

Kühn, Hagen

Book Part — Digitized Version

Zur Zukunft der Pflege: Anmerkungen aus gesamtwirtschaftlicher Sicht

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Kühn, Hagen (2004) : Zur Zukunft der Pflege: Anmerkungen aus gesamtwirtschaftlicher Sicht, In: Doris Schaeffer, Martin Moers, Rolf Rosenbrock (Ed.): Public Health und Pflege: zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen, ISBN 3-89404-134-X, Edition Sigma, Berlin, pp. 190-200

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/122811>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB). Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH
Bibliothek und wissenschaftliche Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
E-Mail: bibliothek@wzb.eu

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)
Library and Scientific Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
e-mail: bibliothek@wzb.eu

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**. More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

Zur Zukunft der Pflege: Anmerkungen aus gesamtwirtschaftlicher Sicht

Hagen Kühn

Veränderungen in Wissenschaft und Lehre sind ohne Zweifel wichtige Voraussetzungen für Verbesserungen der pflegerischen Dienstleistungen. Ob und wie das Erkannte und Erlernte jedoch wirksam wird, ob es die Praxis verändert, ob es im Berufsalltag modifiziert oder gar »vergessen« wird, hängt sehr stark von den Möglichkeiten und Zwängen der Institutionen ab, in denen die Pflege stattfindet. Die Pflegedienstleistungen - inner- und außerhalb des Gesundheitswesens, stationär und ambulant - nehmen heute bereits einen so beträchtlichen Anteil des Arbeitskräftepotentials und des Sozialprodukts in Anspruch¹, daß ihre künftigen Entfaltungsbedingungen nicht realistisch eingeschätzt werden können ohne den prüfenden Blick auf Produktion, Verteilung und Verwendung des wirtschaftlichen Reichtums.

Für die Entwicklung der Disziplin Public Health ist eine so enge Abhängigkeit von der wirtschaftlichen Entwicklung nicht gegeben. Die beiden wichtigsten Gründe dafür sind zum einen der vergleichsweise bescheidene Ressourcenverbrauch und zum anderen die verbreitete Hoffnung, diesem könnten entsprechende Modernisierungs- bzw. Rationalisierungsgewinne im gesellschaftlichen Maßstab gegenüberstehen, so daß sie sowohl in den Sog von Kürzungsmaßnahmen kommen können als auch die Chance haben, gerade mit Hinweis auf die ökonomischen Probleme legitimiert zu werden. Daher beschränken sich die folgenden Ausführungen auf die Pflege.

Pflege und Makroökonomie

Auch wenn die Dienstleistungen der »Pflege«, finde sie im Krankenhaus, in Pflegeeinrichtungen oder ambulant statt, überwiegend nicht über den Markt verteilt, sondern aufgrund politischer Entscheidungen und im Rahmen sozialstaatlicher Strukturen reguliert werden, hören sie nicht auf, Bestandteil des ökonomischen Systems der kapitalistischen Marktgesellschaften zu sein.

1 Ohne daß sich dieser Aufwand heute quantifizieren ließe.

staatlicher Strukturen reguliert werden, hören sie nicht auf, Bestandteil des ökonomischen Systems der kapitalistischen Marktgesellschaften zu sein. Sie absorbieren einen (ansteigenden) Teil der Arbeitskräfte, schmälern Lohn- und/oder Gewinneinkommen in den anderen Sektoren und konkurrieren gegen alternative Verwendungsmöglichkeiten. Die Entwicklung der Pflege findet in der politisch-ökonomischen Entwicklung ihre Voraussetzungen und ihre - wenn auch keineswegs »ehernen« - Grenzen. Der Brauch, von den politisch-ökonomischen Bedingungen als »Rahmenbedingungen« zu sprechen, verführt denn auch zu dem fundamentalen Mißverständnis, es handele sich dabei um etwas, das »außerhalb« stünde. Vielmehr drücken sich die sozial-ökonomischen Prozesse aber - auf oft sehr kompliziert zu durchschauende Weise - in der Entwicklung des Gesundheitswesens aus, dem ich die Pflege der Einfachheit halber ganz zuschlage.

Die Gewohnheit, bei grundlegenden Fragen der Pflegeentwicklung die politische Ökonomie auszuklammern, entspricht einer Vorgehensweise, die uns Charles Chaplin in einem seiner Filme vorspielt: Charlie ist plötzlich gezwungen, in panischer Eile aus der Wohnung zu flüchten. Er schmeißt seine Kleider in einen am Boden liegenden Koffer, klappt den Deckel zu, vermag ihn aber nicht zu schließen, da Hosenbeine, Ärmel, Teile von Strümpfen usw. heraushängen. Daraufhin nimmt er eine große Schere und schneidet diese Teile ab. Die Zuschauer lachen, weil sie sofort Charlies Fehler erkennen: Er meinte, ganz pragmatisch etwas Äußeres abgeschnitten zu haben, sie aber wissen, daß damit auch das Innere gänzlich unbrauchbar geworden ist.

Hier kann nur eine kleine Auswahl von Zusammenhängen zwischen Teil (Pflegeentwicklung) und Ganzem (politisch-ökonomische Entwicklung) skizziert werden, die den gegenwärtigen Stand etwas aufhellen können.

Persönliche Dienstleistungen in der Industriegesellschaft

Der in den gesundheitspolitischen Debatten wohl am meisten ignorierte und zugleich empirisch am besten gesicherte Zusammenhang ist folgender. Bereits 1949 hatte der französische Ökonom Fourastie das Muster eines langfristigen Strukturwandels in den Industriegesellschaften dargestellt, das sich bis heute empirisch in allen OECD-Ländern² bestätigt hat. Danach findet eine relative Anteilsverschiebung zwischen den Sektoren der Urproduktion

2 Der »Organization for Economic Cooperation and Development« gehören alle westlichen Industrieländer an.

(Landwirtschaft, Bergbau), der Industrie und dem Bereich der Dienstleistungen statt. Letztere vergrößern ihren Anteil am gesellschaftlichen Arbeitskräfteeinsatz zu Lasten der Industrie und der Landwirtschaft, wobei der relative Rückgang des Industriesektors unter dem des Agrarbereichs liegt (Fourastie 1954; vgl. dazu Zinn 1993). Wenn wir unter den »Dienstleistungen« getrennt die personenbezogenen Dienstleistungen (wie Behandlung, Pflege, Beratung, Unterrichtung von Menschen) betrachten, so ist deren relatives Wachstum noch größer.

Diese personenbezogenen Dienste weisen Besonderheiten auf, die es ihnen unmöglich machen, mit der gesamtwirtschaftlichen Produktivitätsentwicklung Schritt zu halten. Ihr »Arbeitsgegenstand« sind Menschen, die man nicht aufbewahren, stapeln oder standardisieren kann wie Industriegüter. In der Pflege gar sind es kranke und hilfsbedürftige Menschen, was die Restriktionen noch weiter erhöht. Vereinfacht gesagt: Da die hier eingesetzte Arbeitskraft nicht in gleichem Maße ökonomischer eingesetzt (»rationalisiert«) werden kann wie bei den anderen Dienstleistungen oder in der Industrie, muß sie einen tendenziell steigenden Anteil des gesellschaftlichen Arbeitsvermögens binden.

Wenn sich nun aber die Löhne und Gehälter in diesem Sektor auf dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnittsniveau einpendeln, dann muß auch der in Geldgrößen ausgedrückte Anteil am Sozialprodukt größer werden. Wenn das - wie in den fünfziger und sechziger Jahren in den westdeutschen Krankenhäusern und in den ostdeutschen bis zum Ende der DDR - aber nicht der Fall ist, lassen sich zwei Tendenzen beobachten. Es kommt zu einer relativen Verarmung der Beschäftigten, und/oder (besonders drastisch während der Vollbeschäftigung in den sechziger Jahren) der Arbeitsmarkt führt alsbald einen Arbeitskräftemangel in diesen Bereichen herbei. Der sogenannte »Pflegenotstand« ist eine Kombination beider Entwicklungen. Der von Fourastie aufgedeckte Strukturwandel muß also keineswegs zu einer »Dienstleistungsgesellschaft« im Sinne seiner »großen Hoffnung« führen, auch partielle Verelendungstendenzen und Krisenerscheinungen im Sektor der personenbezogenen Dienstleistungen können die Folge sein.

Unter der Bedingungen, daß sektorale Inflation und Unwirtschaftlichkeit möglichst klein gehalten werden können, wäre ein steigender Ausgabenanteil sozial erwünschter personenbezogener Dienstleistungen geradezu ein positiver Ausdruck des gesamtwirtschaftlichen Produktivitätswachstums. Denn durch die ständig wachsende Arbeitsproduktivität kann die Masse der materiellen Güter von einem stets abnehmenden Teil der Arbeitskräfte hergestellt werden. Im Produktivitätswachstum, das heute vor allem in der Massenarbeitslosigkeit und im Überfluß materieller Gegenstände (z.B. Müll) seine un-

heilvollen Ausdrucksformen findet, läge gerade auch die Voraussetzung vor für die Erweiterung der sozialen Dienstleistungsbereiche. Diesen vorhandenen bedarfs- und gesamtwirtschaftlichen Möglichkeiten stehen aber die erwerbs- und einzelwirtschaftlichen Mechanismen und Interessen entgegen. Wir haben es in den Marktgesellschaften mit folgendem Dilemma zu tun: Der soziale Bedarf an Dienstleistungen folgt nicht der Verteilung der Kaufkraft, die zu ihrer privaten Nachfrage erforderlich wäre. Umgekehrt kann die warenförmige Dienstleistung, gerade weil ihr relativer Preis immer steigt, sozialpolitischen Kriterien der Verteilung und Qualität nicht genügen, d.h. in guter Qualität ist sie aus den oben genannten Gründen nur Empfängern überdurchschnittlich hoher Einkommen verfügbar.³ In Abhängigkeit vom Zivilisierungsniveau und der sozialen Demokratie in den Industriegesellschaften wurde dieses Dilemma allmählich durch die Institutionalisierung sozialstaatlicher Umverteilung gemildert.

Finanzierung und Steuerung

»Beitragsstabilität«: Anbindung an Markt und Macht

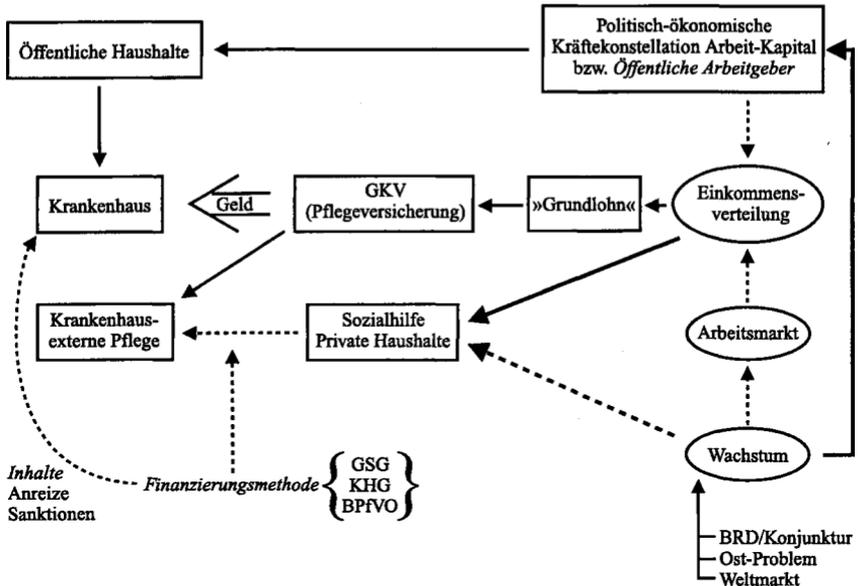
Das politisch-ökonomische Abhängigkeitsgefüge, in dem die finanzielle Sicherstellung der sozialen Krankenhaus- und Pflegeleistungen steht, läßt sich in der Abbildung 1 erkennen. Der in den achtziger und neunziger Jahren immer stärker in den Vordergrund getretene Schlüsselbegriff sowohl für die Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) als auch für eine mögliche Pflegeversicherung ist der der »Beitragssatzstabilität«. Er bedeutet, daß bei konstantem Beitragssatz die Ausgaben nur in Höhe der ex ante fixierten Einnahmen erfolgen können.

Die wenigsten Beteiligten sind sich darüber im klaren, an welche sozialen Beziehungen und ökonomischen Entwicklungen dadurch die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhaus- und Pflegeleistungen geknüpft ist.⁴ Die Koppelung staatlicher Ausgaben an »objektiv« vorgegebene Wirtschaftsdaten ist ein Verfahren, mit dem deren Festsetzung den demokratischen Entscheidungsprozessen und der demokratischen Öffentlichkeit entzogen wird.

3 Viele andere Aspekte und Gründe für dieses Dilemma bietet die originelle Arbeit von Hirsch (1976).

4 Vgl. dazu den Abschnitt »Ökonomisierung der Staatstätigkeit versus soziale Demokratie« Kühn (1980, S. 203-221).

Abbildung 1: Struktur der wirtschaftlichen Sicherung von Krankenhäusern und krankenhausexterner Pflege nach dem Prinzip der Beitragssatzstabilität der GKV



Die scheinbare »Versachlichung« verbirgt, daß mit einem solchen Verfahren der Umfang und in mancher Hinsicht auch die Qualität sozialstaatlicher Dienstleistungen vom sozialpolitischen Bedarfsziel ab- und an die Entwicklung der Einkommensverteilung zwischen Arbeit und Kapital angekoppelt werden. Diese ist seit Ende der siebziger Jahre gekennzeichnet durch einen Rückgang der gesamtwirtschaftlichen Lohnquote, d.h. ungefähr dem Anteil des Grundlohns am Sozialprodukt. Die Lohnsumme, von der die Beiträge erhoben werden können, ist das Produkt von Lohnhöhe und Beschäftigung. Sie hängt also ab von der politisch-ökonomischen Kräftekonstellation zwischen Arbeit und Kapital bzw. öffentlichen Arbeitgebern und in gleich doppelter Weise vom Arbeitsmarkt: zum einen, weil sinkende Beschäftigung die Lohnsumme direkt verringert, und zum anderen, weil das »Überangebot« an Arbeitskräften der zentrale Mechanismus ist, mit dem in den industriellen Marktgesellschaften die Schwächung des Solidarkartells der Gewerkschaften und die relative Senkung der Lohnhöhe »sich durchsetzen«.

Das scheinbar so sachliche Prinzip der Beitragssatzstabilität, das erst unter den Bedingungen einer auch in der Konjunktur nicht verschwindenden chronischen Massenarbeitslosigkeit durchgesetzt und verstärkt worden ist, unterwirft nun die sozial umverteilten Bestandteile der Löhne den Mechanismen Markt und Macht.

Die Tabelle 1 zeigt, daß der Anteil der Ausgaben für das Gesundheitswesen in Deutschland/West zwischen 1980 und 1990 lediglich um 0,2 Prozent des Sozialprodukts zugenommen hat. Die Beitragssatzsteigerungen rühren also nicht primär daher, daß das Gesundheitswesen stärker wächst als das Sozialprodukt. Es wächst stärker als der Grundlohn aufgrund der sinkenden Lohnquote. Man kann sagen: Wäre der Lohnanteil am Sozialprodukt in diesem Jahrzehnt konstant geblieben, dann hätte es keine Beitragssteigerungen gegeben. Wäre er gestiegen, dann wären die Beiträge bei gleichen Ausgaben für das Gesundheitswesen sogar gefallen.

Tabelle 1: Anteil der Ausgaben für medizinische Versorgung am Bruttosozialprodukt, in Prozent

	1980	1990	
Kanada	7,5	9,3	+1,8
Frankreich	7,5	8,8	+1,3
Deutschland (W)	8,4	8,6	+0,2
Japan	6,5	6,7	+0,2
Niederlande	8,0	8,6	+0,6
Schweden	9,2	8,6	+0,6
Schweiz	7,0	7,8	+0,8
Großbritannien	5,9	6,1	+0,2
USA	9,3	12,2	+2,9

Quelle: OECD 1993

Bei der Sicherung der sozialpolitisch finanzierten krankenhausexternen Pflege spielt die Sozialhilfe eine entscheidende Rolle. Der viel beklagte »Pflegetnotstand« fängt bereits damit an, daß keine Statistik über die volkswirtschaftlichen Kosten der Pflege (d.h. alle Aufwendungen des Staates, der Sozialversicherungen und der Privaten) Auskunft gibt. Bei der sogenannten Pflegebedürftigkeit (ein juristisches Konstrukt zur Ausgrenzung der nicht krankheitsbedingten Pflegeleistungen aus dem Anspruch an die Krankenversicherung) kamen in der Regel bis zum Gesundheitsstrukturgesetz die Sozialversicherungen nicht auf. Als bislang einzig relevante öffentliche Institution springt die Sozialhilfe nach vorheriger Heranziehung aller individuellen Finanzie-

lungsmöglichkeiten ein (Bäcker 1990). Allein für die durch individuell nachweislich nicht mehr tragbaren Kosten gibt die Sozialhilfe jährlich etwa 11 Milliarden DM aus. Diese hat in den Gemeinden nicht nur den schwächsten aller staatlichen Träger, sondern ihr Klientel ist zugleich das politisch einflußloseste.

Zusammengefaßt ergibt sich mit dem Blick auf die finanzielle Ausstattung der Pflege innerhalb und außerhalb der Krankenhäuser für die kommenden Jahre eine Perspektive, die man als restriktiv bezeichnen muß. Selbst wenn die Raten des Wirtschaftswachstums wieder positive Vorzeichen annehmen werden, so weist der dominante Wachstumstyp darauf hin, daß ohne eine wirtschaftspolitische Umkehr die Massenarbeitslosigkeit bestehen bleiben wird (Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik 1993). Damit bliebe dann auch die schiefe Ebene, auf der das Sozialprodukt in Löhne und Gewinne verteilt wird, bestehen. Bei fortgesetzter »Beitragssatzstabilität« kann somit auch die zentrale Finanzierungsquelle der Sozialversicherung nur spärlich rinnen. Die Pflege Kranker und anderer Hilfsbedürftiger ebenso wie auch die kommunikativen Elemente der medizinischen Betreuung sind Prototypen kaum rationalisierbarer Dienstleistungen. Kettet man ihre Finanzierung an die Entwicklung des Durchschnittslohns, so müssen sie eher noch weiter verkümmern, als sie es in Deutschland ohnehin schon tun. Auch die dann um so dringendere interne Umverteilung im Gesundheitswesen zugunsten der pflegenden und kommunikativen Leistungen setzt voraus, daß sich das Kräftegleichgewicht zugunsten der entsprechenden Berufsgruppen und Institutionen verändern würde.

Budgetierung

Die sogenannte Budgetierung der einzelnen Ausgabenblöcke der GKV und einer eventuellen Pflegeversicherung, wie sie sich im Herbst 1993 abzeichnet, ist die Konkretisierung der »Beitragssatzstabilität« für einzelne Sektoren. Dem Prinzip nach werden die Ausgabenströme prospektiv an die »Grundlohnsomme« gebunden.

Für die Krankenhäuser sieht das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 mittelfristig die prospektive Finanzierung durch Fallpauschalen vor und hat für eine Übergangszeit die Ausgaben an die Grundlohnentwicklung, d.h. personenbezogene Dienste an die Entwicklung von Durchschnittslohn und Beschäftigung, gebunden.

An anderer Stelle habe ich einige Reaktionsweisen amerikanischer Krankenhäuser auf den Preis- und Regulationsdruck aufgezeigt (Kühn 1992). Zu-

sammengefaßt gesagt reagierten sie nicht, zumindest nicht vorwiegend mit größerer Wirtschaftlichkeit, sondern schöpften ihren unternehmerischen Handlungsspielraum vor allem für folgende Strategien aus:

- den Ausbau des Marketing;
- Vergrößerung der Marktanteile zu Lasten kleinerer Krankenhäuser und solchen, die bei Beginn weniger finanzielle Reserven hatten;
- Attraktion für zahlungskräftige Patienten durch Marketing, Standortwahl, gutes »Image«, d.h. vor allem höchstmöglicher technischer Ausrüstungsstand, luxuriöse Ausstattung usw. (nach einer beabsichtigten Reform des Leistungsrechts kann es auch in Deutschland zu unterschiedlich gut versicherten und damit zahlungskräftigen Patienten kommen);
- Spezialisierungen durch Ausbau gut kalkulierbarer und gut bezahlter und Einstellung anderer Leistungsarten;
- Zusammenschlüsse zu Krankenhausketten (das gilt für Kapitalgesellschaften wie für gemeinnützige Krankenhäuser);
- vertikale Expansion: z.B. Ambulatorien auch außerhalb des Krankenhauses, um sich Einweisungen zu sichern;
- Ausbau von Laboreinrichtungen, Pflegeeinrichtungen sowohl stationär als auch ambulant (Ausnutzung der Fixkostenvorteile eines Krankenhauses gegenüber anderen ambulanten Pflegeanbietern);
- Verschiebung der Diagnosen hin zu solchen, deren Preise eine höhere Rentabilität versprechen (vor allem chirurgische Leistungen und solche der High-Tech-Medizin) und Erhöhung der Schweregrade.

Das alles sind durchaus übliche unternehmerische Strategien, die gewählt wurden, um den wirtschaftlichen Risiken der prospektiven Finanzierung zu begegnen. Viele Krankenhäuser verdanken ihnen ihre weitere Existenz.

Für die deutschen Krankenhäuser stellt sich, von der gesundheitspolitischen Wünschbarkeit einmal abgesehen, die Frage nach ihren Handlungsmöglichkeiten. Derzeit zeichnet sich ein eher grotesker Widerspruch ab. Die Bundes- und Landesgesetzgeber wollen zwar das wirtschaftliche Risiko auf die Krankenhäuser verlagern, sie scheinen aber die Konsequenzen zu scheuen. Den einzelnen Krankenhäusern wird durch den Wegfall der Kostendeckung eine unternehmerische Verantwortung aufgeladen, aber man schafft ihnen nicht den entsprechenden Spielraum (durch Entlassung aus der Krankenhausplanung), den sie haben müßten, um unternehmerisch reagieren zu können.

Dieser Widerspruch erzwingt eine Lösung: Entweder man scheut aus gesundheits- und sozialpolitischen Gründen die Folgen der angeführten unternehmerischen Reaktionsweisen, dann wäre die Schlußfolgerung: Abkehr vom Weg der Budgetierung. Das ist, betrachtet man die »große Koalition«,

in der die jetzige Regelung entstanden ist, derzeit unwahrscheinlich. Oder man räumt in weiterer marktliberaler Verblendung der Entstaatlichung des Finanzierungsrisikos die Priorität ein. Die Konsequenz wäre die faktische Aufgabe staatlicher Krankenhausplanung und -lenkung bzw. ihre Reduzierung auf lediglich formale Akte. Allen Bemühungen, den »Pflegetotstand« im gesellschaftlichen Maßstab wenigstens zu mildern, wäre damit der institutionelle Boden entzogen.

Speziell für den Pflegebereich wird heute von den Befürwortern der propektiven Fallpauschalen damit argumentiert, pro Fall bzw. Fallgruppe würde in das standardisierte Zeitbudget der Zeitbedarf für eine »ganzheitliche Pflege« kalkuliert. Die Absicht ist sicher redlich. Aber sagt man den Organisationen der Krankenpflegern und der (leider nur in geringem Maße) besorgten Öffentlichkeit auch, daß mit der Abkehr von der Kostendeckung früher oder später zwangsläufig auch staatliche Personalvorgaben hinfällig werden? Die zentrale und perspektivische Idee der Finanzierungsreform besteht gerade darin, daß nicht mehr die Kosten erstattet, sondern Festpreise pro Fall bezahlt werden. Will ein Krankenhaus wirtschaftlich bestehen, so muß es dafür sorgen, daß seine Fallkosten möglichst weit unterhalb der Fallpreise bleiben, da nur dieser Differenzbetrag für Investitionen zur Verfügung stehen wird. Ohne permanenten betriebswirtschaftlichen Druck auf die Personalkosten (unter anderem geringerer Personaleinsatz, Intensivierung der Arbeit und ähnliches mehr) ist das nicht denkbar. Öffentliche Bedarfspläne, Personalschlüssel usw. sind mit dieser Grundidee gänzlich unverträglich und werden im Zuge des Übergangs zum einzelwirtschaftlich handelnden Krankenhaus ihre Verbindlichkeit verlieren.

Ratlosigkeit wird in diesen Zeiten gern mit dem Fetisch »Markt« oder »Wettbewerb« verdeckt. Empirisch nicht mehr bestreitbar ist, daß selbst die amerikanische Pro-Wettbewerbs-Politik der achtziger Jahre es nicht vermochte, die konkurrierenden Anbieter zum Preis- und Qualitätswettbewerb zu veranlassen (Higgins 1991). Statt dessen wurde die Angebotsstruktur verändert (was bei uns noch durch die Bedarfspläne verwaltungsrechtlich verhindert werden kann). Um nur einige Tendenzen zu nennen: Technische und chirurgische Leistungsarten, die einen guten Preis haben, werden ausgedehnt werden, und das um so häufiger, je schärfer der Wettbewerb ist. Die Schulmedizin bietet dafür einen für Laien geradezu unglaublichen Spielraum. In Studien über unterschiedliche Behandlung gleicher Patientengruppen hat man enorme Unterschiede von zum Teil mehreren hundert Prozent gefunden, beispielsweise in der Herz-Bypass-Chirurgie, bei Kaiserschnitten, Augenoperationen usw. in Abhängigkeit von der Region, dem Versichertenstatus der Patienten usw. Beispielsweise erbrachte eine Auswertung der Daten von 3 700

Krankenhäusern in wettbewerbsintensiven Regionen, daß die Konkurrenz um herzkranken Patienten zu einer 166 Prozent größeren Chance für Gefäßplastiken und zur 147 Prozent größeren Chance von Bypass-Operationen führt gegenüber vergleichbaren Krankenhäusern ohne eine solche Konkurrenzsituation (Kühn 1990). Auch hierzulande zeichnen sich schon Angebotsstrukturen mit ähnlicher Tendenz ab. Nur die Länderkompetenz verhindert noch die entsprechend folgerichtigen Einschränkungen bei unrentablen Leistungen.

Ohne hier in Einzelheiten gehen zu können, dürfte deutlich geworden sein, daß tendenziell kaum oder nicht rationalisierbare Leistungsarten oder »Fälle« vermieden und technische, gut standardisierbare Leistungen bevorzugt angeboten werden. Die internationalen Erfahrungen heranziehend steht zu befürchten, daß es um den Anspruch der Orientierung am Bedarf und am individuellen Patienten, an seiner Krankheit und sozialen Situation eher (noch) schlechter als besser gestellt sein wird, wenn nicht bald wirksame Gegen Tendenzen auf den Weg geschickt werden. Während einerseits die Bedeutung der Subjektivität des Kranken für den Heilungsprozeß (bzw. bei chronischen Erkrankungen für den Krankheitsverlauf) immer mehr erkannt wird, werden von den strukturellen, technischen und ethischen Folgen des vor uns liegenden Wandels nur die Minderheit von Patienten profitieren, die standardisierbare Erkrankungen haben, aufwendige kommunikative und pflegerische Zuwendung nicht benötigen und keine Komplikationen (wie Mehrfacherkrankungen) aufweisen.⁵

Die weitere Entwicklung des Pflegenotstandes außerhalb der Krankenhäuser steht derzeit noch unter der Unsicherheit eines un abgeschlossenen Gesetzgebungsverfahrens. Absehbar ist aber auch bei einem formal positiven Ausgang: Als Finanzierungsbasis wird im Herbst 1993 der »Grundlohn« (siehe oben) bei einer Beitragsbemessungsgrenze von nur 5 400 DM erwogen. Das bedeutet, daß die gut Verdienenden aus dem Solidarausgleich ausgenommen sind und zur Finanzierung der relativ im Preis steigenden Pflegedienstleistung nicht herangezogen werden können. Der Kreis der Anspruchsberechtigten wird kleiner sein als die Zahl der tatsächlich Hilfsbedürftigen. Die finanzielle Höhe der Leistungen läßt Pflege nur zu in einer Qualität, die alle Besserverdienenden den Privatversicherungen zutreiben wird. Die Arbeitnehmer in den Pflegeberufen werden individuell vor die Entscheidung gestellt sein, sich entweder für eine Arbeit unter Bedingungen zu entscheiden, die eine Pflege nach den Kriterien durchschnittlich entwickelter Berufsethik und Einkommensvorstellungen illusionär erscheinen lassen, oder für die

5 Die mir bekannt gewordenen Modellversuche in Deutschland bestätigen das indirekt dadurch, daß sie überwiegend solche - nur eine kleine Minderheit ausmachenden - Patienten zum Gegenstand hatten.

Pflege der gesellschaftlichen »Leistungsträger«, als die die Bessergestellten im herrschenden Jargon umschmeichelt werden.

Literatur

- ARBEITSGRUPPE ALTERNATIVE WIRTSCHAFTSPOLITIK (1993): *Memorandum '93*. Köln
- BÄCKER, G. (1990): »Pflegernotstand: Soziale Absicherung bei Pflegebedürftigkeit - ein weiterhin ungelöstes Problem.« *Jahrbuch für kritische Medizin. Gesundheit und ihre Folgen*, Band 15. Berlin, Hamburg, S. 46-63
- FOURASTIE, J. (1954): *Die große Hoffnung des zwanzigsten Jahrhunderts* (französisch 1949). Köln
- HIGGINS, W. (1991): »Myths of competitive reform.« *Health Care Management Review*, Band 16, S. 65-72
- HIRSCH, F. (1976): *Social Limits to Growth*. Cambridge, Mass.
- KÜHN, H. (1980): *Politisch-ökonomische Entwicklungsbedingungen des Gesundheitswesens*. Königstein/Ts.
- KÜHN, H. (1990): »Ökonomisierung der Gesundheit. Am Beispiel des US-amerikanischen Gesundheitswesens.« *WSI-Mitteilungen*, 2, S. 62-75
- KÜHN, H. (1992): »Steuerung durch Sonderentgelte, Abteilungspflegesätze, Fallpauschalen und Wettbewerb.« *Krankenhaus Umschau*, 1, S. 25-28
- OECD (1993): *U.S. Health care at cross-roads*. Health Policy Studies, Nr. 1, Paris 1992
- ZINN, K.-G. (1993): »Dienstleistungsgesellschaft oder Krise des tertiären Sektors? - Zur qualitativen Analyse der Entwicklung reifer Volkswirtschaften.« *WSI-Mitteilungen*, 1, S. 1-10