unterliegen, der scheinbar unser moralisches Bewusstsein beschneidet und bei dessen Fortgang wir irgendwann feststellen, dass wir zwar sehr effizient geworden sind, darüber aber das verloren haben, was Kant die „moralische Zierde“ genannt hat. Es wäre der Verlust der Menschlichkeit (Kant 2005: 593f).

3.2 Moralische Dissonanzen im helfenden und heilenden Handeln

Bisher ist die moralische Dimension des Helfens konstitutiv für das Ethos der Professionellen und die Erwartungen der Hilfebedürftigen. Als solche bildet sie den Horizont unserer gegenseitigen Erwartungen. Doch genau diese moralische Dimension in der sozialen Beziehung zwischen Helfenden und Hilfebedürftigen droht nach meiner Einschätzung durch ein an ökonomischen Kategorien orientiertes Denken in Nutzen- und Vertragskategorien abhandeln zu kommen. Das gründet nicht darin, dass die Professionellen unmoralischer werden, sondern dass sich die Rahmenbedingungen ihres Handelns im Zuge der Ökonomisierung grundlegend wandeln. Das wird deutlicher, wenn man sich die Veränderungen auf der Makroebene der sozialpolitischen Entscheidungen über die Gestalt des Gesundheitswesens vergegenwärtigt. Dort wird die Hilfe für den Hilfebedürftigen als wohlfahrtsstaatliche Leistung rechtlich verbrieft, als ein erwartbares und rechtlich einklagbares staatliches Handeln. Die Verrechtlichung wohlfahrtsstaatlicher Leistungen bedeutet aber zugleich deren Entkoppelung von moralischen oder religiösen Forderungen. Problematisch hieran ist, wie Preuß gezeigt hat, dass der liberale Rechtsstaat auf die normative Begründung seiner wohlfahrtsstaatlichen Leistungen meint verzichten zu können, „weil die gleiche Freiheit für alle dank ihres Universalismus als eine vorpolitische, ‘natürliche’ (und insofern nicht zufällig naturrechtlich begründete) normative Grundlage fungieren kann, ebenso wie die daraus erwachsenden Kollektivgüter – technisch-wissenschaftlicher Fortschritt und wirtschaftliches Wachstum – unterhalb der Ebene des Politischen bleiben und dadurch zum ‘naturegebenen’ kritischen Maßstab für Rechtfertigungsfähigkeit von Staatszwecken werden, die der Artikulation und Durchsetzung im politischen Prozeß bedürfen“ (Preuß 1990: 115f). In dem Moment aber, in dem das Vorpolitische des wirtschaftlichen Wachstums nicht nur kritischer Maßstab bleibt, sondern selbst normativ wird für das staatliche Handeln – dieses muss sich als effizient ausweisen –, wird es auf eine

verdeckte Weise politisch. Wir registrieren gerade eine deutliche Dissonanz zwischen wohlfahrtsstaatlichen Zielen, die formal betrachtet effizient erbracht werden müssen, und 'neuen' Staatszielen, die in einer effizienten Performanz per se bestehen. Diese Dissonanz schlägt von der Makroebene, auf der man Wettbewerb im Gesundheitswesen politisch induziert, auf die Mikroebene der Helfenden und Hilfebedürftigen durch, auf der Professionelle sich schamvoll dabei „ertappen“, dass sie sich in ihren Entscheidungen zunehmend an ökonomischen Kalkülen und nicht an ihrem fachlichen Wissen orientieren. So formuliert der Chefarzt eines freigemeinnützigen Krankenhauses in einem Interview: „Auch die Therapie ist nicht nur nach Bedarf; so wie die Patienten kommen, so bekommen sie dann auch ihre Termine, sondern es ist – und man kann das auch so formulieren – man ertappt sich selber dabei, dass man beginnt, auf Grund der Erlössituation Behandlungen zu steuern“ (Manzeschke 2006: 264). Die moralische Dissonanz wird besonders spannungsvoll erlebt von jenen, die unmittelbar im Patientenkontakt sind. Je weiter man in den Ebenen nach oben steigt, desto undeutlicher wird die moralische Forderung erlebt, umso deutlicher sprechen dort Recht und Zahlen ihre Sprache.

Wie weit der Wandel vom Dienen zur wirtschaftlich profitablen Dienstleistung im Krankenhaus schon vorangeschritten ist, verdeutlicht die Beobachtung eines Betriebswirts. Er skizziert das aktuelle Krankenhausmanagement, das sich auf der Grundlage des ideologischen Paradigmenwechsels, der damit verbundenen semantischen Neucodierung der Leitbegriffe und der betriebswirtschaftlichen Zurichtung der Organisation auf eine reine Produktionstheorie reduziert: „Das Wirtschaftlichkeitsprinzip in seiner Minimalvariante leitet das Krankenhausmanagement unabhängig von seiner Trägerschaft dazu an, die Kosten der Krankenhausproduktion so gering wie möglich zu halten, damit möglichst hohe Differenzen zwischen Kosten und Erlösen entstehen. [...] [Es] zählt letztlich doch nur die kostengünstigste Produktion des Krankenhausleistungsprozesses. [...] Interdisziplinarität als eine Forderung zukünftiger Managementkonzeptionen wird auf das Erlernen finanzierungsrelevanter und ökonomischer Verhaltensparameter durch andere Berufsgruppen reduziert – auch und gerade für Ärzte und Pflegekräfte. Die Ökonomisierung des Krankenhausmanagements erreicht dann ihren Höhepunkt, wenn alle Beteiligten die Sprache und Mechanismen der Produktionslehre erlernt haben, wobei diese Art der Ökonomisierung als solche funktional und damit als einzig rationale Form des Krankenhausmanagements erscheint“ (Mühlbauer 2003: 205).

In dem Maße, in dem das Denken durch eine ökonomische Einheitssemantik uniformiert wird, die gar nicht mehr das Vokabular für eine differenzierte Wahrnehmung der Sachverhalte, Probleme und Strukturen zur Verfügung stellt, in dem Maße schreitet auch die reale Vereinheitlichung der Lebenswelt und der sozialen Beziehungen voran. Dass es Bürgerinnen und Patienten und andere mehr gibt, wird im ökonomischen Kundenparadigma über den allzu schlichten Leisten geschlagen, dass die einen Leistungen erwerben wollen bei den anderen, die solche Leistungen profitabel zu erstellen und anzubieten wissen. Entsprechend lernen im Krankenhaus alle die gleiche Sprache und lassen sich von den gleichen Kategorien und derselben Mechanik leiten. Das ist ein

Reduktionismus, der sowohl den mannigfaltigen sozialen Beziehungen Gewalt antut wie auch den institutionellen Differenzierungsgrad unserer modernen Gesellschaft – und nicht zuletzt des Krankenhauses als einer komplexen, multiprofessionellen und multiperspektivischen Organisation – fahrlässig unterläuft und zu kassieren droht (vgl. Manzeschke 2008). Für die noch bestehende Vielfalt der Krankenhauslandschaft bedeutet solche Uniformierung über das Krankenhausmanagement, dass unabhängig vom Träger und seinen trügerspezifischen Sachzielen das Formalziel der Effizienz maßgeblich wird.

Schmidt und Möller haben in ihrer Untersuchung über den Wandel des Krankenhausesektors notiert, dass damit auch ein Funktionswandel einhergeht (Schmidt/Möller 2007). Das Krankenhaus als Fürsorgeanstalt weicht dem Krankenhaus als Dienstleistungszentrum, das hochkomplexe Versorgungsleistungen auf qualitativ hohem Niveau auf hocheffiziente Weise organisiert. Dabei lassen die differenzierten Rollen- und Funktionsanforderungen den Mitarbeitenden immer weniger Zeit, auf ihre Patienten individuell, über die körperliche Dysfunktionalität hinausweisend einzugehen. Das ist kein spezifisches Phänomen privatisierter Krankenhäuser, sondern lässt sich quer zur π Trägerlandschaft beobachten. Allerdings ist dieser Gestalt- und Funktionswandel des Krankenhauses nicht unwesentlich auf Momente wie Liberalisierung und Deregulierung ursächlich zurückzuführen, die vor allem privaten Trägern zugute kommen und von diesen forciert werden.

Es wird in Theorie und Praxis zukünftig darauf ankommen, eine überzeugende Lösung zu finden, in der Hilfe- und Vertragsaspekte der sozialen Beziehungen auf der Mikroebene klar voneinander unterschieden und doch aufeinander bezogen werden. Es geht um eine Lösung, bei der Formalziele und Sachziele auf der Mesoebene der Organisation in eine produktive Spannung zueinander gesetzt werden und schließlich auf der Makroebene sozialpolitischer Entscheidungen Rechtspflichten und ihre normative Begründung überzeugend formuliert werden. Auch in einem hochkomplexen System wie der stationären Gesundheitsversorgung sollten wir meines Erachtens nicht darauf verzichten, moralische Verpflichtungen als bindend anzuerkennen und sollten die Interaktion nicht auf technisch-ökonomische Vertragsbeziehungen reduzieren, in denen Vertrauen durch Transparenz ersetzt wird.

3.3 Moralische Grundlagen für politische Entscheidungen

Die Verlagerung stationärer Gesundheitsleistungen aus kommunaler oder freigemeinnütziger Trägerschaft in den Bereich privater for-profit-orientierter Unternehmen weckt zum Teil massive Ängste in der Bevölkerung; nicht zuletzt wird diese Entwicklung mit der Globalisierung negativ assoziiert. Ökonomisch ist noch nicht hinreichend überzeugend dargestellt worden, dass ein privat geführtes Krankenhaus tatsächlich effizienter und deshalb moralisch vorzuzugswürdig ist (vgl. Heubel/Manzeschke 2008). Eine effiziente Bilanz allein liefert jedoch noch keine hinreichende Basis für die sozialpolitischen Entscheidungen, mit denen eine Gesellschaft sich darüber verständigt, nach welchen Regeln sie den Zugang ihrer Mitglieder zu den Gesundheitsdienstleistungen

organisieren will. Die effizienteste Lösung muss nicht zwingend die effektivste oder egalitärste oder solidarischste sein. Die Gerechtigkeit ist die politische und moralische Kategorie, die hier am stärksten orientierend wirkt. Im Raum der Politik verständigen sich Bürgerinnen und Bürger darüber, wie sie die Gesundheitsversorgung als eine gerechte gestalten wollen; d.h. welche Veränderungen im Gesundheitswesen sie unter Beachtung der gesetzlichen Grundlagen zulassen wollen bzw. ob sie es für angemessen halten, die gesetzlichen Grundlagen zu verändern.

Gerechtigkeit zu erstreben wird jedoch nicht genügen. Unsere Sicherungssysteme lassen Ungerechtigkeiten zu: Menschen fallen durch die Systeme hindurch, ohne dass ihnen formal Unrecht geschieht. Auf diesen Umstand haben mehrere AutorInnen in ihren gesundheitspolitischen und -wissenschaftlichen Studien aufmerksam gemacht (Bauer et al. 2005; Bauer 2006; Gerlinger 2004, 2007). Gerlinger hat jüngst die fortschreitende Privatisierung von Krankheitskosten als einen Grund dafür ausgemacht, dass sich „die räumlich-zeitlichen Barrieren zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen für sozial schwache Gruppen erhöht“ (Gerlinger 2007: 3) und damit die Gefahr wachsender gesundheitlicher Ungleichheit.

Aus ethischer Perspektive ist dieses Problem als Ungerechtigkeit zu thematisieren. Judith Shklar hat in luzider Weise demonstriert, dass es nicht reicht, Gerechtigkeit zu erstreben, um Ungerechtigkeit zu vermeiden. Sie zeigt, dass es einer eigenen Theorie der Ungerechtigkeit bedarf, um sensibel zu werden für die Fälle, in denen Menschen zwar formal Gerechtigkeit widerfährt, sie aber praktisch politisch ungerecht behandelt werden bzw. andere genau das zulassen. Ihr skeptischer Blick auf das gewöhnliche Modell von Gerechtigkeit lässt erkennen, dass einerseits das Reich der Ungerechtigkeit derart weitläufig ist und andererseits unser Erkenntnis- und Urteilsvermögen hinsichtlich der Anderen, denen wir gerecht werden sollen, so beschränkt ist, dass „selbst eine wirksame politische Gesetzgebung und Ordnung keine Heilmittel sein können“ (Shklar 1992, S. 47). Shklar macht den Begriff der passiven Ungerechtigkeit stark und führt dazu aus: „Man muß sich klarmachen, daß passive Ungerechtigkeit ein Begriff ist, der sich strikt aus der Vorstellung dessen, was es heißt, ein Bürger zu sein, ergibt. Er muß nicht von irgendeiner besonderen Moraltheorie untermauert werden, weder durch die negative noch durch die positive Spielart des Utilitarismus, auch nicht durch Vertragstheorien oder eine Pflichtenlehre. Alle diese Entwürfe können dazu dienen, eine Theorie aktiver republikanischer Bürgerschaft zu entwickeln, die passive Ungerechtigkeit verurteilen würde. Rein menschliche moralische Konflikte wären außerdem kein Thema für eine solche Theorie. Passive Ungerechtigkeit bezieht sich auf unsere öffentlichen Rollen und ihren politischen Kontext – darauf, Bürger in einer konstitutionellen Demokratie zu sein“. Weiter heißt es: „Der gewöhnlich ungerechte Mensch ist schuldig, weil er Gesetz und Sitte mißachtet, indem er sie aktiv verletzt und auch, weil er unfair handelt. Der passiv ungerechte Mensch jedoch tut etwas anderes; ihm ist es schlicht gleichgültig, was um ihn herum geschieht, insbesondere wenn er zum Augenzeugen von Betrug und Gewalt wird. Er versagt in der Eigenschaft als Bürger. Sein Versagen liegt nicht in einem Mangel an menschlicher Güte. Wenn er eine rechtswidrige Handlung oder ein Verbrechen sieht, schaut er einfach weg“ (Shklar 1992: 71f).

4. Der Ungerechtigkeit entgegen treten

Im Fall von Privatisierung von Krankenhäusern werden wir nicht zu Augenzeugen eines Verbrechens, aber der gesamte Kontext verlangt von uns als Bürgerinnen und Bürgern, noch einmal genauer hinzuschauen und zu fragen, ob durch die gegenwärtigen – völlig legalen – Schritte nicht Menschen aus unserer Gesellschaft in ihrem Recht beschnitten werden, ob sie nicht Ungerechtigkeit erleiden müssen, der sie sich selbst schwer entgegenstellen können. Das beginnt dort, wo die Grundversorgung zurückgeschraubt wird, und geht weiter, wo höhere Qualität vor allem den Wohlhabenden zugute kommt. Das würde bedeuten, dass der Qualitätsgewinn in der Privatisierung – nicht zuletzt – über höhere Preise erzielt wird. Die können aber nicht von allen bezahlt werden. Die Herausforderung wird also sein, wie Qualität gerade in der nicht lukrativen Grundversorgung garantiert werden kann und nicht zum Angebot im Premiumsegment wird. Mit Recht macht Shklar auf ein – auch in diesem Fall anzutreffendes – Missverständnis aufmerksam: „Die freie Marktwirtschaft mag ja tatsächlich so effizient sein, wie behauptet wird, aber das bedeutet nicht, daß alle ihre üblen Auswirkungen einer politischen Beurteilung enthoben sind. Sie mögen entweder ungerecht oder ein unabdingbares Unglück sein. Einige können das Ergebnis passiver Ungerechtigkeit sein oder zumindest nicht außerhalb menschlicher Einflußnahme liegen. In einigen Fällen mag es zu schwierig und zu teuer sein, Abhilfe zu schaffen, doch sind hohe Kosten keine Begründung dafür, daß etwas unmöglich ist“ (Shklar 1992: 124f). Es mag sein, dass wir uns selbst über manche Folgen der Privatisierung im Moment ihrer Etablierung nicht im Klaren sind. Umso mehr sind wir jedoch politisch verpflichtet, danach zu fragen und zu unterscheiden, ob es sich hierbei um ein Unglück oder um eine Ungerechtigkeit handelt. Im zweiten Fall sind wir moralisch und politisch gefordert, dieser Ungerechtigkeit entgegen zu treten. Im Falle der Privatisierung im Krankenhausesektor deuten viele Indizien darauf hin, dass unsere Entscheidungen Ungerechtigkeit produzieren. Dem können und dem sollten wir wehren.

Literatur

- Ambrosius, G. (1993): Abbau und Ausbau in der öffentlichen Wirtschaft in den 80er Jahren. In: Voigt, R. (Hrsg.), *Abschied vom Staat - Rückkehr zum Staat*, Neubiberg: IfS, 265-283
- Baecker, D. (2003a): Die Wunschmaschine. Ökonomiekolumne. In: *Merkur* Nr. 645, 57. Jg., 47-53
- Baecker, D. (2003b): Organisation und Management. Aufsätze, Frankfurt: Suhrkamp
- Bauer, U. (2006): Die sozialen Kosten der Ökonomisierung von Gesundheit. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 8/9, 17-24
- Bauer, U./Rosenbrock, R./Schaeffer, D. (2005): Stärkung der Nutzerposition im Gesundheitswesen – gesundheitspolitische Herausforderung und Notwendigkeit. In: Iseringhausen, O./Badura, B. (Hrsg.): *Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation*, Bern: Huber, 187-201
- Bröckling, U./Krasmann, S./Lemke, Th. (Hrsg.) (2000): *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*, Frankfurt: Suhrkamp
- Bruckenberg, E./Klaue, S./Schwintowski, H.-P. (2006): *Krankenhaushäuser zwischen Regulierung und Wettbewerb*, Berlin/Heidelberg: Springer
- Budäus, D. (1998): Privatisierung öffentlich wahrgenommener Aufgaben – Grundlagen, Anforderungen und Probleme aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht. In: Gusy, C. (Hrsg.), *Privatisierung von Staatsaufgaben: Kriterien, Grenzen, Folgen*, Baden-Baden: Nomos, 12-36

- Broß, S. (2007): Privatisierung öffentlicher Aufgaben – Gefahren für die Steuerfähigkeit von Staaten und für das Gemeinwohl? Vortrag am 22. 1. 2007 in Stuttgart. In: http://www.rosalux.de/cms/uploads/media/Privatisierung-Bro_.pdf, [Stand 2008-09-05]
- Dahrendorf, R. (2003): Wann ist der öffentliche Dienst erfolgreich?. In: *Süddeutsche Zeitung* vom 22. 12. 2003
- Dederer, H.-G. (2004): Die Stellung des Gutes Gesundheit im Verfassungsrecht. In: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 9, 193-209
- Dietz, A./Charbonnier, R./Manzeschke, A. (Hrsg.) (2007): *Aktiengesellschaft Krankenhaus. Bestimmen ökonomische Ziele medizinisches Handeln?*, Bayreuth: P.C.O.
- Gerlinger, Th. (2004): Privatisierung – Liberalisierung – Re-Regulierung. Konturen des Umbaus im Gesundheitssystems. In: *WSI-Mitteilungen* 9, 501-506
- Gerlinger, Th. (2007): Soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen. Anmerkungen zur Gesundheitspolitik. In: *Diskussionspapier 2007-2*, Frankfurt
- Heidbrink, L./Hirsch, A. (Hrsg.) (2007): *Staat ohne Verantwortung. Zum Wandel der Aufgaben von Staat und Politik*, Frankfurt: Campus
- Herzog, R. (1974): „Gemeinwohl“. In: Ritter, J./Gründer, K. (Hrsg.): *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Bd. 3, 248-258
- Heubel, F./Manzeschke, A. (2008): Kants kategorischer Imperativ als Management-Technik und Marketing-Strategie? In: *Ethik in der Medizin*, Band 20, Heft 2, 86-93
- Hirschman, A. O. (1988): *Engagement und Enttäuschung. Über das Schwanken der Bürger zwischen Privatwohl und Gemeinwohl*, Frankfurt: Suhrkamp
- Höffe, O. (2002): *Medizin ohne Ethik?*, Frankfurt: Suhrkamp
- Kant, I. (2005): *Die Metaphysik der Sitten*. In: *Werke in sechs Bänden* hrsg. von Weischedel, W. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Bd. IV
- Kersting, W. (2000): Gerechtigkeitsprobleme sozialstaatlicher Gesundheitsversorgung. In: ders. (Hrsg.): *Politische Philosophie des Sozialstaats*, Weilerswist, 467-507
- Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hrsg.) (2007): *Krankenhausreport 2006. Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch*, Stuttgart/New York: Schattauer
- Münkler H./Blum, H. (Hrsg.) (2002): *Gemeinwohl und Gemeinsinn. Historische Semantiken politischer Leitbegriffe*, Berlin: Akademie, Bd. 1 + 2.
- Jordan, E. (2007): Probleme und Perspektiven öffentlicher Krankenhäuser. In: Klauber et al. (2007), 163-176
- Manzeschke, A. (2006): „Wenn das Lächeln verloren geht“. Beobachtungen zu Profession und Ethos in den Gesundheitsberufen. In: *Sozialer Sinn. Zeitschrift für hermeneutische Sozialforschung*, Heft 2, 7. Jg., 251-272
- Manzeschke, A. (2008): DRG und die Folgen der Deprofessionalisierung. In: Gerhardt, M. et al. (Hrsg.), *Dokumentation des Internationalen IPPNW-Kongresses in Nürnberg vom 20.-22. Oktober 2006*, Frankfurt: Mabuse, 353-382
- Mauss, M. (1990): *Die Gabe. Form und Funktion des Austausches in archaischen Gesellschaften*, Frankfurt: Suhrkamp
- Mühlbauer, B. H. (2003): Managementkonzepte und -strategien im Gesundheitswesen am Beispiel des Krankenhauses. In: Kerres, A./Seeberger B./Mühlbauer B. H. (Hrsg.), *Lehrbuch Pflegemanagement III*, Berlin/Heidelberg: Springer, 181-210
- Musgrave, R. A. (1959): *The Theory of Public Finance*, New York: UP
- Nahamowitz, P. (1993): Markt versus Staat: Theoriegeschichtliche Entwicklungen und aktuelle Trends. In: Voigt, R. (Hrsg.), *Abschied vom Staat - Rückkehr zum Staat*, Neubiberg: IfS, 233-266
- Pörksen, U. (1988): *Plastikwörter. Die Sprache einer internationalen Diktatur*, Stuttgart: Klett-Cotta
- Preuß, U. K. (1990): Verfassungstheoretische Überlegungen zur normativen Begründung des Wohlfahrtsstaates. In: Sachße, Chr./Engelhardt, H. T. (Hrsg.): *Sicherheit und Freiheit. Zur Ethik des Wohlfahrtsstaates*, Frankfurt: Suhrkamp, 106-132
- Sass, H. M. (1990): Zielkonflikte im Wohlfahrtsstaat. In: Sachße, Chr./Engelhardt, H. T. (Hrsg.): *Sicherheit und Freiheit. Zur Ethik des Wohlfahrtsstaates*, Frankfurt: Suhrkamp, 71-84

- Schimank, U., Volkmann, U. (2008): Ökonomisierung der Gesellschaft. Handbuch der Wirtschaftssoziologie, Berlin: Springer
- Schmidt, Chr./Möller, J. (2007): Katalysatoren des Wandels. In: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhausreport 2006. Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch, Stuttgart/New York: Schattauer, 3-19
- Schuh, F. (2007): Hilfe! Ein Versuch zur Güte, Graz: Styria
- Shklar J. N. (1992): Über Ungerechtigkeit. Erkundungen zu einem moralischen Gefühl, Berlin: Rotbuch
- Statistisches Bundesamt (2008): Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. In: http://www.gbe-bund.de/oowa921install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_star_t_neu/313403786/26481493 [Stand 2008-09-04]
- Weizsäcker, E. U. von/Young, O. G./Finger, M. (Hrsg.) (2006): Grenzen der Privatisierung. Wann ist des Guten zuviel? Bericht an den Club of Rome, Stuttgart: Hirzel
- Weizsäcker, E. U. von/Young, O. G./Finger, M. (2006a): Einführung. In: Weizsäcker et al. (2006), 14-24

PD Dr. Arne Manzeschke

Universität Bayreuth, Arbeitsstelle für Theologische Ethik und Anthropologie
Kulturwissenschaftliche Fakultät GW II, 95440 Bayreuth
arne.manzeschke@uni-bayreuth.de

Alexandra Manzei

Neue betriebswirtschaftliche Steuerungsformen im Krankenhaus

Wie durch die Digitalisierung der Medizin ökonomische Sachzwänge in der Pflegepraxis entstehen

Nursing by numbers. How information technology forces economical decisions in everyday clinical practice

The article focuses the interaction of information technology and new accounting practices in the everyday clinical practice. Relating to an ethnographical study in intensive care medicine it shows how the use of the electronic patient record allows the clinical management to influence the medical and nursing decision-making process on the ward in an economic way. The article ends with the argument that an elaborated analysis of the interaction between the informatization- and economization process in practice needs special scientific methods: Beside managerial and organizational knowledge, research in nursing needs to open up for theoretical and methodological results of science and technology studies.

Keywords

Economization, electronic patient record, medical and nursing standards, sciences and technology studies

invited paper

Gegenstand des vorliegenden Aufsatzes ist die empirische Analyse des Zusammenwirkens ökonomischer und technischer Innovationen in der stationären Medizin und Pflege. Am Beispiel der Intensivmedizin wird gezeigt, wie das Verhalten und die Entscheidungen des pflegerischen und ärztlichen Personals durch neue betriebswirtschaftliche Steuerungsmechanismen beeinflusst werden und wie der ökonomische Einfluss durch die Digitalisierung der Patientenakte und die betriebswirtschaftliche Nutzung medizinischer Scores verstärkt wird. Ziel der Ausführungen ist es zu zeigen, dass eine elaborierte Analyse dieses Prozesses nicht nur organisationssoziologische und betriebswirtschaftliche, sondern auch wissenschafts- und techniksoziologische Kenntnisse voraussetzt. Der Aufsatz endet deshalb mit dem Plädoyer, den Theorie- und Methodenkanon der (deutschen) Pflegewissenschaft um die Erkenntnisse der Wissenschafts- und Technikforschung zu erweitern.

Schlüsselwörter

Ökonomisierung, elektronische Patientenakte, Standardisierung, Akademisierung der Pflegewissenschaft, Wissenschafts- und Technikforschung

1. Einleitung

In Folge des nun mehr als 20 Jahre andauernden Gesundheitsreformprozesses unterliegen die Krankenhäuser in Deutschland zurzeit einem tiefgreifenden Wandlungsprozess. Konzepte moderner Unternehmensführung, wie EDV gestütztes Controlling, Outsourcing ganzer Arbeitsbereiche, wie Physiotherapie, Wäsche-Service, technische Dienste usw., die Zentralisierung von wichtigen Betriebsfunktionen, bis hin zur Privatisierung ganzer Kliniken restrukturieren die Krankenhausorganisation weitreichend. Parallel zu diesen Ökonomisierungsbestrebungen ist das Gesundheitswesen weiteren gesellschaftlichen, technologischen und innermedizinischen Veränderungsprozessen unterworfen, die den Arbeitsalltag (nicht nur) der Pflegenden im Krankenhaus tiefgreifend verändern.

Zum einen sind hier Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu nennen, wie nachweisbasierte medizinische und pflegerische Standards (so genannte Evidence based Medicine), neue Versorgungsleitlinien oder medizinische und pflegerische Punktwertssysteme (Scoring Systems). Diese Maßnahmen fordern von den medizinischen und pflegerischen Akteuren auf der Station eine erhöhte Nachweispflicht (Dokumentation) und setzen ihr Handeln einer verstärkten Kontrolle aus (vgl. Rosenbrock, Gerlinger 2006: 243ff; Büssing, Glaser 2003). In der stationären Alltagspraxis ist damit trotz vereinfachter Erfassung durch die elektronische Patientenakte ein enorm gesteigener Dokumentationsaufwand verbunden, der für sich genommen noch keineswegs zu einer verbesserten Pflegequalität führt (vgl. Manzei 2007; Schrems 2005). Zum andern ist auf Seiten der Pflege der Prozess der Akademisierung zu nennen, der zwar einerseits zu einer Aufwertung des Pflegeberufes und einer Systematisierung der Pflege Tätigkeit geführt hat, andererseits durch die Erprobung und Einführung von Pflegediagnosen und Pflegestandards in der Praxis jedoch ebenfalls eine erhöhte Arbeitsbelastung für die Pflegenden mit sich bringt und vor dem Hintergrund ökonomischer Rationalisierungsmaßnahmen zu einer hierarchischen Aufspaltung in gut ausgebildete Entschei-

dungsträger und gering qualifizierte Behandlungspfleger führt (vgl. Höhmann 1999; Marhold, Happe 1999, Krampe i. E.).

Drittens spielt – insbesondere für die Umsetzung reformpolitischer Maßnahmen – die Implementation von Informations- und Kommunikationstechnologien im stationären Sektor eine zentrale Rolle. Digitale Technologien haben nicht nur weitreichenden Einfluss auf alle organisatorischen Bereiche des Krankenhauses, vom Management und Controlling bis hin zur Arbeitsorganisation und Personalplanung der Stationen (vgl. Manzei 1999, 2001, 2007; Wagner, I. 1993; Wagner, G. 1998). Mit Hilfe EDV gestützter Personalplanung und der elektronischen Patientenakte gelangen neue betriebswirtschaftliche Steuerungsmaßnahmen und medizinische Qualitätskriterien vielmehr direkt an den Arbeitsplatz auf der Station und verändern die pflegerische und medizinische Praxis grundlegend: Beispielsweise wäre die Einführung prospektiver Abrechnungsformen nach Fallpauschalen, so genannten Diagnosis Related Groups (DRGs), oder die Evaluation medizinischer und pflegerischer Tätigkeiten durch Punktwertsysteme (Scoring Systems) in der umfassenden Form, wie sie derzeit stattfinden, ohne die digitale Dokumentation und vernetzte Computersysteme nicht möglich.¹

Im Folgenden möchte ich zeigen, wie diese verschiedenen Reformprozesse in der Praxis zusammenspielen und die Alltagspraxis der Pflegenden im Krankenhaus verändern. Ich werde dabei die These vertreten, dass die Digitalisierung der Medizin der Durchsetzung reformpolitischer Maßnahmen der Ökonomisierung und Qualitätssicherung enormen Vorschub leistet.

Für meine Ausführungen stütze ich mich auf eine ethnografische Studie, die ich von 2005 bis 2007 in der Intensivmedizin durchgeführt habe. Im Rahmen dieses wissenschaftssoziologischen Projektes stand die Frage im Zentrum, welche Bedeutung das Erfahrungswissen für die Anwendung von Technik hat. Die Bedeutung von Erfahrungswissen bei der Anwendung von Technik zu untersuchen, ist eine Fragestellung, die in der Industrie- und Arbeitssoziologie seit den 1980er Jahren häufig gestellt wurde, zumeist jedoch in anderen, d.h. nicht-medizinischen Bereichen, wie z.B. der hochtechnisierten, industriellen Produktion (vgl. Böhle u.a. 2001, 2002, 2003; Pfeiffer 2003, 2004). In meinem Projekt habe ich diese Frage auf einen medizinischen Bereich übertragen, der von Anfang an hochtechnisiert war: die Intensivmedizin. Ich wollte wissen, welcher Formen von Wissen es bedarf und welche Kompetenzen gebraucht werden, um technische Verfahren in der Intensivmedizin angemessen anzuwenden und wie diese Kompetenzen kommuniziert und weitergegeben werden. Und vice versa: Wie wirken sich Technisierungsprozesse auf das Wissen und Handeln der Akteure in der Intensivmedizin aus? Wie wird die Arbeitsorganisation, das medizinische Wissen und Han-

¹ Neben den gesundheitspolitischen Reformprozessen dürfen hier jene gesellschaftlichen Prozesse nicht unerwähnt bleiben, die das Krankheitsspektrum verändern und das Gesundheitswesen darüber mit veränderten Versorgungsanforderungen konfrontiert, wie demografische Veränderungen, die Zunahme an chronischen Erkrankungen und die so genannte „Singularisierung“ familiärer Strukturen. Vgl. zu den Auswirkungen dieser Veränderungen in einem ökonomisierten Gesundheitswesen: Schaeffer 1998.

deln und nicht zuletzt das subjektive Krankheitserleben durch die Einführung neuer technischer Verfahren beeinflusst. Untersucht habe ich zwei universitäre Intensivstationen, eine chirurgische und eine internistische. Dort habe ich jeweils über einen Zeitraum von zwei Monaten hinweg teilnehmende Beobachtung sowie verschiedene Experteninterviews und Gruppengespräche mit medizinischen und pflegerischem Personal, mit Patienten, Angehörigen, Technikern, Putzleuten, aber auch mit relevanten Akteuren außerhalb der Intensivstation, wie der Verwaltung, der Pflegedienstleitung und dem Controlling sowie nicht zuletzt mit verschiedenen Anbietern von Medizintechnik durchgeführt (vgl. Manzei 2007).

Als ein alles dominierendes Ergebnis dieser Untersuchung hat sich die Ökonomisierung und Standardisierung von Wissen und Handeln erwiesen, die sich über die informationstechnologische Vernetzung der Station vollzieht: Die gesamte Planung, Organisation und Dokumentation der Station vollzieht sich mittlerweile tatsächlich fast papierlos auf digitalem Wege. Dabei besteht das Besondere dieses Informatisierungsprozesses nicht allein in der Umstellung der so genannten Patienten-„Kurve“ von der Papierform auf elektronische Datenverarbeitung – was für sich genommen schon weitreichende Möglichkeiten der Standardisierung von Wissen und Handeln eröffnet. Das Neue und Besondere liegt vielmehr in der informationstechnologischen Vernetzung der Patientenakte mit der elektronischen Patientenüberwachung (dem so genannten Monitoring) und damit dem Patientenkörper einerseits sowie dem klinischen und dem betriebswirtschaftlichen Managementsystem andererseits. Über diese informationstechnologische Vernetzung wird der bislang medizinisch wie sozial eher geschlossene Raum der Intensivmedizin für gesellschaftliche und organisatorische Anforderungen von außen geöffnet und transparent gemacht. Auf diesem Weg gelangen bspw. die Anforderungen und Bewertungen des Controlling in die Intensivmedizin und restrukturieren das Entscheidungsverhalten der Ärzte und Pflegenden grundlegend.

Im Folgenden möchte ich anhand der Ergebnisse dieser Studie zeigen, wie mit Hilfe dieses informationstechnologischen Netzwerkes, also der Computerisierung der Intensivmedizin, Ökonomisierungsprozesse in der stationären Praxis durchgesetzt und verstärkt werden.² Um ein besseres Verständnis davon zu ermöglichen, wie dies im Zusammenspiel von Technisierung, Ökonomisierung und Standardisierung in der Praxis tatsächlich geschieht, werde ich zunächst die neuen ökonomischen und EDV-technischen Verfahren beschreiben. Das heißt ich möchte im folgenden Abschnitt (2.) die neuen betriebswirtschaftlichen Steuerungssysteme darstellen und erläutern, wie die Entscheidungen und das Verhalten der stationären Akteure durch Kennzahlensysteme ökonomisch gesteuert werden. Danach (Abschnitt 3) werde ich den Prozess der Digitalisierung beschreiben und zeigen, wie dieser Steuerungsprozess durch die Computerisierung auf der Station durchgesetzt wird. Im vierten Abschnitt werde ich anhand eines konkreten Beispiels darstellen, wie durch das Zusammenspiel von Digitalisierung

² 2009 wird der Projektbericht zur Studie in Buchform veröffentlicht. Vgl. zur Information: www.wissen-medizintechnik.de

und Ökonomisierung der stationäre Arbeitsalltag der Pflegenden umstrukturiert und fachfremden Sachzwängen unterworfen wird. Abschließen möchte ich mit einem Plädoyer für die Aufnahme technik- und wissenschaftssoziologischer Wissensbestände in die Pflegewissenschaft. Erst eine derart fundierte theoretische und empirische Analyse würde es der Pflege m.E. ermöglichen, auf die geschilderten Prozesse nicht nur zu reagieren, sondern aktiv gestaltend einzuwirken.

2. New Management Accounting: Betriebswirtschaftliche Steuerungsverfahren im Krankenhaus

Ein Ziel der reformpolitischen Maßnahmen im Gesundheitswesen war und ist es, auch im stationären Sektor Marktmechanismen einzuführen und Krankenhäuser als gewinnorientierte Unternehmen wirtschaften zu lassen (Stegmüller 1996; Gerlinger 2004). Erreicht werden soll dieses Ziel mit Hilfe der Einführung neuer betriebswirtschaftlicher Steuerungsmechanismen, die seit den 1990er Jahren sukzessive im klinischen Alltag eingesetzt werden, und als New Management Accounting bezeichnet werden. Accounting heißt übersetzt: Rechnungswesen (im Deutschen hat sich hierfür der Ausdruck Controlling eingebürgert); es „umfasst all jene Aktivitäten der Identifizierung, Sammlung, Ordnung, Aufzeichnung, Auswertung und Kommunikation von Daten, die für die Koordination Steuerung und Kontrolle (ökonomischer) Aktivitäten benötigt werden.“ (Vormbusch 2004, 33). Ziel der neuen Steuerungsformen ist es, auch innerhalb von Unternehmen resp. Kliniken (und nicht nur zwischen diesen) Marktmechanismen wie Konkurrenz und Wettbewerb zu etablieren: Patienten sollen zu Kunden und medizinische und pflegerische Akteure sowie ganze Stationen zu Konkurrenten werden, die sich wechselseitig an ihren Ausgaben und Gewinnen messen lassen müssen.

Gesteuert werden soll das Verhalten der Akteure durch die Erhebung von Kennzahlen, auch Indikatoren genannt. Mit Hilfe der Kennzahlen wird versucht, die konkreten Arbeits- und Leistungsbedingungen eines Betriebs oder einer Abteilung (im stationären Sektor also einer Klinik oder einer Station) exakt zu erfassen, abzubilden und vergleichbar zu machen. Verfahren, in denen Kennzahlen eine solche steuernde Rolle spielen und die im stationären Sektor eingesetzt werden, sind beispielsweise Zielvereinbarungen, Budgetierungen und Personen bezogene Leistungserfassung (vgl. Merkel 2004; Pfaff, Lütticke 2004). Ein bedeutsames Verfahren, welches in diesem Zusammenhang auch in der Medizin verwendet wird, ist das Activity Based Costing oder auch die tätigkeitsbasierte Kostenrechnung, die sich auf der Intensivstation unter anderem auf der Basis von medizinischen Punktwertsystemen (sogenannten Scoring-Systemen) und prospektiven, fallbezogenen Abrechnungssystemen nach so genannten Diagnosis Related Groups (DRGs) vollzieht. (Wie die Erfassung der Kennzahlen genau geschieht und warum sie die Tätigkeiten des Personals nicht abbilden, werde ich anhand eines konkreten Beispiels im Abschnitt 4 noch genau beschreiben.)

Im Gegensatz zu traditionellen Formen ökonomischer Steuerung und Planung ist das New Management Accounting speziell darauf ausgerichtet, Prozesse und Strukturen immaterieller Arbeit und indirekter Kosten zu erfassen, wie Dienstleistungs- und Beratungstätigkeiten, und diese gruppen-, personen- und tätigkeitsbezogen zuzuordnen. Ein zentrales Merkmal des neuen Accounting ist auch, dass es sich um eine Form indirekter Steuerung handelt. Das heißt Anweisungen werden nicht mehr „von oben“ erteilt, sondern weitgehend über das selbstbestimmte Handeln der Akteure vermittelt (Vormbusch 2004; Wagner 2005). War früher die Sammlung und Auswertung von Unternehmensdaten eine langwierige Angelegenheit, die von Experten durchgeführt wurde und deren Ergebnisse auch nur der Managementebene für Entscheidungen zur Verfügung standen, so hat sich das mit dem Einsatz der elektronischen Datenverarbeitung grundlegend geändert. Daten, wie Leistungsnachweise, Tätigkeitsprofile, durchgeführte diagnostische, therapeutische und operative Maßnahmen, aber auch die Mortalitätsrate oder die Gesamtauslastung der Station können heute zeitnah zum laufenden Prozess gewonnen werden und sind auch jederzeit dezentral verfügbar.

Diese Indikatoren stehen heute nicht nur der Buchhaltung und der Personalabteilung zur Verfügung, sondern können auch von den pflegerischen und medizinischen Akteuren auf den Stationen eingesehen und mit den Daten anderer Stationen verglichen werden. Durch diese Offenlegung und Vergleichbarkeit der Kennzahlen wird zwischen den Stationen und Individuen Konkurrenz und Wettbewerb erzeugt. Jeder kann heute anhand der vorliegenden Zahlen selber prüfen, ob die eigene Arbeit (oder die der anderen) rentabel ist oder ob andere Abteilungen kostengünstiger arbeiten. Durch dieses Vorgehen ist also nicht nur eine nahezu lückenlose Kontrolle des Tätigkeits- und Ausgabenprofils der Station möglich. Auf diese Weise lassen sich auch Entscheidungen, die früher vom Management getroffen wurden, wie Personalentscheidungen, oder Fragen der Effizienz und Kostendeckung von Tätigkeiten, auf die Beschäftigten verlagern. Der pflegerische Leiter einer chirurgischen Intensivstation berichtete in einem Interview wie das geschieht:

Man habe vom Controlling die Anweisung bekommen, das Pflegepersonal um zwei Stellen (gerechnet in Pflegeminuten) zu kürzen. Als Grund dafür sei die im Vergleich mit anderen Stationen schlechte Auslastung mit Patienten angeführt worden. Die Station dürfe jedoch selbst entscheiden, wie sie diese Kürzungen vornehmen wolle. Obwohl er sich sicher war, dass die Station im Jahresdurchschnitt wieder eine höhere Auslastung erreichen würde, hielt er die Entscheidung prinzipiell für richtig. Die Daten seien ja „objektiv“, daran könne man nichts ändern. Er berichtete nicht ohne Stolz, wie er vorgegangen sei. Er habe nämlich die Entscheidung nicht allein getroffen, sondern sein Personal in einem „demokratischen Verfahren“ beteiligt. Sie sollten selber entscheiden, wer gehen müsse. Eine Schwester sei daraufhin in den Ruhestand gegangen und drei weitere Pflegekräfte haben ihre Arbeitszeit reduziert. (SLch01/1, 1)

Das Beispiel macht deutlich, wie über die Kennzahlen eine Mischung aus Objektivität, Konkurrenz, Verantwortlichkeit, aber auch realem Druck erzeugt wird, die die Akteure auf der Station zum Handeln im betriebswirtschaftlichen Sinne bewegt. Alle

Befragten sprachen von einer Zunahme an organisatorischer Entscheidungsverantwortung, die sie positiv bewerteten, und gleichzeitig steigendem Druck. In einem anderen Fall schilderte der Oberarzt einer internistischen Intensivstation, wie sich dieser Druck auswirkt, wenn keine eigenverantwortliche Entscheidung der Station zustande kommt. Man erzeuge – so sagte er – eine „künstliche Überbelegung der Station“: Um die Auslastung seiner Station „auf 100% zu fahren“ seien „virtuell“ zwei Betten gestrichen worden, die realiter jedoch weiter belegt wurden. Daraufhin konnten offiziell sechs Pflegestellen gestrichen werden, „ohne den Stellenschlüssel zu verändern“. (OAch01/1, 1)

Der hier beschriebene Effekt der betriebswirtschaftlichen Steuerung durch Kennzahlensysteme wird durch die Digitalisierung der Patientendokumentation bzw. die Computerisierung der stationären Arbeitsorganisation noch einmal verstärkt. Ich möchte deshalb im folgenden Abschnitt zunächst erläutern, wie die digitale Vernetzung der Station aussieht, bevor im vierten Abschnitt exemplarisch gezeigt werden kann, wie sich die Wechselwirkung von Ökonomisierung und Technisierung konkret vollzieht.

3. Technisierter Sachzwang – Die digitale Vernetzung der Station

Eine der bedeutendsten technischen Entwicklungen im Gesundheitswesen der letzten 15 Jahre ist – wie in anderen Branchen auch – die weite Verbreitung von Informations- und Kommunikationstechnologien. Ohne die Nutzung von Computern ist pflegerische und medizinerische Versorgung im klinischen Sektor heute schon allein deshalb nicht mehr denkbar, weil die externe Infrastruktur des Krankenhauses, von anderen Leistungsanbietern bis zu den verschiedenen Kostenträgern, auf der Basis EDV gestützter Management- und Abrechnungssysteme arbeitet. Eine besondere Rolle spielt in diesem Zusammenhang die Umstellung der Patientendokumentation, der früher so genannten Kurve, von der Papierform auf elektronische Datenverarbeitung, die seit einigen Jahren (nicht nur) in Deutschland vorangetrieben wird (vgl. Berg 1997, 2001; Berg, Toussaint 2003; Timmermans, Berg 2003; Wagner 1998). Diese Umstellung hat sich auf den meisten Intensivstationen, insbesondere in Universitätskrankenhäusern und Kliniken der Maximalversorgung, bereits vollzogen und wird langfristig auch für alle Normalstationen angestrebt (vgl. auch Bergen 2000).

Auf den untersuchten Intensivstationen wurden die Arbeitsorganisation und die Patientendokumentation innerhalb von ca. drei Jahren, zwischen 2004 und 2007, auf elektronische Datenverarbeitung umgestellt. Die arbeitorganisatorischen Veränderungen, die mit der Digitalisierung verbunden sind, konnten deshalb noch gut erfragt und beobachtet werden. Bevor nämlich die Arbeitserleichterungen EDV gestützter Dokumentation zum Tragen kommen, erfordert der Implementations- und Nutzungsprozess der Technologie von den Akteuren einen enormen zusätzlichen Arbeits- und Zeitaufwand: Das pflegerische und medizinische Personal ist zunächst einmal perma-

ment damit beschäftigt neue Software-Programme zu erlernen, Daten einzugeben, Fehler zu beheben, technische Anschlüsse zu kontrollieren usw. Keineswegs jedoch, so haben meine Befragungen gezeigt, wurden für diesen Prozess zusätzliche personelle Ressourcen bereitgestellt. Im Gegenteil: Vielmehr wird der zusätzliche Arbeitsaufwand bei der Einführung digitaler Technik durch die Personaleinsparungen, die mit den Kostendämpfungsmaßnahmen der letzten Jahre verbunden sind, noch einmal zusätzlich verstärkt.³

In den meist Zweibettzimmern der Intensivstationen existiert nun heute für jeden Patienten ein Computerterminal, an dem die Patientendaten verwaltet, Bestellungen aufgegeben und diagnostische und therapeutische Maßnahmen, wie Labor, Röntgen usw., angeordnet werden können. Ebenso befinden sich im zentralen Dienstzimmer der Station, der so genannten Kanzel, sowie in allen Funktionsräumen, den Arztzimmern, dem Notfall- und Aufnahmezimmer weitere Computer Terminals, von denen aus – vom medizinischen und pflegerischen Personal je nach Zugangsberechtigung unterschiedlich – auf Patientendaten zugegriffen werden kann. Die Software, die hierfür verwendet wird, wird Patienten-Daten-Management-System (PDMS) genannt (vgl. Bencic, Glienke u.a. 2004). Um die Patientendaten zu verwalten und auch Bestellungen in anderen Abteilungen möglich zu machen, muss diese Software mit allen anderen Programmen kompatibel sein, die im klinischen Management verwendet werden (vgl. Büsing, Barkhausen 1996). Diese Programme werden als Krankenhaus-Management-Informationssystem (MIS) bezeichnet und bestehen zum einen aus klinischen Informationssystemen (wie Programmen zur Bestellung und Verwaltung, Programmen zur Personalplanung, OP-Software u.a.) und zum anderen aus Krankenhausverwaltungs-, Abrechnungs- und Leistungserfassungsprogrammen (der so genannten ERP-Software, wie „SAP R/3“, „Oracle“, vgl. dazu Hohlmann 2007).

Das Besondere dieses Digitalisierungsprozesses liegt nicht allein in den arbeitsorganisatorischen Veränderungen, die die Digitalisierung der Patientendokumentation auf der Station mit sich bringt. Das Neue und Besondere liegt vielmehr in der informationstechnologischen Vernetzung der Patientenakte mit der elektronischen Patientenüberwachung und dem Patientenkörper einerseits sowie dem klinischen und dem betriebswirtschaftlichen Managementsystem andererseits. Über diese informationstechnologische Vernetzung wird der bislang medizinisch wie sozial eher geschlossene Raum der Intensivmedizin für gesellschaftliche und organisatorische Anforderungen von außen geöffnet und transparent gemacht. Auf diesem Weg gelangen die Anforderungen und Bewertungen des Accounting auf die Intensivstation und restrukturieren das Entscheidungsverhalten der Ärzte und Pflegenden grundlegend (vgl. Abb. 1).

³ Dass der Prozess der Implementation von digitaler Technologie nicht nur Arbeitserleichterungen mit sich bringt, ist aus anderen Branchen bekannt und sozialwissenschaftlich einschlägig untersucht worden. Vgl. beispielsweise Wagner 1993, 1998.

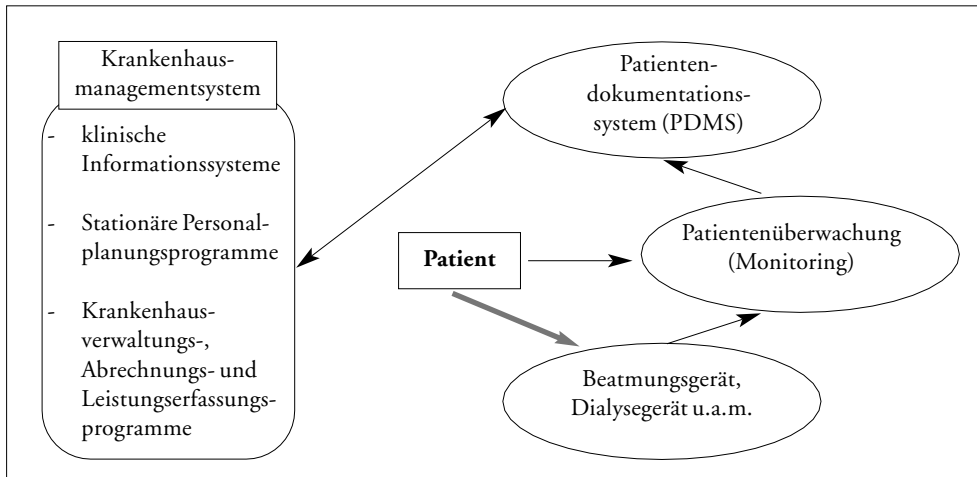


Abb. 1: Datenfluss im digitalen Netzwerk der Intensivstation

Mit diesem digitalen Netzwerk sind die technischen Voraussetzungen geschaffen, über die sich die Einführung von betriebswirtschaftlichen Steuerungsverfahren vollzieht. Organisatorische, institutionelle und gesellschaftliche Anforderungen, wie Mess- und Kontrollverfahren des Accounting, Abrechnungs- und Leistungsstandards, wie Diagnosis Related Groups (DRGs), oder auch medizinische Klassifikationssysteme, wie Scoring-Systeme und internationale Standards der Evidence Based Medicine, werden so auf digitalem Weg von außen in die Intensivmedizin hineingetragen.

Darüber hinaus wird über das digitale Netzwerk eine Steuerung und Kontrolle des Entscheidungsverhaltens sowie der Tätigkeiten des Personals auf der Station durch medizinische und administrative Vorgesetzte möglich: Anhand der Zugangsberechtigungen (Passwort und Benutzername) kann nämlich von den Vorgesetzten jede Eintragung und jede Korrektur zeitlich und personell nachgewiesen werden. Wann, von wem, welche Maßnahme angeordnet, durchgeführt, abgesetzt oder auch unterlassen wurde, lässt sich digital nachvollziehen und im Nachhinein mit den Kennzahlen abgleichen (vgl. zum „Überwachungseffekt solcher Computernetzwerke“ ausführlich Rochlin 1997).

Zusammenfassend kann man sagen, dass durch die digitale Vernetzung der stationären Arbeitsorganisation und Dokumentation mit dem klinischen Managementsystem ein technischer Sachzwang entsteht, der den Steuerungseffekt der neuen Accounting-techniken noch einmal verstärkt. Am Beispiel der Erhebung medizinischer Punktwertsysteme möchte ich im folgenden Abschnitt exemplarisch verdeutlichen, wie ein solcher Sachzwang konkret entsteht, welche Rolle die Kennzahlen darin spielen und wie das pflegerische und medizinische Personal darauf reagiert.

3. Ethischer Konflikt: Wie medizinische Punktwertssysteme als organisatorische und betriebswirtschaftliche Kennzahlen genutzt werden

Medical Scoring-Systems oder Punktwertssysteme sind medizinische Klassifikationssysteme, die für die Messung der Morbidität, also des Schweregrads einer Krankheit entwickelt wurden. Entstanden sind die ersten Punktwertssysteme bereits in den 1970er Jahren mit der Absicht, die ärztliche Entscheidungsfindung hinsichtlich einer Fortführung der Therapie zu unterstützen. Punktwertssysteme, die auf Intensivstationen typischerweise verwendet werden, sind der APACHE Score, der TISS 28 Score, der SAPS⁴ Score, die Glasgow Coma Scale und andere (vgl. Kersting, Kellnhausen 1991; Neander o. J.; Rotondo 1997). Einmal in 24 Stunden werden vom pflegerischen oder ärztlichen Personal medizinische Daten⁵ sowie die Vital-Zeichen des Patienten erhoben und mit Hilfe einer bestimmten Software zu einem Punktwert addiert. Beim APACHE Score bspw. liegt dieser Punktwert zwischen 0 und 71. Erklärtes Ziel dieser Quantifizierung ist es zum einen, eine Vergleichbarkeit von Patientendaten herzustellen, zum anderen sollen die subjektiven Deutungen der Pflegenden und Ärzte durch diese standardisierten Erhebungsverfahren vereinheitlicht und objektiviert werden.

Aus Sicht der Qualitätssicherung spricht nun zunächst einmal nichts dagegen, den Prozess medizinischer Entscheidungsfindung durch eine Systematisierung der Kriterien und die dadurch prinzipiell gegebene Möglichkeit der Vergleichbarkeit zu unterstützen. Ein Problem entsteht jedoch dann, wenn die Scores erstens nicht das messen (können), was sie zu messen vorgeben und zweitens, wenn sie nicht nur zur medizinischen Entscheidungsfindung, sondern gleichzeitig auch für Abrechnungszwecke sowie für die Personalplanung verwendet werden. Dann geraten medizinische, pflegerische und ethische Kriterien mit ökonomischen Leitlinien in Konflikt.⁶ Konkret spielt sich die Nutzung der medizinischen Scores für Personalplanungs- und Abrechnungszwecken folgendermaßen ab:

Der APACHE-Score beispielsweise berechnet anhand medizinischer Daten (wie Blutwerte, Beatmungs- und Bewusstseinsparameter u.a.) sowie anhand des Alters des Patienten dessen prozentuale Überlebenschance. Während die ersten Versionen dieses Scores auch ohne Computer erfasst werden konnten, sind die 2. und 3. Version, die heute auf den meisten Intensivstationen verwendet werden, explizit für die Nutzung im Rahmen der digitalen Patientendokumentation entwickelt worden. Auf diese Weise ist es prinzipiell möglich den erhobenen Punktwert mit den Daten von 40.000 anderen Fällen aus einer amerikanischen Datenbank zu vergleichen (Rotondo

4 APACHE: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation. SAPS: Simplified acute Physiology Score, TISS: Therapeutic Intervention Scoring System, GCS: Glasgow Coma Scale. Vgl. dazu Rotondo 1997, 211.

5 Wie Laborwerte, Beatmungsparameter, Flüssigkeitsbilanz etc.

6 Dazu sagte der Oberarzt der chirurgischen Station: „Also die Scores... also die Bedeutung für die Behandlungsqualität der Patienten ist gleich Null. Ist einfach nur, die Scores werden mehr im Moment erhoben, ausschließlich aus Gründen des Controlling, der Abrechnung, um sozusagen ne Korrelation zwischen Leistungsdichte oder -erbringung und äh... ja, personeller Besetzung zu äh... berechnen. Also das Controlling benutzt diese Scores z.B. um den Personalaufwand zu berechnen.“ (OAch01/1, 1)

1997). Kombiniert mit anderen Punktesystemen, wie dem SAP-Score oder dem TISS 28-Score, welche die Aufwandspunkte für die intensivmedizinische und -pflegerische Komplexbehandlung berechnen, fungiert der APACHE-Score zunächst einmal nur in diesem Sinne seiner Bestimmung als Expertensystem, das Anhaltspunkte für die medizinische Weiterbehandlung liefert (vgl. dazu auch Wagner 1998). Beispielsweise werden bereits 50% der Entscheidungen zum Behandlungsabbruch am APACHE-Score und vergleichbaren Punktesystemen orientiert (Rotondo 1997: 211).

Der TISS-28-Score gilt hingegen als Indikator für die Beurteilung des Pflegebedarfs eines Patienten. Orientiert an internationalen Standards werden täglich bestimmte medizinische Anwendungen dokumentiert und mit Punkten versehen, wie die Beatmung, Hämofiltration, Diurese-Therapie u.a. Am Ende des Monats erreicht die Station auf diese Weise eine bestimmte Gesamtpunktzahl, die den Pflegeaufwand einer Station abstrakt dokumentieren soll. Unstrittig ist nach meinen Erhebungen jedoch unter allen Beteiligten (der Pflegedienstleitung, der Stationsleitung, den Pflegenden und auch den Vertretern des Controllings), dass der TISS 28-Score den Arbeitsaufwand des Pflegepersonals überhaupt nicht abbildet. Für die Pflege typische zeit- und arbeitsaufwendige Tätigkeiten, wie Waschen und Betten, das Durchführen von Abführmaßnahmen, Infusionssystemwechsel und nicht zuletzt die psychosoziale Betreuung der Patienten (um nur einige zu nennen) werden vom TISS 28 Score gar nicht erfasst.

Ein Problem, welches von den Pflegenden in diesem Zusammenhang beispielsweise immer wieder beklagt wurde, ist das so genannte weaning, also das Abtrainieren des Patienten von der Beatmungsmaschine. Dieser Vorgang ist langwierig und erfordert einen besonders hohen pflegerischen Zeit- und Arbeitsaufwand, der gleichwohl vom TISS 28 Score gerade nicht erfasst wird. Sobald ein Patient im TISS 28 Protokoll nämlich als extubiert (also als nicht mehr beatmet) vermerkt wird, sinkt der Punktwert, obwohl in diesem Stadium der Betreuungsaufwand für die Pflegenden besonders hoch ist: Gerade in der ersten Zeit nach der Extubation muss sehr engmaschig kontrolliert werden, ob die Spontanatmung gelingt, ob der Patient selber abhusten kann, genug Luft bekommt, keine Angst hat usw. Das heißt im TISS 28 Score werden zwar medizinisch-technische Anwendungen mit einer hohen Punktzahl verknüpft, nicht jedoch genuin pflegerischen Tätigkeiten. Dass der pflegerische Betreuungsaufwand oftmals gerade nach dem Absetzen einer medikamentösen oder technischen Maßnahme besonders hoch ist, wird durch TISS 28 Score nicht erfasst. Ein anderes oft genanntes Beispiel betrifft die Gabe von Entwässerungs- und Abführmedikamenten: Die Gabe dieser Präparate führt zwar in der Dokumentation zu einem höheren Punktwert; ob jedoch der Patient einmal oder mehrfach abführt und ob er infolge dessen mehrfach gewaschen sowie sein Bett (möglicherweise auch von mehreren Pflegekräften) wiederholt neu bezogen werden muss, wird im TISS 28 Score nicht dokumentiert.

Obwohl also der TISS 28 Score die Tätigkeit der Pflegenden nicht adäquat abbildet und dies auch allen Beteiligten klar ist, dient er, zusammen mit anderen Scores, wie dem APACHE-Score, als Indikator im Rahmen der betriebswirtschaftlichen Kosten-

Nutzen-Analyse und der Leistungsabrechnung gegenüber den Krankenkassen. Zwar wird vom Controlling nicht direkt auf die einzelnen medizinischen und pflegerischen Entscheidungen Einfluss genommen (zumindest konnte ich das während meiner Feldaufenthalte nicht beobachten). Indirekt ist der Einfluss jedoch enorm und macht sich folgendermaßen bemerkbar:

Seit der Umstellung des stationären Sektors auf eine wettbewerbs- und effizienzorientierte Finanzierung wird von den ärztlichen und pflegerischen Stationsleitungen eine finanzielle Rechenschaftspflicht gegenüber dem klinischen Management gefordert. Auf den untersuchten Stationen sah das so aus, dass sich die Stationsleitungen einmal im Monat mit Vertretern der Klinikleitung und der Abrechnung zusammensetzen und das finanzielle und personelle Budget der Station festlegen. Zusammen mit anderen organisatorischen Kennzahlen, wie der Bettenauslastung, der Anzahl beatmeter Patienten, der Personalstärke (gemessen in Personenstunden oder Pflegeminuten), dienen die medizinischen Scores hier als Indikatoren, mit denen betriebswirtschaftliche Entscheidungen begründet werden. Anhand dieser Daten wird nun (auch im Vergleich mit anderen Stationen) prospektiv der Pflegeaufwand für den nächsten Monat berechnet und entweder werden Stellen abgezogen oder zugegeben.

Für die Pflegenden entsteht mit der Erhebung der medizinischen Scores ein Zielkonflikt: Offiziell wird von ihnen erwartet, dass sie ihre Tätigkeiten am Patienten akribisch, minutiös und wahrheitsgemäß dokumentieren und den TISS 28-Score sowie alle anderen Daten gewissenhaft erheben. Kommen sie dieser Forderung jedoch nach und dokumentieren nur die Informationen, die das System zulässt, werden ausschließlich medizinisch-naturwissenschaftliche Daten erhoben, die die pflegerische Tätigkeit nicht abbilden. Wenn diese Daten dann vom Management als Entscheidungsgrundlage für die Berechnung der Personalstärke genutzt werden, ist die Pflege im nächsten Monat notwendig unterbesetzt. Da infolge der Sparmaßnahmen ohnehin bereits auf einem minimalen Personallevel gearbeitet wird, steht auf der Station deshalb die unausgesprochene Forderung im Raum, einen möglichst hohen Arbeitsaufwand zu dokumentieren und zu „tissen“ – wie die Erhebung des TISS 28-Scores genannt wird –, damit nicht noch mehr Stellen gestrichen werden.

Dieser „Aufforderung“ sind durch die technische Kontrolle des digitalen Netzwerkes jedoch enge Grenzen gesetzt. Weder ermöglicht die standardisierte Erfassung der Punktwertssysteme⁷ andere Angaben als die geforderten zu machen – egal ob diese richtig oder falsch sind. Noch ist es möglich, hinsichtlich des Zeitpunkts zum Absetzen einer Maßnahme flexibel zu verfahren, um so die dazu gehörigen pflegerischen Tätigkeiten mit zu erfassen. Prinzipiell wäre es ja möglich, z.B. den Beatmungsprozess erst dann als beendet zu dokumentieren, wenn das weaning gelungen ist. Auf diese Weise würde der pflegerische Aufwand im TISS 28 miterfasst. Genau das lässt das digitale Netzwerk jedoch insofern nicht zu, als alle erhobenen Daten (Vital Zeichen, Beatmungsparameter, medizinische Scores, dokumentierte Anwendungen etc.) mit einander überein-

⁷ Über eine vorgegebene Maske können lediglich vorgegebene medizinisch-naturwissenschaftliche Anwendungen „angeklickt“ oder weggelassen werden.

stimmen müssen.⁸ Am Beispiel des weaning heißt das, der von den Ärzten dokumentierte Zeitpunkt der Extubation muss mit einer veränderten Atemfrequenz und einem möglicherweise niedrigeren Sauerstoffgehaltes des Blutes einhergehen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Pflegenden durch das Zusammenspiel von technisierter Überwachung, standardisierter Dokumentation und ökonomischen Restriktionen gezwungen sind, Daten zu erheben, von denen sie wissen, dass sie weder den Gesundheitszustand des Patienten noch die eigene Tätigkeit abbilden. Die Folge ist, dass eine zunehmende Diskrepanz zwischen der Dokumentation und dem realen Geschehen auf der Station entsteht. Hier vollzieht sich ein Prozess, der aus organisationssoziologischen Studien schon seit den 1980er Jahren bekannt ist und vielfach beschrieben wurde: Wenn der Legitimationsdruck und die Kontrolle, denen Arbeitnehmer ausgesetzt sind steigt, klaffen Dokumentation und Realität des Arbeitsprozesses zunehmend auseinander (vgl. Weltz 1986). Im Arbeitsalltag auf den beobachteten Stationen wurde diese Diskrepanz von den Pflegenden zu ihren eigenen Lasten kompensiert durch Mehrarbeit, weniger Pausen und Überstunden. Auch davon bleibt die Betreuung der Patienten jedoch letztlich nicht unberührt.

5. Fazit

Ziel meiner vorangegangenen Ausführungen war es nicht, medizinische oder pflegerische Standards oder gar die Computerisierung der Medizin pauschal zu kritisieren oder gar gänzlich abzulehnen. Das wäre nicht nur „Don-Quichotterie“, sondern würde auch die deutlichen Vorteile dieser Prozesse außer Acht lassen. Was ich vielmehr versucht habe zu zeigen (und empirisch zu belegen) ist, wie durch das Zusammenspiel von Technisierung (in diesem Fall der Computerisierung der stationären Arbeit), Standardisierung (medizinische Scores) und Ökonomisierung (neue betriebswirtschaftliche Kennzahlensysteme) in der stationären Praxis Sachzwänge entstehen, die das Entscheidungsverhalten der Pflegenden und Ärzte nachhaltig beeinflussen und verändern. Ziel dieser Darstellung war es zu verdeutlichen, wie wichtig es ist, diese Prozesse konkret, d.h. in ihrem Zusammenwirken in der Praxis zu analysieren.

Als Fazit möchte ich nun einen Punkt reflektieren, der mir für die Frage, wie die Pflege und die Pflegeforschung auf Entwicklungen, wie die hier geschilderten, reagieren kann, besonders bedeutsam erscheint: M.E. erfordert die wissenschaftliche Analyse der Umbruchprozesse im Gesundheitswesen theoretische und methodische Analyseinstrumente, über die die Pflegeforschung in Deutschland derzeit noch nicht verfügt. Die empirischen Befunde aus meiner Untersuchung zeigen, dass das Verständnis des Zusammenspiels von Technisierung und Ökonomisierung in der klinischen Alltagspraxis fundierte technikwissenschaftliche und organisationssoziologische Kenntnisse

⁸ Ein anderer problematischer Effekt dieser technischen Kontrolle ist, dass das digitale System nicht zwischen Artefakten (also Fehlermeldungen, falschen Messungen usw.) und korrekten Messungen unterscheiden kann. Das System kann bspw. nicht erkennen, ob die Temperatursonde falsch liegt oder der Patient tatsächlich nur eine Körpertemperatur von 34,0 °C hat. Wird dieser Fehler nicht manuell korrigiert, taucht er in den medizinischen Scores und damit letztlich als Kriterium der Personalbemessung wieder auf.

voraussetzt. Zwar lässt sich im Zuge der Auseinandersetzung mit Verfahren der Qualitätssicherung und des Wissensmanagement eine zunehmende Öffnung der Pflegewissenschaft für organisationssoziologische und betriebswirtschaftliche Theorien beobachten, eine fundierte Auseinandersetzung mit der Technisierung und ihren Folgen findet jedoch nicht statt. Im Gegenteil: Ich konnte beobachten, dass in der Alltagspraxis der Pflege – selbst auf hochtechnisierten Intensivstationen – ein unreflektiertes Technikverständnis vorherrscht, das mit einer Nicht-Thematisierung techniktheoretischer Fragen in der (deutschen) Pflegeforschung korrespondiert.

Technik erscheint in der Pflege oftmals als „Black Box“ und wird von den Pflegenden in der Praxis entweder gänzlich abgelehnt oder gänzlich affirmiert – beides jedoch zumeist ohne fundierte Kenntnisse über ihre Wirkungsweise und ihre Wechselwirkung mit anderen sozialen, organisatorischen und medizinischen Prozessen. Eine Auseinandersetzung mit den Voraussetzungen und den Folgen der Technisierung der Medizin, findet weder praktisch, noch in der Ausbildung, noch auf der Ebene der Pflegeforschung statt.⁹ Angesichts der weitreichenden Auswirkungen, denen das Gesundheitswesen – und darin insbesondere auch die Pflege – durch Technisierungsprozesse ausgesetzt ist, muss dies als ein Defizit benannt werden, das im Rahmen der Akademisierung der Pflege zu berücksichtigen ist. Ohne fundierte techniksoziologische und wissenschaftstheoretische Kenntnisse bleibt die Auseinandersetzung mit Technisierungsprozessen reaktiv; eine aktive Mitgestaltung sozio-technischer Entwicklungen durch die Pflege ist so nicht möglich.

Abschließend möchte ich deshalb dafür plädieren, die Pflegewissenschaft für techniksoziologische und wissenschaftstheoretische Ansätze und Methoden zu öffnen. Neben der (wichtigen und notwendigen) anwendungsorientierten Pflegeforschung bedarf es theoretischer und methodischer Studien, die die Erkenntnisse aus Techniksoziologie, -geschichte, -ethik und -philosophie, aus Technikgeneseforschung und Technikfolgenabschätzung sowie nicht zuletzt aus der Wissenssoziologie und der Wissenschaftsforschung für die Pflegeforschung fruchtbar machen.

Literatur

- Badura, B.; Feuerstein, G.; Schott, T. (1993): System Krankenhaus – Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim/München: Juventa Verlag
- Bencic, U.; Glienke, R.; Huft, J. (2004): Elektronische Dokumentation auf der Intensivstation. In: Meyer, Gerhard, Friesacher, Heiner, Lange, Rüdiger: Handbuch der Intensivpflege. Landsberg: Ecomed Verlag, 1-21 (III-7.2)
- Berg, M. (1997): Rationalizing medical work. Decision-support techniques and medical practices. Cambridge: MIT Press
- Berg, M. (2001): Implementing information systems in health care organizations: myths and challenges. In: International Journal of Medical Informatics. 64: 143-156

⁹ Als Ausnahmen müssen hier zum einen die Bielefelder Fakultät für Gesundheitswissenschaften genannt werden, die mit den Arbeiten von Bernhard Badura u.a. schon sehr lange über eine techniksoziologische Theorietradition verfügt, sowie die Arbeiten von Manfred Hülsken-Gießler (Badura 1993; Hülsken-Gießler 2006).

- Berg, M.; Toussaint, P. (2003): The mantra of modeling and the forgotten powers of paper: A sociotechnical view on the development of process-oriented ICT in health care. In: *International Journal of medical informatics*. 69: 223-234
- Bergen, P. (2000): EDV in der Intensivpflege In: Meyer, Gerhard, Friesacher, Heiner, Lange, Rüdiger: *Handbuch der Intensivpflege*. Landsberg: Ecomed Verlag. 8. Erg. Lfg. 6/00, 1-18 (III-7 - III-7.1)
- Böhle, F.; Bolte, A.; Drexel, I. et al. (2002): Umbrüche im gesellschaftlichen Umgang mit Erfahrungswissen – Theoretische Konzepte, empirische Befunde, Perspektiven der Forschung. München: ISF München Forschungsberichte
- Böhle, F.; Bolte, A.; Drexel, I. et al. (2001): Grenzen wissenschaftlich-technischer Rationalität und „anderes Wissen“. In: Beck, U.; Bonß, W.: *Die Modernisierung der Moderne*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 96-105
- Böhle, F.; Weishaupt, S. (2003): Unwägbarkeiten als Normalität – die Bewältigung nichtstandardisierbarer Anforderungen in der Pflege durch subjektivierendes Handeln. In: Büssing, A.; Glaser, J.: *Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus*. Götting: Hogrefe Verlag
- Büßing, A.; Barkhausen, M.; Glaser, J. 1996: Schnittstellen im Krankenhaus. Analyse aus Sicht des Pflegedienstes am Beispiel von Kooperation und Kommunikation. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 50: 129 - 138
- Büßing, A.; Glaser, J. (2003): *Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus*. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Gerlinger, T. (2004): Privatisierung, Liberalisierung, Re-Regulierung. Konturen des Umbaus des Gesundheitssystems. In: *WSI-Mitteilungen*. 9: 501 - 506
- Hohlmann, B. (2007): *Organisation SAP – soziale Auswirkungen technischer Systeme*. Fachbereich Gesellschaftswissenschaften. Darmstadt, Technische Universität Darmstadt. <http://tuprints.ulb.tu-darmstadt.de/epda/000796/>
- Höhmann, U. (1999): Pflegediagnosen: Instrumente zur Professionalisierung der Pflege. In: *Pflege und Gesellschaft*. 4(1): 8 - 13
- Hülsken-Giesler, M.; Mues, G. (2006): *Pflege und Technik. Annäherung an ein spannungsreiches Verhältnis. Virtuelles Lehrwerk (E-Learning)*, 15.11.2008, from <http://www.pflegewissenschaft.uni-osnabrueck.de/index.php?n=Main.Huelsken-Giesler>
- Kersting, T.; Kellnhausen, E. (1991): TISS ein Weg zur Bemessung des Personalbedarfs in der Intensivmedizin. In: *Das Krankenhaus*. 3: 128 - 130
- Krampe, E. M. (i.E.): *Emanzipation durch Professionalisierung. Akademisierung des Frauenberufs Pflege in den 1990er Jahren*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag
- Manzei, A. (2001): Die Technisierung der Medizin und ihre Bedeutung für die (Intensiv-) Pflege. In: Lange, R.; Meyer, G.; Friesacher, H.: *Handbuch der Intensivpflege. Pflegerische Praxis und medizinische und medizinische Grundlagen. Ein Lehr- und Arbeitsbuch für Mitarbeiter auf Intensivstationen*. Loseblattausgabe. Landsberg/Lech: Ecomed Verlag, (III-6.1) 1-14
- Manzei, A. (1999): Pflegende und Ärzte zwischen High-Tech und Patientenorientierung. In: *Intensiv, Fachzeitschrift für Intensivpflege und Anästhesie*. (2): 60-65
- Manzei, A. (2007): Between Representation, Reorganisation and Control. The Informational Technification of Intensive Care Units and the Consequences. In: *International Journal of Technology, Knowledge and Society*. 11
- Marhold, D.; Happe, K. (1999): Pflegestandards – Pro und Contra. In: *Pflege und Gesellschaft*. 4(1): 14 - 16.
- Merkel, S. (2004): Kombination befragungsbasierter Kennzahlen und bedingungsbezogener Arbeitsanalysen zur Bewertung und Gestaltung der Pflegetätigkeit. In: Pfaff, H.; Lütticke, J.; Badura, B. et al: „Weiche“ Kennzahlen für das strategische Krankenhausmanagement. Stakeholderinteressen zielgerichtet erkennen und einbeziehen. Bern: Hans Huber Verlag., 66 - 84
- Neander, K.-D. o. J.: Pflegepersonalberechnung nach dem TISS-Konzept. In: Meyer, G.; Friesacher, H.; Lange, R.: *Handbuch der Intensivpflege*. Landsberg: Ecomed Verlag, Bd. III-3.2, Landsberg/Lech, 1 - 6

- Pfaff, H.; Lütticke, J.; Badura, B. et al., Eds. (2004): „Weiche“ Kennzahlen für das strategische Krankenhausmanagement. Stakeholderinteressen zielgerichtet erkennen und einbeziehen. Bern: Hans Huber Verlag
- Pfeiffer, S. (2003): SAP R/3 & Co. Integrierte Betriebswirtschaftliche Systeme als stille Helferlein des Lego-Kapitalismus. In: FfF - Kommunikation, Mitteilungsblatt des Forum InformatikerInnen für Frieden und gesellschaftliche Verantwortung e.V. 20(3): 9-12
- Pfeiffer, S. (2004): Arbeitsvermögen. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Rochlin, G. I. (1997): Trapped in the Net: The Unanticipated Consequences of Computerization. Press, Princeton University
- Rosenbrock, R.; Gerlinger, T. (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern: Hans Huber Verlag
- Rotondo, R. (1997): Score-Systeme für die Intensivmedizin. In: Intensiv - Fachzeitschrift für Intensivpflege und Anästhesie. 5(5): 210-212
- Schaefer, D. (1998): Neugestaltung der Pflege: Innovations- und Professionalisierungschancen in einem sich ökonomisierenden Gesundheitswesen. In: Pflege und Gesellschaft. 3(4): 6 - 10
- Schrems, B. (2005): Qualität braucht Pflege. Stolpersteine in der Umsetzung von Qualitätsmanagementsystemen. In: Dr. med. Mabuse. Zeitschrift im Gesundheitswesen. 154(März/April): 30 - 33
- Slotala, L.; Bauer, U. (2007): Ökonomisierungstendenzen im Gesundheitswesen - Erste Erkenntnisse der Befragung von Pflegekräften im Krankenhaus. In: Heckenhahn, M.; Berendonk, C.: Aufbruch unter Vorbehalt. Fulda: Tagungsband der 11. studentischen Fachtagung der OStiPuG
- Stegmüller, K. (1996): Wettbewerb im Gesundheitswesen. Konzeptionen zur „3. Reformstufe“ der gesetzlichen Krankenversicherung. Frankfurt am Main: VAS Verlag
- Timmermans, S.; Berg, M. (2003): The Gold Standard. The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care. Philadelphia: Temple University Press
- Vormbusch, U. (2004): Accounting. Die Macht der Zahlen im gegenwärtigen Kapitalismus. In: Berliner Journal für Soziologie. 1: 33 - 50
- Wagner, G. (1998): Die programmierte Medizin. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag
- Wagner, H. (2005): „Rentier ich mich noch?“ – Neue Steuerungskonzepte im Betrieb. Hamburg: VSA Verlag
- Wagner, I. (1993): Women`s voice: The case of nursing information systems. In: AI & Society. 7: 295 - 310
- Weltz, F. (1986): Aus Schaden dumm werden. Zur Lernschwäche von Verwaltungen. In: Office Management. 5: 532 - 534

Dr. Alexandra Manzei

Technische Universität Berlin, Institut für Soziologie, FR 2-5

Franklinstraße 28/29, 10587 Berlin

alexandra.manzei@tu-berlin.de

Lukas Slotala und Ullrich Bauer

„Das sind bloß manchmal die fünf Minuten, die fehlen.“ Pflege zwischen Kostendruck, Gewinninteressen und Qualitätsstandards

„Sometimes it's just those five more minutes that are missing.“ Nursing care between cost pressure, profit orientation and quality standards

This article examines the effects of the market-oriented reform of the public health sector on the provision of nursing care. After an introductory description of the economic change in the health care system, two empirical studies (qualitative analysis in the hospital and in out-patient care) serve to exemplify which challenges and problems are arising as a result of the current economic change. Accordingly, cost-cutting programs are leading to efficient work processes but also to an increasing work load and rationing in the area of psycho-social services within nursing care. All in all, nurses are having great difficulties in implementing professional standards of nursing care against the odds of restrictive economic conditions. All parties concerned will have to discuss to what extent traditional quality standards of nursing care can still survive in a market-oriented health care system.

Keywords

nursing, market, economisation, quality, hospital, home care

Der Beitrag geht der Frage nach, welche Auswirkungen der marktwirtschaftliche Umbau des Gesundheitswesens auf die pflegerische Versorgung hat. Ausgehend von einer einleitenden Beschreibung des ökonomischen Wandels im Gesundheitswesen wird anhand zweier empirischer Studien (Qualitative Untersuchung im Krankenhaus und in der ambulanten Pflege) gezeigt, welche Herausforderungen und Probleme auf Grund des ökonomischen Wandels für die Pflege entstehen. Demzufolge führen die Kosteneinsparungsprogramme zu effizienten Arbeitsabläufen, aber auch zu einer gestiegenen Arbeitsbelastung und Rationierung im psychosozialen Leistungsbereich der Pflege. Insgesamt gelingt den Pflegenden derzeit nur sehr schwer, professionelle Versorgungsstandards trotz restriktiver wirtschaftlicher Bedingungen durchzusetzen. Es wird zu diskutieren sein, inwiefern traditionelle Qualitätsmaßstäbe in der Pflege auch in einem marktorientierten Gesundheitswesen überleben können.

Schlüsselwörter

Pflege, Markt, Ökonomisierung, Qualität, Krankenhaus, ambulante Pflege

eingereicht 2.10.2008

akzeptiert 15.12.2008 (nach Überarbeitung)

1. Einleitung

Das deutsche Gesundheitswesen befindet sich in einem beständigen Wandel. Ohne Zweifel spielen ökonomische Beweggründe dabei eine hervorgehobene Rolle. Allein der Verweis auf die zahlreichen gesundheitspolitischen Reformbemühungen in den 1970er und 1980er Jahren, mit denen immer wieder versucht wurde, den „steigenden Kosten“ im Gesundheitswesen entgegen zu wirken, macht den hohen Stellenwert wirtschaftlicher Belange im Gesundheitswesen deutlich. Zu Beginn der 1990er Jahre mündeten viele der gesundheitspolitischen Bemühungen um eine Kostensenkung schließlich in eine Phase der übergreifenden Stärkung marktwirtschaftlicher Anreize im Gesundheitswesen (Rosenbrock/Gerlinger 2006). Heute wird die Gesundheitsversorgung längst nicht mehr als ein ausschließlich staatlich zu regulierender Aufgabenbereich definiert, sondern auch als ein expandierender Wirtschafts- und Wachstumssektor wahrgenommen, deren Akteure sich um qualitativ hochwertige, bedarfsangemessene und zugleich wirtschaftliche Leistungen bemühen sollen. Immer öfter geschieht dieses im Rahmen von typischen Marktprinzipien des Wettbewerb und der Konkurrenz um knappe Ressourcen und Qualität. Geld ist demzufolge nicht mehr nur Mittel zum Zweck, sondern avanciert selbst zum Steuerungsmedium der Krankenversorgung (Kühn 2004).

Im folgenden Beitrag wollen wir diskutieren, welche Implikationen und Effekte der ökonomischen Wandel besonders für die pflegerische Versorgung hat: Wie lässt sich der angesprochene Bedeutungsgewinn marktökonomischer Mechanismen im Gesundheitswesen und speziell im Pflegebereich überhaupt beschreiben? Welche Konsequenzen ergeben sich aus dem marktformigen Umbau des Gesundheitswesens für das pflegerische Versorgungshandeln und letztlich für die Versorgungsqualität? Dazu werden in einem ersten Schritt die wichtigsten gesundheitspolitischen Veränderungen der vergangenen 15 Jahre skizziert, die im allgemeinen eng mit einem Bedeutungsgewinn marktwirtschaftlicher Steuerungsmechanismen in Verbindung gebracht werden (Kapitel 2). Daraufhin folgt der empirische Teil des Beitrags. Präsentiert werden die Ergebnisse zweier Studien, die sich mit den Folgen des ökonomischen Wandels für die Pflege im Krankenhaus und in der ambulanten Versorgung beschäftigt haben (Kapitel 3). Der Beitrag schließt mit einer zusammenfassenden Diskussion (Kapitel 4).

2. Wandel der ökonomischen Strukturbedingungen im Gesundheitswesen

Die marktwirtschaftliche Transformation des Gesundheitswesens, die durch die Einflussnahme der Europäischen Politik weiter an Dynamik gewinnt (Maucher 2005), setzt sich aus z. T. höchst unterschiedlichen Steuerungsinstrumenten zusammen. Diese wurden schrittweise auf verschiedenen Ebenen des Gesundheitswesens implementiert und sollen mittels spezifischer ökonomischer Anreizmechanismen Akteursverhalten mit dem Ziel beeinflussen, die Effektivität und Effizienz der Krankenversorgung zu erhöhen, durch Wettbewerbs- und Konkurrenzmechanismen Leistungsinnovationen

auszulösen und damit insgesamt zu einer Optimierung der gesundheitlichen Versorgung beizutragen.

Privatisierung von Versorgungsstrukturen in der Pflege

Einer der sicherlich auffälligsten Trends ist die Privatisierung von Versorgungsstrukturen. Die verfügbaren Statistiken geben zuverlässig Auskunft darüber, dass es in den zurückliegenden Jahren zu einem nicht unwesentlichen Anstieg privatwirtschaftlicher Interessen im Gesundheitswesen gekommen ist. Diese Entwicklung betrifft das Gesundheitswesen zwar besonders im Krankenhausbereich (vgl. Manzeschke in diesem Heft), lässt sich daneben aber auch im ambulanten und heimstationären Pflegebereich deutlich erkennen (vgl. Tabelle 1-2).

Tab. 1: Ambulante Pflegedienste und Trägerschaft im Zeitvergleich. Entwicklung zwischen 1999 und 2005

Jahr	ambulante Pflegedienste Träger insgesamt		nicht-private ambulante Pflegedienste		Private ambulante Pflegedienste	
	ambulante Pflegedienste	Pflegebedürftige	ambulante Pflegedienste	Pflegebedürftige	ambulante Pflegedienste	Pflegebedürftige
1999	10820	415289	5316	267485	5504	147804
2005	10977	471543	4650	268401	6327	203142
Trend	+2%	+14%	-13%	+0%	+15%	+37%

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach dem Statistischen Bundesamt (2002a, 2007a)

Tab. 2: Pflegeheime und Trägerschaft im Zeitvergleich. Entwicklung zwischen 1999 und 2005

Jahr	Pflegeheime Träger insgesamt		nicht-private Pflegeheime		private Pflegeheime	
	Pflegeheime	verfügbare Plätze	Pflegeheime	verfügbare Plätze	Pflegeheime	verfügbare Plätze
1999	8859	645456	5767	478819	3092	166637
2005	10424	757186	6450	511214	3974	245972
Trend	+18%	+17%	+12%	+7%	+29%	+48%

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach dem Statistischen Bundesamt (2002b, 2007b)

Pflegeanbieter unter Kostendruck

Neben der Privatisierung gewinnen marktwirtschaftliche Steuerungsmechanismen ganz unabhängig von der Trägerschaft zunehmend an Relevanz in der medizinischen und pflegerischen Versorgung. Angesprochen sind damit die allgemeinen Finanzierungsbedingungen von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Genauer, der von budgetierten Vergütungsformen ausgehende wirtschaftliche Handlungsdruck zur Kostensenkung. Das derzeit sicherlich prominenteste Beispiel dafür ist die Reform der Krankenhausfinanzierung, mit der das so genannte Selbstkostendeckungsprinzip

schrittweise durch das Klassifikations- und Vergütungssystem Diagnosis Related Groups (DRGs) abgelöst worden ist und in Folge derer die Krankenhäuser zu mehr oder weniger drastischen Sparmaßnahmen gezwungen worden sind.¹ Aber auch die Finanzierungsbedingungen für pflegerische Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung üben einen enormen Kostendruck auf die Leistungsanbieter aus. So ist die Höhe der Kostenerstattung für ambulante oder heimbasierte Pflegeleistungen im Sinne der „Teilkasko-Absicherung“ durch die Pflegeversicherung grundsätzlich gedeckelt und kann in der Regel nicht, wie es das Finanzierungsprinzip einer Selbstkostendeckung typischer Weise vorsehen würde, ex post an dem realen Versorgungsaufwand der Pflegebedürftigen ausgerichtet werden. Damit übt die Vergütung im Rahmen des SGB XI einen enormen Handlungsdruck auf jede ambulante und stationäre Versorgungseinrichtung der Pflege aus, die Kosten – unabhängig vom tatsächlichen oder prognostizierten Bedarf an Personal, Material, Zeit etc. – auf einem Minimum bzw. im Rahmen des definierten Leistungsbereiches zu halten.² Allgemein gesprochen, die durch die DRGs und die Pflegeversicherung beabsichtigte Kostenbegrenzung für gesundheitsbezogene Dienstleistung im Rahmen der Sozialversicherungssysteme versetzt die Leistungsanbieter im Gesundheitswesen in einen Wettbewerb um möglichst kostengünstigste Dienstleistungen (wenngleich der Wettbewerb hier nur mit Hilfe bürokratischer Verfahren simuliert wird und nicht mit einem Preiswettbewerb zu verwechseln ist).

Kassenwettbewerb, Vertragsliberalisierung, Kostenprivatisierung

Weitere bedeutsame Kennzeichen des bis heute nicht abgeschlossenen ökonomischen Strukturwandels lassen sich mit Blick auf die Expansion marktförmiger Wettbewerbs-elemente auf Seiten der gesetzlichen Krankenversicherung und der Pflegeversicherung identifizieren. Hervorzuheben ist sicherlich die Einführung der freien Krankenkassenwahl im Zuge des Gesundheitsstrukturgesetzes im Jahr 1992, daneben aber auch die Gewährung völlig neuer vertrags- und vergütungsrechtlicher Möglichkeiten für einzelne Kranken- und Pflegekassen, mit Hilfe derer die Kostenträger einen immer größeren Einfluss auf die Gestaltung der Versorgungsangebote erhalten (Gerlinger 2004a).

Die Empirie des marktförmigen Umbaus umfasst aber auch die Seite der Versicherten und Patienten, womit in erster Linie die Erosion des Solidar- und Sachleistungsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Koppelung der Finanzierung an die direkte Leistungsanspruchnahme angesprochen ist (Gerlinger 2004b). Dieser umfassende Trend zur direkten finanziellen Selbstbeteiligung des Versicherten im Krankheitsfall kann als eine wörtlich zu verstehende Privatisierung von Gesundheit bezeichnet werden. Versicherte werden zunehmend selbst, also privat, für ihren Ge-

1 Die von den DRGs ausgehende spezifische wirtschaftliche Anreizlogik zur Kostensenkung ist mittlerweile umfassend thematisiert (vgl. z.B. Simon 2005; Kretschmer/Nass 2005) und wird an dieser Stelle deshalb nicht beschrieben.

2 Verschärfend kommt hinzu, dass es angesichts der jahrelang ausgebliebenen Leistungsdynamisierung seit Einführung der Pflegeversicherung inzwischen zu einer massiven Differenz zwischen den Soll-Kosten und den tatsächlich anfallenden Ist-Kosten in der Versorgung gekommen sein dürfte (Rothgang 2004).

sundheitszustand verantwortlich gemacht und für die Finanzierung der eigenen Gesundheitsversorgung in die Pflicht genommen (Bauer 2006). Auch die Finanzierungssystematik der Pflegeversicherung, die Mitte der 1990er Jahre in Kraft trat, sieht eine Privatisierung der Versorgungskosten im Pflegefall vor. So umfassen die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung lediglich den Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Die Finanzierung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs wird nicht vollständig, sondern nur teilweise durch die Solidargemeinschaft sichergestellt und verbleibt demnach in der Verantwortung der Bedürftigen (Rothgang 2006).

3. Empirische Befunde zur Analyse des ökonomischen Wandels in der Pflege

Wenngleich seit etwa 15 Jahren mehr und mehr Bereiche der Krankenversorgung (Krankenkassen, Krankenhäuser, Pflegedienste etc.) in marktwirtschaftliche Bedingungen überführt werden, ist eine umfassende empirische Begleitforschung hinsichtlich der Folgen einer Marktsteuerung bislang ausgeblieben. Bis heute ist unklar, welcher Systematik der Transformationsprozess im Zuge der als Ökonomisierung bezeichneten Entwicklung im Gesundheitswesen folgt, bei dem die beiden Rationalitäten „therapeutischer Erfolg“ und „ökonomischer Erfolg“ neu miteinander verknüpft werden müssen. Diese Leerstelle zeigt sich einerseits durch fehlende Daten zu tatsächlichen Auswirkungen des ökonomischen Wandels auf den therapeutischen wie ökonomischen Outcome. Andererseits fehlt es immer noch an genaueren Analysen von erforderlichen Reorganisationspraktiken auf der Ebene von Institutionen der Gesundheitsversorgung sowie von Ökonomisierungsfolgen auf der Ebene des professionellen Handelns der Gesundheitsberufe. Die Ergebnisse der wenigen bisher vorliegenden empirischen Studien deuten generell zwar darauf hin, dass der ökonomische Wandel einen mehr oder weniger manifesten Zielkonflikt zwischen ökonomischen und therapeutischen Zielen zur Folge hat (Kühn/Simon 2001; Braun/Müller 2006; Buhr/Klinke 2006; Manzeschke 2006). Differenzierte Befunde speziell auf der Ebene des pflegerischen Handelns und Entscheidens in den verschiedenen Versorgungsettings fehlen indes immer noch. Die im Folgenden präsentierten empirischen Untersuchungen setzen an diesem Forschungsbedarf an und fokussieren die Pflege in den Settings Krankenhaus und ambulante Pflege.

Empirische Befunde: Krankenhauspflege und ambulante Pflegedienste

Im Mittelpunkt der beiden Untersuchungen steht das pflegerische Handeln und Entscheiden in der ambulanten Pflege und im Krankenhaus. Mit einem vorrangig qualitativen Forschungsdesign wurde untersucht, welcher Stellenwert konkret den Kostensenkungs- und Gewinnmotiven innerhalb der pflegerischen Arbeit zukommt, in welches Verhältnis die ökonomische Rationalität zu genuin pflegerischen Zielen gesetzt wird und welche Konsequenzen sich aus einer ökonomisch motivierten Rationalisierung für die professionellen Handlungs- und Versorgungsstandards der Pflegeversor-

gung ergeben können. Das Forschungsinteresse lag dabei sowohl auf den möglichen dysfunktionalen Effekten durch die ökonomischen Bedingungen in der ambulanten Pflege beziehungsweise im Krankenhaus, aber auch – dem sollte ein theoretischer wie empirischer Zugang nicht verschlossen sein – auf den möglichen funktionalen Effekten von Kostendruck und/oder von Gewinnorientierung im Gesundheitswesen.

Pflege im Krankenhaus

Die Ergebnisse der Krankenhausbefragung³ verweisen zunächst einmal darauf, dass es innerhalb der vergangenen Jahre zu erheblichen Umstrukturierungen in der Pflege gekommen ist – und zwar im Wesentlichen ausgelöst durch die Einführung der DRGs. Dabei können sowohl funktionale Effekte, als auch – gerade im Pflegebereich – dysfunktionale Folgen des durch die DRGs eingesetzten Kostendrucks im Krankenhaus identifiziert werden.

Zu den funktionalen Effekten des Kostendrucks im Krankenhaus zählen vielfältige Restrukturierungsmaßnahmen auf der Ebene der Krankenhausorganisation, mit denen der personale, materielle und zeitliche Ressourcenverbrauch erfolgreich gesenkt werden konnte, ohne dass dadurch die Qualität der Versorgung gemindert werden musste. Hierunter fällt vor allem die Senkung der Patientenverweildauer, die mittels einer verbesserten Koordinierung von Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen erreicht wurde, ebenso wie ein generell gestiegenes Kostenbewusstsein beim Materialeinkauf (z.B. pflegerische Hilfsmittel, Verbandsmaterial). Aber auch auf der Ebene der Personalpolitik in der Pflege hat der Kostendruck mehr oder weniger massive Reorganisationspraktiken ausgelöst:

„Man hat auch geguckt: brauchen wir da so viel Leute? Können wir unseren Stellenplan anders gestalten? Was machen die Leute eigentlich so? Also, also sicherlich mit vielen Dingen, die vorher einfach da waren und jetzt vielleicht auch nicht so hinterfragt worden sind, weil vielleicht gar nicht so die Notwendigkeit da war – die sind hinterfragt worden. Und da ist natürlich Personal eingespart worden.“ (Int 7: 37-41)

Ökonomischer Druck zur Kostensenkung könnte mit Blick auf diese, für die Befragung durchaus repräsentative, Interviewsequenz also insofern eine funktionale Wirkung befördern, als dass der Budgetdruck zu einem Abbau von sachlich nicht begründbaren Überkapazitäten an Personal geführt habe – nicht also auf Kosten der Qualität erfolgt sei.

Immer wieder festgestellt und gleichermaßen beklagt wurde seitens einer Mehrheit der Befragten, dass der Personalabbau in der Pflege letztlich jedoch zu radikal verlaufen und es deshalb zu einer massiven Qualitätsverschlechterung in der Versorgung gekommen sei. Pflegerische Versorgung im Krankenhaus reduziere sich – abseits aller Sonder-

³ Die Befragung wurde als qualitative Explorationsstudie durchgeführt. Gegenstand waren Experteninterviews mit Pflegekräften (n=15), die sich zum Zeitpunkt der Befragung in der Funktion von Mitarbeiter- bzw. Personalvertretungen und Betriebsräten im Krankenhausbereich befanden. Das Analyseverfahren erfolgte angelehnt an die dokumentarische Methode in Form einer themenbezogenen Interpretation (Bohnsack 2003).

privilegien für privat Krankenversicherte – zunehmend auf grundpflegerische Tätigkeiten im „Schnellverfahren“. Für „Fürsorge“, „Zwischenmenschliches“, „Patientengespräche“ oder „Beratung“ fehle hingegen zunehmend die Zeit. Daneben führe der Personalabbau zu belastenden Formen der Arbeitsverdichtung, einer Zunahme physischer und psychischer Arbeitsbelastung sowie der Erkrankungsraten beim pflegerischen Personal.

Der kursorische Blick auf die Ergebnisse der qualitativen Befragung (vgl. genauer in Slotala/Bauer/Lottmann 2008) zeigt also, dass der durch die DRGs ausgehende Kostendruck im Krankenhaus bereits zu vielfältigen Umbrüchen in der pflegerischen Versorgung geführt hat. Krankenhausakteure aus dem Berufsfeld Pflege sehen sich angesichts restriktiver Budgetobergrenzen in der Pflicht, die Versorgungskosten innerhalb ihres Verantwortungsbereiches zu senken. Dies scheint zum Teil mittels kluger Reorganisationspraktiken, wie neuer Behandlungspfade oder veränderter Aufgabenfelder, zu gelingen, ohne dass dadurch die Qualität der Versorgung leiden muss. Offensichtlich ist, dass der durch den Kostendruck ausgehende Handlungsdruck aber auch zu solchen Maßnahmen führt, die negative Effekte für Patienten und Beschäftigte in der Pflege nach sich ziehen. In erster Linie zählt hierzu der massive Personalabbau in Kombination mit einer gestiegenen Fallzahl (mehr Leistung mit weniger Personal), in Folge dessen es zu Rationierungstendenzen und Gesundheitsproblemen beim Pflegepersonal gekommen ist. Dieser pessimistische Eindruck wird auch durch offizielle Statistiken bestätigt (vgl. Tab. 3).

Tab. 3: Personalentwicklung und -belastung in Krankenhäusern nach Fällen. Entwicklung zwischen 1994 bis 2005

Jahr	Krankenhauspersonal/ Vollkräfte		Belastungszahl nach Fällen: Fallzahl/ Vollkräfte	
	Pflege	Medizin	Pflege	Medizin
1994	342 324	100 919	45,3	159,6
2005	302 346	131 115	55,8	138,8
Trend	- 12 %	+ 30 %	+ 23 %	- 13 %

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen nach dem Statistisches Bundesamt (2006, 2007c).

Daneben lassen unsere Befragungsergebnisse eine weitere zentrale Schlussfolgerung zu. Die Rekonstruktion von pflegerischen Anpassungsprozessen an die DRGs führt unmittelbar zu der Einsicht, dass bei der Abschätzung der DRGs-Folgen generell nicht von einem linear-kausalen Prozess auszugehen ist. Allein der Blick auf die sich völlig entgegenstehenden Entwicklungstrends bei den Personalkapazitäten von Medizin und Pflege (vgl. Tab. 3) macht bereits deutlich, dass es jenseits eines allgemeinen Kostendrucks im Krankenhausbereich offenbar große berufsgruppenbezogene Unterschiede bei der konkreten Anpassung an die neuen wirtschaftlichen Bedingungen in der statio-

nären Versorgung zu geben scheint. Generalisierbare Aussagen über „die“ Folgen im Krankenhausbereich müssen deshalb mit größter Sorgfalt formuliert werden. Aus der Binnenperspektive der Pflege bedeutet dies folglich aber auch, dass die von uns festgestellten drastischen Verschlechterungen der Arbeitsbedingungen in der Pflege keineswegs hinreichend allein mit Verweis auf wirtschaftlich-objektive „Sachzwänge“ erklärt werden können. So hat unsere qualitative Pflegebefragung im Krankenhaus deutliche Hinweise auch darauf geben können, dass den Pflegeakteuren im Krankenhaus eine systematische Antizipierung, Bewertung und Skandalisierung negativer Folgen des Personalabbaus in der Pflege grundsätzlich nur schwer zu gelingen scheint – obschon die von uns Befragten sowohl in der direkten Pflege tätig, als auch unmittelbar an den entsprechenden Personalstrukturentscheidungen in den Krankenhäusern mitbeteiligt waren. Offensichtlich stehen die Pflegeakteure derzeit vor großen Schwierigkeiten, ein eigenständiges Leistungsprofil der Pflege zu definieren und gegenüber wirtschaftlichen Zugriffen durchzusetzen (vgl. genauer in Slotala/Bauer/Lottmann 2008). Allgemein kann festgehalten werden: Die Anpassung der Krankenhäuser an die sich ändernden ökonomischen Strukturbedingungen gleicht (jenseits eines ökonomisch-rationalen Handlungsmodells) einem komplexen sozialen Transformationsprozess, bei dem die konkreten Krankenhausakteure und Berufsgruppen, ausgestattet mit unterschiedlich großen Macht- und Gestaltungsspielräumen, miteinander über Gestalt und Grenzen der wirtschaftlichen Transformation verhandeln müssen. In diesen Aushandlungsprozess, so unsere These, ist das Durchsetzungspotential der ärztlichen Leistungslogik offenbar deutlich höher, während demgegenüber die pflegerische Rationalität nur sehr schwer artikulierbar scheint und deshalb deutlich ins Hintertreffen geraten ist.

Ambulante Pflegedienste

Ausgehend von der Krankenhausbefragung hat im Frühjahr 2008 eine zweite Untersuchung⁴ begonnen, die die ökonomischen Bedingungen und ihren Konsequenzen für die Versorgungspraxis in der ambulanten Pflege zum Thema hat. Im Folgenden werden erste Befunde aus dieser noch laufenden Studie vorgestellt.

Demnach wird von allen Befragten ein massiver wirtschaftlicher Druck in Form eines allgemeinen Kostendrucks wahrgenommen. Typischer Weise sehen sich die Pflegeakteure in einem Spannungsfeld zwischen geringen Einnahmen auf der einen Seite und einem hohen Versorgungsbedarf, beziehungsweise entsprechend hohen Ausgaben (v.a. Personal- und Materialeinsatz), auf der anderen Seite. Im Ergebnis erscheint es für die Akteure deshalb als eine nicht zu hinterfragende wirtschaftliche Notwendigkeit, dass sie sich auf dem Pflegemarkt im Rahmen eines eng am Leistungskatalog der Pflege- und

⁴ Gegenstand der noch laufenden Untersuchung sind Experteninterviews (hier einbezogen n=15) mit unterschiedlichen Funktionsträgern aus der ambulanten Pflege (hier einbezogen Geschäftsleitungen, Pflegedienstleitungen, exam. und nicht-exam. Pflegepersonal, Qualitätsbeauftragte). Die in der Untersuchung eingeschlossenen Pflegedienste sind zusammengesetzt aus fünf privat und zehn konfessionell getragenen Anbietern. Das Analyseverfahren erfolgte angelehnt an die dokumentarische Methode in Form einer themenbezogenen Interpretation (Bohnsack 2003).

Krankenversicherung orientierten Leistungsangebotes durch möglichst günstige Versorgungskosten profilieren müssen. Welche konkreten Maßnahmen zur Kostensenkung dabei unternommen werden und wo die Grenzen einer reinen Kostensenkungslogik in der häuslichen Pflege liegen könnten, entscheidet dabei maßgeblich das Leitungspersonal (Geschäftsleitungen und Pflegedienstleitungen).

Auf Grundlage des bereits vorliegenden Datenmaterials lassen sich die Pflegedienste – pointiert gesprochen – grundsätzlich in zwei Gruppen aufteilen. Auf der einen Seite sind es solche Pflegedienste, in denen Maßnahmen zur Kostensenkung seitens des Leitungspersonal zwar angewendet werden. Dies erfolgt jedoch in ständiger Abwägung mit dem Versorgungsauftrag und nicht unter Einsatz von speziellen betriebswirtschaftlichen Methoden und Verfahren. Der wirtschaftliche Druck wird seitens der Leitung praktisch primär über die Dauer eines Pflegeeinsatzes vermittelt, soll jedoch, wenn irgendwie möglich, nicht zu Lasten der Versorgungsqualität durchgesetzt werden. Ökonomisch nicht rentable – also zu lange – Einsatzzeiten werden beispielsweise situativ dann toleriert, wenn diese von der zuständigen Pflegekraft und unter Verweis auf einen entsprechend hohen Versorgungsbedarf begründet werden. Generell scheint jedoch, dass die vorhandenen Mittel für die Pflegeversorgung kaum ausreichen, um in jedem Fall eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige häusliche Pflege gewährleisten zu können.

Neben der Gruppe von Pflegediensten mit einem relativ geringen Grad an betriebswirtschaftlicher Durchdringung existieren auf der anderen Seite aber auch solche Pflegedienste, in denen betriebswirtschaftliches Denken und Handeln in hohem Maße Einzug gehalten und zu umfänglichen Restrukturierungsmaßnahmen im Pflegedienst geführt haben. Die Situation in dieser Gruppe von Pflegediensten ist durch eine enorm wirtschaftliche Erwartungshaltung gekennzeichnet. Entweder soll der Pflegedienst möglichst schnell aus der Verlustzone heraus, oder mit der häuslichen Pflege ein möglichst hoher Gewinn erzielt werden. Zu den betriebswirtschaftlichen Maßnahmen, die teilweise auch mit der Hilfe von Unternehmensberatung implementiert wurden, gehören vor allem:

- Flexibilisierung von Arbeitszeiten und Absenkung von Gehältern
- Arbeitsverdichtung durch radikale Verkürzung der Einsatzzeiten
- Verlagerung der Versorgungsverantwortung auf die Nachfrageseite (Zuzahlungsbereitschaft)
- Erstellung von Verfahrensstandards (betriebswirtschaftliche Rationalisierung der häuslichen Versorgung)
- Vermehrter Einsatz von Hilfspersonal in der Pflege

Beispielhaft für die Qualitätsproblematik in Folge des massiv zugenommenen Zeitdrucks in diesen Pflegediensten kann die folgende Aussage einer (nicht-examinierten) Pflegerin herangezogen werden:

„Aber das sind halt so bloß manchmal die fünf Minuten, die fehlen. Wo du sagst: wie geht's dir?“ (Int. 1/Sz: 29-31)

In dieser Interviewsequenz thematisiert die Befragte „die“ fehlenden „fünf Minuten“, mit dem ein grundsätzlicher Wandel in der Versorgungsrealität kritisch zum Ausdruck gebracht werden soll. Auch in allen anderen Interviews mit Pflegenden, die zum Befragungszeitpunkt in der praktischen Versorgung tätig waren, lässt sich eine solche kritische Einschätzung der Folgen des zunehmenden Zeitmangels in der häuslichen Pflege wiederfinden. Offenbar führt der Zeitdruck – ähnlich wie im Krankenhaus – dazu, dass häusliche Pflege sich mehr und mehr auf die rasche Verrichtung von sogenannten grundpflegerischen Tätigkeiten reduziert und einem psychosozialen Versorgungsanspruch kaum noch gerecht wird. Anders als in der ersten Gruppe der Pflegedienste mit geringer betriebswirtschaftlicher Durchdringung führen hier die radikalen wirtschaftlichen Umstrukturierungsmaßnahmen zu einer zusätzlichen und organisatorisch bereits vorentschiedenen Verschärfung der Qualitätsproblematik in der häuslichen Pflege.

Diese Entwicklung erweist sich zugleich als nicht vereinbar mit dem pflegerischen Selbstverständnis bei den meisten Befragten. Auch wenn dies finanziell nicht vergütet wird: Die Pflegeakteure nehmen sich, unabhängig (!) von ihrer Funktion im Pflegedienst, häufig mehr Zeit im Patientenkontakt, als in den offiziellen Zeitvorgaben des Pflegedienstes vorgesehen. Es bleibt an dieser Stelle jedoch offen, inwiefern die mit dem gestiegenen ökonomischen Druck gewachsene Kluft zwischen den wirtschaftlichen Erfordernissen und dem pflegerischen Bedarf dauerhaft über Selbstlosigkeit des Pflegepersonals überbrückt werden kann (und sollte).

Dieser erste und hier stark komprimierte Einblick in die noch laufende Untersuchung macht insgesamt deutlich, dass die Qualität der häuslichen Pflegeversorgung in einem überaus hohen Maße von den wirtschaftlichen Bedingungen der ambulanten Pflegedienste vorstrukturiert wird. Budgetierte und im Leistungsumfang begrenzte Finanzierungsmittel im Rahmen der Pflegeversicherung können durch private Zuzahlungen der Pflegebedürftigen regelmäßig nur punktuell ergänzt werden. Daneben wurde häufig eine zögerliche Genehmigungspraxis bei Leistungen der Behandlungspflege und unzureichende Finanzierung von Beratungseinsätzen als problematisch angegeben. So sieht sich das Leitungspersonal in den Pflegediensten gezwungen, die Kosten vor allem durch Verknappung der Versorgungszeiten auf einem Minimum zu halten und das Versorgungsspektrum sehr eng am gesetzlichen Leistungsrahmen auszurichten. Gleichwohl ist das Verhältnis zwischen den ökonomischen Bedingungen und der Qualität in der häuslichen Pflege keinesfalls deterministisch. Das Spektrum der Pflegepraxis umfasst vielmehr Pflegedienste, in denen das Leitungspersonal bemüht ist, Kostensenkungsmotive in jedem Einzelfall kritisch gegen qualitative Versorgungsanforderungen abzuwägen; ebenso gibt es aber auch solche Pflegedienste, deren ökonomische Situation mit Hilfe betriebswirtschaftlicher Instrumente (und daran angepasster Denk- und Bewertungsmuster der Akteure) radikal und zu Lasten der Qualität optimiert werden soll. Nicht zu vergessen ist aber, dass die drohenden negativen Konsequenzen all dieser Kostensenkung- und Renditestrategien im Versorgungsalltag von den Pflegekräften aufgefangen werden: Oftmals wird, wenn nötig, unbezahlt gepflegt.

4. Ausblick

Die Ergebnisse der beiden vorgestellten Studien für den Krankenhausbereich und die ambulante Pflege zeigen, dass es in Folge der veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen im Krankenhaus – in diesem Zusammenhang ist in erster Linie die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf eine fallbezogene Pauschalvergütung (DRGs) angesprochen – und auf Grund der Leistungsbudgetierung sowie der unterschiedlichen Trägerinteressen in der ambulanten Pflege zu vielfältigen und spannungsreichen Anpassungs- und Aushandlungsprozessen in der pflegerischen Arbeit gekommen ist.

In beiden Versorgungssettings der Pflege zeigt die ökonomische Beeinflussung der Leistungsanbieter sowohl funktionale als auch dysfunktionale Effekte. So führt der massive Kostendruck dazu, dass die Pflegeakteure nunmehr alle vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven innerhalb der Versorgungsorganisation ausschöpfen müssen, um wettbewerbsfähig bleiben zu können. Diese Einsparungsprogramme führen jedoch offenbar nicht immer zu der allseits erwünschten Erhöhung der Wirtschaftlichkeit, also zu einer Senkung des Ressourcenverbrauchs bei gleich bleibendem Qualitätsniveau der Pflege. Sowohl im Krankenhaus als auch in der ambulanten Pflege ist es auf Grund von gewachsenen wirtschaftlichen Zwängen zu geringen Kosten bzw. hohen Erträgen zugleich auch zu einer massiven Verschlechterung der Arbeitsbedingungen gekommen – so wird es zumindest aus Sicht der Pflegekräfte berichtet. Bedingt durch Personalabbau, Arbeitsverdichtung und Zeitdruck im Patientenkontakt fällt es den Pflegenden immer schwerer, eine qualitativ hochwertige Pflege zu gewährleisten. Derzeit scheint es so, als ob die drohende systematische Rationierung von Pflegeleistungen nur noch durch altruistisches Handeln der praktisch tätigen Pflegeakteure kompensiert werden kann – dies freilich nur unsystematisch und auf Kosten einer entsprechend hohen gesundheitlichen Arbeitsbelastung und bei unbezahlten Überstunden.

Vieles erinnert in der vorgestellten Analyse an die bereits sehr frühen Prognosen zu den Problemen einer verstärkten Marktausrichtung in der Gesundheitsversorgung. Julian Tudor Harts besonders einflussreiche Meta-Analyse im *Lancet* (1971) stellte hierzu fest: *The market distribution of medical care is a primitive and historically outdated social form, and any return to it would further exaggerate the maldistribution of medical resources.*“ (405). Und tatsächlich scheinen heutige Erkenntnisse dieser Warnung Nachdruck zu verleihen (Patterson/Judge 2002). Der qualitative Zugang zu den Deutungen der Pflegekräfte liefert hierfür wichtige Einsichten. Ergänzende Befragungen der Beschäftigten im Kliniksektor, die der Fragestellung auf quantitativer Basis nachgehen, bestätigen diese kritischen Befunde mitunter noch deutlicher (zur Methodik siehe den Beitrag von Pacht/Bauer in diesem Heft). Wird das ärztliche und pflegerische Personal nach seiner persönlichen Einschätzung befragt, bestätigen inzwischen über 90%, dass der ökonomische Druck auf die Handlungsabläufe im Krankenhaus spürbar anwächst. Dass man eher ethischen Maßstäben an Stelle einer ökonomischen Ausrichtung im Krankenhaus folgen sollte, bestätigen 80% der befragten ÄrztInnen und Pflegekräfte; dass wirtschaftliche Kalkulationen eines Krankenhauses sogar der Qualität

der Patientenversorgung schaden können, geben wiederum rund 90% der Befragten im Klinikkontext an.

Diese Ergebnisse aus Massenbefragungen, die hier nur kursorisch aufgenommen werden und natürlich einer viel umfänglicheren Diskussion bedürfen, machen zumindest eines noch deutlicher: Die Dynamik, mit der im Moment die marktwirtschaftliche Transformation wichtiger Strukturprinzipien im Gesundheitswesen erfolgt und die der Professionalität von ÄrztInnen und Pflegekräften zuwider laufen dürfte (Bollinger/Gerlach 2008), steht in einem vollkommen unzureichenden Verhältnis zu dem, was wir realiter über die sich verändernde Situation von Beschäftigten und Patienten im Gesundheitswesen wissen. Schauen wir auf Befunde, die hierzu erste Anhaltspunkte bieten, müsste ein viel intensiveres Impact Assessment in Bewegung gesetzt werden, das einerseits der drohenden Verschlechterung von Arbeitsbedingungen nachgeht, andererseits den möglichen Qualitätsverlusten in der Patientenversorgung. Es steht nicht weniger als die Güte einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung auf dem Spiel.

Literatur

- Bauer, U. (2006): Die sozialen Kosten der Ökonomisierung von Gesundheit, In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, 8-9, 17-24
- Bohnsack, R. (2003): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. 5. Aufl. Opladen: Leske u. Budrich
- Bollinger, H./Gerlach, A. (2008): „Professionalität“ als Kompetenz und Element der Qualitätssicherung in den Gesundheitsberufen. In: Matzig, S. (Hrsg.): Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. München/Weinheim: Juventa, 139-158
- Braun, B./Müller, R. (2006): Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten. Ergebnisse einer wiederholten Patientenbefragung und einer Längsschnittanalyse von GKV-Routinedaten. Schwäbisch Gmünd: Asgard-Verlag
- Buhr, P./Klinke S. (2006): Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung, Bd. SPI 2006-311, WZB Discussion Paper. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Gerlinger, T. (2004a): Privatisierung – Liberalisierung – Re-Regulierung. Konturen des Umbaus des Gesundheitssystems, in: WSI-Mitteilungen, H. 9, 501-506
- Gerlinger, T. (2004b): Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitspolitik, in: Pflege & Gesellschaft, H. 4, 133-137
- Hart, J.T. (1971): The Care Law. In: Lancet 1 (27 February), 405-412
- Kretschmer, R./Nass, G. (2005): DRG's im Krankenhausalltag – Ärztliche Entscheidungen im Spagat zwischen knappen Ressourcen und Ethik. In: Eurich, J./Bring, A./Hädrich, Jürgen/Langer, A./Schröder, P. (Hrsg.): Soziale Institutionen zwischen Markt und Moral. Führungs- und Handlungskontexte. Wiesbaden: VS, S. 247-264.
- Kühn, H. (2004): Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung. In: Elsner, G./Gerlinger, T./Stegmüller, K. (Hrsg.): Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus. Hamburg: VSA, 25-41
- Kühn, H./Simon, M (2001): Anpassungsprozesse der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung (Budgets, Fallpauschalen) und ihre Auswirkungen auf die Patientenorientierung. Abschlussbericht
- Manzeschke, A. (2006): Diakonie und Ökonomie. Die Auswirkungen von DRG und fallpauschalitem Medizin- und Qualitätsmanagement auf das Handeln in Krankenhäusern. Eine sozialwissenschaftli-

- che Untersuchung und sozialetische Bewertung, Thesen zum Forschungsprojekt „Diakonie und Ökonomie“. Hannover
- Maucher, M. (2005): Dienstleistungen des Sozial- und Gerechtigkeitsbereichs zwischen Gemeinwohlverpflichtung und Sozialmarktorientierung. Vorbereitenden Aktivitäten zur Erarbeitung einer Mitteilung der EU. In: Sozialer Fortschritt, Jg. 54, Heft 5-6, 142-149
- Rosenbrock, R./Gerlinger, T. (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 2. vollst. überarb. Aufl. Bern: Huber
- Rothgang, H. (2004): Ökonomische Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege. In: Hassler, M./Meyer, M. (Hrsg.): Ambulante Pflege: Neue Wege und Konzepte für die Zukunft. Schlütersche, 36-47
- Rothgang, H. (2006): Finanzierungsalternativen der Pflegeversicherung zwischen Eigenverantwortung und Solidarität. WSI-Mitteilungen, 4, 221-219
- Paterson, I./Judge, K. (2002): Equality in access to healthcare. In: Mackenbach, J./Bakker, M. (Hg.): Reducing Inequalities in Health: A European Perspective. London/New York: Routledge, 169-187
- Simon, M. (2005): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Bern u.a.: Huber
- Slotala, L./Ullrich, B./Lottmann, K. (2008): Pflege unter Bedingungen des ökonomischen Wandels. In: Gerhardt, M./Kolb, (Hg.): Medizin und Gewissen – im Streit zwischen Markt und Solidarität. Kongressdokumentation Nürnberg 20.-22. Oktober 2006, 383-396
- Statistisches Bundesamt (2002a): 4. Kurzbericht: Pflegestatistik 1999 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich: Ambulante Pflegedienste. Bonn
- Statistisches Bundesamt (2002b): 3. Kurzbericht: Pflegestatistik 1999 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich: Pflegeheime. Bonn
- Statistisches Bundesamt (2006): Grunddaten 2006. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. <www-ec.destatis.de> [Stand 2008-08-29]
- Statistisches Bundesamt (2007a): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 3. Bericht: Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste. Wiesbaden, 14. März 2007
- Statistisches Bundesamt (2007b): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 3. Bericht: Ländervergleich – Pflegeheime. Wiesbaden, 14. März 2007
- Statistisches Bundesamt (2007c): Krankenhausstatistik – Grunddaten. Vollkräfte in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (absolut und je Bett), Belastung nach Betten und Fällen. [Stand 2008-06-23]

Lukas Slotala

(Diplom-Pflegewirt, MPH), Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften
(Doktorand an der Arbeitsgruppe Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft)

Jun. Prof. Dr. Ullrich Bauer

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften (Arbeitsgruppe Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft)

Korrespondenz:

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften (AG 6), Postfach 10 01 31,
33501 Bielefeld

Gerlind Pracht und Ullrich Bauer

Burnout im Klinikalltag. Empirische Erkenntnisse zur Emotionsarbeit, Stressbelastung und Klientenaversion in der pflegerischen und ärztlichen Tätigkeit

Burnout in clinical daily routines. Empirical findings about emotion work, stress and depersonalisation in medical care and medical jobs

Human servicing in hospitals makes high emotional demands on the medical community in its contact to patients. This study investigates possible consequences of this personal and psychological strain. Specifically the study evaluates the impact of emotion work on emotional exhaustion and depersonalisation of the respondents. The sample (n = 237) distinguishes between nurses and doctors in a hospital of maximum medical care. Adapted standardized tests to measure emotional job demands and stress from industrial and organizational psychology are used for this study. Findings show significant differences between both professions: Nurses perform more emotion work and experience more emotional dissonance than doctors. Although individually experienced emotional dissonance is attended by negative mental strain like emotional exhaustion there are no significant results to distinguish nurses and doctors in this criterion. Doctors experience more emotional exhaustion and depersonalisation even though they perceive less emotional dissonance and are better grounded in resources for coping emotional demands.

Keywords

emotion work, emotional dissonance, burnout, human servicing, nursing, medical profession, care systems

Humandienstleistungen im Krankenhaus stellen Krankenpflegekräfte und Ärzteschaft vor enorme interaktionale und emotionale Arbeitsanforderungen im Patientenkontakt. Die vorliegende Untersuchung thematisiert mögliche Folgen dieser Belastung. Im Einzelnen wird der Einfluss der geleisteten Emotionsarbeit auf die Klientenaversion und die emotionale Erschöpfung der Befragten untersucht. Das Sample (n= 237) unterscheidet dabei pflegerisches und ärztliches Personal eines Krankenhauses der Maximalversorgung. Zum Einsatz kommen Standardinstrumente zur Messung der emotionalen Anforderungen und Stressbelastung, die bisher vor allem in der Arbeits- und Organisationspsychologie Verwendung finden. Die Ergebnisse zeigen recht deutlich, dass Pflegekräfte signifikant mehr Emotionsarbeit leisten und dabei mehr emotionale Dissonanz erfahren als die Vergleichsgruppe des ärztlichen Personals. Obwohl die erfahrene emotionale Dissonanz normalerweise mit

eingereicht 25.09.2008

akzeptiert 25.11.2008 (nach Überarbeitung)

höherer psychischer Beanspruchung einhergeht, zeigt sich diesbezüglich für beide Gruppen kein signifikanter Unterschied. Ärztinnen und Ärzte sind danach, trotz geringerer emotionaler Dissonanz und signifikant größerer Bewältigungsressourcen, emotional erschöpfter und bilden ein höheres Maß an Klientenaversion aus.

Schlüsselwörter

Emotionsarbeit, emotionale Dissonanz, Burnout, Humandienstleistung, Pflegeberuf, Arztberuf, Pflegesystem

1. Krankenhaus im Wandel – aber mit welchen Folgen für die Beschäftigten?

Psychische Belastungen und Beanspruchungen sind für Tätigkeiten in der Krankenpflege und im ärztlichen Dienst inzwischen vielfach empirisch untersucht. Gerade im deutschsprachigen Raum existiert hierzu eine Vielzahl von Befunden (Glaser et al. 2005; Peter 2004; Baillod / Schär Moser 2003; Büssing et al. 2003; Büssing / Glaser 2003; Peter / Ulich 2003; Büssing 1997a und b; Stern 1996; Herschbach 1991). Ein Grund für das gestiegene Interesse ist sicherlich der bestehende Umstrukturierungsprozess, in dem sich die Krankenhausversorgung befindet (Bauer 2006, siehe den Beitrag von Manzeschke zu diesem Schwerpunkt). Die ökonomisch induzierte Transformationsbewegung, mit der etwa die Einführung von Budgets und nun der DRGs als Steuerungsinstrument einhergeht, steht besonders im Mittelpunkt. Eine Reihe von Untersuchungen fragt inzwischen danach, welche Auswirkungen sich aus Veränderungen ergeben, die für das medizinische Personal im Krankenhaussektor mehrheitlich als Verknappung von Ressourcen, zunehmende Arbeitsbelastungen und Mechanismen der Arbeitsverdichtung beschrieben werden (Geyer i.E.; IQWiG 2006; Klinke 2008)¹.

Die Berufstätigkeit im Krankenhaus kann als eine überaus komplexe Tätigkeit definiert werden, die aus technischen, kommunikativen und sozialen Anforderungen gleichermaßen besteht (Brühe et al. 2004; Manzeschke 2009). Gerade die kommunikativen und sozialen Anteile der Tätigkeit scheinen mit Blick auf Belastungsfaktoren sowie die Aktivierung vorhandener Bewältigungsressourcen und soft skills besonders sensibel zu sein. In beiden Bereichen wachsen die Anforderungen gerade dann, wenn die Tätigkeit mit vulnerablen Gruppen (bspw. mit Patienten im Akutbereich) unter Bedingungen erfolgen muss, unter denen stillschweigend erwartete Zuwendungen wie die emotionale Anteilnahme, Empathie und offene Kommunikation anscheinend schwerer zu erbringen sind (Klinke 2007; Buhr/Klinke 2006; Klinke/Kühn 2006).

Ziel der vorliegenden Ausführungen ist es, der besonders virulenten Frage nachzugehen, wie Belastungen im Klinikalltag verarbeitet werden, die auf emotionalen und kommunikativen Anforderungen mit Patientinnen und Patienten beruhen. Im Mittel-

¹ Auch die tägliche Presse berichtet immer wieder von steigenden Arbeitsanforderungen bei zunehmendem Tempo in der Pflege: „Das ist die große Kunst der Krankenpflege: freundlich und geduldig sein, auch wenn alles schnell gehen muss. Nur so kann es gelingen, dass aus den Vorgaben der Politik keine Fließbandveranstaltung wird.“ (Frankfurter Rundschau 6./7.9.2008: S.D2). [0]

punkt steht, in welchem Umfang (und mit welchem Grad der An- bzw. Überforderung) das pflegerische und ärztliche Personal Emotionsarbeit – als konkrete Arbeitsanforderung (Holz 2005) – leistet. Hieran angeschlossen wird überprüft, in welchem Ausmaß psychische Beanspruchungen in Form von emotionaler Erschöpfung und Klientenaversion erlebt werden und wie sich die beiden Berufsgruppen darin unterscheiden. Für die Pflegekräfte der Stichprobe wird zusätzlich ein Blick auf die Zusammenhänge zwischen der Ganzheitlichkeit ihrer Pfllegetätigkeit und den zuvor genannten burnoutrelevanten Kriterien der Beanspruchung gegeben.

2. Emotionsarbeit, emotionale Dissonanz und die Gefahren des Burnout

Hacker/Reinhold (1999) beschreiben einen Beanspruchungszustand in Humandienstleistungen, bei denen nicht Objekte, sondern Menschen mit tatsächlichen und unterstellten Ansprüchen an die mitmenschliche Zuwendung der Arbeitsgegenstand sind: „Dem Geben von Hilfe und Fürsorge beispielsweise an den Patienten kann ein zu geringer oder fehlender Rückfluss an Dank oder Zuwendung gegenüberstehen (der sogenannte Kernwiderspruch von Helfer-Berufen). Als Folge kann langfristig ein (körperliches und psychisches, auch emotionales) Erschöpfen auftreten, das mit einer Abwendung (Gleichgültigkeit) oder im Extrem Aversion gegen Patienten („Depersonalisation“ als einstellungsmäßiges Ablösen von der Aufgabe) verbunden zu sein pflegt“ (Hacker/Reinhold 1999: 10). Die emotionale Erschöpfung und Klientenaversion bzw. Depersonalisation sind zwei wichtige Kernelemente des Burnout-Syndroms (Maslach et al. 1996). Bei Prozessen der Erschöpfung scheint, wie Glaser et al. (2005) betonen, der Aspekt emotionaler und interaktionaler Arbeitsanforderungen von besonderer Bedeutung: „Die von Krankenpflegekräften und Ärzten zu leistenden pflegerischen, diagnostischen und therapeutischen Tätigkeiten finden überwiegend im direkten Patientenkontakt statt. Hierbei sind vielfältige, gerade auch kommunikative und emotionale Anforderungen zu bewältigen“ (Glaser et al. 2005: 145).

Diese ganz konkreten Arbeitsanforderungen beschreibt das Konzept der Emotionsarbeit. Es umfasst nach Zapf et al. (1999) die Form bezahlter Arbeit, bei der ein Management der eigenen Gefühle erforderlich ist, um nach außen in Mimik, Stimme und Gestik ein bestimmtes Gefühl zum Ausdruck zu bringen, unabhängig davon, ob dies mit den inneren Empfindungen übereinstimmt oder nicht (vgl. auch Hochschild 1990). Das bedeutet im Kontext Krankenhaus, beim Patienten ganz bestimmte Emotionen durch den eigenen Gefühlsausdruck hervorzurufen: „Zu diesem Zweck wird von Pflegenden und anderen Berufsgruppen erwartet, daß sie den Patienten gegenüber neutrale oder positive Gefühlsausdrücke zeigen – letztlich mit dem Ziel, bei den Patienten negative Gefühle über den eigenen Zustand zu vermeiden, da diese den Heilungsprozess behindern können“ (Nerdinger/Röper 1999: 188). Damit sind für Humandienstleistungen das Management der eigenen und patientenbezogenen Emotionen zentrale Elemente von Emotionsarbeit. Deutlich wird hier die arbeitspsychologische Perspektive der Emotionsarbeit, die die konkrete Arbeitsanforderung an die je-

weilige Tätigkeit und deren Auswirkung fokussiert. Wichtig erscheint vorliegend die begriffliche Abgrenzung zu emotionalen und interaktionalen Anforderungen, die aus der Kommunikation mit Kolleginnen und Kollegen im Klinikalltag erwachsen sowie zum aktiven Part, den Patientinnen und Patienten in der Gestaltung von Kommunikation einnehmen können. Ähnlich verwendete Begriffe mit solchen Foki sind Termini wie Gefühlsarbeit (Paseka 1991) und Interaktionsarbeit (Büssing/Glaser 1999).

Zapf et al. (2003) konstatieren speziell für den Arbeitskontext Krankenhaus: „Mit einer Krankenpflegerin, die stumm ihre Verrichtungen am Patienten vornimmt, wird man nicht zufrieden sein. Vielmehr besteht die Erwartung, einfühlsam behandelt zu werden, dass die Schwester Verständnis zeigt und vielleicht auch einmal ein paar freundliche Worte für den Patienten bereit hat“ (Zapf et al. 2003: 268). Das Konzept Emotionsarbeit beinhaltet einerseits fünf Arbeitsanforderungen und andererseits den *Stressor emotionale Dissonanz*, womit die Diskrepanz zwischen den tatsächlich bestehenden und den zu zeigenden Gefühlen gemeint ist (Zapf et al. 1999). So kann es erforderlich sein, Positives auszudrücken, während selbst Trauer oder gar Wut empfunden wird. Das Management genau dieser widersprüchlichen Emotionslagen ist bezeichnend für Emotionsarbeit und nicht folgenlos für das psychische Erleben. Zu den expliziten Arbeitsanforderungen gehören:

1. *das Zeigen positiver Emotionen*, z.B. (Mit)Freude, aufmunterndes Lächeln, Begeisterung
2. *das Zeigen negativer Emotionen*, z.B. Strenge, Ärger oder Enttäuschung
3. *das Zeigen neutraler Emotionen*, z.B. Sachlichkeit ausstrahlen und intensive positive oder negative Gefühlsausdrücke vermeiden
4. *das Ausdrücken emotionaler Anteilnahme* als das Ausdrücken positiver Emotionsqualitäten in einer für den Interaktionspartner negativen Situation, z.B. in der Pflege
5. *Sensitivitätsanforderungen* als das Wahrnehmen der Emotionen der Interaktionspartner und das Zeigen angemessener Reaktion auf die wahrgenommenen Emotionen.

Die Verrichtung von Emotionsarbeit als mehrdimensionales Konstrukt (Morris/Feldman 1996) kann indes sowohl negative als auch positive Folgen auf das psychische Wohlbefinden der Dienstleistenden haben: Exzessive Emotionsarbeit und erlebte emotionale Dissonanz beeinträchtigen hiernach die psychische und physische Gesundheit durch emotionale Erschöpfung, Depersonalisation sowie durch mögliche psychosomatische Beschwerden (Kopfschmerz, Substanzmissbrauch, Absentismus, sexuelle Störungen etc.) (Büssing/Glaser 1999; Nerdinger/Röper 1999; Hochschild 1983: 187ff). Wecking/Wegge (2005) spezifizieren dabei, dass es zu Befindensbeeinträchtigungen vermutlich nur dann kommt, wenn die emotionale Dissonanz auf eigene negative Gefühle zurückzuführen ist. In ihren Untersuchungen steht der 'innere Zustand' bei emotionaler Dissonanz im Fokus: Das Verbergen eigener negativer Gefühle wie Ärger, Abneigung und Langeweile korreliert dabei hoch mit dem Dissonanz erleben während das Unterdrücken von eigenen positiven Emotionen wie Freude, Stolz, Mitgefühl und Zuneigung nicht mit emotionaler Dissonanz einher geht (vgl.

Wecking/Wegge 2005: 44f). Positive Auswirkungen kann Emotionsarbeit dadurch haben, das mit anspruchsvollen Interaktionen das Gefühl der persönlichen Leistungserfüllung – ebenfalls ein Kernelement des Burnout (Maslach et al. 1996) – zunehmend ansteigt (Zapf et al. 1999, 2000) und positive Erfahrungen in der Ausübung der Berufsrolle gemacht werden können. Als Bewältigungsressourcen der Emotionsarbeit nennen Zapf et al. (2003) die emotionale Kontrolle (der eigene Einfluss darauf, welche Gefühle man in welcher Situation zeigen darf) und der Interaktionsspielraum (die Art und das Ausmaß der Einflussmöglichkeiten auf die Interaktion an sich). Bei emotionaler Dissonanz unter gleichzeitig großen Spielräumen sind negative burnoutrelevante Folgen deutlich kleiner (Zapf et al. 2003: 278). Wichtige Ressourcen sind auch die soziale Unterstützung und innere Kontrollüberzeugungen einer Person wie die Selbstwirksamkeitserwartung (Fischbach 2003: 32). Sie mildern negative Auswirkungen der emotionalen Dissonanz und spielen eine Rolle im Prozess der Emotionsregulation (ebd.).

Ob sich die Form emotionaler Dissonanz, also der erlebte Widerspruch von darzustellenden und dabei tatsächlich erlebten Emotionen, als Stressor in einer zunehmenden emotionalen Erschöpfung und Klientenaversion abbildet, hängt einerseits von der Häufigkeit der geleisteten Emotionsarbeit ab, da mit ihr das Erleben diskrepanter Situationen wahrscheinlicher wird (Holz 2005: 97). Andererseits ist der Umgang mit dieser Diskrepanz entscheidend, wobei in der psychologischen Literatur zum Bewältigungshandeln zwischen *faking in good faith* (Handeln aus Überzeugung) und *faking in bad faith* (Handeln aus Zwang) unterschieden wird (Nerdinger/Röper 1999: 189f). Von großer Bedeutung ist hierbei, dass Emotionsarbeit in den bisher vorliegenden Beanspruchungsanalysen einen eigenen Erklärungswert besitzt und nicht nur auf arbeitsorganisatorische Probleme, erlebten Zeitdruck oder auf Konflikte zurückführen ist (Holz 2005, S.97). Diese allgemeine Ausgangsüberlegung scheint die Annahmen von Glaser/Büssing (1997b) und Büssing/Schmitt (1998) zu bestätigen, nach denen steigende interaktionale Anforderungen gerade in der ganzheitlich ausgerichteten Pflege mit mehr psychischer Beanspruchung durch Interaktionsstress einhergehen, auch wenn Arbeitsbelastungen dabei signifikant absinken. Die arbeitspsychologische Forschung hat vielfach den Ressourcencharakter ganzheitlicher, vollständiger Tätigkeiten bei großen Handlungsspielräumen und den damit verbundenen Lernmöglichkeiten belegt, unter denen negative burnoutrelevante Folgen deutlich sinken (Hacker 1986; Karasek 1979; Bamberg 2004). So soll vorliegend der Einfluss solcher organisatorischer und tätigkeitsbezogener Aspekte nicht völlig ausgeblendet werden, indem ganzheitliche, vollständige Pfl egetätigkeiten ohne Anspruch auf einen dezidierten Pflegesystemvergleich berücksichtigt werden.

In der *ganzheitlichen Pflege* sind gleichzeitig vollständige Pflegeaufgaben und hinreichender Patientenorientierung gegeben (vgl. Glaser/Büssing 1997: 302), sodass die Pflegekraft eigenverantwortlich unter aktiver Beteiligung der Patienten den Pflegeprozess plant, durchführt evaluiert und reguliert (vgl. Büssing 1997b: 21). Charakteristisch für die *Funktionspflege* sind tayloristisch zerstückelte Arbeitshandlungen in Form von Partialverrichtungen und 'Runden mit bestimmten Tätigkeiten an allen Patienten'

(vgl. Glaser/ Büssing 1999: 210). Pflegekräfte erleben dort insgesamt deutlich eingeschränkte Handlungs- und Entscheidungsspielräume und deren negative Folgen (vgl. Bleses 1997: 276).

Es zeigt sich überraschenderweise, dass im deutschsprachigen Raum bisher kaum Untersuchungen existieren, die Emotionsarbeit und ihre Folgen im Klinikalltag thematisieren². Das gilt gerade für eine vergleichende Perspektive, die unterschiedliche Berufsgruppen und Arbeitsbedingungen einbezieht. Als pflegerisch-diagnostisch-therapeutische Teams sind Pflegekräfte und Ärztinnen/Ärzte aufeinander angewiesene Partner im Erbringen von Gesundheitsdienstleistungen. Aus diesem Grund wurde mit der vorliegenden explorativen Studie zur emotionalen Belastung im Krankenhausalltag erstmals versucht, die spezifischen emotionalen Arbeitsanforderungen an medizinisches Personal vergleichend für diese Berufsgruppen zu beschreiben, deren mögliche negative psychische Folgen zu berücksichtigen und damit eine Forschungslücke zu schließen. Die Forschungshypothesen der Studie untersuchen a) wie sich zwischen ärztlicher und pflegerischer Berufsgruppe die geleistete Emotionsarbeit in ihren fünf Anforderungsdimensionen und dem Stressor emotionale Dissonanz unterscheiden und b) wie sich die psychische Beanspruchung in Form von emotionaler Erschöpfung und Klientenaversion im Berufsgruppenvergleich darstellt und welchen Bezug es zu emotionaler Dissonanz gibt, c) wie sich Bewältigungsressourcen der Emotionsarbeit in Form emotionaler Kontrolle, Interaktionsspielraum und Selbstwirksamkeitserwartung zwischen den Gruppen unterscheiden und ob dabei ein Zusammenhang mit den Burnout-Aspekten besteht. Ferner wird d) für Pflegekräfte nach einem Zusammenhang zwischen Emotionsarbeit und den Burnout-Kriterien mit vollständigen Pflegetätigkeiten und ihren Handlungsspielräumen gefragt und e) geprüft, inwieweit Emotionsarbeit, ganzheitliche Pflegetätigkeiten und die Selbstwirksamkeitserwartung die Entstehung der Burnout-Kriterien vorhersagen können.

3. Methodik

3.1 Stichprobe

Die schriftliche, standardisierte Befragung erfolgte in einem Krankenhaus der Maximalversorgung mit rund 1100 Betten und etwa 800 Beschäftigten (davon rund 500 Pflegekräfte und 300 Ärztinnen und Ärzte). Insgesamt haben 239 Befragte an der Befragung teilgenommen. Das entspricht einem Rücklauf von 32% – 35% des pflegerischen und 25% des ärztlichen Personals. Bei den Befragten überwiegt der Frauenanteil mit rund 67%, wobei Frauen aus der Berufsgruppe der Pflegenden weit überrepräsentiert (82%) in der Gruppe der Ärzte aber unterrepräsentiert (28%) waren. Das Alter der

² In den umfangreichen Analysen von Büssing et al. (1999; 2003) zur psychischen Belastung und Beanspruchung von Pflegekräften sind emotionale und kognitive Überforderungen durch Patienten bereits vergleichend für verschiedene Stationen untersucht worden (Büßing et al. 2003: 42). Allerdings ermöglicht das dort gewählte Instrument TAA-KH-S keine differenzierte Analyse der geleisteten Emotions- bzw. Interaktionsarbeit der Pflegekräfte und stößt an seine Grenzen. Die vorliegende Studie jedoch versteht Emotionsarbeit als spezifische Arbeitsanforderung und untersucht die Auswirkungen dieser spezifischen emotionalen Belastung.

Gesamtstichprobe lag im Mittel bei 41 Jahren (ohne nennenswerten Unterschied zwischen beiden Berufsgruppen). 65% der befragten ÄrztInnen sind gegenüber 58% der Pflegekräfte verheiratet; rund 12% der Pflegenden gaben an, geschieden zu sein (gegenüber der Ärztegruppe mit 6%). Bei den angegebenen höchsten Bildungsabschlüssen lassen sich erwartete Unterschiede erkennen: 100% der Ärzte haben Abitur und einen Hochschulabschluss. Die Pflegekräfte verfügen entweder über einen Hauptschulabschluss (4%), einen Realschulabschluss (57%), das Abitur (19%) die Fachhochschulreife (15%) oder einen Universitätsabschluss (3%). Die durchschnittliche Dauer der Berufsausübung inkl. Ausbildung bzw. Studium beträgt in der Pflege ca. 20 Jahre und im ärztlichen Bereich 15 Jahre, was sich auch in der Stationszugehörigkeit (Pflege ca. 14 Jahre, Ärzte ca. 5 Jahre) und in der Betriebszugehörigkeit (Pflege durchschnittlich 19 Jahre, Ärzte 8 Jahre) abbildet. Die befragten Pflegekräfte (knapp 70%) arbeiten überwiegend in der Chirurgie, der Inneren Medizin oder in der Pädiatrie. Auffällig viele Pflegenden (15%) haben die Zuordnung zur Klinik offen gelassen, was auf ein gewisses Misstrauen hindeuten könnte. Die meisten Ärzte (ca. 60%) der Stichprobe arbeiten in der Chirurgie, Gynäkologie/Urologie bzw. in der Anästhesie- und Intensivmedizin. Einige kommen darüber hinaus aus der Pädiatrie und Inneren Medizin. Gut 50% der Beschäftigten im Pflegesektor sind vollzeitbeschäftigt im Vergleich zu etwa 70% der ärztlichen Kollegen. Auffallende Unterschiede bestehen für geleistete Überstunden je Woche: in der Pflege durchschnittlich 3, bei den Ärzten durchschnittlich 8 Stunden. 13% der befragten Pflegekräfte sind in der Position einer Stationsleitung tätig. Bei den Ärzten nahmen 38% Oberärzte und 50% Assistenzärzte teil.

3.2 Erhebungsinstrumente

Es handelt sich um eine standardisierte Querschnittbefragung im Zwei-Gruppen-Design. Verwendung finden vorrangig psychometrische Erhebungsinstrumente (s. Tabelle 1), wobei jeweils hohe Werte für eine hohe Merkmalsausprägung sprechen: Die psychische Beanspruchung wird durch die Komponenten *emotionale Erschöpfung* und *Klientenaversion* mit einer Antwortoptionen von 1-7 und die psychische Belastung ist durch verschiedene *Komponenten von Emotionsarbeit* mit einer Antwortskala von 1-5 operationalisiert. Dabei werden die fünf Anforderungsdimensionen, der Stressor emotionale Dissonanz und mögliche Bewältigungsressourcen erfasst. Das *Pflegesystem*, in dem die Krankenpflegekräfte arbeiten, wird über vier Dimensionen operationalisiert und entlang einer Dimension als funktional oder ganzheitlich kategorisiert, da die Zuverlässigkeit der Gesamtskala des FEP mit Cronbachs $\alpha = .78$ besser ist als für die Einzelskalen. Für die Auswertung wird von einer Pflegesystemskala ausgegangen mit der Ausprägung 1= funktional und 5 = ganzheitlich. Die Merkmale der vollständigen, herausfordernden Pflegetätigkeiten, der dabei vorhandene Entscheidungsspielraum sowie die damit einhergehenden Entwicklungsmöglichkeiten und verstärkte Interaktion mit zu Pflegenden gelten dabei als Merkmale für eine eher ganzheitliche Pflege. Sind diese Merkmale nur gering oder gar nicht ausgeprägt, ist die Pflege eher funktional orientiert. Für Ärztinnen und Ärzte ist die Erhebung des Pflegesystems vorliegend nicht realisiert, da das Instrument FEP ausschließlich für Pflegekräfte entwickelt und validiert

Tab. 1: Untersuchungsvariablen und Erhebungsinstrumente³

Variablenübersicht	Instrument und Quelle
Häufigkeit, positive, negative und neutrale Emotionen zu zeigen, emotionale Anteilnahme, Sensitivitätsanforderungen, emotionale Kontrolle, Interaktionsspielraum, emotionale Dissonanz	Frankfurt Emotion Work Scales (FEWS), Zapf et al. 2000
Emotionale Erschöpfung, Klientenaversion	Fragebogen zur Beanspruchung in Humandienstleistungen (FBH), Hacker & Reinhold 1999
Selbstwirksamkeitserwartung	Generalisierte Kompetenzerwartung (WIRKAK11-K), Schwarzer 1994
Ganzheitlichkeit und Anforderungsvielfalt, Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten, Entscheidung und Verantwortung, soziale Interaktion mit Patienten	Fragebogen zur Einschätzung des Pflegesystems (FEP), Windel et al. 2000

ist. Die innere Kontrollüberzeugung Selbstwirksamkeitserwartung wird mit einer vierstufigen Antwortskala erfasst.

Die Auswertung erfolgte über bivariate und multivariate Verfahren, die Berechnung von Odds Ratios sowie durch einen parametrischen Test (t-Test) für den statistisch signifikanten Gruppenvergleich.

4. Ergebnisdarstellung

4.1 Der Berufsgruppenvergleich hinsichtlich Emotionsarbeit, emotionaler Erschöpfung und Klientenaversion

Der Berufsgruppenvergleich für die geleistete Emotionsarbeit (Tabelle 2) zeigt, dass Pflegekräfte a) signifikant mehr emotionale Dissonanz erfahren als Ärztinnen und Ärzte, b) mehr Sensitivitätsanforderungen erfahren sowie c) mehr emotionale Anteilnahme leisten und darüber hinaus d) häufiger positive Emotionen ausdrücken müssen.

Tab. 2: Berufsgruppenvergleich durch t-Test bezüglich Emotionsarbeit und Selbstwirksamkeitserwartung

Dimension von Emotionsarbeit	Ergebnisse t-Test
Emotionale Dissonanz	p = .048 (T = -1,988, df= 224)
Sensitivitätsanforderungen	p = .002 (T = -3,121, df= 82,753)
Emotionale Anteilnahme	p = .003 (T = -3,022, df= 224)
Zeigen positiver Emotionen	p = .005 (T = -2,901, df= 100,283)
Zeigen neutraler Emotionen	p = .006 (T = 2,776, df= 224)
Interaktionsspielraum	p = .005 (T = 2,844, df= 227)
Emotionale Kontrolle	p = .000 (T = 3,657, df= 227)
Selbstwirksamkeitserwartung	p = .028 (T = 2,207, df= 235)

³ Die internen Konsistenzen der verwendeten Skalen sind mit Reliabilitäten von Cronbach's α zwischen .60 und .90 zufrieden stellend bis sehr gut. Für die Skalen des Pflegesystems verfügt eine Gesamtskala über die besten standardisierten Reliabilitätskoeffizienten mit $\alpha = .78$, während die Einzelskalen einen Grenzwert von $\alpha = .60$ teilweise unterschreiten.

Demgegenüber müssen Ärztinnen und Ärzte öfter neutrale Emotionen zeigen. Interessanterweise verfügen sie dabei über größere Ressourcen in der Bewältigung der emotionalen Arbeitsanforderungen durch einen größeren Interaktionsspielraum und mehr emotionale Kontrolle. In den Anforderungsdimensionen und Ressourcen der Emotionsarbeit unterscheiden sich die beiden Gruppen hochsignifikant. Ärzte können zudem auf eine signifikant höhere Selbstwirksamkeitserwartung als weitere Ressource zur Bewältigung zurückgreifen. Nach diesem ersten Ergebnisüberblick müsste vermutet werden, dass Ärzte durch den Klinikalltag weniger beansprucht werden bspw. ein geringeres Maß an emotionaler Erschöpfung ausbilden.

Tatsächlich aber zeigen sich im t-Test keine signifikanten Gruppenunterschiede für die emotionale Erschöpfung oder die Klientenaversion, über die die emotionale Erschöpfung vermittelt wird (vgl. Nerdinger/Röper 1999). Die Bildung von Summenscores für diese Kriterien lässt eine Einschätzung zwischen positiven (Wert 1-3), kritischen (Wert 4-6) und negativen Ausprägungen (Wert 7-9) bezüglich der psychischen Gesundheit der Befragten zu (Hacker/Reinhold 1999) zu. Die deskriptiven Befunde bestätigen die kontraintuitive Erwartung: Während mit ca. 35% mehr Ärztinnen und Ärzte negative Werte der emotionalen Erschöpfung insbesondere in den Extremen bei Wert 8 und 9 gegenüber der Pflege mit ca. 23% aufweisen, überwiegen im kritischen Bereich vor allem bei Wert 5 und 6 eindeutig die Pflegekräfte (ca. 39%) die Ärzte (ca. 25%). Diese Ergebnisse könnten auf eine insgesamt höhere Sockelbeanspruchung in der Pflege hinweisen. In den Spitzen des positiven Bereichs (Wert 1 und 2) zeigen sich für die Ärztinnen und Ärzte wiederum günstigere Werte als für die Pflegekräfte⁴.

Für die Aversion gegenüber Patienten ist das Ergebnis anders. Hier weisen die Ärzte fast überall – und vor allem durchgängig im kritischen Bereich (Werte 4-6) – höhere Werte auf als die Vergleichsgruppe der Pflegekräfte. Lediglich beim Summenwert 7, also am Beginn des gesundheitsgefährdenden Bereichs, haben etwa doppelt so viele Pflegekräfte eine höhere Beanspruchung. Allerdings dominiert die Pflege auch die Werte 1 und 2 des positiven Bereichs. Damit liegt deskriptiv der Verdacht nahe, dass Ärztinnen und Ärzte eine höhere Aversion gegenüber Patienten ausbilden als dies für die Gruppe der Pflegekräfte zutrifft.

4.2 Funktionale und ganzheitliche Pflege: ein Systemvergleich

Als weiterer Aspekt wird das Pflegesystem als eine Arbeitsbedingung betrachtet, die Einfluss auf die Emotionsarbeit und damit verbundene psychische Beanspruchungen haben kann.

Die Befunde zeigen, dass mit zunehmender Ganzheitlichkeit des Pflegesystems die psychische Beanspruchung geringer ausfällt. Konkret, dass mit zunehmend vollständigen Tätigkeiten und Anforderungsvielfalt, mit größeren Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten sowie mit mehr sozialer Interaktion mit Patienten die emotionale Erschöp-

⁴ Diese ungleiche Verteilung mit extrem positiven und extrem negativen Summenwerten bei den Ärztinnen und Ärzten mag dazu beitragen, dass kein signifikanter Gruppenunterschied für die Gesamtskala vorliegt.

fung signifikant abnimmt, was hier nicht im Einzelnen anhand von Daten dargestellt wird. Besonders interessant ist es, dass die einzelnen Dimensionen ganzheitlicher Pflege alle mit einer verstärkten Interaktion mit den Patienten einhergehen: Je höher die Anforderungsvielfalt und Ganzheitlichkeit der Pflegetätigkeit ist, umso mehr wird mit den Patienten interagiert ($r = .575$, $p = .000$). Ähnliches zeigt sich für zunehmende Verantwortung und größere Entscheidungsspielräume ($r = .552$, $p = .000$). Etwas weniger stark ist der Effekt für die Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten in der ganzheitlichen Pflege ($r = .318$, $p = .000$). Diese Ergebnisse sind vor allem deshalb so bedeutend, weil das Merkmal der sozialen Interaktion mit den Patienten am stärksten mit sinkender emotionaler Erschöpfung und abnehmender Klientenaversion einhergeht – also eine besonders wertvolle Ressource für die Vermeidung von Burnout zu sein scheint.

Eine weitere Überprüfung bezieht sich darauf, die relative Chance (Odds Ratio) zu ermitteln, mit der ausgesagt werden kann, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, zur Gruppe der nicht emotional Erschöpften (bzw. derjenigen ohne Klientenaversion) zu gehören, wenn man entweder in der ganzheitlichen oder in der funktionalen Pflege tätig ist. Die Tabellen 3 und 4 geben erstens Aufschluss über die Verteilung der Beschäftigten in den beiden Pflegesystemen und zweitens darüber, ob sie jeweils der Gruppe der emotional Erschöpften bzw. zum Personenkreis mit Klientenaversion zuzuordnen sind oder nicht⁵. Aus Tabelle 3 ergibt sich, dass in der funktionalen Pflege die Chance, nicht emotional erschöpft zu sein nur 30,2% : 69,8% steht, während die Chance in der ganzheitlichen Pflege nicht emotional erschöpft zu sein mit 52,7% : 47,3% günstiger ist. Die Stärke dieses Unterschieds kann nunmehr die Odds Ratio verdeutlichen: Eine OR von 2,58 bedeutet, dass die Chance von Beschäftigten in der ganzheitlichen Pflege, keine emotionale Erschöpfung zu erleben, 2,58 mal so groß ist, gegenüber Beschäftigten in der funktionalen Pflege.

Tab. 3: Kreuztabelle für emotionale Erschöpfung und Pflegesystem

Emotionale Erschöpfung nein/ja		Pflegesystem funktional, neutral, ganzheitlich		
		funktional	neutral	ganzheitlich
nein	% von Pflegesystem	30,2	33,3	52,7
ja	% von Pflegesystem	69,8	66,7	47,3
	% von Pflegesystem	100,0	100,0	100,0
	ODDS RATIO	1.00	1.16	2.58

Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich für die Klientenaversion (Tabelle 4). Eine OR von 2,16 weist darauf hin, dass die Chance, in der ganzheitlichen Pflege keine Klientenaversion zu entwickeln, 2,16 mal größer ist als in der funktionalen Pflege. Demnach ist die ganzheitliche Pflege der funktionalen Pflege vorzuziehen, da sie weniger psychisch beanspruchend scheint.

⁵ Die Antworten der Befragten auf der fünfstufigen Rohmannskala (vgl. Windel et al., 2000, S.5) wurden für Werte <2,5 der funktionalen Pflege, für Werte >3,5 der ganzheitlichen Pflege sowie zwischen 2,5 und 3,5 einem neutralen Bereich zugeordnet.

Tab. 4: Kreuztabelle für Klientenaversion und Pflegesystem

Emotionale Erschöpfung nein/ja		Pflugesystem funktional, neutral, ganzheitlich		
		funktional	neutral	ganzheitlich
nein	% von Pflegesystem	32,8	40,6	51,1
ja	% von Pflegesystem	67,2	59,4	48,9
	% von Pflegesystem	100,0	100,0	100,0
	ODDS RATIO	1.00	1.39	2.16

4.3 In welchem Ausmaß wird nun in den jeweiligen Pflegesystemen Emotionsarbeit geleistet?

Den Korrelationen in Tabelle 5 ist zu entnehmen, dass mit zunehmender Ganzheitlichkeit des Pflegesystems, häufiger positive und negative Emotionen ausgedrückt werden und seltener neutrale Gefühle. Besonders deutlich wird jedoch, dass mit ganzheitlicher Pflege hochsignifikant größere Sensitivitätsanforderungen verbunden sind und mehr emotionale Anteilnahme von den Beschäftigten gefordert wird. Jedoch ist trotz dieser umfangreichen emotionalen Anforderungen keine zunehmende emotionale Dissonanz in der ganzheitlichen Pflege zu finden. Es zeigt sich sogar, dass sich mit zunehmender Ganzheitlichkeit die Interaktionsspielräume der Beschäftigten erweitern und die Befragten über eine größere Selbstwirksamkeitserwartung verfügen. Damit stehen in der ganzheitlichen Pflege zwei sehr bedeutsame Ressourcen für die Bewältigung von Anforderung und Stress zur Verfügung.

Tab. 5: Zusammenhänge zwischen Emotionsarbeit und Pflegesystem

Dimension von Emotionsarbeit	Signifikante Korrelation	Nicht signifikante Korrelation
Zeigen positiver Emotionen	$r = .260, p = .000$	
Zeigen negativer Emotionen	$r = .163, p = .016$	
Zeigen neutraler Emotionen	$r = -.134, p = .047$	
Sensitivitätsanforderungen	$r = .327, p = .000$	
Emotionale Anteilnahme	$r = .291, p = .000$	
Emotionale Dissonanz		$r = -.036, p = .592$
Interaktionsspielräume	$r = .142, p = .034$	
Selbstwirksamkeitserwartung	$r = .171, p = .009$	

4.4 Beziehung zwischen Emotionsarbeit und den burnoutrelevanten Aspekten: emotionale Erschöpfung und Klientenaversion

Die Korrelationen (Tabelle 6) zwischen den einzelnen Dimensionen von Emotionsarbeit mit der emotionalen Erschöpfung und Klientenaversion zeigen einerseits, dass emotionale Dissonanz wie auch in der Literatur beschrieben (vgl. Zapf et al. 2000) mit diesen beiden Formen psychischer Beanspruchung einhergeht und dass emotionale Erschöpfung und Klientenaversion wiederum hochsignifikant positiv miteinander korreliert sind ($r = .557$). Es wird auch deutlich, dass die erlebte Dissonanz umso stärker ist, je häufiger positive, negative und neutrale Emotionen gezeigt werden müssen.

Tab. 6: Korrelationsmatrix Emotionsarbeit mit emotionaler Erschöpfung und Klientenaversion

		emotionale Dissonanz	Häufigkeit positiver Emotionen	Häufigkeit negativer Emotionen	Häufigkeit neutraler Emotionen	emotionale Erschöpfung	Klientenaversion
emotionale Dissonanz	Korrelation nach Pearson	1					
	N	226					
Häufigkeit positiver Emotionen	Korrelation nach Pearson	,300(**)	1				
	Signifikanz (2-seitig)	,000					
	N	218	226				
Häufigkeit negativer Emotionen	Korrelation nach Pearson	,185(**)	,099	1			
	Signifikanz (2-seitig)	,007	,146				
	N	215	218	224			
Häufigkeit neutraler Emotionen	Korrelation nach Pearson	,414(**)	,176(**)	,131	1		
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,009	,053			
	N	218	223	218	227		
emotionale Erschöpfung	Korrelation nach Pearson	,295(**)	-,066	,173(**)	,088	1	
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,324	,010	,192		
	N	225	224	223	224	235	
Klientenaversion	Korrelation nach Pearson	,298(**)	-,165(*)	,284(**)	,140(*)	,557(**)	1
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,014	,000	,037	,000	
	N	222	221	220	222	232	233

Weiter ergeben sich für das häufige „Zeigen“ aller drei Gefühlsqualitäten Zusammenhänge mit dem Auftreten von Klientenaversion: Je häufiger positive Emotionen gezeigt werden, umso geringer ist die Klientenaversion ($r = -.165$). Und je öfter negative ($r = .284$) und neutrale Gefühle ($r = .140$) gezeigt werden müssen, desto ausgeprägter ist die Aversion gegenüber Patienten. Dabei geht vor allem das Zeigen negativer Emotionen mit Klientenaversion und mit emotionaler Erschöpfung einher (siehe Tabelle 6).

Überraschend an den Befunden ist, dass die emotionale Anteilnahme und die hohen Sensitivitätsanforderungen nicht mit negativer psychischer Beanspruchung in Verbindung stehen. Für andere Berufsgruppen werden solche Zusammenhänge in der Literatur relativ zuverlässig berichtet (vgl. Zapf et al. 2000: 102ff.), womit hier die Klinikarbeit offenbar einen Sonderfall darstellt.

Für die Dimension *emotionale Kontrolle* finden sich hochsignifikant negative Korrelationen mit der psychischen Beanspruchung: mit emotionaler Erschöpfung $r = -.230$, $p = .000$ und mit Klientenaversion $r = -.135$, $p = .042$, während für den Interaktionsraum keine signifikanten Befunde auf einen Ressourcencharakter hinweisen.

4.5 Der Beitrag der Aspekte Emotionsarbeit, Pflegesystem und Selbstwirksamkeitserwartung für die Vorhersage von emotionaler Erschöpfung und Klientenaversion

Um zu explorieren, wie hoch der Beitrag von Einzelindikatoren einschätzt werden kann, der zur Vorhersage von emotionaler Erschöpfung und Klientenaversion führt, wurden in einer hierarchischen Regressionsanalyse alle wesentlichen Prädiktoren (Vorhersagefaktoren) in einem Gesamtmodell schrittweise zusammengefasst: Das erste Modell (1) enthält als Anforderungen der Emotionsarbeit die *Häufigkeit negative Emotionen zu zeigen*, als Stressor die *emotionale Dissonanz* und als Ressource von Emotionsarbeit die Möglichkeit der *emotionalen Kontrolle*. Das zweite Modell (2) beinhaltet die persönliche Bewältigungsressource *Selbstwirksamkeitserwartung* und das dritte Modell (3) den *Pflegesystemeinfluss*. Es kann auf dieser Grundlage eine Aussage darüber gemacht werden, wie hoch insgesamt der Anteil der erklärten Varianz der Indikatoren für die Bereiche emotionale Erschöpfung und der Klientenaversion ausfällt.

4.5.1 Vorhersage der Entstehung emotionaler Erschöpfung

Die gewählten Aspekte von Emotionsarbeit (Modell 1) ergeben einen korrigierten Determinationskoeffizienten von $R^2 = .115$ ($p = .000$). D.h., dass 11,5% der Varianz von emotionaler Erschöpfung durch Emotionsarbeit erklärt werden können. Weitere 7,6%

Tab. 7: Betagewichte der hierarchischen Regression für emotionale Erschöpfung und Klientenaversion

Prädiktoren der drei Regressionsmodelle	Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz	Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz
	Emotionale Erschöpfung			Klientenaversion		
	Beta			Beta		
(Konstante)		7,667	,000		4,952	,000
Häufigkeit negativer Emotionen	,184	2,875	,004	,279	4,295	,000
Emotionsbezogene Kontrolle	-,132	-2,028	,044	-,064	-,967	,335
emotionale Dissonanz	,181	2,754	,006	,202	3,047	,003
Skala Selbstwirksamkeit	-,252	-3,933	,000	-,138	-2,103	,037
Pflegesystem ganzheitlich versus funktional	-,215	-3,375	,001	-,256	-3,956	,000

der Varianz erklärt die Selbstwirksamkeitserwartung (Modell 2) ($R^2 = .191$, $p = .000$) und weitere 4,1% entfallen auf den Einfluss des Pflegesystems (Modell 3) ($R^2 = .232$, $p = .001$) (Tabelle 7).

Insgesamt erklärt das gewählte Modell 23,2% der Varianz von emotionaler Erschöpfung, was vor dem Hintergrund vielfältiger Stressoren, die hier einen weiteren Einfluss haben werden, ein beachtliches Ergebnis ist. In welcher Richtung und Stärke die Zusammenhänge mit den gewählten Aspekten ausfallen, ist Tabelle 7 zu entnehmen. Hier geben die Beta-Gewichte und deren Signifikanz Aufschluss, welche einzelnen Faktoren welchen Einfluss haben. Die stärksten Zusammenhänge ergeben sich für die Selbstwirksamkeitserwartung ($B = -.252$) und das Pflegesystem ($B = -.215$). Je selbstwirksamer die Beschäftigten sich erleben und je ganzheitlicher das Pflegesystem ist, desto geringer ist das Maß an emotionaler Erschöpfung. Auch emotionale Kontrolle wirkt hier im Sinne einer Ressource. Je mehr emotionale Dissonanz erlebt wird und je häufiger negative Emotionen gezeigt werden, desto emotionaler erschöpft sind die Betroffenen.

4.5.2 Vorhersage der Klientenaversion

Der Modell 1 zur Emotionsarbeit ergibt ein $R^2 = .132$ ($p = .000$), was 13,2% erklärter Varianz von Klientenaversion entspricht und über dem erklärten Anteil von emotionaler Erschöpfung liegt. Unter Hinzunahme der Selbstwirksamkeitserwartung im Modell 2 erhöht sich der Anteil erklärter Varianz um 2,8% auf $R^2 = .160$ ($p = .007$), womit die Selbstwirksamkeitserwartung einen höheren Anteil der emotionalen Erschöpfung (7,6%) vorhersagt als der Klientenaversion. Weitere 5,8% erklärter Varianz entfallen auf die Art des Pflegesystems (Modell 3), sodass das Gesamtmodell zusammen 21,8% der erklärten Varianz von Klientenaversion vorhersagt ($R^2 = .218$, $p = .000$). Tabelle 7 gibt ebenfalls einen Überblick über die Beta-Gewichte in diesem Gesamtmodell.

Den größten Einfluss haben das häufige Zeigen negativer Emotionen ($Beta = .279$), die erlebte emotionale Dissonanz ($Beta = .202$) sowie die Ganzheitlichkeit des Pflegesystems ($Beta = -.256$) auf die Vorhersage der Entstehung von Klientenaversion. Je öfter also negative Gefühle ausgedrückt werden müssen und je häufiger die Darstellungen emotional diskrepant erlebt werden, umso größer ist die entstehende Aversion gegen die Patienten. Deutlich abgemindert wird die Klientenaversion im ganzheitlichen Pflegesystem. Die Selbstwirksamkeitserwartung wirkt ebenfalls – jedoch in geringem Umfang – als Ressource. Der Einfluss emotionaler Kontrolle in Interaktionssituationen hat in Bezug auf das Bilden einer Klientenaversion keinen signifikanten Ressourcencharakter ($Beta = -.064$, $p = .335$).

5. Diskussion – Burnout als notwendige Folge von Emotionsarbeit?

Der zusammenfassende Überblick zu den Erkenntnissen aus der Befragung von pflegerischem und ärztlichem Personal zu ihren Belastungen im Klinikalltag soll methodenkritisch ansetzen: Es ist deutlich geworden, dass mit den Indikatorensystemen zu emo-

tionaler Erschöpfung und Klientenaversion ausschließlich negative Beanspruchungsfolgen thematisiert wurden. Der Pflegesystemvergleich beruht auf einer engen arbeitspsychologischen Perspektive in Anlehnung an das Konzept vollständiger Tätigkeiten (Hacker 1986) und nicht auf dezidiert pflegewissenschaftlichem Fokus. Darüber hinaus haben normative Einflüsse, ethische Aspekte sowie das Berufscommitment kaum Beachtung gefunden. Das Gleiche gilt für berufsspezifische Selbstwirksamkeitserwartungen und explizit emotionale Kompetenzen sowie hierbei vielleicht bedeutsame Moderatoreinflüsse. Hinzu kommt, dass die Querschnittbefragung – die zudem noch auf einer zu kleinen Stichprobe beruht – keine kausalen Schlüsse im Sinne von Ursache-Wirkungs-Beziehungen zulässt. Um Tiefendimensionen der psychischen Belastung und Beanspruchung durch Emotionsarbeit genau beschreiben zu können, bedarf es selbstverständlich qualitativer Ansätze, auf deren hohe Bedeutung hier nur hingewiesen werden kann.

Abseits dieser Beschränkungen, liefern die explorativen Befunde eine Vielzahl von wichtigen Anknüpfungspunkten in der Debatte zu Arbeitsbelastungen des medizinischen Personals im Krankenhaus. So kann u.E. gerade eine pflegewissenschaftliche Perspektive mit den Methoden arbeitspsychologischer Forschung durchaus bereichert und ergänzt werden. Im Einzelnen stechen als besondere Ergebnisse hervor:

1. Alle drei Einzelfaktoren (*Emotionsarbeit, Pflegesystem, Selbstwirksamkeitserwartung*) leisten einen Beitrag zur Vorhersage von emotionaler Erschöpfung und Klientenaversion des Klinikpersonals. Das Ausdrücken aller Gefühlsqualitäten führt zur Entstehung des Stressors *emotionale Dissonanz*. Als Kernbelastungen wird regelmäßig von beiden Berufsgruppen beschrieben, negative und neutrale Emotionen im Patientenkontakt auszudrücken. Die Faktoren der emotionalen Kontrolle wirken dabei als Ressource einer als negativ empfundenen Beanspruchung entgegen. Das Zeigen positiver Gefühle kann zwar zu emotionaler Dissonanz führen, nicht jedoch zu emotionaler Erschöpfung und Klientenaversion. Der Ausdruck positiver Gefühle wirkt nach unseren Erkenntnissen sogar als protektiver Faktor gegenüber emotionaler Erschöpfung und Klientenaversion. Vor allem für hohe Sensitivitätsanforderungen und hohe emotionale Anteilnahme ergeben sich keine unmittelbaren negativen psychischen 'Folgen'. Damit scheint in intensiven emotionalen und interaktionalen Anforderungen – anders als erwartet – auch die Möglichkeit zu liegen, eine besondere Befriedigung und Bereicherung der eigenen Berufstätigkeit zu empfinden. Dies führt möglicherweise zu einem deutlicheren Erleben der eigenen Professionalität.

2. Die Befunde legen nahe, dass mit der Bewältigung gerade emotionaler Anforderungen eine sehr hohe Berufsidentifikation verbunden sein kann und damit das Ausdrücken ganz bestimmter Gefühle nicht als Zwang, sondern als zugehörig zur eigenen Berufsrolle erlebt wird: Das heißt, dass das Vortäuschen diskrepanter Emotionen als spezifische Notwendigkeit der eigenen Tätigkeit angesehen und Emotionsarbeit aus tiefer Überzeugung geleistet wird (vgl. Nerdinger/Röper 1999: 189f). Dieses so genannte *faking in good faith* fungiert dann möglicherweise als Ressource im Erbringen von Emotionsarbeit. Anders das Handeln aus Zwang, *faking in bad faith*, bei dem die erwarteten

Ausdrucksregeln von der Person nicht akzeptiert und das Zeigen diskrepanter Emotionen als Zwang erlebt werden. Dieser Zwang ist der wahrscheinliche Prädiktor einer erheblichen psychischen Belastung, da das Aufrechterhalten von Gefühlsausdrücken gegen die eigene Überzeugung mit hohem psychischem Aufwand verbunden ist (vgl. auch Nerdinger/Röper 1999: 189ff). Problematisch könnte so das Zeigen negativer Gefühle dann erlebt werden, wenn es nicht mit der eigenen Berufsrolle in Einklang zu bringen ist.

3. Besonders auffällig sind die berufsgruppenbezogenen Differenzen. Der dargestellte Unterschied zwischen den Berufsgruppen stützt die hier diskutierten Aspekte zur Berufsidentifikation ebenfalls. So zeigen Pflegekräfte eindeutig mehr positive Emotionen, erfüllen höhere Sensitivitätsanforderungen und leisten, bei weniger emotionaler Kontrolle und trotz geringerer Selbstwirksamkeitserwartung, mehr emotionale Anteilnahme und erleben mehr emotionale Dissonanz als ihre ärztlichen Kolleginnen und Kollegen. Trotz diesem Übergewicht an Anforderungen und Stressoren stellten sie jedoch nicht die emotional erschöpfte Berufsgruppe dar, die zudem noch ein höheres Maß an Klientenaversion ausbildet. Die Ergebnisse müssen genau umgekehrt gelesen werden. Die Pflegekräfte sind trotz der Mehrbelastung die in dieser Hinsicht scheinbar „robustere“ Gruppe.

Wie sind diese überraschenden Ergebnisse zu interpretieren? Zum einen lässt sich für Pflegekräfte vermuten, dass sie den Umgang mit Emotionsarbeit im Sinne des *faking in good faith* zu praktizieren im Stande sind. Zum anderen liegt möglicherweise gerade in der qualitativ besonders herausfordernden Interaktion mit den Patienten eine wichtige Ressource für die Bewältigung von negativer psychischer Beanspruchung. Diese spezifische „Ressource“ lässt für die Pflegekräfte die tägliche emotionale Beanspruchung vielleicht noch immer als besonders wertvoll erscheinen. Für diesen Aspekt spricht zumindest auch das Ergebnis, dass die emotionale Erschöpfung und Klientenaversion abnehmen, wenn das Pflegesystem, in das die Befragten einbezogen sind, eher als ganzheitlich charakterisiert sind und damit dann auch mehr emotionale und interaktionale Anforderungen verbunden sind. Dieser Befund widerspricht einer gewichtigen Vorannahme. Nach Glaser/Büssing (1997) wurde angenommen, dass die psychische Beanspruchung in der ganzheitlichen Pflege aufgrund des stärkeren Interaktionsstresses zunimmt. In unseren Ergebnissen zeigt sich das Gegenteil. Das ganzheitliche Pflegesystem scheint eine wichtige Ressource zu sein, die mit einem positiven Erleben der Pflegetätigkeit einhergeht und das Erleben der eigenen Professionalität und das Empfinden positiver Leistungserfüllung befördern dürfte.

Als besonders wertvoll schätzen wir diese Befunde zur Bedeutung des Pflegesystems ein. Sie geben zwar auch weiterhin darüber Aufschluss, dass die emotionalen Anforderungen mit dem Grad der Ganzheitlichkeit zunehmen. Eine differenzierte Analyse ergibt aber, dass das keine negativen Konsequenzen für die Beschäftigten haben muss. Kennzeichnend für Ganzheitlichkeit in der Pflege sind offenbar hohe Anforderungsvielfalt und Verantwortung sowie große Spielräume, die einen positiven Anreizcharakter haben und sich befriedigend und motivierend auf die Beschäftigten auswirken kön-

nen (vgl. Hackman/Oldham 1976). Dies impliziert, dass trotz anhaltender Tendenzen im Klinikalltag, die Pfl egetätigkeit weiter zu fragmentieren, der Ausbau ganzheitlicher Pflegesysteme unerlässlich scheint. Die ganzheitliche Pflege ist als bedeutsame organisationale Ressource in der Bewältigung interaktionaler Arbeitsanforderungen zu verstehen. Dem Erleben von Interaktions- und Handlungsspielräumen kommt dabei anscheinend eine Schlüsselrolle zu, die sich auch positiv auf die Qualität der Patienteninteraktion und damit auch deren Versorgung auswirken dürfte. Mit der Forderung nach Erweiterung jener Spielräume in der Ausübung der Pfl egetätigkeit stellt sich jedoch zwangsläufig die Frage nach der Vermittlung von Handlungskompetenzen, um diese Freiheitsgrade auch angemessen füllen zu können. So zeigt diese Untersuchung, dass insbesondere Fähigkeiten zur Emotionsregulation im Zuge sozialer Interaktionen mit Patientinnen und Patienten sowohl eine wichtige Ressource zur Belastungsbewältigung als auch unabdingbares Handwerkszeug im Klinikalltag darstellen. Demnach sollte künftig Professionalisierung verstärkt die hohen emotionalen und interaktionalen Arbeitsanforderungen beachten sowie Aus- und Weiterbildung theoretisch und praktisch darauf ausrichten.

Literatur

- Baillod, J./Schär Moser, M. (2003): Arbeitszufriedenheit, Belastungen und Qualität in der Pflege- Resultate aus einer Untersuchung im Kanton Bern. In: Ulich, E (Hrsg.): Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 213-234
- Bamberg, E. (2004): Stress bei der Arbeit und Maßnahmen der Stressreduktion: Aktuelle Konzepte und Forschungsergebnisse. Arbeit, Heft 13(3) (2005), S. 264-277
- 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
- Bleses, H. (1997): Entwicklung und Erprobung eines ganzheitlichen Pflegesystems. In: Büssing, A. (Hrsg.): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie, 269-288
- Brühe R./Rottländer R./Theis S. (2004): Denkstile in der Pflege. Pflege, 17, 306-311
- Büssing, A. (1997a): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Büssing, A. (1997b): Neue Entwicklungen in der Krankenpflege. Reorganisation von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. In: Büssing, A. (Hrsg.): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie, 15-45
- Büssing, A./Glaser, J. (2003): Analyse, Bewertung und Gestaltung von Arbeit in der Pflege. In: Ulich, E (Hrsg.): Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 111-150
- Büssing, A./Glaser, J. (1999): Interaktionsarbeit: Konzept und Methode der Erfassung im Krankenhaus. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 53, 164-173
- Büssing, A., Glaser J./Höge, T. (2003): Psychische Belastung und Beanspruchung in der ambulanten und stationären Pflege. Bericht Nr. 69 aus dem Lehrstuhl für Psychologie der TU München
- Büssing, A./Glaser, J./Höge, T. (1999): Erfassen und Bewerten psychischer Belastungen beim Beschäftigten im Pflegebereich. Entwicklung eines Screeningverfahrens für den Arbeits- und Gesundheitsschutz im Krankenhaus. Berichte aus dem Lehrstuhl für Psychologie der TU München, Bericht Nr. 49

- Büssing, A./Schmitt, S. (1998): Arbeitsbelastungen als Bedingungen von emotionaler Erschöpfung und Depersonalisation im Burnoutprozess. *Zeitschrift Arbeits- u. Organisationspsychologie*, Heft 42 (2), 76-88
- Buhr, P./Klinke, S. (2006): Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung. Eine vergleichende Auswertung von vier Fallstudien. WZB Discussion-Paper SP I 2006-311
- Fischbach, A. (2003): Determinants of emotion work. Dissertation, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main
- Frankfurter Rundschau, Unabhängige Tageszeitung, 64. Jahrgang, Nr. 2009, 6./7.09.2008, S. D2
- Geyer, S. i. E.: Ein-, Zwei- oder Mehrklassenmedizin? Soziale Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung. In: Weber, A. (Hrsg.): *Gesundheit – Arbeit – Rehabilitation. Medizinische Soziologie und Public Health als angewandte Wissenschaften*. Regensburg
- Glaser, J./Büssing, A. (1999): Ganzheitliche Aufgabengestaltung in der Krankenpflege. Ein Beitrag zur Verbesserung der Qualität personenbezogener Dienstleistungen im Krankenhaus. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 53, 209-213
- Glaser, J./Büssing, A. (1997): Ganzheitliche Pflege und Arbeitsbelastungen. In: Büssing, A. (Hrsg.): *Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus*. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie, 301-320
- Glaser, J./Höge, T./Weigl, M. (2005): Psychische Belastungen bei Pflegekräften und Ärzten im Krankenhaus. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 59, 143-151
- Hacker, W. (1986): *Arbeitspsychologie. Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten*. Bern: Huber
- Hacker, W./Reinhold, S. (1999): Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen. BHD-System Manual. Frankfurt/M: Swets Test Services
- Hackman, J.R./Oldham, G.R. (1976): Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational Behaviour and Human Performance*, 16, 250-279
- Herschbach P. (1991): Stress im Krankenhaus – Die Belastungen von Krankenpflegekräften und Ärzten/Ärztinnen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, Heft 41 (1991), 176-186
- Hochschild, A.R. (1990): *Das verkaufte Herz. Zur Kommerzialisierung der Gefühle*. Frankfurt a.M., New York: Campus
- Holz, M. (2005): Soziale Belastungen und soziale Ressourcen in Beziehungen mit Vorgesetzten, Kollegen und Kunden. *Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, Heft 69, 94-100
- IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2006): *Arbeitspapier: Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung. Eine systematische Übersicht*. Köln: IQWiG
- Kamrad, K. (2005): Power by Emotion! Eine Anwendung und Erweiterung des Job Characteristics Models von Hackman und Oldham bei personenbezogenen Tätigkeiten im Dienstleistungsbereich. Dissertation, Universität, Trier
- Karasek, R.A. (1979): Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308
- Klinke, S. (2008): Ordnungspolitischer Wandel im stationären Sektor. 30 Jahre Gesundheitsreform, DRG-Fallpauschalensystem und ärztliches Handeln im Krankenhaus, Berlin: ProBusiness
- Klinke, S. (2007): Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen und berufliches Selbstverständnis von Ärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. Teil II. Detailliertere Ergebnisse einer Befragung Hessischer Krankenhausärzte im Jahre 2004. WZB-Discussion-Paper SP I 2007-301
- Klinke, S./Kühn, H. (2006): Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. Zusammenfassung der Ergebnisse und Dokumentation der Daten einer Befragung Hessischer Krankenhausärzte im Jahre 2004. WZB Discussion-Paper SP I 2006-309
- Maslach, C./Jackson, S.E./Leiter, M.P. (1996): *Maslach Burnout Inventory Manual (3. Aufl.)*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press

- Manzeschke, A. (2009): Der pauschale Patient. Wiesbaden: VS (i.E.)
- Morris, J.A./Feldmann, D.C. (1996): The Dimensions, Antecedents and Consequences of Emotional Labor. *Academy of Management Review*, Heft 21(4), 986-1010
- Nerdinger, F./Röper, M. (1999): Emotionale Dissonanz und Burnout. Eine empirische Untersuchung im Pflegebereich eines Universitätskrankenhauses. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, Heft 53, 187-193
- Paseka, A. (1991): Gefühlsarbeit im Krankenhaus. Ergebnisse einer Studie über Gefühlsarbeit in den Krankenpflegeberufen. *WISO*, Heft 14 (1) (1991), 65-88
- Peter, S./Ulich, E. (2003): Analyse der Arbeitssituation von Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzten: Erfahrungen aus zwei Projekten. In: Ulich, E (Hrsg.): *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 75-98
- Peter, S. (2004): Nicht-erfüllte Werte; emotional erschöpfte Ärztinnen und Ärzte. Kann differentielle Arbeitsgestaltung zur Minderung der Arbeitszeitproblematik beitragen? *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, Heft 58 (3), 178-187
- Schwarzer, R. (1994): Optimistische Kompetenzerwartung: zu Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. *Diagnostica*, 40, N.2, 105-123
- Stern, K. (1996): *Ende eines Traumberufs? Münster, New York: Waxmann*
- Wecking, C./Wegge, J. (2005): Identifikation und stabilisierte Arbeitszufriedenheit als Ressourcen im Umgang mit Kunden im Call Center. *Wirtschaftspsychologie*, 7 (1) 35-48
- Windel, A./Wolf, D./Teichert, C./Zimolong, B. (2000): Messinstrumente zur Einschätzung des Pflegesystem (FEP) und zur Erfassung der pflegerischen Dienstleistungsqualität (BESD) – Klassifikation und Konsequenzen von Pflegesystemen auf die Dienstleistungsqualität. In: Reulecke, W., Rosemann, B./Zimolong, B. (Hrsg.): *Bochumer Berichte zur angewandten Psychologie, Nr.20/00*
- Zapf, D./Isic, A./Fischbach, A./Dormann, C. (2003): Emotionsarbeit in Dienstleistungsberufen. Das Konzept und seine Implikationen für die Personal- und Organisationsentwicklung. In: Hamborg, K.-C. / Holling, H. (2003) (Hrsg.): *Innovative Personal- und Organisationsentwicklung*. Göttingen: Hogrefe, 266-288
- Zapf, D., Seifert, H., Mertini, H., Vogt, C., Holz, M, Vondran, E. Isic, A./Schmutte, B. (2000): Emotionsarbeit in Organisationen und psychische Gesundheit. In: Musahl, H.-P. / Eisenhauer, T. (2000) (Hrsg.): *Psychologie der Arbeitssicherheit. Beiträge zur Förderung von Sicherheit und Gesundheit in Arbeitssystemen* Heidelberg: Asanger, 99-106
- Zapf, D./Vogt, C./Seifert/C., Mertini, H./Isic Amela (1999): Emotion work as a source of stress. The concept and the development of an instrument. *European Journal of Work an Organizational Psychology*, 8, 371-400

Gerlind Pracht

Arbeits- und Organisationspsychologin M.A.
 FernUniversität in Hagen, Institut für Psychologie
 Lehrgebiet: Psychologische Methodenlehre, Diagnostik und Evaluation
 D-58084 Hagen, Gerlind.Pracht@Fernuni-hagen.de
 (Korrespondenz-Adresse)

Jun. Prof. Dr. Ullrich Bauer

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften
 Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld, ullrich.bauer@uni-bielefeld.de