

Kai Mosebach

Kommerzialisierung und Ökonomisierung
von Gesundheitssystemen. Ein essayistischer
Problemaufriss zur Identifizierung möglicher Fel-
der zukünftiger medizinsoziologischer Forschung

Diskussionspapier 2010 – 2

Institut für Medizinische Soziologie
Fachbereich Humanmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt am Main
Dezember 2010

Institut für Medizinische Soziologie

Direktor: N.N.

Zentrum für Gesundheitswissenschaften

Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität

Theodor-Stern-Kai 7

60590 Frankfurt a.M.

Telefon: (0 69) 63 01 – 76 11

Fax: (0 69) 63 01 – 66 21

Website: <http://www.kgu.de/zgw/medsoz>

ISSN 1861-5732

„Medizinische Soziologie wird [...] an dem Selbstverständnis von kritischer Wissenschaft gemessen. Sie stellt Bestehendes in Frage. Sie verneint scheinbar Natürliches oder von einer höheren Macht Gegebenes. Sie macht durchschaubar. Der Grad ihrer Einsicht in die soziale Wirklichkeit hängt von der Radikalität ihrer Fragestellungen ab. Gleichwohl verneint Medizinische Soziologie Bestehendes keineswegs aus purem Skeptizismus oder abstrakter Kritik, sondern Medizinische Soziologie stellt in Frage, um daraus praktische Veränderungen abzuleiten, die ein höheres Maß an Humanität in der Medizin ermöglichen und aufbewahren. Medizinische Soziologie ist also nicht bequem und kann deshalb nicht immer mit offener Gegenliebe rechnen.“

Hans-Ulrich Deppe, Medizinische Soziologie, Frankfurt a.M. 1978, S. 7.

„Soziologie ist ein Kampfsport.“ (Pierre Bourdieu)

Zusammenfassung

Das Diskussionspapier versucht Dimensionen und Ausmaße von Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungsprozessen in OECD-Gesundheitssystemen explorativ zu erörtern. Hierzu wird zunächst die Hypothese entwickelt, dass sich in den (meisten) OECD-Staaten eine hegemoniale gesundheitspolitische Strategie herausbildet, die als *wettbewerbsbasierte Kostendämpfungspolitik* bezeichnet wird. In der Folge werden die (mutmaßlichen) Auswirkungen von Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungsprozessen diskutiert. Erstens wird beschrieben, wie die Monetarisierung der Arzt-Patienten-Beziehung zu einer Privatisierung des Gesundheitssystems führt. Zweitens wird die sich transformierende Arzt-Patienten-Beziehung als Dialektik von Demokratisierungs- und Ökonomisierungsprozessen dargestellt. Drittens beschäftigt sich der Beitrag mit Entwicklung einer *neuen Gesundheitskultur*, die die gesundheitliche Eigenverantwortung des Einzelnen betont, zugleich jedoch neuen Ausgrenzungs- und Stigmatisierungsprozessen den Weg zu ebnen droht. Abschließend wird ein in groben Zügen ein Forschungsprogramm umschrieben, welches Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungsprozesse auf diesen drei Forschungsfeldern analytisch und bewertend unter die Lupe zu nehmen versucht.

Abstract

The aim of this paper is to explore the scale and scope of economisation and commercialisation processes in OECD health systems. At first I will develop the basic premise of a proliferating hegemonic strategy in national health policy making in OECD countries that is termed *competitive cost-containment policy*. After that the possible impact of economisation and commercialisation processes will be discussed. Firstly, processes of monetarisation regulating the basic medical social relation of physicians and patients as well as the privatisation of health care provision are described as effects of widespread economisation and commercialisation pressures. Secondly, the double transformation of the physician-patient relationship is understood as a contradictory process of its democratisation and economisation. Thirdly, tendencies of healthism and consumerism in OECD health systems are shown both to have socially exclusive effects while constituting a *new culture of health*. Finally, based on these explorative considerations I will sketch the framework of a comprehensive research program that integrates descriptive, analytical and normative research interests. Its basic thrust is to explore the dimensions, causes and effects of economisation and commercialisation tendencies in OECD-health (care) systems.

Inhalt

Vorwort	9
1. Einleitung	11
2. Wettbewerbsbasierte Kostendämpfung als hegemoniale Strategie nationaler Gesundheitsreformen in OECD-Staaten?	13
3. Wettbewerbsbasierte Kostendämpfung, Privatisierung von Krankheitsrisiken und Versorgungsstrukturen: die Monetarisierung der Arzt-Patienten-Beziehung	27
4. Transformationen des Arzt-Patienten-Verhältnisses unter den Bedingungen von Ökonomisierungs- und Demokratisierungsprozessen	34
5. New Public Health, Ökonomisierung und Healthism: Versprechungen und Zumutungen der „Gesundheitsgesellschaft“	43
6. Forschungsstrategische Schlussfolgerungen	53
Abkürzungsverzeichnis	73
Literaturverzeichnis	74

Vorwort

Dieser Beitrag hat viele Eltern. Zum einen ist er ein Ergebnis der längeren Beschäftigung mit theoretischen und empirischen Studien zu Kommerzialisierungsprozessen, insbesondere in Deutschland und England. Und als ein solcher ist er eine Vorarbeit meines demnächst abzuschließenden Promotionsprojekts. Obwohl als eigenständiger Beitrag konzipiert, werden hier vorgestellte Ergebnisse daher zweifellos in das Promotionsprojekt einfließen.

Zum anderen verdankt sich das Diskussionspapier einem engen Lehr- und Forschungszusammenhang am und um das Institut für Medizinische Soziologie an der Goethe Universität Frankfurt a.M. Hierdurch ist es möglich gewesen, theoretische Ansätze, Fragestellungen und empirische Ergebnisse sowohl aus der international vergleichenden Gesundheitssystemforschung als auch der auf die medizinische Praxis bezogenen medizinsoziologischen Forschung und Lehre heranzuziehen und miteinander zu verbinden.

Danken für den immerwährenden Zuspruch für das Projekt möchte ich meinen Kolleginnen und (Ex-)Kollegen am Institut für Medizinische Soziologie, dessen Existenz aufgrund von politischen Sparauflagen leider ernsthaft gefährdet ist. Es ist zu hoffen, dass der vom Institutsgründer Prof. Dr. Hans-Ulrich Deppe institutionalisierte Lehr- und Forschungszusammenhang, der nach dessen Emeritierung bis zu seinem Ruf an die Universität Bielefeld von Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger weitergeführt wurde, nicht ins akademische Ausgerät. Beiden Direktoren des Instituts für Medizinische Soziologie bin ich zu Dank verpflichtet, da sie mich stets vorwärts getrieben haben, mehr als Ihnen wohl bewusst ist.

Dem Studiendekan Vorklinik des Fachbereichs Medizin, Prof. Dr. Nürnberger, und dem kommissarischen Leiter des Instituts für Medizinische Soziologie, Prof. Dr. Jochen Kaiser, möchte ich danken, dass sie mir ermöglicht haben, im Wintersemester 2010/11 die einführende Vorlesung zur Medizinsoziologie vorzubereiten. Hierdurch haben sich meine Kenntnisse auf dem Feld der medizinsoziologischen Forschung deutlich verbessert und zum besseren Gelingen der hier vorgelegten theoretischen Integrationsarbeit beigetragen.

Ich will nicht schließen, ohne meiner Familie, meiner Frau und meinen beiden Kindern, für die emotionale Stärke zu danken, die sie mir allein dadurch geben, dass ich mit ihnen zusammen das „wirkliche Leben“ kennenlernen darf. Auch wenn meine wissenschaftliche Arbeitszeit hierdurch die normierten Erwartungen im universitären Feld nicht immer erfüllen konnte (denn dort gilt das Prinzip der „flexiblen Mehrarbeit“), sind die Erfahrungen der gemeinsam verbrachten Zeit mit keinem akademischen Titel aufzuwiegen. Danke dafür.

1. Einleitung

Dieser Beitrag ist kein umfassender, systematischer oder empirisch ausgerichteter Beitrag zur Debatte um die Dimensionen, Ausmaße und Effekte von Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungsprozessen in Gesundheitssystemen der „OECD-Welt“ (Dieter Senghaas). Es handelt sich vielmehr um einen Versuch, mögliche Implikationen von solchen Prozessen in kritisch-emanzipatorischer Absicht zu durchdenken. Insofern zielt das Diskussionspapier vielmehr auf die Entwicklung einer bestimmten Problemsicht auf die Thematik und soll zur Diskussion hierüber anregen. In Abweichung von bisherigen Diskussionspapieren des Instituts für Medizinische Soziologie handelt es sich folglich nicht um die Darstellung und Überprüfung einer klar formulierten Fragestellung, sondern eher um die Entwicklung einer solchen. Daher lässt sich dieser Diskussionsbeitrag viel eher als eine bewusst subjektiv-spekulativ gehaltene Auseinandersetzung mit ausgewählter (theoretischer und empirischer) Sekundärliteratur zu der entsprechenden Thematik betrachten. Der Beitrag lässt sich daher treffend als „explorativer Essay“ bezeichnen.

Der gewisse Grad an Systematik, der in diesem Beitrag dennoch enthalten ist, erschließt sich aus einer Zusammenfassung kritischer Literatur zu Ökonomisierungs-/Kommerzialisierungsprozessen anhand einiger Schlüsselthemen, ohne dass diese jedoch erschöpfend behandelt werden könnten. Das Ziel dieser *explorativ-essayistischen* Bestandsaufnahme liegt – jenseits eines ersten Problemaufrisses für weiterführende, systematischere Untersuchungen – darin, einige disparate Diskursfragmente zu einem vorsichtig-konstitutiven Gesamtbild zusammenzufügen, von dem aus weiterführende Fragestellungen abgeleitet und zu einem mittelfristigen Forschungsprogramm ausgearbeitet werden können. In gewisser Weise handelt es sich somit um eine Art theoretischer Konstruktion zukünftiger empirischer Forschungsfelder. Die geneigte Leserin sollte jedoch keinen systematischen Theorienüberblick über Ökonomisierungs- bzw. Kommerzialisierungsprozesse im Gesundheitssystem erwarten. Stattdessen geht es mir darum, in großen Zügen zu skizzieren, welche Dimensionen, Ausmaße und Auswirkungen Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungseffekt im Gesundheitswesen haben *können*, ohne hiermit jedoch deren empirische Gültigkeit temporal und räumlich grenzenlos zu behaupten.

Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungsprozesse werden hier – außer sie werden bewusst gegeneinander gestellt – zunächst als Einheit betrachtet, auch wenn es theoretische und historische Gründe geben mag, sie zu differenzieren (vgl. z.B. Mackintosh/Koivusalo 2005; Tritter et al. 2010). Wichtig ist bei beiden, dass monetäre Kalküle bei der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen, bei deren Inanspruchnahme und auch bei

deren Legitimation eine größere Rolle spielen als vor etwa 30-40 Jahren. Gemäß diesen Zielsetzungen gestaltet sich die Gliederung des Diskussionspapiers in lockerer Folge: zunächst (2.) werde ich den Begriff der *wettbewerbsbasierten Kostendämpfung*, mit dem die nationalen Entwicklungspfade zu einer transnational-hegemonialen Strategie zusammengefasst werden, diskutieren. Der auf den ersten Blick paradox anmutende Begriff wird dabei sowohl historisch als auch empirisch plausibel zu machen gesucht. Im dritten Abschnitt werde ich mich mit (nicht-)intendierten Folgen dieser (als Heuristik verwandten) ubiquitären Modernisierungsstrategie auseinandersetzen, deren Effekte allesamt auf die Problematik einer sich monetarisierenden Arzt-Patienten-Beziehung (APB) bzw. kommerzialisierten Krankenversorgung hinauszulaufen scheinen. Neben unmittelbaren Effekten auf die direkte Arzt-Patienten-Interaktion sind hier auch indirekte Effekte der Privatisierung von Krankheitsrisiken und von Krankenversorgungseinrichtungen zu nennen. Hiervon in relativer Eigenständigkeit vollzieht sich ein Paradigmenwandel der Arzt-Patienten-Beziehung, dessen Konturen ich mich im vierten Abschnitt widme. Hiernach wird das paternalistische Modell der Entscheidungsfindung in der APB zunehmend zugunsten partizipativer Entscheidungsprozesse auf Arzt- als auch Patientenseite infrage gestellt. Die doppelte Transformation der Arzt-Patienten-Beziehung ist dabei keineswegs konfliktfrei und schon gar nicht von den übergreifenden Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungsprozessen im Gesundheitswesen zu trennen. Es stellt sich die Frage, ob die zu beobachtenden Demokratisierungsprozesse (auf verschiedenen Systemebenen) den gleichzeitig verlaufenden Ökonomisierungsprozessen entgegenlaufen und deren negative Implikationen vielleicht sogar zu kompensieren vermögen. Im fünften Abschnitt werde ich mich über die Krankenversorgung und das medizinische Versorgungssystem im engeren Sinne hinaus mit sozialen und kulturell-symbolischen Wandlungsprozessen des sozialen Umgangs mit Gesundheit bzw. Krankheit, ihren Bedingungsfaktoren und Effekten, auseinandersetzen, die die sozial vermittelte Verpflichtung für die eigene Gesundheit in den Mittelpunkt individuellen Verhaltens und sozialen Handelns stellen. Es geht – mit anderen Worten – um die (durchaus problematischen) „Versprechungen“ und (offenkundig abzulehnenden) „Zumutungen“ einer politisch und sozial beförderten „Gesundheitsgesellschaft“ (Ilona Kickbusch). Eine ausführliche Reflexion über mögliche Forschungsfelder und Forschungsprojekte schließt dieses Diskussionspapier ab.

2. Wettbewerbsbasierte Kostendämpfung als hegemoniale Strategie nationaler Gesundheitsreformen in OECD-Staaten?

Die wissenschaftliche Beschäftigung mit markt- und wettbewerbsbasierten Reformkonzepten bei der Gestaltung nationaler Krankenversorgungs- bzw. Gesundheitssysteme hängt gleichermaßen von politischen Konjunkturen und sozio-historischen Voraussetzungen ab, da sie in einem multidisziplinären und erkenntnispraktisch vielgestaltigen (Experten-)Diskursfeld stattfindet. Nationale Gesundheits- bzw. Krankenversorgungssysteme im heutigen Sinne verdanken sich einer langen Entwicklungsphase, die maßgeblich von der Herausbildung des (modernen) Nationalstaates, der Entwicklung hygienemedizinischer, sozialmedizinischer und biomedizinischer Wissens- und Praxisformen und kapitalistischer Vergesellschaftungsprozesse seit Beginn der industriellen Revolution des 19. Jahrhunderts gekennzeichnet ist. Diese verschlungenen Entwicklungen können hier im Einzelnen nicht dargestellt werden (vgl. hierzu: Deppe/Regus 1975; Flora 1981; Alber 1987; Sachse/Tennstedt 1988, 1992, 1998; Foucault 2005; Schulz et al. 2006). Es geht hier vielmehr um eine Skizzierung der politischen, ökonomischen und gesellschaftlichen Wurzeln heutiger national(staatlich)er Gesundheits- und Krankenversorgungssysteme, die die unterschiedlichen sozio-kulturellen, politisch-institutionellen und ökonomischen Startbedingungen deutlich machen sollen, von denen aus eine (erneute) Vermarktlichung und Wettbewerbsorientierung der Gestaltung national(staatlich)er Gesundheits- und insbesondere Krankheitssysteme im Gefolge der Krise fordistisch-keynesianischer Akkumulations- und Regulationsweisen eingesetzt hat.

Von den Bismarck'schen Sozialreformen bis zur Krise fordistischer Wohlfahrtsstaaten in den 1970er Jahren: die OECD-Welt

Während der Phase der Herausbildung fordistischer Wohlfahrtsstaatlichkeit im kurzen, von sozialen und politischen Extremen gezeichneten 20. Jahrhundert (vgl. Hobsbawm 1995) spielte die kollektive Absicherung gegen das Lebensrisiko Krankheit eine bedeutende Vorreiterrolle für die weitere Entwicklung national(staatlich)er Wohlfahrtspolitik. Verwiesen wird in diesem Kontext in der Literatur auf die (internationale) Vorbildfunktion der Bismarck'schen Sozialversicherungsgesetze im Wilhelminischen Deutschen Reich, die beginnend im Jahr 1883 eine allgemeine Krankenversicherung ins Leben gesetzt hatten. Die Ambivalenz (und bisweilen Idealisierung bzw. Mystifizierung) dieser „Vorbildfunktion“ ist jedoch vielfach belegt: sie verdankt sich weder den besonderen sozialpolitischen Neigungen des Reichskanzlers noch ausschließlich der Bekämpfung der sozialdemokrati-

schen Revolutionsgefahren, die jener gemäß dem Prinzip des *divide et impera* folgend mit den „Sozialistengesetze“ und den „Sozialversicherungsreformen“ einzuhegen versuchte. Zweifellos spielen die sozialen und politischen Auseinandersetzungen eine besondere Rolle für die staatliche Einrichtung der – zunächst auf Krankengeldleistungen beschränkten – allgemeinen Krankenversicherung der Arbeiter (und später der Angestellten). Doch historische Forschungen zeigen, dass insbesondere funktionale Erfordernisse der Kapitalakkumulation, d.h. die Wahrung und (zumindest teilweise) Wiederherstellung von (kollektiver) Arbeitskraft, zur Unterstützung dieser wohlfahrtspolitischen Innovationen durch die (individuellen) Kapitalisten und deren Interessenvertreter geführt hatten (vgl. Alber 1987; Sachse/Tennstedt 1988). Jenseits dieser national-spezifischen Konstitutionsbedingungen spielte diese reformpolitische Innovation eine bedeutende Rolle im Prozess der internationalen Diffusion von sozialpolitischen Policy-Konzepten und -Instrumenten bzw. der nationalen Adaption und der Emulation von (protofordistischer) Wohlfahrtsstaatlichkeit hinsichtlich sowohl der Absicherung gegen Krankheitsrisiken als auch anderer „sozialer Lebensrisiken“ in den entstehenden kapitalistischen Gesellschaften, wie Arbeitslosigkeit, Alter und Unfälle (vgl. Flora 1981; Alber 1987; Ewald 1993; Castel 2008).

Diese Einrichtung und Diffusion staatlich verfasster kollektiver Sicherungssysteme im Gefolge der Emulation und Ausweitung der Bismarck'schen Krankenversicherungsreform hatte allerdings keineswegs markt- und wettbewerbsfreie Krankenversorgungssysteme zur Folge. Denn *erstens* handelte es sich keineswegs um die sofortige Durchsetzung eines universellen Krankenversicherungsregimes, sondern es blieb eine Vielfalt bzw. Myriaden von oftmals berufsständisch und regional fragmentierten sowie bestimmte soziale Gruppen verpflichtenden Krankenversicherungsmodellen bestehen. Markt- und Wettbewerbsprozesse waren daher keineswegs ausgeschlossen, denn der Ausbau der zunächst auf Lohnersatzleistungen ausgerichteten Krankenversicherung in Richtung eines Systems, das Krankenversorgungsleistungen in kollektiver Weise zu organisieren und zu finanzieren trachtete, war weder umfassend noch einheitlich geregelt. Substitutive und komplementäre, kaum einheitlich oder staatlich normierte Markt- und Wettbewerbsprozesse waren selbst bei der sozialstaatlichen Finanzierung von Krankenversorgungsleistungen, insbesondere im ambulanten Bereich an der Tagesordnung. Im stationären Bereich herrschte weitgehend noch eine Dominanz karitativer und religiös geprägter Versorgungsstrukturen, die von kommunalen Einrichtungen zur Eindämmung (und entsprechenden „Einkerkerung“ von „gefährlichen Individuen“) von Seuchen ergänzt wurden (vgl. Flora 1981; Alber 1987; Sachse/Tennstedt 1988; Moran 1999). *Zweitens* waren die Beziehungen zwischen Krankenversicherungsträgern bzw. Kostenträgern einerseits und Leis-

tungserbringern, also Ärzten und (privaten, kommunalen und karitativen) Krankenanstalten, höchst unterschiedlich und keineswegs nach nationalen Mustern geprägt. Aus der heutigen Perspektive relativ kohärent anmutender, rechtlich und politisch geregelter nationaler Krankenversorgungssysteme erscheinen die Systeme der Krankenversorgung des frühen zwanzigsten Jahrhundert ausgesprochen chaotisch, ungeregelt und kaum überschaubar (vgl. Rosen 1975; Alber 1987; Alber/Schenkluhn 1992). *Drittens* waren die Beziehungen zwischen Patienten und Leistungserbringern spiegelbildlich zur chaotischen und wenig universell und kohärenten Finanzierungs- und Leistungsregulierung höchst disparat und entlang sozialer Klassen außerordentlich ungleich gestaltet. Arbeiter, Angestellte und Unternehmer bzw. Vermögensbesitzer verfügten über unterschiedliche und streng getrennte Versicherungssysteme, die entweder kollektiv-verpflichtend oder auf freiwilliger Basis beruhten (vgl. Flora 1981; Alber 1987; Sachse/Tennstedt 1988). Mit anderen Worten, die Gestaltung protowohlfahrtsstaatlicher Sicherungssysteme gegen Krankheit im Übergang zum 20. Jahrhundert reproduzierte die sozialen Klassenstrukturen kapitalistischer Gesellschaften und förderte durch die berufsständische Fragmentierung einerseits und (spiegelbildliche) Privilegierung einzelner sozialer Gruppen andererseits kapitalismuskompatibel die Desorganisation der subalternen Klassen (vgl. Esser 1985; Ewald 1993; Castel 2008).

Der erneute Ausbau und die Konsolidierung fordistischer Wohlfahrtsstaatlichkeit im Prozess des Wiederaufbaus bzw. der Rekonstruktion der kapitalistischen Länder im Anschluss an die Weltwirtschaftskrise der 1930er Jahre und der Katastrophe des Zweiten Weltkrieges brachte zwei entscheidende Entwicklungen hervor, die für die Weiterentwicklung der nationalen Gesundheits- und Krankenversorgungssysteme und das Verständnis der unterschiedlichen sozialen und politisch-ökonomischen Voraussetzungen der seit der Krise der 1970er Jahre an Fahrt gewinnenden Reaktivierung markt- und wettbewerbsbasierter Reformkonzepte für die national(staatlich)en Gesundheits- und Krankenversorgungssysteme von zentraler Bedeutung sind. *Erstens* zeigte sich eine Differenzierung der Entwicklung der wohlfahrtsstaatlichen Entwicklung in den kapitalistischen Ländern, die zu einem Ausbau fordistischer Wohlfahrtsstaatlichkeit in Europa und einem Zurückbleiben wohlfahrtsstaatlicher Sicherungssysteme in den Vereinigten Staaten von Amerika, der neuen internationalen Hegemonialmacht, führte. Diese (institutionelle) Scherenentwicklung zeigte sich insbesondere in der Herausbildung tendenziell sich universalisierender und umfassender kollektiver Sicherungssysteme gegen das Lebensrisiko Krankheit in Europa bzw. deren Ausbleiben in den Vereinigten Staaten. Hierin zeigte sich eine erhebliche Ungleichzeitigkeit zwischen Europa und den USA, die sich erst seit den großen So-

zialreformen Lyndon B. Johnsons in den 1960er Jahren zu relativieren begann, ohne jedoch völlig zu verschwinden (vgl. Flora 1981; Hacker 2002; Mosebach 2003; Pontusson 2005).¹ *Zweitens* zeigte sich die Entwicklung national(staatlich)er Krankenversicherungs- und -versorgungssysteme in Europa keineswegs einheitlich. Während sich das Sozialversicherungsmodell von Deutschland aus vor allem im kontinentaleuropäischen Raum ausbreitete und sich zudem von einem Lohnersatzregime zu einem Krankenversorgungssystem transformierte, stellte die Gründung des nationalen Gesundheitsdienstes in Großbritannien trotz seiner Orientierung an den Stärken und Schwächen des Bismarck'schen Sozialversicherungsmodells ein eigenständiges Modell national(staatlich)er Kranken- und Gesundheitsversorgung dar, das auf der besonderen Rolle des (Zentral-)Staates bei der steuerbasierten Finanzierung und der zentralen Regulierung und formalen Vereinheitlichung der kommunalen Krankenversorgung auf lokaler Ebene beruhte. Seine Strahlungskraft als Vorbild bei der Errichtung national(staatlich)er Gesundheits- und Krankenversorgungssysteme reichte von den skandinavischen Ländern, deren Entwicklung geradezu in Zyklen die Orientierung an dem bzw. die Abgrenzung zum britischen Vorbild aufzeigt, bis in die Mittelmeerregion, in der vor allen nach den Demokratisierungsprozessen in Spanien, Portugal und Griechenland der britische nationale Gesundheitsdienst in den 1970er zu einem zu emulierenden Vorbild geriet (vgl. Alber/Schenkluhn 1992; Immergut 1992; Saltman/van Otter 1992).²

Mit der Krise des (transnationalen) fordistischen Akkumulations- und Gesellschaftsmodells, die in der Wirtschaftskrise der 1970er Jahre eklatierte, gerieten auch die fordistischen Wohlfahrtsstaaten und folglich auch die öffentlichen Krankenversicherungs- und -versorgungssysteme – wenn auch ungleich und ungleichzeitig – unter einen enormen finanziellen Druck. In den kapitalistischen Zentren der OECD-Welt führte die manifeste Finanzierungskrise zu einer (unmittelbaren) Homogenisierung und Dominanz fiskalspoliti-

¹ Ein Ausdruck für die Trägheit und Stabilität dieser unterschiedlichen wohlfahrtsstaatlich-kulturellen Traditionen sind die jüngsten verfassungsrechtlichen Auseinandersetzungen um die Gesundheitsreform der Obama-Regierung in den USA. Mittlerweile haben bereits zwei Gerichtsurteile in US-Bundesstaaten die von der US-Regierung beschlossene Versicherungspflicht für alle US-Bürger aufgrund ihres Eingreifens in die Freiheitsrechte des Einzelnen als „verfassungswidrig“ beurteilt (siehe *New York Times* vom 01.02.2011, S.A1 [„Federal Judge Rules That Health Law Violates Constitution“]). Ob diese bundesstaatlichen Urteile vor bestehen bleiben, kann noch nicht abschließend festgestellt werden, denn der *Supreme Court* wurde noch nicht angerufen.

² Die Typisierung von Gesundheitssystemen unterscheidet sich gravierend von Wohlfahrtsstaaten. Hinsichtlich der letzteren spricht man auch von einem liberal-angelsächsischen Typus, der auch in Europa ausgeprägt sei. Im Hinblick auf Gesundheitssysteme kann diese Typisierung, die in ihren Grundzügen auf Esping-Andersen (1990) zurückgeht, jedoch ernsthaft in Frage gestellt werden, weil die nationalen Gesundheitsdienste in Großbritannien keineswegs nur eine medizinische Grundversorgung sicherstellen wie das wohlfahrtsstaatliche Konzept von Esping-Andersen nahelegt, sondern gerade als Pionier einer universellen Gesundheits- und Krankenversorgung in (West-)europa gelten müssen (vgl. Alber/Schenkluhn 1992; Moran 2000; Rothgang 2006).

scher Zielsetzungen in der Gesundheitspolitik, die – zum Teil im diametralen Gegensatz zum Ausbau der Versorgungsstrukturen im stationären Bereich in den 1960er Jahren – strikte administrative bzw. gesetzliche Kostendämpfungsmaßnahmen in den kollektiven Krankenversicherungssystemen zur Folge hatten. Während die steuerfinanzierten nationalen Gesundheitsdienste, insbesondere in Großbritannien, über die Finanzkrise des staatlichen Haushaltes unmittelbar mit der Einengung ihrer finanziellen Möglichkeiten und Ressourcenbasis konfrontiert waren, waren in über Sozialversicherungen finanzierten Krankenversorgungssystemen explizite Kostendämpfungsmaßnahmen vonnöten, um die als exorbitant empfundenen Steigerungen der Beitragssätze zu vermeiden. Verstärkt durch den erneuten Wachstumseinbruch der frühen 1980er Jahre breiteten sich sog. Kostendämpfungspolitiken in nahezu allen national(staatlich)en Gesundheitssystemen der OECD-Welt aus, die im Wesentlichen auf drei Grundformen beruhten (vgl. Abel-Smith/Mossialos 1994; OECD 1994; Schwartz/Glennerster/Saltman 1996; Ham 1997; Saltman/Figueras 1997): (1) Erhöhung bzw. Einführung privater Zuzahlungen bei der Leistungsanspruchnahme, (2) selektive Leistungsausgrenzungen, (3) die Verschärfung bzw. Einführung sektoraler bzw. globaler Ausgabenobergrenzen (Budgets).

In der Folge der – nach eigenen Maßstäben – kurzfristig erfolgreichen, aber mittel- bis langfristig Ausgabensteigerungen weniger und die durch Massenarbeitslosigkeit hervorgerufene sich chronisch entwickelnde Finanzierungskrise überhaupt nicht vermeidenden Kostendämpfungsmaßnahmen setzte im Verlauf der 1980er Jahre in frappierender Gleichzeitigkeit in den meisten OECD-Staaten auf der politischen Ebene eine Diskussion um die Einführung markt- und wettbewerbsbasierter Steuerungskonzepte für die national(staatlich)en Gesundheits- und Krankenversorgungssysteme ein. Diese beruhte auf einer fundamentalen theoretischen wie praktischen Kritik fordistischer Wohlfahrtsstaatlichkeit und entsprechend gestalteter national(staatlich)er Krankenversicherungs- und –versorgungssysteme. Die Kritiker traten für eine strukturelle Neuorientierung der politischen Steuerung, Regelung und Finanzierung öffentlicher Gesundheits- und Krankenversorgungssysteme ein (vgl. OECD 1995; Ham 1997; Saltman/Figueras 1997; Ranade 1998; Paton et al. 2000; Giaimo 2002; Harrison 2004). Die politische Wirksamkeit solcher markt- und wettbewerbsbasierter Konzepte kam jedoch nicht von ungefähr, sondern verdankte sich zum einen der allgemeinen ideologischen und praktischen Krise keynesianisch-fordistischer Wirtschafts- und Sozialpolitik. Zum anderen kam es zu einer (Re-)Aktivierung markt- und wettbewerbsbasierter Steuerungs- und Ordnungskonzepte für den Umbau fordistischer Wohlfahrtsstaatlichkeit, die in einer neokonservativ-marktliberalen Wohlfahrtsstaatskritik wurzelte (vgl. Esping-Andersen 1996 u. 2000; Jessop 2002; Taylor-

Gooby 2004; Pierson 2007). Im Folgenden soll diese Phase des Experimentierens und des sukzessiven Ausbaus markt- und wettbewerbsbasierter Reformkonzepte für national(staatlich)e Gesundheits- bzw. Krankenversorgungssysteme in den Grundzügen rekonstruiert werden. Die zugrunde liegende These ist, dass sich beide (international beobachtbare) Reformwellen, die Kostendämpfungs- und Wettbewerbsförderungs politik, überlagern und dass die nationale (durchaus unterschiedliche und ungleichzeitige) Durchsetzung von Markt- und Wettbewerbskonzepten in der Gesundheits- bzw. Krankenversorgung der meisten OECD-Staaten keineswegs zu einer Ablösung der administrativen Budgetierung öffentlicher Krankenversorgungssysteme, sondern zu einer Verschmelzung von administrativen Kostendämpfungsmaßnahmen einerseits und markt- bzw. wettbewerbsgetriebenen Deregulierungen und Flexibilisierungen im Gesundheitswesen andererseits geführt hat. Trotz aller national(staatlich)en Unterschiede hinsichtlich der institutionellen und organisatorischen Gestaltung von Gesundheits- bzw. Krankenversorgungssystemen hat sich auf diese synthetische Weise eine *hegemoniale Strategie* der Modernisierung öffentlicher Gesundheits- und (vor allem) Krankenversorgungssysteme – wenigstens in der (alten) OECD-Welt – herausgebildet, die hier als *wettbewerbsbasierte Kostendämpfungspolitik* bezeichnet werden soll. In einem Satz: die fordistisch-wohlfahrtsstaatlichen Gesundheits- und Krankenversorgungssysteme weichen postfordistisch-wettbewerblichen Regimes. Es findet folglich ein *gemeinsamer Transformationsprozess* von nationalen Gesundheitssystemen statt, ohne dass die institutionellen und organisatorischen Konvergenzprozesse zu einer Vereinheitlichung und Identität der sich transformierenden Gesundheits- und Krankenversorgungssysteme führen würden (wie bisweilen in neoinstitutionalistischer Übertreibung der Kritik globalistischer Konvergenztheorien unterstellt wird).³

Paradigmenwandel in der politischen Steuerung der Krankenversorgung der OECD-Welt?

Markt- und Wettbewerbsprozesse in den Gesundheitssystemen der OECD-Welt sind also keineswegs historisch neu, sondern stellen gewissermaßen eine Re-Aktivierung von institutionellen Formen und Steuerungselementen dar, die bereits vor der Zeit des fordistisch-wohlfahrtsstaatlichen goldenen Zeitalters des Kapitalismus existierten. Dennoch ist es

³ Die These von einer „Hybridisierung“ der Steuerungs- bzw. Governancestrukturen von OECD-Gesundheitssystemen (vgl. Cacace et al. 2008) ist eine Möglichkeit, die unfruchtbare Gegenüberstellung von neoinstitutionalistischem und globalistischem Ansatz zu überwinden. Sie leidet jedoch an einer „governancetheoretischen Verkürzung“ der zugrunde liegenden gesundheitssystemischen Konvergenzprozesse. Diese Kritik kann hier nicht ausführlich dargestellt werden (siehe aber den fünften Abschnitt dieses Diskussionspapiers).

keine einfache Wiederholung der Geschichte, denn diese Re-Aktivierung markt- und wettbewerbsorientierter Instrumente und Politiken findet in einem völlig veränderten (welt-)gesellschaftlichen Umfeld statt. Nach einer in der internationalen Gesundheitssystemforschung weit verbreiteten Lesart gesundheitspolitischer Reformgeschichte in der OECD-Welt gilt Großbritannien bzw. England als Vorreiter einer markt- und wettbewerbsorientierten Gesundheitsreformpolitik. Diese Sichtweise ist jedoch insofern problematisch oder zumindest verkürzt, als sie vergleichbare Entwicklungen in anderen nicht-staatlichen Gesundheitssystemen oftmals übersieht oder gar missdeutet, was insbesondere für die Niederlande, aber mit Abstrichen auch für Deutschland gilt. Schließlich werden strukturelle, auf Kommerzialisierung der Versorgung zielende Veränderungen in den Vereinigten Staaten von Amerika unverständlicherweise in ihrer Pionierrolle maßlos unterschätzt (vgl. dagegen: Alford 1975; Starr 1982; Strang/Bradburn 2001), was wohl insbesondere darauf zurückzuführen ist, dass das US-amerikanische Gesundheitssystem entweder – zumeist in die komplexe Realität nur unzureichend abbildenden Lehrbuch-Typologien (z.B. Sommer 1999; Simon 2010) – als marktwirtschaftlich *sui generis* gilt (was jedoch nach den Johnson'schen Reformanstrengungen in den 1960er Jahren in dieser Simplifizierung nicht zutrifft) oder nach diesen Reformen als „hybrides Gesundheitssystem“ (Cacace et al. 2008) anerkannt wird (was die historisch-politische Spezifik des Aufschwungs von „Corporate Health Care“ [Paul Starr] selbst in den USA verfehlt).

Die gesundheitspolitische Vorreiterrolle der USA für markt- und wettbewerbsbasierte Reformbewegungen in Europa ist dabei von nicht zu unterschätzender Bedeutung (vgl. z.B. Ranade 1998; Harrison/Moran/Wood 2002; Gottweis et al. 2003; Amelung/Schumacher 2004; Harrison 2004). Dennoch lässt sich nicht leugnen, dass umfassende und strukturelle Gesundheitsreformen („Big-Bang“-Reformen), die auf eine stärkere Bedeutung von Marktinstrumenten und Wettbewerbsmechanismen setzen, in den USA nicht stattgefunden haben, sondern sich dem US-System entsprechend eher einem „muddling through“ (Charles Lindblom) verdanken. Insofern ist das US-amerikanische Gesundheitssystem eher als gesundheitspolitisches Strategie- und Instrumentenlaboratorium zu betrachten, denn als prägendes Systemvorbild. Dies zeigt sich – gewissermaßen personifiziert – in der Bedeutung, die einem einzelnen Gesundheitsökonom bzw. dem gesundheitsökonomischen Wettbewerbskonzept des „managed competition“ für die Orientierung europäischer Gesundheitspolitiker an Markt- und Wettbewerbskonzepten zugewiesen wird (vgl. Greß 2002; Pollock 2004; Le Grand 2007). So gilt der US-amerikanische Gesundheitsökonom *Alain Enthoven* als Vordenker bzw. intellektueller Impulsgeber zahlreicher nationaler Wettbewerbsreformen in Gesundheitssystemen rund um den Globus (insbesondere:

Niederlande, Großbritannien/England, Neuseeland und natürlich: USA unter Clinton). Eine solche Personifikation struktureller Wandlungsprozesse nationaler Gesundheitssysteme ist analytisch jedoch insofern problematisch, als sie suggeriert, nationale Akteurs- und Interessenkoalitionen spielten für die Durchsetzung nationaler Markt- und Wettbewerbsreformen nur eine untergeordnete Rolle. Zwar sollte die Bedeutung Alain Enthovens für die ideologische Popularisierung bzw. politische Legitimierung markt- und wettbewerbsorientierter Gesundheitsreformen nicht unterschätzt werden (gerade auch weil er gewissermaßen als personifiziertes Symbol eines sich transnational ausdehnenden Wissensnetzwerkes markt- und wettbewerbsorientierter Gesundheitsökonomien fungiert). Markt- und Wettbewerbsreformen können jedoch nicht gegen die manifesten politischen und ökonomischen Interessen der beteiligten Akteure in einem (nationalen) Gesundheitssystem durchgesetzt werden (vgl. Moran 1995, 1998; Harrison/Moran/Wood 2002).

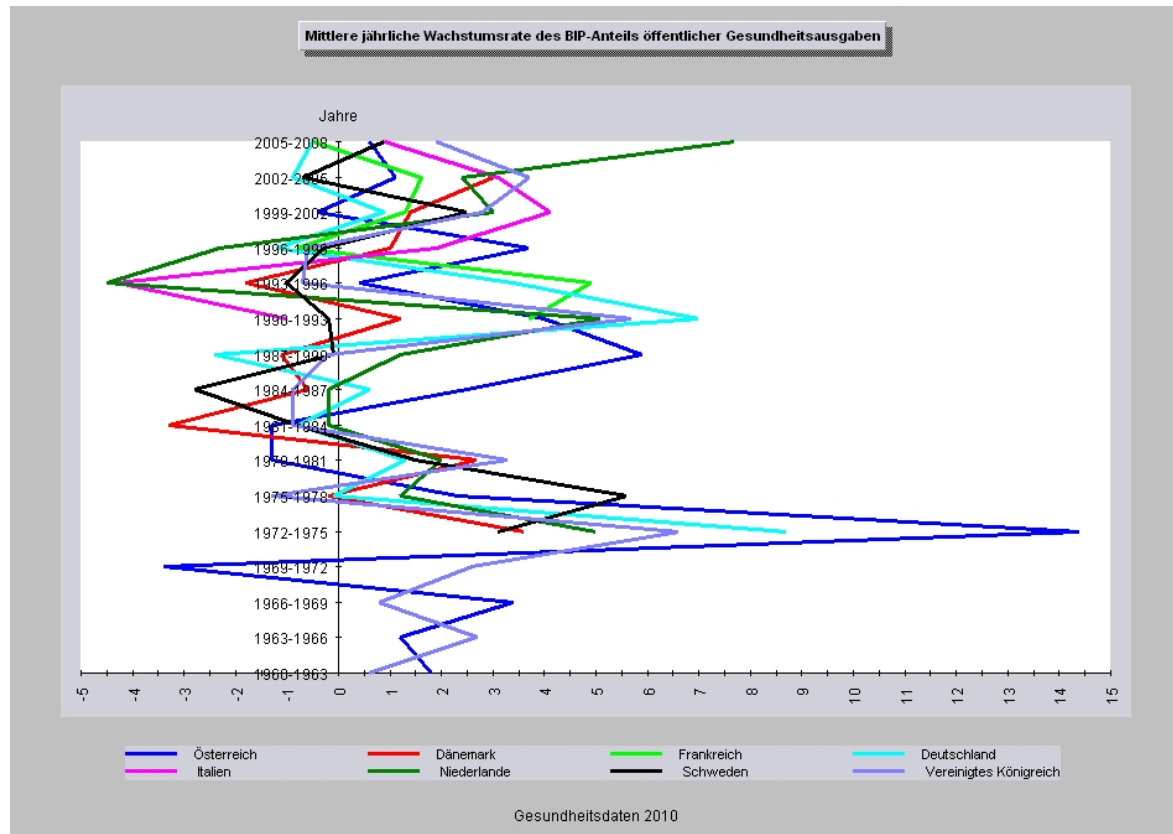
Gerade deswegen ist es frappierend (und noch frappierender, dass in der internationalen Gesundheitssystemforschung seit einem Aufschwung vergleichender Studien zum Ende der 1990er Jahre seitdem nur noch wenige Vergleichsuntersuchungen mit explizitem Bezug zur Wettbewerbthematik erschienen sind; siehe aber: Giamio 2002; Harrison 2004), wie sich im Verlaufe der 1990er und 2000er Jahre trotz gesundheitspolitischer Vor- und Rückentwicklungen sukzessive eine (zumindest der Ausdehnung nach) internationale Reformstrategie in den meisten OECD-Gesundheitssystemen (seinen Kern-Staaten) herauskristallisiert hat, die – zugespitzt als *wettbewerbsbasierte Kostendämpfungspolitik* bezeichnet – als *die* hegemoniale Strategie nationaler Reformpfade der Krankenversorgungssysteme gelten kann. In zwei Schritten möchte ich hier die Plausibilität dieser These andeuten, ohne jedoch an dieser Stelle im Einzelnen die historische Genese nationaler Reformvarianten innerhalb dieser (transnationalen) Entwicklungstendenz darzulegen. *Erstens* lässt sich unter Verwendung verfügbarer internationaler Vergleichssatze (OECD-Health-Data) zeigen, dass der Anteil der öffentlich finanzierten Gesundheitsausgaben an den Gesamtausgaben für Gesundheit in den meisten OECD-Staaten – mit Ausnahme der Krankenversorgung in rudimentären Wohlfahrtsstaaten des sich modernisierenden europäischen Südens – sich seit einiger Zeit der Wachstumsrate des jeweiligen Bruttoinlandsproduktes annähert und unterhalb der Wachstumsrate des privaten Anteils an den gesamten Gesundheitsausgaben liegt. *Zweitens* kann in einer Zusammenschau von strukturellen Gesundheitsreformen in den meisten OECD-Ländern seit Beginn der markt- und wettbewerbsorientierten Reformperiode Ende der 1980er Jahre die Bedeutungszunahme von markt- und wettbewerbsbasierten Politikzielen, Verfahren und Instru-

menten belegt werden (vgl. Abel-Smith/Mossialos 1994; Ham 1997; Saltman/Figueras 1997; Ranade 1998; Lister 2005).

Säkularer Trend oder gesundheitspolitische Kraftanstrengung? Die Nivellierung und relative Absenkung öffentlicher Gesundheitsausgaben in ausgewählten OECD-Staaten (von 1970-2010)

Wie bereits beschrieben folgte der Wirtschaftskrise der 1970er Jahre eine umfassende Welle der Kostendämpfungspolitik in nahezu allen OECD-Industrieländern (vgl. Abel-Smith/Mossialos 1994; OECD 1994; Ham 1997). Eine zentrale gesundheitspolitische Frage, die von da an die (inter-)nationale Gesundheitspolitik(forschung) antrieb, war, ob es gelingen könne, die Ausgaben zu dämpfen, ohne eine massive Leistungsausgrenzung aus der öffentlichen Krankenversorgung und verminderte Leistungsqualität zu provozieren. Die Begrenztheit der öffentlichen Finanzierungsmittel aufgrund von medizinisch-technologischem Fortschritt, demografischen Wandel und gesteigerten Patientenansprüchen wurde zum Grundbestandteil und – unhinterfragtem Axiom – (inter-)nationaler Gesundheitspolitik(beratung) (vgl. z.B. Figueras/Saltman/Sakellariadis 1998; McKee/Healy 2002; McKee/Figueras 2004). Hierdurch dominierten Fragen der impliziten und/oder expliziten Rationierung von Gesundheitsleistungen einerseits und die Herausforderung einer zu steigernden Rationalisierung der Krankenversorgung andererseits die (inter-)nationalen gesundheitspolitische Reformagenden. Kostendämpfungsmaßnahmen wurden in steuerlich finanzierten nationalen Gesundheitssystemen verschärft und vielfach in sozialversicherungsorientierten Gesundheitssystemen in systematischer Weise, zumeist als Globalbudget und/oder Kombination sektoraler (Teil-)Budgets, eingeführt (vgl. Alber/Schenkluhn 1992; Schwartz/Glennister/Saltman 1996; Ham 1997; Harrison/Moran 2000). Dabei orientierte sich diese Politik grundlegend an sozialpolitischen Kritiken der (neo-)konservativen Wohlfahrtspolitik und hatte die Umsetzung von Prinzipien, Institutionen und Instrumenten von New Public Management zur Folge, deren (vermeintliches) Heilsversprechen darin bestand und besteht, die öffentliche Leistungserbringung (auch unter der vermehrten Einbeziehung privatwirtschaftlicher Akteure) effizienter, kundenorientierter und effektiver zu gestalten (vgl. Pelizzari 2001; Lister 2005; Pierson 2007). Ob diese Kostendämpfungspolitik mit einer effizienteren Versorgung einhergegangen ist, muss hier offen bleiben. Der öffentliche Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben scheint sich seitdem jedoch auf einem niedrigeren Niveau zu nivellieren.

Abbildung 1: Mittlere jährliche Wachstumsrate des Anteils der öffentlichen Gesundheitsausgaben am jeweiligen Bruttoinlandsprodukt in Dänemark, Deutschland, Frankreich, Italien, Österreich, Schweden, Vereinigtes Königreich und den Niederlanden (1960-2008)



Quelle: OECD Health Data 2010

Die – administrative – Kostendämpfungspolitik verringerte den Anteil öffentlicher Gesundheitsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben in zahlreichen OECD-Ländern (soweit hierfür längere Datenreihen vorliegen). Anstatt einer Darstellung des jährlichen prozentualen Anteils der öffentlichen Ausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben habe ich mich für die Darstellung der mittleren jährlichen Wachstumsrate dieses Indikators im vierjährigen Periodenvergleich von 1960 bis 2008 entschieden. Die seit 1960 verfügbaren, nicht immer – aufgrund von methodischen Einschränkungen – auch so langfristig vergleichbaren Zeitreihen zum Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben in Deutschland, Dänemark, Schweden, Vereinigtes Königreich, Niederlande, Frankreich und Italien (siehe Abbildung 1) zeigen, dass die (periodenbezogene) Wachstumsrate der öffentlichen Gesundheitsausgaben (gemessen am jeweiligen BIP-Anteil im Vierjahresdurchschnitt) von 1975/1978 bis 1981/1984 in jedem

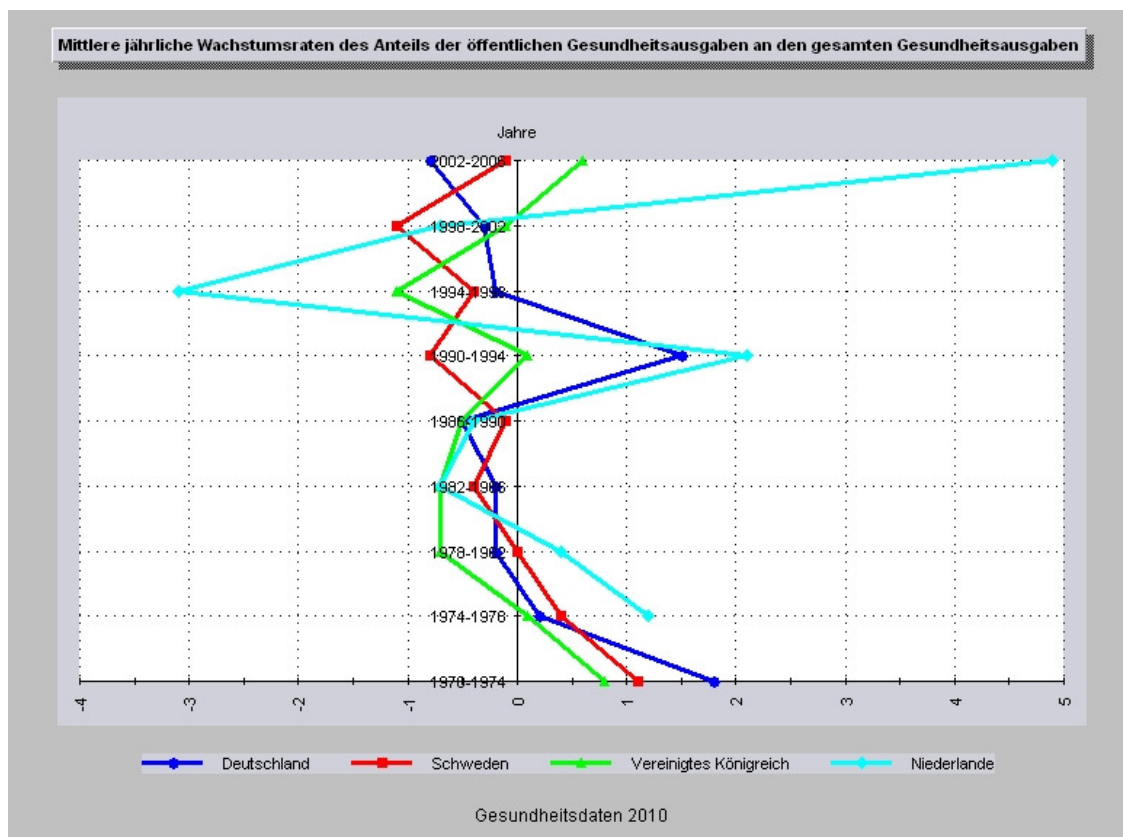
Land wenigstens für eine Periode lang negativ wurde.⁴ Dies ist auch optisch an der Linksverschiebung der gedachten Trendkurve von 1972-1975 bis 1981/1984 erkennbar. Seitdem hat sich die Volatilität der aufeinander folgenden 4-Jahres-Wachstumsraten merklich abgeschwächt und im Durchschnitt der betrachteten Länder dem „Nullwachstum“ angenähert, in manchen Ländern über, manchen unter diesem Wert. Dieses „Nullwachstum“ indiziert ein *tendenziell* gleichmäßiges Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben mit dem jeweiligen Bruttoinlandsprodukt, mithin ein empirischer Hinweis auf die Anwendung von Budgetierungsregeln, die oft an das gesamtwirtschaftliche Wachstum gebunden wurden (mal strikter, mal weniger strikt). Dies gilt insbesondere ab der Zeitperiode 1999/2002.

Moderate Ausreißer aus diesem Trend sind Dänemark, Italien und Großbritannien, die steuerfinanzierte nationale Gesundheitsdienste unterhalten und als eher „unterfinanziert“ galten, und daher aus verschiedenen politischen Gründen eine Ausweitung der öffentlichen Gesundheitsausgaben beschlossen haben. Doch auch in diesen Ländern ist der Zuwachs öffentlicher Gesundheitsausgaben weit weniger stark als noch in den (frühen) 1970er Jahren (vgl. Magnussen/Vrangbaek/Saltman 2009; Klein 2010). Die Niederlande stellen dagegen bei der hier unterstellten Tendenz einen *deutlichen* „Ausreißer“ dar. Die kontratendenzielle (enorme) Steigerung der öffentlichen Ausgaben ab 2006 weist auf die in diesem Jahr umgesetzte große Krankenversicherungsreform hin, die – in der Fachliteratur bisweilen als „Privatisierung“ der gesetzlichen Krankenkassen dargestellt – in der OECD-Statistik als eine „Verstaatlichung“ der privaten (substitutiven) Krankenversicherung daher kommt. Auch die aufgrund des neuen Gesundheitsprämienmodells zunehmenden öffentlichen Zuschüsse für einkommensschwächere Bevölkerungsteile, die die Krankenkassenprämien nicht zahlen konnten, zeigen sich hier statistisch in einer höheren Wachstumsrate öffentlicher Gesundheitsausgaben. Zu schlussfolgern ist daher, dass bei einer radikalen institutionellen Umgestaltung des Krankenversicherungssystems die OECD-Statistiken gewaltige Unschärfen aufweisen. Nicht die Leistungen wurden in den Niederlanden ausgeweitet, sondern es gab eine institutionelle Radikalreform bestehender Krankenversicherungseinrichtungen (vgl. Mosebach 2006a; Götze/Cacace/Rothgang 2008).

⁴ Die Daten für Frankreich reichen nicht bis in die 1970er Jahre zurück, so dass lange Trendaussagen für Frankreich nicht gemacht werden können. Aufgrund der besonderen Bedeutung des französischen Gesundheitssystems in Europa wurden die Daten jedoch trotzdem dokumentiert (ab 1990/1993).

Konzentriert man die Indikatoren auf einen Kern von „typischen“ Gesundheitssystemen, so ist für die (relative) Bedeutungsabnahme öffentlicher Gesundheitsausgaben, die zusammen mit der (relativen) Zunahme privater Gesundheitsausgaben ein erster Indikator für eine zunehmend kommerzialisierte Gesundheitsversorgung darstellt, der durchschnittliche Trend der Wachstumsraten ihres Anteils an den gesamten Gesundheitsausgaben ein wesentlich stärkeres Indiz (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Mittlere jährliche Wachstumsrate des Anteils der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben in Deutschland, Schweden, Vereinigtes Königreich und den Niederlanden im Perioden-Vergleich von 1970/1974 bis 2002/2006

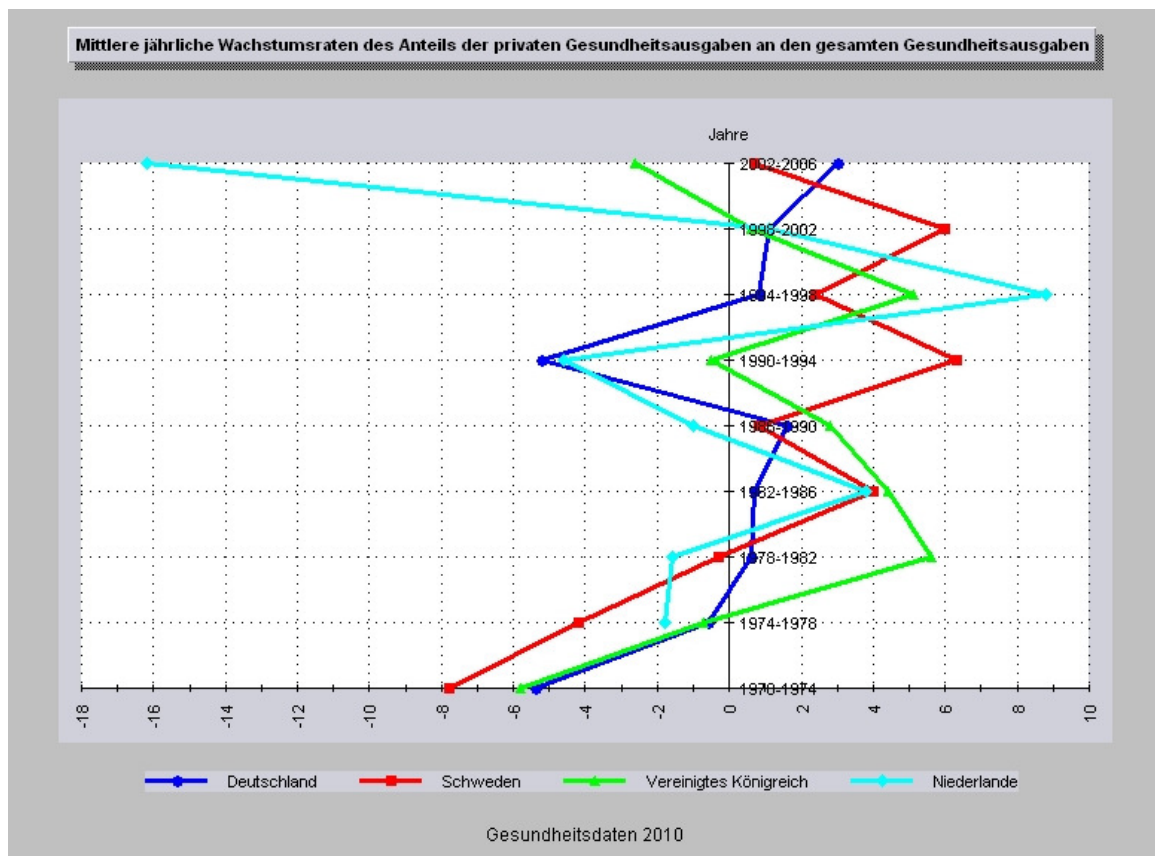


Quelle: OECD Health Data 2010

Hier zeigt sich von 1978/1982 an ein nahezu durchgängiges „negatives Wachstum“ des Anteils der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben in Schweden, Großbritannien und – mit Ausnahme der Wiedervereinigungskosten (1990-1994) – auch in Deutschland. Lediglich die Niederlande konterkarieren aus oben bereits

angesprochenen Gründen mit dieser Entwicklung. Die Reformen des niederländischen Krankversicherungssystems zeigen sich auch bei diesem Indikator in den starken Ausschlägen der Linie.

Abbildung 3: Mittlere jährliche Wachstumsrate des Anteils der privaten Gesundheitsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben in Deutschland, Schweden, Vereinigtes Königreich und den Niederlanden im Periodenvergleich von 1970/1974 bis 2002/2006

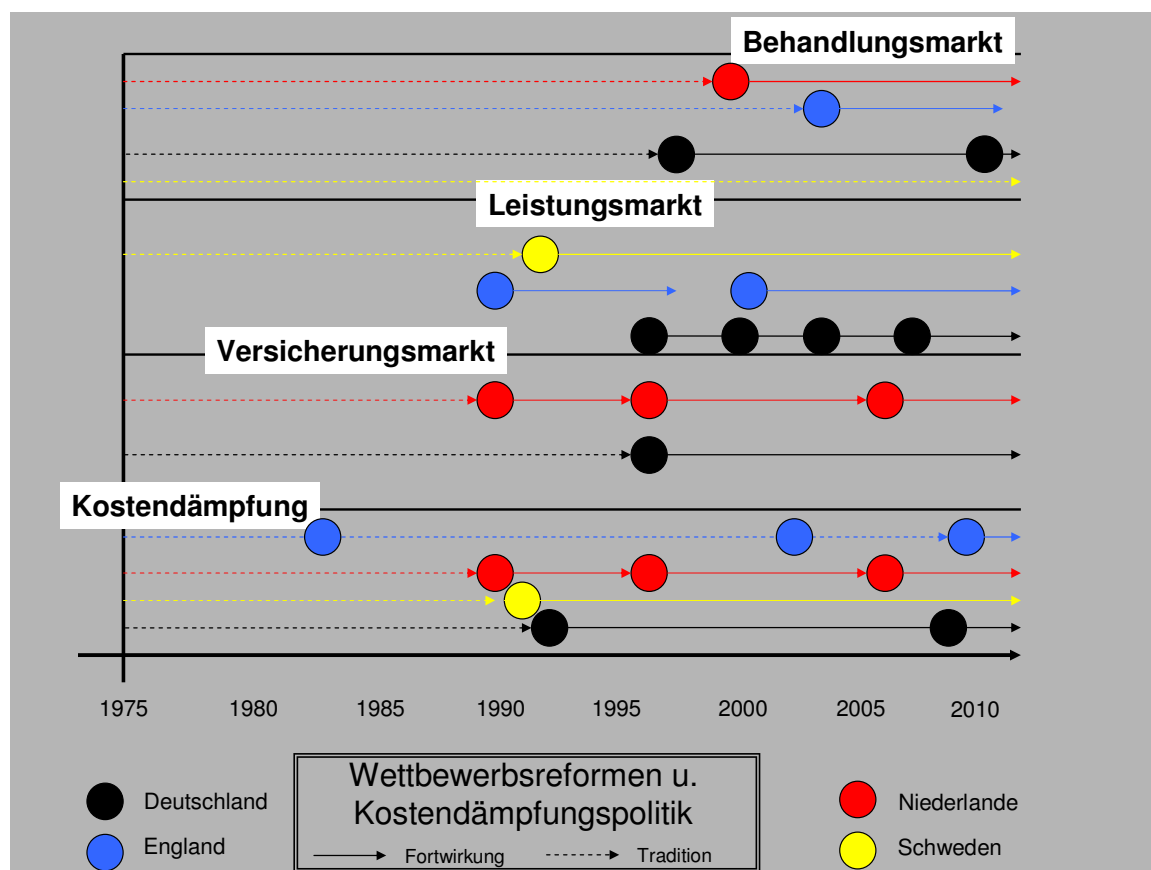


Quelle: OECD Health Data 2010

In England zeigt sich aufgrund der unter New Labour beschlossenen Ausweitung des öffentlichen Finanzierungsanteils von Gesundheitsausgaben in der letzten betrachteten Periode wieder eine Bedeutungszunahme der öffentlichen Finanzierung des Gesundheitssystems. Das Ende der expansiven Finanzpolitik und das Einschwenken auf einen austeritären Entwicklungspfad im Anschluss an die fiskalische Bewältigung der großen Finanzmarkt-, Banken- und Wirtschaftskrise von 2007ff wird auch das Ende der Steigerung der öffentlichen Gesundheitsausgaben bedeuten (vgl. Klein 2010).

Die relative Bedeutungsabnahme der öffentlichen Gesundheitsversorgung erfährt eine noch deutlichere Unterstützung in der – spiegelbildlichen (auch bezüglich der Ausnahmen) – rasanten Zunahme privater Gesundheitsausgaben (private Krankenversicherung, Zuzahlungen und private Direktzahlungen) in den betrachteten Ländern (siehe Abbildung 3). Dadurch ist zwar noch nichts über die Art der privat zu finanzierenden Leistungen ausgesagt, doch ist dieser Indikator ein weiterer Hinweis auf die Bedeutungszunahme kommerziell organisierter Gesundheits- und Krankenversorgung und der relativen Bedeutungsabnahme öffentlicher Gesundheitsausgaben (vgl. konzeptionell: Mackintosh/Koivusalo 2005).

Abbildung 4: Kostendämpfungsmaßnahmen und Wettbewerbsreformen auf den Teilmärkten [Versicherungsmarkt, Leistungsmarkt, Behandlungsmarkt] der Gesundheitssysteme in Deutschland, Schweden, Vereinigtes Königreich (England) und den Niederlanden von 1975-2010



Eigene Darstellung

Reflektiert man noch den Einstieg in die Wettbewerbsreformen in den betrachteten Ländern, so zeigt sich, dass mit der sukzessiven Ausweitung markt- und wettbewerbsorientierter Reformprozesse nicht von den (globalen und/oder sektoralen) Budgetobergrenzen abgewichen wurde (siehe Abbildung 4). Die Wettbewerbskonzepte sind dabei sowohl auf dem Versicherungsmarkt, Leistungsmarkt und Behandlungsmarkt – mit unterschiedlicher Ausprägung freilich – umgesetzt worden. Während in Großbritannien – und schwächer noch in Schweden – vor allem auf dem Leistungsmarkt Wettbewerbskonzepte des internen Marktes eingeführt worden sind, wurde in Deutschland und den Niederlanden vor allem der Versicherungsmarkt dereguliert und als regulierter Markt rekonstituiert (vgl. Harrison 2004; Michelsen 2005; Mosebach 2006a; Talbot-Smith/Pollock 2006; Gerlinger/Mosebach 2009). Allerdings wurden in Deutschland und den Niederlanden auch wettbewerbliche Maßnahmen auf den Leistungsmärkten zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern realisiert. Das Grundkonzept des Wettbewerbs im Gesundheitswesen ist – wie bereits oben ausgeführt – die Entfesselung eines die Effizienz steigernden Qualitätswettbewerbs (vgl. z.B. Cassel 2002; McKee/Figueras 2004; LeGrand 2007). Dies insbesondere, wenn bei vorgegebenem (Global-)Budget die „Rationalisierungsspeitsche“ geschwungen werden soll. Daher ist als „Outcome“ politisch umkämpfter und sozial konflikthaltiger gesundheitspolitischer Strategien in diesen Ländern eine „wettbewerbsbasierte Kostendämpfungspolitik“ als ex-post identifizierbare hegemoniale Strategie interpretierbar (vgl. für Deutschland: Gerlinger/Mosebach 2009).⁵

3. Wettbewerbsbasierte Kostendämpfung, Privatisierung von Krankheitsrisiken und Versorgungsstrukturen: die Monetarisierung der Arzt-Patienten-Beziehung

Hinsichtlich des moralischen Selbstverständnisses von Ärzten, der ethischen Selbstregulation der Ärzteschaft und der berufsrechtlichen Normierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses soll dieses auf gegenseitigem Vertrauen und Reziprozität beruhen (vgl. Dörner 2001; von Troschke 2001; Simon 2005). Doch gesundheitspolitische, medizin-

⁵ Der Begriff der „Strategie“ meint hier nicht die Strategie eines einzelnen Akteurs, sondern das (nicht-intendierte) Ergebnis zahlloser, gegeneinander gerichteter, miteinander koordinierter und ausgehandelter Einzelstrategien. Strategie wird hier – wenn nicht anders angezeigt – folglich im regulationstheoretischen Sinn einer „Ex-Post-Strategie“ verstanden (vgl. Hirsch 1990 u. 2005; Hein 1998; Felder 2001; Jessop 2002 u. 2008).

technologische und gesellschaftliche Entwicklungen haben dazu geführt, dass das Arzt-Patienten-Verhältnisses zunehmend einem (privat-)vertraglichen Beziehungsverhältnis entspricht. Ein (privat-)vertragliches Verhältnis beruht konstitutiv stärker auf Misstrauen als auf gegenseitigem Respekt und Vertrauen und es wird bezweifelt, dass ein solches privatwirtschaftliches Verhältnis der Genesung und der Gesundheit eines Patienten dienlich ist (vgl. Deppe 2000 u. 2005). Allerdings ist in nicht-staatlichen Gesundheitssystemen, die zudem über einen privaten Versicherungsmarkt verfügen, historisch sehr wohl eine Koexistenz privatvertraglicher und kollektivvertraglicher ärztlicher Tätigkeit zu beobachten. Der hiermit angesprochene Widerspruch zwischen moralischer, ethischer und berufsrechtlicher Normierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses einerseits und der Existenz privatvertraglicher, über das Steuerungsmediums Geld regulierter ärztlicher Tätigkeit ist also historisch keineswegs neu und kann sogar in seinen Grundfesten bis auf den Hippokratische Eid zurückgeführt werden (vgl. z.B. Wulff 1972; Rakowitz 2000).

Wettbewerbsbasierte Kostendämpfung und Privatisierung von Krankheitsrisiken

Dennoch scheint die "Monetarisierung" der Arzt-Patienten-Beziehung durch gesundheitspolitische, medizinisch-technologische und gesellschaftliche Entwicklungen in den letzten Jahren - und nicht nur beschränkt auf Deutschland und Europa - (wieder?) stärker geworden zu sein. Dies drückt sich beispielsweise empirisch in den steigenden Finanzierungsanteilen privater Haushalte an den gesamten Gesundheitsausgaben und auch den erhöhten privaten Zuzahlungen von gesetzlich oder staatlich versicherten Patienten bei der Inanspruchnahme öffentlicher Gesundheitssysteme aus. Ein weiteres Indiz für die fortschreitende "Monetarisierung" des Arzt-Patienten-Verhältnisses liegt darin, dass durch gesundheitspolitische Maßnahmen ein stetiger, immenser Kostendruck auf Krankenhäuser, Ärzte und anderer Leistungserbringer ausgeübt wird, der zur Rationalisierungen der Versorgung bei gleich bleibender oder sogar verbesserter Qualität der Leistungserbringung führen soll. Zu diesen gesundheitspolitischen Maßnahmen gehört zum einen die Einführung von die öffentlichen Gesundheitsausgaben begrenzenden Budgets (sei es auf sektoraler Ebene oder als die gesamte Krankenversorgung umfassendes Globalbudget, wobei letztere Budgetierungsform in staatlichen Gesundheitssystemen systembedingt gilt, zunehmend aber auch in Sozialversicherungsmodellen an Bedeutung gewinnt), die in weiten Teilen der OECD-Welt im Verlauf der 1980er Jahre als Reaktion auf die Weltwirtschaftskrise der 1970er Jahre implementiert (sozialversicherungsfinanzierte Systeme) oder verschärft (steuerfinanzierte Systeme) wurden. Zum anderen wurden diese administ-

rativ-kostensenkenden Maßnahmen durch die Einführung von Wettbewerbsinstrumenten in die politische Steuerung des Gesundheitssystems ergänzt, die über die Generierung von technischen, organisatorischen sowie sozialen Innovationen zu Kostensenkungen im Gesundheitswesen führen sollen, ohne die Qualität der Leistungen zu verschlechtern; und das obwohl theoretisch ein *trade-off* zwischen Kostensenkungen und Leistungsqualität aufgrund der hohen Personalintensität medizinisch-pflegerischer Dienstleistungen denkbar ist und bisweilen durch empirische Studien belegt wurde (vgl. z.B. Kühn 1995; Simon 2009). Folglich wurden Kostensenkungs- und Wettbewerbsmaßnahmen von Beginn an durch den Ausbau externer und interner Qualitätssicherungssystemen in Krankenhäusern, Arztpraxen, Pflegeeinrichtungen usw. begleitet. Das gesundheitspolitische Kalkül der vermehrten Einsetzung wettbewerbsförmiger Steuerungsformen war und ist, über Wettbewerbsprozesse innovative, qualitativ hochwertige und effiziente Versorgungsstrukturen im Gesundheitssystem etablieren zu können, ohne dabei auf die fortgesetzte Budgetierung öffentlicher Gesundheitssysteme zu verzichten (vgl. Blank/Burau 2004; Saltman/Busse/Dubois 2004; Lister 2005; Tritter et al. 2010). In der Konsequenz des begrenzten Wachstums öffentlicher Gesundheitsausgaben (bei steigenden Ärztezahlen insbesondere) jedoch reagieren die Leistungserbringer, die gegenüber den meisten Patienten in einem durch strukturelle Asymmetrien gekennzeichneten Dominanzverhältnis (siehe dazu das nächste Unterkapitel) stehen, mit der Suche nach möglichen zusätzlichen Einkommensquellen. Dies erklärt möglicherweise die Ausweitung der privaten Finanzierungsanteile an den gesamten Gesundheitsausgaben, in jedem Fall jedoch die Expansion von zusätzlichen, privat zu zahlenden medizinischen Diagnose- und Therapieleistungen jenseits des öffentlichen, von den gleichen (Kollektiv-)Akteuren selbst zu konkretisierenden bzw. abzugrenzenden Leistungskatalogs. Das Wachstum der so genannten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) in Deutschland etwa ist ein instruktives Beispiel hierfür. Ein weiteres Indiz ist die Ausweitung des Anteils der komplementären privaten Krankenversicherung und der bereits angesprochenen Bedeutungszunahme privater Haushalte bei der Finanzierung von medizinischen Leistungen (die Zuzahlungen diesmal ausgeschlossen) in vielen (west- und ost-)europäischen Staaten (vgl. Böckmann 2009; Ewert 2009; Gerlinger/Mosebach 2009; Thomson/Foubister/Mossialos 2009).

Insbesondere die Durchsetzung marktförmiger Vergütungssysteme in den europäischen Primärversorgungs- und Krankenhaussystemen befördert die Orientierung an Gewinn- und Kostenkalkülen von individuellen und korporativen Akteuren im Gesundheitssystem. Die Diagnosis Related Groups [DRGs] (vgl. zu den verschiedenen Versionen von DRGs in zahlreichen europäischen Krankenhaussystemen: HOPE 2006) etwa setzen auf die

pauschalierte Vergütung von Krankenhausleistungen. Hierdurch soll der politisch vorgegebene Kostendruck auf die Krankenhäuser leistungsbezogen, d.h. indikationsbezogen weitergegeben werden – statt undifferenziert wie bei pauschalen Sektoralbudgets –, damit über die Ermöglichung der Erwirtschaftung von finanziellen Überschüssen (zumeist begleitet von der betriebswirtschaftlich ausgerichteten Restrukturierung des öffentlichen Krankenhaussystems) Innovations- und Rationalisierungseffekte bewirkt werden. Im Grundsatz geht man dabei – grundsätzlich – von Überkapazitäten im stationären Sektor aus, die – obwohl bisweilen auch als Faktum bestritten – durch diese administrierte Marktpreisbildung reduziert werden sollen (vgl. HOPE 2006; Mosebach 2009). Gelegentlich auch als Modell für die Rationalisierung der ambulanten medizinischen Versorgung angedacht – und zum Teil auch praktiziert – stellt sich allerdings die Frage, inwieweit Gesundheitsleistungen aufgrund ihrer hohen Personalintensität rationalisierbar sind. Während einige Ökonomen davon ausgehen, dass die Rationalisierungspotenziale von Gesundheitsleistungen daher begrenzt sind (und ihr Anteil an der volkswirtschaftlichen Wertschöpfung daher unvermeidlich steigen muss), erhoffen sich Befürworter der wettbewerbsbasierten Kostendämpfungsstrategie eine Kostensenkung und Qualitätsverbesserung durch die Kombination sozialer, technologischer und organisatorischer Innovationen. Kritiker der Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung hingegen weisen darauf hin, dass gerade diese (quasi-schumpeterianische) Produktivitäts- und Rationalisierungsstrategie von Gesundheitsdienstleistungen zur Kommodifizierung und Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung führe, weil nun Gewinne aus der personalintensiven, aber durch technologisch-organisatorische Neuerungen restrukturierbaren Gesundheitsversorgung gezogen werden können (vgl. Light 2000; Kühn 2001; Leys 2001; Ebsen et al. 2003; McKee/Figueras 2004; Figueras/Robinson/Jakubowski 2005; Le Grand 2007; Preker et al. 2007; Cassel et al. 2008).

Privatisierung von Versorgungsstrukturen und der „Wachstumsmarkt Gesundheit“

Ein weiterer wichtiger Hinweis für die zunehmende Monetarisierung der Arzt-Patienten-Beziehung ist in diesem Zusammenhang die Zunahme privater, gewinnorientierter Kapitalunternehmen in der Kranken- und Gesundheitsversorgung, deren Ausmaß im Moment noch begrenzt erscheint, aber durch die "Corporatization of Public Hospitals" (Preker/Harding 2003) institutionelle und organisatorische Isomorphien zwischen kapitalwirtschaftliche geführten Gesundheitsunternehmen und öffentlichen Versorgungseinrichtungen hervorbringt. Die Kehrseite der wettbewerbsbasierten Kostendämpfungspolitik ist

daher die zunehmend an der Realisierung von Gewinnen bzw. Vermeidung von (unnötigen?) Kosten ausgerichtete „Verbetriebswirtschaftlichung“ (Oskar Negt) der öffentlich organisierten Gesundheitsversorgung. Dabei mag die jeweilige organisatorisch-betriebswirtschaftliche Zielsetzung privatwirtschaftlich ausgerichteter Organisationen im Hinblick auf vom (internationalen) Kapitalmarkt vorgegebene Renditehöhen und den diesen repräsentierenden Shareholder-Interessen anders gelagert sein als die auf Kostensenkung und/oder Effizienzsteigerung zielenden öffentlichen Versorgungseinrichtungen (insbesondere der Krankenhäuser), die unter den (neoliberalen) Bedingungen knapper öffentlicher Mittel zu agieren verpflichtet sind (vgl. Preker/Harding 2003; HOPE/DEXIA 2008; Mosebach 2009; Okma/Decter 2009; Tritter et al. 2010).

Allerdings ist die Übernahme privatwirtschaftlicher Managementkonzepte keineswegs umsonst zu haben bzw. in ihrer Wirkung auf die Logik der Dienstleistungserstellung keineswegs neutral. Obwohl also die Kostenreduktion mit einer anderen „Grundethik“ in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen einhergehen mag, dürften die Effekte der Zielmaximen der (privatwirtschaftlichen) Gewinnsteigerung einerseits und der (öffentlichen/gemeinnützigen) Kostensenkung andererseits auf die Beschäftigten und damit wegen der hohen Arbeitsintensität gesundheitlicher Personendienstleistungen auch auf die erbrachte Qualität der Leistungen nicht sonderlich unterschiedlich sein. Die Eigentumsverhältnisse mögen eine Rolle spielen; dass sie in jedem Fall einen Unterschied machen im Hinblick auf Personalpolitik, Kostendruck oder Leistungsqualität kann bei Akzeptanz des hier gemachten Arguments nicht überzeugen (vgl. dazu: Mackintosh/Koivusalo 2005). Die Verwischung der Unterschiede zwischen privatwirtschaftlich und öffentlich fundierten Gesundheitsunternehmen wird noch zusätzlich dadurch unterstrichen, dass wegen des (europaweit verfolgten) steuerungspolitischen Ansatzes der „Anreizregulierung“ im Gesundheitswesen auch öffentliche Unternehmen „Überschüsse“ erwirtschaften sollen, um kosteneffizient zu arbeiten (vgl. Saltman 2002). Privatwirtschaftliche Gewinne und öffentliche Überschüsse sind daher im Grundsatz funktional äquivalent, auch wenn – über die bereits genannte Kapitalmarktverflechtung – die Renditeerwartungen von Kapitalmarktakteuren höher sein mögen als die Kostensenkungsansprüche öffentlicher und freigemeinnütziger Träger. Daher besteht zwischen den verschiedenen Trägerformen hinsichtlich des Kostendrucks im Betriebsablauf kein qualitativer, sondern nur ein quantitativer Unterschied, der insbesondere auch von den vom Management der Gesundheitseinrichtung verfolgten Marktstrategien abhängig ist (vgl. als Überblick für die deutsche Debatte: Böhlke et al. 2009).

Ein weiterer Hinweis auf die Monetarisierung der APB ist das Phänomen der auf den medizinischen Betrieb ausgerichteten journalistischen bzw. wissenschaftsjournalistischen "Aufklärungsliteratur", welche Phänomene wie Korruption, Betrugskandale und unethisches Verhalten von Ärzten gegenüber Patienten beschreibt und – meist auflagenträftig – „skandalisiert“.⁶ Die von dieser Literatur – zumindest ihrem seriösen Teil – beschriebenen Beispiele müssen keineswegs ihren Grund in der zunehmenden Monetarisierung der Arzt-Patienten-Beziehung haben; sie können auch in einer mangelhaften ärztlichen Aus- und Weiterbildung (wobei dann natürlich gefragt werden müsste, warum diese in ihren praktischen Effekten so defizitär ist) oder auch Überlagerung vormedizinischer Profitinteressen von Pharma- und/oder Medizinprodukteunternehmen begründet liegen. Dennoch gibt es (anekdotisch-unsystematische) Beispiele aus dieser Literatur, bei denen ein Zusammenhang zu Monetarisierungsprozessen der Arzt-Patienten-Beziehung vermutet werden kann (vgl. z.B. Bartens 2004, 2006; Blech 2003, 2007; König 2007; Ludwig 2008; Goldacre 2010). Es betrifft jene Beispiele, in denen Leistungserbringer (Ärzte, Apotheker usw.) bzw. Unternehmen der so genannten medizinischen Vorleistungsindustrien (Pharmaunternehmen, Medizinprodukteunternehmen usw.) "neue Produkte" auf den Markt bringen wollen, die von öffentlichen Behörden und/oder Agenturen evidenzbasierter Medizin als problematisch angesehen werden. Andererseits: wenn eine solche Kosteneffektivitätsbewertung umgangen werden kann und beispielsweise ein sog. Off-Label-Use von Arzneimitteln möglich ist, können Gewinninteressen auch über die Integration in den öffentlichen Leistungskatalog, gerade aufgrund seines enormen Volumens und potenziell generierten Nachfragemacht, durchgesetzt werden. Monetarisierungs- bzw. Kommerzialisierungsprozesse können folglich sehr wohl auch innerhalb öffentlich finanzierter Krankenversorgungssysteme stattfinden (vgl. konzeptionell: Leys 2001; Mackintosh/Koivuslao 2005; Deppe 2009)

Diese Beispiele berühren selbstverständlich den Bereich der medizinisch-technologischen Innovationen, die wirtschaftspolitisch gefördert (werden sollen), jedoch in einem gewissen Spannungsverhältnis zur gesundheitspolitisch dominanten (wettbewerbsbasierten) Kostendämpfungspolitik im öffentlichen Gesundheitssektor stehen. Eine Monetarisierung der

⁶ Die (soziologische) Auswertung solcher Aufklärungsliteratur sollte dabei keineswegs in ihrem Ertrag unterschätzt werden, denn die Autorinnen und Autoren dieser Literatur kommen zumeist aus dem gesundheitlichen Feld. Dadurch haben sie ein gewisses Gespür für „seismische Aktivitäten“ in diesem. Der Form nach handelt es sich gewissermaßen um eine sehr spezielle Ausprägung von „Sozialreportagen“, die zur Erschließung des Themenfeldes durchaus hilfreich sind, aber natürlich auch rekontextualisiert werden müssen (vgl. zum Thema der Sozialreportage als Medium des Aufspürens von „tektonischen Verschiebungen“ im Sozialgefüge des Sozialstaates, das hier als Anregung aufgenommen wurde: Vogel 2009).

Arzt-Patienten-Beziehung erwächst aus diesen medizinisch-technologischen Innovation(en) dadurch, dass diese neuen medizinischen Technologien der Diagnosestellung und Behandlung in der unmittelbaren Arzt-Patienten-Interaktion getestet werden müssen bzw. die ärztliche Anwendung zusätzliche Einnahmen (Forschungsgelder, Tantiemen, Werbeprodukte, Steuerersparnisse etc.) für die Arztpraxis bzw. das Krankenhaus generiert.⁷ Unter den Bedingungen der wettbewerbsbasierten Kostendämpfungspolitik wirft der medizinisch-technologische Fortschritt damit nicht nur Probleme unethischen Verhaltens von Ärzten und Ärzten auf, sondern auch Fragen einer zunehmenden "Zwei-Klassen-Medizin" (Lauterbach 2007) insofern und dann, wenn medizinisch-technologische Innovationen aus Gewinn- und Kostenkalkülen nicht in den öffentlichen Leistungskatalog übernommen werden, sondern in Zukunft privat bezahlt werden sollen. Doch die Aufnahme Übernahme in den öffentlichen Leistungskatalog garantiert – bei einer gewissen Marktstellung – eine sichere Einnahmenquelle, wenn auch das Ertragswachstum möglicherweise aus dem gleichen Grund – der budgetierten Leistungsentwicklung – in seinem Grad und Dynamik gehemmt werden mag (was allerdings nur bei strikten Global- und/oder Sektoralbudgets gelten dürfte, die zudem nicht von den Verhandlungsstrategien und –kalkülen der involvierten Akteure beeinflussbar sind).⁸

Schlussendlich ist das Urteil des Europäischen Gerichtshofes zu nennen, dass Handlungen und Transaktionen im öffentlichen Gesundheitssystem im Grundsatz als wirtschaftliche Dienstleistung zu betrachten seien, bei denen ein Entgelt – selbst wenn es über ein öffentliches Vergütungssystem, also ohne einen direkten Geldtransfer zwischen Leistungserbringer und Patient, organisiert ist – zugrunde zu legen ist, als ein rechtswissenschaftlicher und rechtspolitischer Dammbruch zu betrachten. Medizinische Tätigkeiten und damit auch die Arzt-Patienten Interaktion werden somit auf höchster europäischer Rechtsebene zunehmend – zumindest im Grundsatz – als Geschäftsbeziehung interpre-

⁷ Zu den relevanten medizinisch-technologischen Innovationen (mit weltweiter Bedeutung) gehören gentechnologische (z.B. Prä-Implantationsdiagnostik), informationstechnische (z.B. E-Health) und gewebebezogene Technologien (z.B. In-Vitro-Fertilisierung), die allesamt auch soziale, ethische und politische Probleme aufwerfen (vgl. z.B. Bundestag 2002; Brown/Webster 2004; Webster 2007; Kollek/Lemke 2008)

⁸ Ein anekdotisches Beispiel zur Bedeutung von Entscheidungsprozessen der Aufnahme einer Maßnahme in den öffentlichen Leistungskatalog wurde dem Verfasser hinsichtlich der (differenzierten) (Nicht-)Aufnahme der Akkupunktur (bei verschiedenen Indikationen) in den GKV-Leistungskatalog von einem (indirekt) beteiligten Akteur erläutert. Nach dessen Aussage war nicht allein die empirische Studienlage über die medizinische Effektivität der zu beurteilenden Therapie ausschlaggebend für ihre Integration in den GKV-Leistungskatalog, sondern auch die Kalkulation finanzieller Auswirkungen dieser Entscheidung auf Leistungserbringer- und Kostenträgerseite. Das Nicht-Vorhandensein entsprechender kritischer Studien jenseits des Wissens eingeweihter Expertenkreise macht das politische und legitimatorische Grundproblem einer solchen augenscheinlich intransparenten, aber nichtsdestotrotz bedeutsamen Entscheidungsfindung offenkundig.

tiert.⁹ Insofern ist es auch nicht überraschend, dass die Europäische Union nicht nur das Werbeverbot für bestimmte Gesundheitsgüter relativieren möchte, sondern mit der (geplanten) Verabschiedung einer europäischen Sozial- und Gesundheitsdienstleistungsrichtlinie auf die politische Konstitution eines europäischen Gesundheitsmarktes zielt. Insgesamt zeigt sich also, dass die Monetarisierung der Arzt-Patienten-Beziehung auf vielfältige Weise feststellbar und durch ebenso zahlreiche gesundheitspolitische, medizinisch-technologische und gesellschaftliche Entwicklungen vermittelt ist (vgl. Deppe 2009; Hermann 2009; Schmucker 2010; Tritter et al. 2010).

4. Transformationen des Arzt-Patienten-Verhältnisses unter den Bedingungen von Ökonomisierungs- und Demokratisierungsprozessen

Eine weitere, bemerkenswerte Entwicklung in den Gesundheitssystemen der OECD-Welt liegt in der grundlegenden Veränderung der Arzt-Patienten-Beziehung, die sich vom paternalistischen Modell hin zum Modell des "mündigen Patienten" zu bewegen scheint (vgl. v.a. Coulter/Magee 2003). Das paternalistische Arzt-Patienten-Modell, welches keineswegs völlig an empirischer Bedeutungskraft verloren hat, ist durch eine ausgesprochen dominante ärztliche Rolle und ein spezifisches, medizinbezogenes Wissens- und Rollensystem geprägt. Der Arzt trägt gewissermaßen das Merkmal eines "Wunderheilers in Weiß", verbunden mit der gesellschaftlichen Zuschreibung und dem subjektiven Selbstbild, der souveräne und autonome Anwender objektiven medizinischen Wissens zu sein. Infolgedessen ist der einzelne Arzt sowie der ärztliche Berufsstand insgesamt zur "autoritativen" (durchaus im doppelten Sinne des Wortes) Entscheidung berufen und erwartet demgemäß vom Patienten geduldige Passivität und Befolgung seiner - des Arztes - Anweisungen. Letzteres wurde und wird im medizinsoziologischen Begriff der "Compliance" zusammengefasst und zur Grundlage entsprechender Studien zur Verbesserung derselben, um zu einem besseren Behandlungsergebnis zu gelangen. Doch die paternalistische Arzt-Patienten-Beziehung ist keine Einbahnstrasse, sondern wird auch durch die ärztlichen Verhaltensweisen widerspiegelnden Rollenerwartungen des (passiven) Patienten

⁹ Hiermit wird gewissermaßen die Aussage des US-amerikanischen *Supreme Court* im europäischen Kontext (d.h. unter der möglichen Anwendung von wettbewerbsrechtlichen Ausnahmebestimmungen) wiederholt, der in einem zentralen Urteil feststellte, dass die ärztliche Tätigkeit ein Gewerbe wie jedes andere sei (vgl. Starr 1982).

an den (diagnostizierenden und behandelnden) Arzt reproduziert. In der Medizinsoziologie geht man allerdings mittlerweile davon aus, dass dieses paternalistische Modell weder der empirischen Realität der Arzt-Patienten-Interaktion entspricht noch aus normativ-präskriptiver Perspektive zur Verbesserung der medizinischen Versorgung wünschenswert ist. Insbesondere durch die Erkenntnis, dass für die zutreffende Diagnoseerstellung und die adäquate Therapie eine Beachtung der subjektiven Dimensionen des Patienten unerlässlich ist, hat zu einer Neubewertung der funktionalen Angemessenheit des paternalistischen Arzt-Patienten-Verhältnisses geführt. Statt diesem werden nunmehr Modelle einer stärkeren Partizipation und Selbstbestimmung des Patienten im Diagnose- und Behandlungsprozess für eine sinnvolle und patientenbezogene medizinische Versorgung als angemessen erachtet. Die Herausbildung eines solchen neuen "Goldstandards" zur Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung vollzieht sich jedoch nicht im "luftleeren Raum", sondern ist an gesellschaftliche Entwicklungen zurück gekoppelt und in seiner generellen Anwendung auf die Arzt-Patienten-Beziehung zudem sachlich und räumlich begrenzt (vgl. Coultard/McGee 2003; Lupton 2003; Schwartz/Dierks 2003; Schaeffer 2004; Kroenes/Richter 2006; Klemperer 2010).

Transformation des paternalistischen Arzt-Patienten-Modells: zur Dialektik von Demokratisierungs- und Ökonomisierungsprozessen

Die gesellschaftlichen Bedingungen des präskriptiven Aufstiegs partizipativer Arzt-Patienten-Modelle können keineswegs in funktionalistischer Weise auf die ärztliche (und pharmazeutische) Erwünschtheit einer besseren *Compliance* reduziert werden. Ohne hier auf kausale Mechanismen solcher Neuerungen in systematischer Weise eingehen zu können, erscheint es doch plausibel wenigstens zwei generelle (keineswegs widerspruchsfreie), aber dennoch in einem Wechselverhältnis stehende Entwicklungstendenzen in den Gesellschaften der OECD-Welt für das Erstarken partizipativer APB-Modelle in Betracht zu ziehen: gesellschaftliche Demokratisierungs- und Ökonomisierungsprozesse (vgl. auch: Mosebach 2006b). Gesellschaftliche Demokratisierungsprozesse sind sowohl unbeabsichtigte strukturelle Effekte sich modernisierender Gesellschaften, wie etwa die Bildungs- und Bedürfnisexpansion (einschließlich ihrer sozialen Differenzierung), als auch auf politisch-soziale Auseinandersetzungen zurückzuführen. Insbesondere ist hier die seit den 1970er Jahren institutionell und diskursiv gefestigte sowie sich rasch differenzierende und diversifizierende "Gesundheitsbewegung" in westlich-kapitalistischen Staaten zu nennen, die ihren Fokus und Anker in einer Kritik der technisierten Medizin hatte

(und hat) (vgl. Moran 1999; Freeman 2000). In deren Folge haben die individuelle und kollektive Partizipation von Patienten vielfältige Formen angenommen: von der Einforderung von mehr direkter Mitbestimmung in der nunmehr als Aushandlungsprozess begriffenen (unmittelbaren) Arzt-Patienten-Interaktion über die selbstorganisierte, bisweilen von industriell-ökonomischen Interessen überformte bzw. geförderte Gründung und Erhaltung zahlreicher krankheitsbezogener Selbsthilfegruppen bis hin zur formalen Beteiligung und materialen Mitbestimmung in legislativen, korporatistischen und administrativen Entscheidungsprozessen und –gremien (vgl. Deppe 1987; Legewie/Trojan 2001; Coulter/Magee 2003; Mosebach 2006b). Ein weiteres Merkmal dieser Demokratisierungsprozesse sind die mittlerweile in vielen OECD-Staaten rechtlich verpflichtend bzw. freiwillig verankerten individuellen und kollektiven Patientenrechte (vgl. Böcken 2001). Obwohl nicht in allen Gesundheitssystemen auf gleiche Weise und auch nicht mit gleichgewichtiger rechtsförmer Bindungskraft realisiert, verweist diese - wie man Anlehnung an Jürgen Habermas (1981) formulieren könnte – „Verrechtlichung der Arzt-Patienten-Beziehung“ auf eine zunehmende Kolonisierung derselben durch systemische Mächte der Wirtschaft und der Bürokratie. Anders formuliert scheint sich in der Ausweitung individueller und kollektiver Patientenrechte, die eine besondere (mehr oder weniger) grundrechtlich bestimmte "Schutzbedürftigkeit" des einzelnen Patienten zum Ausdruck bringt, die Veränderung des der ethischen Idee und den berufsrechtlichen Pflichten des Arztes nach als Vertrauensverhältnis zu konstituierenden Arzt-Patienten-Verhältnis in ein nunmehr ökonomisch überformtes Vertragsverhältnis auszuprägen (vgl. Coulter/Magee 2003; Deppe 2005; Böcken/Braun/Landmann 2010; Tritter et al. 2010).

Dies verweist auf den zweiten Aspekt der strukturellen Veränderung des Arzt-Patienten-Verhältnisses: die Ökonomisierung der Arzt-Patienten-Beziehung, die offenbar im Sinne einer Art (rechtsförmigen) "Waffengleichheit" zwischen Leistungsanbieter und Leistungsnachfrager die Besonderung und Stärkung grundrechtlicher und privatrechtlicher Widerspruchs- und Einspruchsrechte von Patienten und Patientenorganisationen erfordert. Die Ökonomisierung der Arzt-Patienten-Beziehung ist maßgebliches Ergebnis gesundheitspolitischer Steuerungsversuche in praktisch allen OECD-Gesundheitssystemen, die ich oben vorläufig im Begriff der *wettbewerbsbasierten Kostendämpfungspolitik* zusammenzufassen gesucht habe, einerseits und der Strategien der hierauf reagierenden Leistungsanbieter und Unternehmen der Vorleistungsindustrien des Gesundheitswesens, die die relative und zum Teil auch absolute Begrenzung öffentlicher Gesundheitsausgaben gerade vor dem Hintergrund potenzieller und realer Diagnose- und Therapieinnovationen zu einer Erschließung alternativer, d.h. privater Einkommensquellen zu nutzen trachten, anderer-

seits. Aus dieser Perspektive, gerade in der notwendigen Umgehung öffentlicher Sicherungssysteme gegen das Risiko Krankheit zur "Verwertung" des eingesetzten Kapitals, verwandelt sich der Patient nunmehr als unmittelbare (zusätzliche) Einkommensquelle zunehmend in einen (marktfähigen) "Kunden", dem daher auch mehr "Eigenverantwortung" abgefordert wird. Die Bedeutungszunahme politisch-ethisch erwünschter höherer Eigenverantwortung des Einzelnen geht jedoch über diese marktkompatible Verwandlung des Patienten in einen Kunden hinaus und wird zur Legitimierung sowohl der aus Gründen der Begrenzung der (standortgefährdenden) Belastung (para-)staatlicher Finanzierungssysteme (angeblich) notwendigen vermehrten Zuzahlungen und Zusatzversicherungen (wie im zweiten Abschnitt bereits ausgeführt) als auch der vermehrt in der entstehenden "Gesundheitsgesellschaft" dem Einzelnen abgeforderten Verantwortung für seine Gesundheit (auf die mit dieser Forderung einhergehenden Zumutungen und Versprechungen werde ich im nächsten Abschnitt noch zurückkommen) herangezogen. Der Begriff der Eigenverantwortung erscheint daher geradezu als hegemonialer Schlüsselbegriff, mit dem unterschiedliche Facetten des gesundheitssystemischen Wandels im Sinne einer diskursiven Bedeutungskette wirkungsmächtig aneinander gebunden werden (vgl. Kühn 1993; Henderson/Petersen 2002; Mosebach 2006b).

Im Hinblick auf die dargestellten Demokratisierungs- und Ökonomisierungsprozesse der Arzt-Patienten-Beziehung hingegen steht der Eigenverantwortungs-Begriff in einem begrifflichen Spannungsfeld zwischen der verstärkten gesundheitspolitischen Förderung und subjektiven Einforderung (durch die Patienten selbst) individueller und kollektiver Beteiligungsrechte einerseits und der – theoretisch-praktischen – Fiktion eines vollständig informierten und autonom selbst entscheidenden Patienten, wie ihn die neoklassische Ökonomik völlig realitätsfern unterstellt. Das bedeutet jedoch nicht ohne weiteres, dass sich Patienten, die sich als "kritische Kunden" – und vom organisierten Verbraucherschutz hierin unterstützt – verstehen, von solchen ökonomischen Fiktionen leiten lassen. Folglich bleibt der Begriff des Kunden bzw. des kundigen Patienten in seiner jeweiligen Bedeutung im sozialen Kontext umkämpft und ist ambivalent (vgl. Lupton 1995, 2003; Petersen/Lupton 1996; Henderson/Petersen 2002; Petersen/Bunton 2002). Wenn man also mit gutem Recht behaupten kann, dass der Patient kein (wie von der ökonomischen Theorie gefordert) vollständig informierter Patient sein kann, ja wenn sogar die These erhoben werden könnte, dass die zunehmende "Verrechtlichung der Arzt-Patienten-Beziehung" nicht zuletzt von politik- und anbietergetriebenen Ökonomisierungsprozessen überformt wird, folgt die Frage auf dem Fuß, ob die politisch und sozial zunehmend eingeforderte stärkere Patientenorientierung eine (partizipative) Sackgasse darstellt bzw. welche Mög-

lichkeiten und Begrenzungen für die Realisierung einer guten und die Patientenbedürfnisse und -bedarfe berücksichtigende Gesundheitsversorgung in ihr zu sehen sind.

Möglichkeiten und Grenzen partizipativer Entscheidungsfindung von Patienten und Patientenorganisationen

Die Möglichkeiten und Grenzen der Vervollkommnung partizipativer Beteiligungsverfahren für Patienten und Patientenverbände in Aushandlungsprozessen auf der Mikro-, Meso- und Makroebene des je national(staatlich)en Gesundheitssystems sind gebunden an bzw. abhängig von der sachlichen und/oder sachräumlichen Realisierbarkeit einer Arzt-Patienten-Interaktion auf "gleicher Augenhöhe". Doch die Arzt-Patienten-Beziehung ist gesellschafts- und (bedingt) kulturübergreifend von (ökonomisch gesprochen) "asymmetrischen Informationshierarchien" durchzogen bzw. (soziologisch denominiert) "strukturell asymmetrisch" (vgl. Siegrist 2005; Krones/Richter 2006; Klemperer 2010). Diese Asymmetrien beruhen *erstens* auf manifesten Wissensdifferenzen, die ein ausgeprägtes Wissens- bzw. Kompetenzgefälle zwischen diagnostizierendem und behandelndem Arzt sowie dem passiven und (zumeist) leidenden Patienten konstituieren. Das hierarchisch strukturierte Wissens- und Kompetenzverhältnis zwischen dem Patienten und seinem behandelnden Arzt wird in seiner Wirkung noch dadurch potenziert, dass dem Arzt und den ihn vertretenden Standesorganisationen - *zweitens* - das (individuelle bzw. kollektive) medizinisch-fachliche Entscheidungsmonopol verliehen wird. Auf der Ebene der unmittelbaren Arzt-Patienten-Interaktion hat diese Kompetenzkonstellation die Folge, dass dem einzelnen Arzt eine hohe formale Entscheidungsmacht zugestanden wird. Der Arzt entscheidet kraft seines Wissens und gesellschaftlich zugewiesener Zuständigkeit nicht nur über die für die Behandlung seines Patienten notwendigen konkreten Behandlungsschritte und Anwendungen medikamentöser und nicht-medikamentöser Verfahren, sondern veranlasst hierdurch in einer kapitalistischen Geldökonomie auch den Fluss von Einkommen generierenden bzw. Kosten verursachenden Geldströmen. Mit anderen Worten: der Arzt bestimmt die therapeutische wie auch die entsprechende – wenn auch in Abhängigkeit vom jeweiligen Finanzierungs- und Vergütungssystem – monetäre Nachfrage durch den Patienten. In der ökonomischen Literatur wird dabei oftmals angenommen, dass der Arzt daher zum Wohle des Patienten als dessen "Treuhänder" fungiert (vgl. z.B. Breyer/Zweifel/Kifmann 2005). Die theoretische Gegenposition hierzu nimmt das Theorem der "angebotsgetriebenen Nachfrage" ein, welches davon ausgeht, dass ein höheres Angebot an Ärzten bzw. die regulative Liberalisierung von bislang in der Menge begrenzten Diag-

nose- und Behandlungsleistungen zu einer durch die Morbiditätsentwicklung nicht gerechtfertigten Leistungsausweitung führt (vgl. Kühn 1995, 2001; Reiners 2008). In einer zunehmend sich ökonomisierenden Gesundheitsversorgung, in der die Gewinn- und Kostenkalküle der individuellen und korporativen Akteure des Gesundheitswesens mit dem Ziel der Erreichung einer effizienteren Versorgung steuerungspolitisch manipuliert werden ("wettbewerbsbasierte Kostendämpfung"), erhält die strukturell asymmetrische Arzt-Patienten-Beziehung sogar noch das Moment der (vor allem vom Arzt ausgehenden) ökonomischen Übervorteilung. Diese widerspricht nicht nur ethischen Grundsätzen und berufsrechtlichen Normen der Ärzteschaft, sondern unterminiert das in einer gelingenden Arzt-Patienten-Beziehung ungeheuer wichtige und konstitutive Vertrauensverhältnis. Die Sache ist aber möglicherweise noch komplizierter: denn die ärztliche Bemühung um einen "zufriedenen Vertragspartner", den Patienten als "Kunden", kann bei einem (mehr oder weniger schlecht) informierten Patienten auch zu einer (medizinisch unnötigen) Überversorgung oder (je nach ökonomischen Kalkül) Unterversorgung führen, die als solche aber nicht notwendiger Weise vom behandelnden Arzt und schon gar nicht vom (vermeintlich) "kundigen" Patienten erkannt werden muss. Die "Ökonomisierung" einer asymmetrischen sozialen Beziehung, wie der Arzt-Patienten-Beziehung, offenbart bei einem genaueren Blick somit vielfältige "Untiefen" und "Komplikationen", die die grundsätzliche Asymmetrie der sozialen Beziehung zu verdecken vermögen (vgl. Deppe 2005).

Auf der steuerungspolitisch und regulativ bedeutsamen Ebene der Interaktion der korporativen Interessensverbände ist zudem festzustellen, dass in doppelter Weise die monopolistische Stellung sowohl des einzelnen Arztes als auch der Ärzteschaft insgesamt in Frage zu stellen bzw. stärker zu kontrollieren versucht wird. So wird zum einen das paternalistische Selbstverständnis "ärztlicher Unfehlbarkeit" dadurch in Frage gestellt, dass sich in der gesellschaftlichen Kritik an der "technisierten" und "unmenschlichen" Medizin der letzten 30 bis 40 Jahre auch eine Kritik der Medizin aus der Medizin heraus entwickelt hat, die die wissenschaftliche Evidenz bisheriger medizinisch-ärztlicher Praxis anzweifelt. Die Rede ist von dem sich als wissenschaftlich-sozialem Gegenparadigma zur „eminenzbasierten Medizin“ (Klemperer 2010) verstehenden Programm *evidenzbasierter Medizin*, deren Diskurs zunehmend die medizinischen (Forschungs-)Eliten und Fachgesellschaften zu durchdringen scheint (vgl. Redaelli 2003; Kunz 2007). Hierdurch wird die (ehedem relativ größere) Entscheidungsautonomie des einzelnen Arztes nach allgemeiner Auffassung eingeschränkt, was in der Medizinsoziologie und der Ärzteschaft als Infragestellung des freiberuflichen bzw. professionellen Selbstverständnisses diskutiert wird (vgl. z.B. Siegrist 2005; Borgetto/Kälble 2007). Dabei verband sich das auf den englischen Arzt

Archie Cochrane zurückgehende, jedoch sich von diesem bald emanzipierende Programm der *evidenzbasierten Medizin* mit gesundheitspolitischen Kostendämpfungsmaßnahmen im Gefolge der Weltwirtschaftskrise der 1970er Jahre. Ausgehend von den USA sind beide (weitgehend) unabhängig voneinander entwickelten neuen medizinischen bzw. gesundheitspolitischen Paradigmen zu einem neuen politisch-sozialen Regulierungsmodell der Medizin verschmolzen, das als "bürokratisch-wissenschaftliches Medizinmodell" bezeichnet worden ist (vgl. Harrison/Moran/Wood 2002; Gottweis et al. 2004; Salter 2004; Harrison/McDonald 2008). Zum anderen mündete die von kritischen Medizinern und der (global wirkenden, jedoch lokal organisierten) Gesundheitsbewegung vorgebrachte Kritik an der monopolartigen Stellung der Ärzteschaft in der Gründung von Selbsthilfegruppen und auch stärker lobbyartig auftretenden Interessenorganisationen der Patienten im Allgemeinen. In diesem keineswegs einheitlichen und sich zunehmend auch diversifizierenden und ausdifferenzierendem Feld kam und kommt es in der Folge immer mehr zu Distinktions- und Definitionskämpfen um die legitime, weil "neutrale" Repräsentationsmacht einzelner Organisationen sowohl auf Seiten der Ärzteschaft als auch auf Patientenseite (vgl. für Deutschland: RKI/StatBA 2004; Bandelow 2009).

Insbesondere in den Jahren des "sozialdemokratisch-progressiven" Interregnums in den westlichen OECD-Staaten seit Mitte der 1990er Jahren mündete diese mannigfaltige und mehrstimmige Kritik der Selbsthilfegruppen und Patientenverbände in der Institutionalisierung partizipativer Mitbestimmungsrechte dieser Organisationen in politischen und fachlichen Gremien national(staatlich)er Gesundheitspolitik (vgl. Baggott/Allsop/Jones 2005; Mosebach 2006b; Forster/Gabe 2008; Tritter et al. 2010). Diese institutionelle, organisatorische und diskursive Aufwertung der partizipativen Patientenbeteiligung und zunehmenden (zumindest rhetorisch) Patientenorientierung in der ärztlichen und klinischen Praxis hat das Arzt-Patienten-Verhältnis unzweifelhaft verändert. Unklar bleibt jedoch eingedenk der bereits dargestellten Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungsprozesse im Gesundheitssystem, inwieweit jene patientenbezogene Neuorientierung tatsächlich etwas an der strukturellen Dominanz der Ärzte im asymmetrischen Arzt-Patienten-Verhältnis auf der Mikroebene eines jeden Gesundheitssystems zu ändern vermag oder ob sich nicht einfach der gesellschaftliche Interaktionsmodus im medizinischen System transformiert, ohne jedoch an den grundlegenden Asymmetrien desselben etwas zu ändern. Schließlich versuchen auch die Kostenträger – unterstützt von einer gesundheitspolitischen Strategie, die sich an präskriptiven Konzepten eines "regulierten Wettbewerbs" ausrichtet – aus offensichtlichen Gründen und als Agenten staatlicher Kostendämpfungspolitik sowohl das "bürokratisch-wissenschaftliche Medizinmodell" als auch die verstärkte Patientenorientie-

rung in der Medizin für ihre staatlich delegierten regulativen Aufgaben und ggf. ökonomischen Eigeninteressen zu nutzen (allerdings von unterschiedlichen Ausgangspunkten, wenn man grob zwischen Bismarck-orientierten Sozialversicherungssystemen und Beveridge-orientierten nationalen Gesundheitsdiensten unterscheidet).

Durch diese Prozesse der Institutionalisierung und Organisation eines neuen Medizinmodells einerseits und der stärkeren Berücksichtigung der Patientenperspektive in versorgungsbezogenen und regelsetzenden Entscheidungen andererseits haben sich die konfliktiven Beziehungsstrukturen und auf Konsens zielenden Aushandlungsprozesse erweitert und zugleich transformiert. Fraglich bleibt jedoch, ob sich hierdurch auch die zugunsten der Ärzte und Ärzteschaft existierenden strukturellen Asymmetrien aufgelöst haben. Während die politische Repräsentation von Interessen im Gesundheitswesen pluraler geworden und die einst umfassend staatlich-delegierte regulative Selbstbestimmung der Ärzteschaft hinsichtlich der Leistungsregulierung stärker administrativer Kontrolle unterworfen und für Patienten(verbände) transparenter gemacht worden ist, bleibt hinsichtlich der Relativierung oder gar Aufhebung der strukturellen Macht- und Entscheidungsasymmetrie in der unmittelbaren Arzt-Patienten-Interaktion auf der Mikro-Ebene deutliche Skepsis weiterhin angebracht (vgl. zur etwa Schwerverständlichkeit patientenbezogener Informationen: Geraedts 2006). Ob schließlich die auf der Mikro-Ebene in zahlreichen OECD-Staaten in Gang gesetzte „Patientenorientierung“ bei der Ausbildung bzw. der Kontrolle von Arztfehlern, die einen offeneren Umgang mit solchen Fehlern nahe legt, um deren zukünftiges Auftreten zu minimieren, die Asymmetrie in der Arzt-Patienten-Beziehung in einem positiven, eben: patientenorientierten Sinne zu beeinflussen vermag, bleibt dahingestellt. Denn obwohl zweifellos der offene Umgang mit Ursachen von und dem Tatbestand des ärztlichen Fehlverhaltens zu begrüßen ist, da sie einer „Entmystifizierung“ des Arztberufes förderlich ist, bleibt unklar, ob solche edukatorischen Ansätze in der realen Versorgung den „systemischen Mächten“ (Jürgen Habermas) des Marktes und der Konkurrenz (bzw. von Verrechtlichungstendenzen der APB) entgegenzuwirken vermögen (vgl. zur neuen, d.h. offeneren „Fehlerkultur“: SVR 2010).

Eine dritte Dimension der asymmetrisch strukturierten Arzt-Patienten-Interaktion, die das Fortbestehen struktureller Asymmetrien in dem Arzt-Patientenverhältnis selbst unter veränderten meso- und makropolitischen Gegengewichten zum Monopol der Ärzteschaft stützt, liegt in der grundsätzlichen unterschiedlichen "Exposition" zum (individuellen) Problem von Krankheit bzw. Erkrankung begründet. Während der Arzt als solcher in seinen Tätigkeiten (Diagnosestellung und Anwendung adäquater Therapieverfahren) seinem in langer Zeit erlernten und routinisierten Beruf nachgeht, ist der Patient als Leidender im

Umgang mit seiner Erkrankung keineswegs routiniert, sondern stets emotional betroffen und von Angst geplagt; individuelle Zustände, die einen ruhigen, abgeklärten, eben routinisierten Umgang mit der eigenen Erkrankung zu verhindern wissen. Diese unterschiedliche Betroffenheit von dem (individuellen) Schicksal: Krankheit macht den Patienten im Regelfall ausgesprochen (emotional und kognitiv) abhängig von der Entscheidungsmacht und dem Wissensvorsprung des behandelnden Arztes. Indes gibt es Indizien, dass sich insbesondere bei chronischen Erkrankungen die (emotionale und entscheidungsbezogene) Abhängigkeit des chronisch erkrankten Patienten etwas zu lockern vermag. Dies hängt mit individuellen Lernprozessen und Erfahrungszyklen zusammen, die solche Patienten – insbesondere bei der medikamentösen „Stillstellung“ ihrer Erkrankung – im Umgang mit ihren Therapie(n) und den ärztlichen Anweisungen durchlaufen haben. Allerdings dürfte sich die Unabhängigkeit der Patienten selbst in diesem Falle nur als relativ erweisen, können doch Verschlechterungen bzw. fortschreitende Krankheiten eine emotionale und affektive Destabilisierung des Patienten hervorrufen. Zudem zeigen Forschungsergebnisse, dass keinesfalls das Gros der chronisch erkrankten Patienten zu einer solchen (in ihrem Ausmaß begrenzten) emotionalen, affektiven und kognitiven Selbststeuerung in der Lage ist (vgl. Schaeffer 2004). Das „Möglichkeitsfenster“ für eine solche selbständige und (bedingt) eigenverantwortliche Therapieleistung ist recht schmal und wird von sozioökonomischen und soziokulturellen Bedingungen begrenzt. Insofern ist nicht zu erwarten, dass chronisch erkrankte Menschen aufgrund „ihrer Erfahrungen“ mit ihrer Krankheit zu souveränen, abgeklärten und unerschrockenen Therapeuten ihrer selbst werden. Die strukturelle Asymmetrie in der Arzt-Patienten-Beziehung ist – allem modischen (und „geschäftigen“) Gerede vom „kundigen Patienten“ zum Trotz – hierdurch nicht aufhebbar. Das bedeutet freilich nicht, dass Patientenorientierung und Förderung von Transparenz von Arztentscheidungen abzulehnen sind. Im Gegenteil, sie sind ein notwendiges Korrektiv zur sich ökonomisierenden Arzt-Patienten-Beziehung. Ein bedenkenswerter Ansatzpunkt ist die Verbindung des Modells partizipativer Entscheidungsfindung (auch als : *Shared Decision Making* bekannt) mit einer stärker evaluatorischen Sicht auf die medizinische Praxis und deren Folgen. Kurz, in der Verbindung von *Shared Decision Making* und *Evidenzbasierter Medizin* einerseits und patientenorientierter *Versorgungsforschung* andererseits scheint die Möglichkeit angelegt zu sein, trotz einer unzweifelhaft weiter bestehenden Asymmetrie in der Arzt-Patienten-Beziehung zu einer wirklichen Orientierung der Krankenversorgung an den Bedürfnissen und Wünschen des Patienten und geleitet vom besten wissenschaftlichen Wissen kommen zu können (vgl. z.B. Janssen/Borgetto/Heller 2007; Klemperer 2010). Ob eine solche Patientenorientierung in

der Lage ist, den auf die Arzt-Patienten-Interaktion problematisch wirkenden Kommerzialisierungsprozessen entgegenzuwirken, ist an dieser Stelle freilich nicht entscheidbar. Eine gewisse Skepsis scheint hier allerdings wegen der theoretischen Überlegungen angebracht zu sein.

5. New Public Health, Ökonomisierung und Healthism: Versprechungen und Zumutungen der „Gesundheitsgesellschaft“

Als Bestandteil der wiedererrichteten internationalen Weltordnung nach der Katastrophe der beiden Weltkriege wurde im Jahr 1948 die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gegründet. In ihren Grundsätzen ist das Recht auf Gesundheit als universelles Menschenrecht erstmalig verankert worden; ohne den Bezug zum menschenverachtenden Faschismus und seinen medizinischen Gehilfen einerseits sowie der auf universelle Menschenrechte zielenden internationalen Arbeiterbewegung andererseits bleibt diese normative Innovation unverstanden (vgl. Wulff 1972; Deppe 1978; Trojan/Legewie 2001). Die Ausrufung und Rechtskodifizierung dieses neuen universellen Menschenrechts und des dieses begleitenden umfassenden Gesundheitsbegriffes, welcher bekanntlich Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit, sondern als einen Zustand körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens fasst, verharrte freilich lange Zeit ungehört. Erst mit den Entkolonialisierungsbewegungen der 1950er und 1960er Jahre und der Ausbreitung kapitalistischer und real-sozialistischer Wohlfahrtsstaaten im (systemübergreifenden) Fordismus der Nachkriegszeit wurden die materiellen Grundlagen für die Realisierung jenes universellen Menschenrechts gelegt, auch wenn seine nationalstaatliche Umsetzung auf unterschiedlichen Pfaden, mit ungleichzeitiger Dynamik und auch nicht in allen Weltregionen erfolgte. Der medizinisch-technologische Fortschritt der 1950er und 1960er Jahre, der insbesondere die Erfindung neuer auf pharmakologischer und elektrotechnischer Forschungen beruhender Diagnose- und Therapieverfahren beinhaltete, führte in der OECD-Welt vor dem Hintergrund einer historisch-situativen Unterversorgung mit stationären und teilstationären Versorgungseinrichtungen zum (länderübergreifenden) Ausbau des Krankenhaussektors. Die neuen technisch aufwendigen Diagnose- und Therapieverfahren erforderten höhere Kapitalinvestitionen als die in Einzelpraxen als freiberufliche Kleinunternehmer niedergelassenen Haus- und Fachärzte oder die weitgehend durch karitative

Organisationen getragene Krankenhausversorgung aufzubringen vermochten. Daher verlief der Ausbau eines öffentlichen Krankenhaussystems durch staatliche Investitionsprogramme in vielen europäischen und angelsächsischen Ländern erstaunlich zeitgleich. Die überkommenen Strukturen und Regeln der Steuerung der stationären Versorgung, die noch von kirchlichen und anderen zivilgesellschaftlich geprägten Pflegekräften mit einer hohen intrinsischen Hilfsethik geprägt waren, waren den neuen technologischen und organisatorisch-personellen Anforderungen nicht mehr angemessen. So kam es zu einer ersten "Modernisierungswelle" im Krankenhaussektor, der den karitativ-pflegenden Charakter der überkommenen Krankenhausversorgung durch verstärkte Kapitalinvestitionen und die Säkularisierung bzw. Proletarisierung der Pflegearbeitskräfte nachhaltig veränderte (vgl. Simon 2000; Mohan 2002).

Die Weltwirtschaftskrise der 1970er/1980er Jahre und die damit verbundenen Finanzierungsschwierigkeiten der nationalen Gesundheitssysteme setzten dem Kapazitätsausbau der Krankenhausversorgung als dem dynamischsten Subsektor der wohlfahrtsstaatlich geprägten Krankenversorgung in der OECD-Welt ein jähes Ende. Nunmehr konnte das universelle Menschenrecht nur noch unter den Bedingungen staatlicher Fiskalkrisen gewährleistet werden (vgl. zur Kostendämpfung: Alber/Schenkluhn 1992; Abel-Smith/Mossialos 1994; OECD 1994; Schwartz/Glennerster/Saltman 1996; Ham 1997; Saltman/Figueras 1997). Doch das war nur die eine Seite der (praktischen) Kritik des herrschenden Krankenversorgungssystems: die zunehmend als säkular interpretierte Begrenztheit der finanziellen Mittel, die für eine öffentlich-wohlfahrtsstaatliche Krankenversorgung als notwendig erachtet wurden und die vom Aufstieg des gesundheitsökonomischen Fachdiskurses als der zukünftigen Dominanzdisziplin gesundheitspolitischer Politikberatung begleitet wurde (siehe hierzu auch die nächsten beiden Unterabschnitte). Die andere Seite der Kritik des herrschenden Medizinsystems, welches mit seiner kurativen Ausrichtung – trotz nationaler Bedeutungsunterschiede – den Charakter der nationalen Gesundheitssysteme bestimmte, bestand in der (praktischen wie theoretischen) Anwendung des umfassenderen und prinzipiell medizinkritischen Gesundheitsbegriff der WHO-Charta. Die Subjekte dieser medizinkritischen Bewegung entstammten höchst unterschiedlichen politischen und sozialen Gruppierungen. Sie alle einte jedoch die Kritik einer zunehmend als "unmenschlich" empfundenen technisierten, bürokratisierten und patriarchalischen Geräte- und Apparatedizin. Diese zweite Entwicklung kulminierte auf internationaler Ebene zunächst in der Erklärung von Alma-Ata aus dem Jahr 1979, durch die eine primärversorgende Gesundheitsversorgung jenseits des ärztlich dominierten Medizinmodells als „Goldstandard“ eingefordert wurde. Im Jahr 1986 folgte dann die Ottawa-

Charta der WHO, welche die Gesundheitsförderung als ganzheitliches Konzept gegenüber dem pathogenetisch ausgerichteten Medizinsystem aufwertete. Sowohl der Gedanke der gesundheitlichen Primärversorgung als auch der komplementäre Charakter der individuellen und gesellschaftlichen Gesundheitsförderung haben sich jedoch im neoliberal-postfordistischen Kapitalismus erheblich verändert, insofern beide Entwicklungen mit den markt- und wettbewerbsorientierten Reformmaßnahmen im Begriff einer „Gesundheitsgesellschaft“ amalgamierten (vgl. Deppe 1987; Kühn 1993; Petersen/Lupton 1996; Trojan/Legewie 2001; Kickbusch 2006).

In der Folge kam das biomedizinisch dominierte Krankenversorgungssystem unter einen doppelten Anpassungsdruck, welcher sachlogisch und konsequenterweise das gesellschaftliche Verständnis von Gesundheit und Krankheit nachhaltig transformierte. Eingebettet in eine markt- und wettbewerbsbasierte Kostendämpfungsstrategie einerseits und um sich greifende Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungsprozesse andererseits wurde Gesundheit nicht mehr ausschließlich als universelles Menschenrecht verstanden, sondern zunehmend als gesellschaftliche Verpflichtung und - in der sich verschärfenden internationalen Standortkonkurrenz - auch als Produktivitätsressource sozialer und wirtschaftlicher Entwicklung angesehen (vgl. hierzu: Weltbank 1993; Commission on Macroeconomics and Health 2001). Hierdurch erwuchs ein Druck auf die (potenziell) Kranken einer Gesellschaft, sich stärker um "ihre" Gesundheit zu kümmern. Obwohl der Aspekt der "Eigenverantwortung" auch im "fordistischen" Gesundheitssystem nicht unbekannt gewesen ist, erfuhr er im Umfeld der neoliberal-postfordistischen Restrukturierung kapitalistischer Vergesellschaftung eine grundlegende Uminterpretation und Bedeutungsaufwertung. Der um sich greifende methodologische und präskriptive Imperialismus der Ökonomie/Ökonomik bewirkt, dass Gesundheit nicht nur als Produktivressource betrachtet und entsprechend politisch gefördert und sozial belohnt wird. Er etabliert auch neue Abgrenzungs- und Ausgrenzungspraktiken im Feld sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten, insofern die Erhaltung und Förderung der eigenen Gesundheit zur individuellen Handlungsmaxime "gesunden Verhaltens" gemacht und gegenüber "abweichend" sich Verhaltenden als Pflicht eingefordert wird (vgl. Petersen/Lupton 1996; Lemke/Krasmann/Bröckling 2000; Lessenich 2008; Brunett 2009). Der hiermit politisch und sozial eingeforderte "Healthismus" basiert jedoch auf unterschiedlichen und sozial bedingten individuellen Gesundheitschancen, die die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit nicht nur reproduzieren, sondern unter neoliberalen Bedingungen sogar ausweiten (vgl. schon früh: Kühn 1993; Kühn/Rosenbrock 1994). Im Folgenden werde ich mit diesen beiden neueren Entwicklungen etwas näher beschäftigen und sowohl die "produktivistische"

sche" als auch die "healthistische" Reinterpretation des gesellschaftlichen Gesundheitsverhältnisses an den Aufstieg eines neoliberal-postfordistischen Gesellschaftsmodells zurückbinden.

Die Pflicht zur Gesundheit: die Ökonomisierung des Gesundheitsdiskurses durch die Entdeckung seines produktiven Potenzials

Im fordistischen Wohlfahrtsstaat erschien Krankheit als eines von mehreren Lebensrisiken, die analog zum Arbeitslosigkeitsrisiko einerseits und dem Altersrisiko andererseits über sozialstaatliche bzw. wohlfahrtsstaatliche Arrangements abzusichern versucht wurde (vgl. zur Geschichte der Lohnarbeit: Castel 2008). Beginnend als ähnlich dem Arbeitslosengeld konzipierte Lohnersatzleistung - und darin als Bestandteil der Bismarck'schen Sozialreformen geradezu pionierhaft mit internationaler Ausstrahlung (siehe die Ausführungen oben) realisiert - veränderte sich die Absicherung des Einzelnen als auch immer größer werdender Versicherungsgemeinschaften zunehmend über ein kollektives Finanzierungssystem zur Finanzierung von vormals privat bezahlten oder genossenschaftlich organisierten Krankenversorgungsleistungen (vgl. Ewald 1993). Der Ausbau fordistischer Wohlfahrtsstaatlichkeit in Europa und Nordamerika (und de facto auch in den realsozialistischen Staaten) während der Blütezeit des „Golden Age of Capitalism“ führte zu einer beispiellosen Expansion kollektiv finanzierter Krankenversorgungssysteme (vgl. Moran 1999). Bemerkenswerte Meilensteine sind vor allem die Gründung des nationalen Gesundheitsdienstes in Großbritannien, welcher in seiner Universalität und Komplexität über bislang bestehende nationale Sicherungssysteme, insbesondere in den (ärmeren) skandinavischen Ländern, aber auch kontinentaleuropäischen Modellen - von den südeuropäischen Rudimentärwohlfahrtsstaaten ganz zu schweigen - für das Lebensrisiko Krankheit hinausging. Der Eindruck trügt wohl nicht, dass die Dominanz der kurativen Medizin einerseits und die Herausbildung dekommodifizierender, wenn auch national unterschiedlich ausgeprägter, Krankenversorgungssysteme andererseits ein Quasi-Sozialrecht auf Krankenversorgung bewirkt haben. Krankheit war ein Zustand, auf dessen medizinische Bekämpfung die Versicherten bzw. (je nach institutioneller Konfiguration des Kollektivsystems) die Staatsbürger wenn nicht einen sozialrechtlichen, dann aber wenigstens sozialpolitischen Anspruch einfordern konnten (vgl. Flora 1981; Alber 1987; Kaufmann 2003).

Die sozial verankerte Kritik des bestehenden Medizinsystems einerseits und die sozialen Bewegungen gegen die krank machenden Wirkungen moderner (kapitalistischer und realsozialistischer) Industriegesellschaften andererseits stellten - wie bereits dargestellt - das

kurativ-pathologisch ausgerichtete Krankenversorgungssystem jedoch fundamental in Frage. Darüber hinaus manifestierte sich im Gefolge der Weltwirtschaftskrise der 1970er Jahre die „neoliberale Konterrevolution“ (Altvater 1981), politisch getragen durch die neo-konservative Wende in der Wirtschafts- und Sozialpolitik in den (zunächst: angelsächsischen) OECD-Staaten. In der Gesundheitspolitik bedeutete dies zunächst die fiskalisch-monetäre Infragestellung expandierender Sicherungssysteme gegen das Krankheitsrisiko und entsprechend den Aufstieg von – aufgrund der antistaatlichen Rhetorik neokonservativer Regierungen paradoxer – staatlicher Kostendämpfungspolitik (vgl. z.B. Döhler 1990; Alber/Schenkluhn 1992; Abel-Smith/Mossialos 1994). Es kam zur Einführung von Ausgabenobergrenzen, höheren individuellen Zuzahlungsverpflichtungen und Leistungsausgrenzungen von bislang kollektiv-öffentlich finanzierten Krankenversorgungsleistungen. Die neoliberal-konservative Sozialstaatsabbau-Rhetorik und die Konzeptualisierung marktradikaler Lösungskonzepte, die sich realpolitisch in moderate Privatisierungsstrategien bei Fortsetzung staatlich-traditioneller Kostendämpfungspolitik der unmittelbaren Krisenpolitik der 1970er Jahre übersetzten, blieben freilich lange Zeit wirkungslos und verharrten in vorgezeichneten institutionellen und organisatorischen Pfaden.

In der aufkommenden intellektuellen und politisch-praktischen Kritik an marktradikal-neoliberalen Abbau- und Privatisierungskonzeptionen wurde nunmehr ein anderer, sich zunehmend hegemonialisierender Legitimations- und Reformdiskurs entwickelt, dessen Leitidee in kongenialer Weise von Anthony Giddens im Begriff der *positiven Wohlfahrtsstaatlichkeit* zusammengefasst und popularisiert wurde. Sein Schlüsselbegriff ist der des "investiven Sozialstaates", der einerseits die neoliberale Bürokratisierungs- und Passivierungskritik am fordistischen Wohlfahrtsstaat akzeptiert, andererseits jedoch auf zivilisatorischen und positiven Funktionen moderner Wohlfahrtsstaatlichkeit beharrt. In Ablehnung und Überwindung altsozialdemokratischer Wohlfahrtsstaatvorstellungen als auch neoliberaler Wohlfahrtsstaatskritik formuliert Giddens den Anspruch investiver Sozialpolitik in der Förderung und Forderung individueller Lebenschancen sowie der Realisierung gleicher sozialer Chancengerechtigkeit. Bildung und Gesundheit sind in diesem post-sozialdemokratischen bzw. marktsozialdemokratischen Diskurs die sozialpolitischen Ansatzpunkte und Schlüsselbereiche zur (erneuten) Versöhnung von ökonomischen Globalisierungsprozessen und sozialpolitisch forciert individueller Chancengerechtigkeit (vgl. Giddens 1997 u. 1998). Dieser Diskurs ist sowohl anschlussfähig an (vermeintliche oder reale) Individualisierungstendenzen (wie sie in vielfältigen soziologischen Zeitdiagnosen vorgenommen wurden: etwa von Beck 1986) als auch an ökonomistische Reinterpretationen von Sozialpolitik und Sozialstaatlichkeit generell (hier ist Giddens nur ein neusozial-

demokratischer Vordenker neuer Sozialstaatlichkeit unter vielen, andere sind Paul Pierson und insbesondere Gosta Esping-Andersen; vgl. dazu: Lessenich 2008).

Die ökonomistische Wiederentdeckung der Sozialpolitik, mithin die Wiederbelebung der Re-Kommodifizierungs-Funktion moderner (kapitalistischer) Wohlfahrtsstaatlichkeit, führt zu einer Reinterpretation bzw. funktionalen Umprogrammierung bislang gültiger Krankenversorgungssysteme insofern, als Gesundheit in partieller Umdeutung der Ziele und Inhalte der medizinkritischen Bewegungen der 1970er und 1980er Jahre nunmehr nicht nur mittels adäquater medizinischer und nicht-medizinischer Interventionen (soweit möglich) wieder hergestellt werden soll, sondern besser noch individuell und gemeinschaftlich-verpflichtend erhalten werden sollte, indem Risikofaktoren vermieden und gesundheitsförderliches Verhalten unterstützt werden (vgl. Kühn 1993; Petersen/Lupton 1996; Lupton 1997). Dies ist nach allgemeiner Auffassung nicht nur epidemiologisch aufgrund der medizinischen Nicht-Heilbarkeit von ubiquitär auftretenden und das Krankheitsspektrum der OECD-Staaten dominierenden chronischen Erkrankungen angemessen, sondern auch ökonomisch funktional: denn nur gesunde Individuen sind fit für den internationalen Standortwettbewerb. Damit passt sich der ökonomisierende Gesundheitsdiskurs dem neoliberal-marktsozialdemokratischen Globalisierungsdiskurs ein, insbesondere mit seiner Betonung der Notwendigkeit rekommodifizierender Sozialstaatlichkeit, die arbeitsmarktpolitisch im Begriff der "Employability" ihren politischen wie sozialen Ausdruck findet und entsprechend die Gesundheits- und Krankheitsversorgung im „aktivierenden Wohlfahrtsstaat“ rekonfiguriert (vgl. Taylor-Gooby 2004; Dahme/Wohlfahrt 2007; Pierson 2007; Lessenich 2008). Investive Gesundheitspolitik ist so gesehen in gleicher Weise ein Beitrag zur Standortsicherung mittels der (Wieder-)Herstellung bzw. präventiven Erhaltung arbeitsfähiger Individuen wie sie auch für die Steigerung der volkswirtschaftlichen Produktivität unerlässlich erscheint. Ein diskursiver Meilenstein ist in dieser Hinsicht der Weltentwicklungsbericht 1993 der Weltbank, der vor dem Hintergrund des verlorenen Jahrzehnts der 1980er Jahre - der Katastrophe der "Schuldenkrise der Dritten Welt" - die neosoziale Forderung an die Sozialpolitik der Entwicklungs- und Schwellenländer stellt, "in Gesundheit zu investieren" (vgl. Weltbank 1993). Hier zeigt sich, dass die vermeintlichen Vordenker der neuen Sozialdemokratie des "Dritten Weges" ihren sprichwörtlichen Meister gefunden haben, zumindest hinsichtlich der Ökonomisierung des Gesundheitsdiskurses.

Gesundheitsökonomischer Paradigmenwandel: Die Geburt eines hegemonialen Expertendiskurses aus der Not der Krise

Dieser neoliberal-marktsozialdemokratische Diskursmeilenstein bleibt aber ohne den unaufhaltsam Aufstieg gesundheitsökonomisch-neoklassischen Denkens unbegriffen (Giddens und andere post- bzw. marktsozialdemokratische konzeptive Ideologen scheinen daher vor allem eine synthetisierende Funktion mit Wirkung auf die gesellschaftlich-politische Öffentlichkeit bereits vorhandener Spezialdiskurse vorzunehmen), der seit der Fiskalkrise des fordistischen Wohlfahrtskapitalismus von den USA aus seinen Siegeszug durch die nationalen Gesundheitssysteme und gesundheitspolitischen Beratungsgremien angetreten hat. Als Schlüsselkrise und Ausgangspunkt der globalen, auf Markt- und Wettbewerbskonzepte setzenden – keineswegs kohärenten und widerspruchsfreien – Reformbewegung der Gesundheitsversorgung kann die massive Finanzkrise der US-amerikanischen Wirtschafts- und Finanzmetropole und Symbol globalkapitalistischer Vergesellschaftung, New York, Mitte der 1970er Jahre betrachtet werden.

Die Finanzkrise *Greater New Yorks* führte zu einer Neukonstituierung gesundheitspolitischer Akteurskonstellationen und Neuerfindung gesundheitspolitischer Reformkonzepte, die der US-amerikanische Soziologe Robert R. Alford in klassischer Weise analysiert hat und deren analytische und politikdiffundierende Strahlkraft weit über die Region New Yorks hinausgeht (vgl. Alford 1975).¹⁰ Er unterschied die in der gesundheitspolitischen Krise New Yorks aufeinander treffenden sozialen Kräfte in drei Gruppen, die er als "structural interests", "challenging interests" und "deprived interests" umschrieb. Er analysierte damit die dominante Akteursgruppe der "monopoly interests" - bestehend aus der geballten Macht der Anbieter von Gesundheitsleistungen (v.a. Ärzten, Krankenhäuser, Pharma-Unternehmen) - , deren dominante Position im gesundheitspolitischen Kräftefeld aufgrund der Finanzierungskrise Greater New Yorks von mehreren konkurrierenden Akteursgruppen attackiert wurde. Hierzu zählen die Gruppe der "bureaucratic controllers", welche über die Ausweitung (quasi-)staatlicher Regeln zur Kostendämpfung (und später der Qualitätskontrolle) die in der Finanzkrise zum Ausbruch gekommene Kostenkrise der Gesundheitsversorgung Greater New Yorks (die ihrerseits nur die lokale Eklatierung nationaler Finanzierungskrisen der zumindest zum Teil bundesstaatlich finanzierten staatlichen Krankenversicherungssysteme, Medicare und Medicaid, darstellten) in den Griff zu bekommen versuchten. Hiervon zu unterscheiden ist seiner Analyse zufolge die Akteursgruppe der "Corporate Rationalizers", die auf eine marktgetriebene Reformstrategie set-

¹⁰ Der Fall New York ist jedoch nicht singulär gewesen. Auf Bundes- und Länderebene kam es zu einem Siegeszug der „challenging interest“ (vgl. Strang/Bradburn 2001).

zen, deren Effizienzgewinne sich aus den dem Wettbewerbsmechanismus unterstellten Innovations- und Rationalisierungspotenzialen ergeben sollen und deren Protagonisten die sowohl die profitorientierten Versicherungsunternehmen einerseits, aber auch die ebenfalls gewinnorientiert ausgerichteten privatwirtschaftlichen Anbieter von Gesundheitsleistungen andererseits sind. Insgesamt bezeichnet Alford diese beiden Akteursgruppen als "challenging interests", die die als "structural interests" bezeichnenden Monopolanbieter mit einer gewissen Aussicht auf Erfolg angreifen zu gedenken (und dabei staatlicherseits unterstützt werden). Die dritte Gruppe der "deprived interests" schließlich umfasste neben dem Gros der „passiven Patienten“ jene gesundheitspolitischen Aktivisten, die aus einer medizin- und kapitalismuskritischen Perspektive heraus sich für die sozial schwachen, d.h. machtlosen und beherrschten Bevölkerungsgruppen, speziell für eine stärkere Berücksichtigung von deren gesundheitlichen Bedürfnissen und Interessen einsetzten.

Diese klassische Studie Robert R. Alfords stellt meines Erachtens einen analytischen Schlüssel für die Untersuchung markt- und wettbewerbsbasierter Reformbewegungen in transnationaler Perspektive zur Verfügung, mit dem auch vergleichbare Reformbestrebungen in europäischen Gesundheitssystemen, mit ihrer stärker universellen Versorgungsausrichtung, analysiert und verstanden werden können. Denn es ist in der internationalen Gesundheitssystemforschung weitgehend unbestritten, dass das US-amerikanische Gesundheitssystem aufgrund seiner Komplexität und Vielgestaltigkeit, die einige Beobachter dazu geführt hat, der Gesundheitsversorgung in den USA insgesamt einen einigermaßen kohärenten Systemcharakter abzusprechen, ein "Laboratorium" gesundheitspolitischer und versorgungsbezogener Innovationen sowie Vorreiter internationaler markt- und wettbewerbsbasierter Reformbestrebungen in der Gesundheitsversorgung ist (vgl. Moran 1998; Harrison/Moran/Wood 2002).

Der Einfluss US-amerikanischer Berater für zahlreiche Regierungen von "Old Europe" ist bekannt und nicht zuletzt – wie bereits erwähnt – mit dem Namen des US-amerikanischen Gesundheitsökonomen Alain Enthoven verbunden (vgl. für die Niederlande: Greß 1992; und England: Pollock 2004). Doch diese individualisierende, mithin ans verschwörungstheoretische grenzende Personalisierung internationalen Policy-Transfers bzw. Policy-Learnings einerseits und wertorientierter, instrumenteller und institutioneller Konvergenzprozesse andererseits ist theoretisch wie empirisch problematisch, übersieht sie doch strukturelle und diskursive Dynamiken transatlantischen Policy-Austausches im Feld der Gesundheitspolitik. Der historisch-strukturalistische Ansatz Robert R. Alfords bietet hingegen einen theoretischen Referenzrahmen, der nicht nur bereits erfolgreich auf gesundheitspolitische Reformprozesse der Gesundheitsversorgung in Europa angewandt wurde

(vgl. Ham 1981). Seine Arbeit scheint auch als theoretische Hypothese über gesundheitspolitische Akteurskonstellationen, die sich internationalem Policy-Transfer bzw. Policy-Learning – zumindest auch – aus den USA verdanken, nützlich zu sein. Ein analytisches Handicap jedoch vermag der Alford'sche Ansatz nicht von sich aus zu beheben: die Frage des "Mediums" bzw. "Trägers" internationalen Policy-Transfers. Dies ist zweifellos der jeweilige national(staatlich) geprägte gesundheitspolitische Diskurs, der sich – so die Vermutung – im Verlauf der sukzessiv aufeinander folgenden (nationalen) Wettbewerbsreformen international geöffnet hat. Ohne an dieser Stelle ausführlich darauf eingehen zu können, spielt der seit Ende der 1960er Jahre aus den USA kommende gesundheitsökonomische Diskurs mit seiner zunehmenden diskursiven und institutionellen Hegemonie eine maßgebliche Vermittlungsrolle für wettbewerbsorientierte Reformprogramme in den europäischen Staaten.¹¹ Allerdings sind die markt- und wettbewerbsbasierten Problematisierungen politischer Steuerungsprobleme und Reformkonzepte der Gesundheitsökonomie für die "Marktakteure" (und die es werden wollen) der europäischen Gesundheitssysteme nicht ohne Wirkung. Um es mit dem britischen Politikwissenschaftler Michael Moran zu formulieren: die Durchsetzung von markt- und wettbewerbsbasierten Reformkonzepten in europäischen Gesundheitssystemen ist sicherlich zu einem Teil der Stärke ideologisch verfochtener Marktkonzepten zu verdanken, zu der der gesundheitsökonomische Diskurs nicht wenig beigetragen haben dürfte. Darüber hinaus sollten jedoch die spezifischen Interessen nationaler Akteure eine letztlich bedeutendere Rolle gespielt haben (vgl. Moran 1998; Harrison/Moran/Wood 2002). Allerdings übersieht Moran wiederum unter Umständen, dass sich mit der hegemonialen Durchsetzung gesundheitsökonomischer Problematisierungen und Lösungsvorstellungen, die Michael Moran unter dem Aspekt der „Marktideologie“ analysiert, auch die Interessensformierung und -formulierung der nationalen Akteure im Feld der Gesundheitspolitik verändert haben dürften: diskursive Verschiebungen von Problematisierungen und Lösungsvorstellungen führen mitunter zu einer Reformulierung institutioneller Regeln und Restrukturierung gesundheitspolitischer Akteurskonstellationen. Interessenartikulation findet nicht im diskursleeren Raum statt (vgl. hierzu grundlegend: Campbell/Pedersen 2001; Hay 2002; Lessenich 2003).

Paradoxerweise beinhaltet der gesundheitsökonomische Diskurs zwei, zum Teil gegensätzliche Dimensionen, die in der Gesundheitsökonomie als "ordnungstheoretischer

¹¹ Von besonderer Bedeutung für den internationalen Policy-Transfer in Deutschland ist beispielsweise die Forcierung gesundheitsökonomischen Denkens durch das Robert-Bosch-Institut seit den späten 1970er Jahren. Vor allem aber – und dabei ist das genannte Institut nur ein Forum unter vielen – ist die „Amerikanisierung“ (wenn man sie denn so nennen darf) letztlich ein strukturelles Ergebnis einer sich konstituierenden internationalen Policy Community.

Zweig" und als Bereich "gesundheitsökonomischer Evaluationen" bezeichnet werden und die in spezifischer und frappierender Weise an die Alford'sche Binnendifferenzierung der die dominanten Monopolisten herausfordernenden Akteursgruppen der "Bureaucratic Controllers" einerseits und "Corporate Rationalizers" andererseits erinnern. Der erste Zweig des gesundheitsökonomischen Diskurses diskutiert die Effizienzkraft unterschiedlicher institutioneller Ordnungen, wobei zumeist – und in jedem Fall bezüglich der herrschenden Meinung in der Gesundheitsökonomie – die Effizienz des Marktes und des (quasi-)marktlichen Wettbewerbs herausgestellt wird (vgl. z.B. Cassel 2002; Barr 2004; Le Grand 2007).¹² Diese Sichtweise entspricht weitgehend den Problematisierungen und Lösungsperspektiven jener Akteursgruppe aufsteigender Gesundheitsunternehmer, die Alford im Begriff der „Corporate Rationalizers“ zusammengefasst hat.

Hingegen ist der zweite Zweig hinsichtlich der Präferenz ordnungstheoretischer Modi zunächst offener und übereignet der steuernden und bewertenden Rolle (quasi-)staatlicher Regulierungen eine wichtige, die (zumeist auch gewünschten bzw. vorausgesetzten) im Gesundheitssystem verlaufenden Markt- und Wettbewerbsprozesse korrigierende bzw. steuernde Funktion; entsprechend kann hier in Bezug auf die Alford'sche Binnendifferenzierung die Problem- und Lösungsperspektive der „Bureaucratic Controllers“ analogisiert werden. Angesprochen sind hier all jene Versuche, mittels administrativer Zielvorgaben und Leistungskontrollen im Sinne von New Public Management die öffentliche und private Leistungserstellung im Gesundheitswesen zu steuern (vgl. Lister 2005; Mosebach 2009; Tritter et al. 2010).

Die Durchsetzung von markt- und wettbewerbsbasierten Reformprozessen in europäischen Gesundheitssystemen kann demzufolge auch als Prozess der im diskursiven Duktus der Gesundheitsökonomie verlaufenden und staatlich eingebetteten (d.h. durch die innerstaatliche Rekonfiguration und Institutionalisierung gesellschaftlicher Kräfteverhältnisse im Sinne einer materialistischen Staatstheorie, vgl. Hirsch 2005; Jessop 2008) konflikthaften Artikulation der herausfordernden Interessen der "Corporate Rationalizers" einerseits und der "Bureaucratic Controllers" andererseits rekonstruiert werden. In jedem

¹² Die theoretischen Positionen dieser gesundheitsökonomischen Richtung gehen konsequenterweise davon aus, dass der Gesundheitsmarkt in gewisser Weise kein Markt wie jeder andere ist; paradoxerweise dann aber doch wieder. Wie geht das? Die „Lösung“ für dieses Rätsel liegt in der Dominanz institutionenökonomischer Begründungen für die Überlegenheit von „Markt- bzw. Wettbewerbslösungen“ für asymmetrische Informationsprobleme. Marktradikale Propagandisten unterscheiden sich dabei nur geringfügig hinsichtlich ihrer theoretischen Fundierung ihrer Aussagen von (vermeintlich) marktrealistischen Positionen, die der (politischen) Regulierung ihre Bedeutung zugestehen; allerdings ihrer: *Marktkonstitution*, nicht Marktkontrolle (vgl. zur politischen Konstitution von Märkten: Röttger 1997; Czada 2000).

Fall spielen die zunehmende gesundheitsökonomisch geprägte Problematisierung politischer Steuerungsschwierigkeiten, mithin die netzwerk- und tentakelartig ausgreifende gesundheitsökonomische Hegemonialisierung des (nationalen wie internationalen) Reformdiskurses und ihre institutionellen Lösungsvorschläge im Anschluss an die Finanzierungs- und Kostenkrisen europäischer Gesundheitsversorgung eine wichtige Rolle bei der Durchsetzung markt- und wettbewerbsbasierter Reformkonzepte, die bei deren Analyse beachtet werden sollten (vgl. für erste Versuche: Moran 1995; Ranade 1998; Giaimo 2002).

6. Forschungsstrategische Schlussfolgerungen

In diesem abschließenden Abschnitt sollen einige forschungsstrategische Überlegungen angestellt werden, in welcher Weise die in den vorangegangenen Abschnitten angesprochenen Tendenzen und Trends von Ökonomisierungs- bzw. Kommerzialisierungsprozessen theoretisch dezidiert und empirisch präziser zu fassen sind. Die Rede ist also von forschungsstrategischen Perspektiven einer (sich erneuernden) kritischen Medizinsoziologie. Forschungsstrategische Überlegungen kommen nicht umhin, metatheoretische Herangehensweisen mit möglichen Feldern empirischer Sozialforschung zu vermitteln. Soziologische Phantasie benötigt beides: (meta-)theoretische Begriffsarbeit und empirisch-methodisches Verständnis (vgl. hierzu: Ritzer 1990; Bourdieu/Chamboredon/Passeron 1991; Alford 1998).

Im Folgenden sollen synthetisch und problemorientiert anhand der bislang diskutierten Problemfelder von Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungsprozessen in Gesundheitssystemen einige, freilich vorläufige, forschungsstrategische Reflexionen vorgenommen werden. Folgende (zusammenhängende, jedoch in einzelnen Forschungsprojekten zu verfolgende) denkbare Forschungsfelder konstituieren sich durch die (deskriptiven, analytischen und evaluativen) Fragestellung(en):

1. ob die nationalen Gesundheitssysteme im Hinblick auf die Wechselwirkung institutionellen und organisatorischen Outputs gesundheitspolitischer Reformprogramme („wettbewerbsbasierte Kostendämpfungspolitik“) einerseits und feld- bzw. subsystemspezifischer Eigenlogiken andererseits in Richtung einer *kommerzialisierten Kranken- und Gesundheitsversorgung* konvergieren,

2. ob sich das Arzt-Patienten-Verhältnis im Spannungsfeld von Ökonomisierungs- und Demokratisierungsprozessen in OECD-Gesundheitssystemen doppelt im Hinblick auf die gegenläufige Autonomiezunahme der zu behandelnden Patientin und die Reduktion autonomer Entscheidungen des behandelnden Arztes transformiert,
3. ob die Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungsprozesse zu einer Art symbolischer Reartikulation sozial konstituierter Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen führen, die – eingebettet in soziale Distinktionskämpfe – als Reformulierung körperlich vermittelter Herrschaftsförmigkeit kapitalistisch strukturierter und stratifizierter Gesellschaften verstanden werden können und
4. welche Auswirkungen die mit den drei voranstehenden Merkmalen charakterisierte sich kommerzialisierende bzw. ökonomisierende Gesundheitsversorgung auf die medizinische, psychosoziale und pflegerische Versorgung haben wird.

Kommerzialisierung der Gesundheitssysteme als „systemischer Outcome“ der hegemonialen Strategie wettbewerbsbasierter Kostendämpfungspolitik in OECD-Staaten

Die „wettbewerbsbasierte Kostendämpfungspolitik“ wurde in einem ersten Schritt im zweiten Abschnitt als hegemoniale gesundheitspolitische Strategie beschrieben. Hiermit sind jedoch zunächst einmal nur die gewissermaßen additiven und mehr oder weniger ausgehandelten Grundzüge einer gesundheitspolitischen Strategie zusammengefasst, deren konstitutiven Teile sich aus (Einzel-)Strategien, Interessensformierungsprozessen und Taktiken zahlreicher, mit unterschiedlichen Machtressourcen ausgestatteten, (Kollektiv-)Akteuren herleitet. In Anlehnung an das analytische Modell des Policy-Cycles (der nebenbei bemerkt im Prinzip auch dem Management-Cycle ähnelt) verweist dieser genetische Prozess aber auch darauf, dass die beteiligten (Kollektiv-)Akteure gegenläufige und bewusst sich absetzende Einzelstrategien und Taktiken des Regulierungsunterlaufens anzuwenden versuchen, wenn die regulativen Ergebnisse nicht ihren Erwartungen bzw. Interessen entsprechen. D.h. Implementierungsprozesse laufen zum Teil den regulativen Vorgaben entgegen bzw. werden bewusst genutzt, um den vom Regulierer erwarteten Wirkungen entgegenzuwirken, diese zu „neutralisieren“ (vgl. Nullmeier 2003).

Folglich ist – ausgehandelte ebenso wie hierarchisch bestimmte – staatliche (d.h. gesetzlich normierte) Gesundheitspolitik in ihren realen Effekten davon abhängig, wie die als Regulationsobjekte betrachteten (Kollektiv-)Akteure, hier im gesundheitlichen Feld, rea-

gieren (vgl. Hirschman 1970). Agieren sie als „Partner“ (*loyalty*) oder als „Gegner“ (*voice*) entsprechender regulativer und programmatischer Vorgaben oder haben sie gar eine Wahl, die (möglicherweise sich widersprechenden) Vorgaben durch Alternativwahl zu unterlaufen (*exit*). Angewandt auf die (vorläufig noch heuristisch verstandene) hegemoniale Strategie wettbewerbsbasierter Kostendämpfungspolitik bedeutet das herauszufinden, in welchem Verhältnis die zu regulierenden Akteure sowohl zum Prozess der Politikgenese (die zu den regulativen Konkretisierungen führt) als auch zur letztlich normierten Regulations(erwartung) stehen, mithin wie sich das Governanceregime bzw. Regulierungsregime im Gesundheitswesen darstellt (vgl. hierzu Saltman/Busse/Mossialos 2002; Scott 2006; Scott 2008; Mayntz 2009).

Während also die Analyse gesundheitspolitischer Entwicklungspfade zu einer Identifizierung der hegemonialen Strategie wettbewerbsbasierter Kostendämpfung führen kann (vgl. z.B. für Deutschland: Gerlinger/Mosebach 2009), bleiben zwei wesentliche Fragen hiermit noch unbeantwortet: *erstens* ist mit der rein deskriptiven Analyse noch nicht geklärt, wie es zur Genese eines solchen politischen Outputs gekommen ist, wie also sich die hegemoniale Strategie der wettbewerbsbasierten Kostendämpfung historisch und sozial herausgebildet hat und auf welcher institutionellen, organisatorischen und diskursiven Ebene sie sich reproduzieren konnte. Eine solche Analyse kann nur durch eine historisch-genealogische Policy-Analyse geleistet werden, zu deren Realisierung unterschiedliche Policy-Modelle zur Verfügung stehen (vom Advocacy-Coalition-Approach über das Multiple-Stream-Konzept bis hin zu neueren institutionalistischen Ansätzen sowie postmarxistischen Diskurstheorien; vgl. z.B. Parsons 1995; Campbell/Pedersen 2001; Hager/Wagenaar 2003; Hudson/Lowe 2004; Hill 2005; Sabatier 2007; Scott 2008). Entsprechend müsste eine Forschungsperspektive anhand von ausgewählten Fallbeispielen (Ländern und Teilbereichen der Gesundheitsversorgung) die Genese wettbewerbsbasierter Kostendämpfungspolitik rekonstruieren, um ihre genetische Struktur, Dynamik und Kohärenz beurteilen und die Hegemonialisierungs-These in ihrer transnationalen Dimension plausibel machen zu können.

Hiervon zu unterscheiden ist *zweitens* die Frage nach den gesundheitssystemischen Effekten („Policy Outcome“) einer solchen wettbewerbsbasierten Kostendämpfungspolitik.¹³ Wesentlich ist hier der analytische Aspekt, wie die (Kollektiv-)Akteure auf die Regulierungsversuche reagieren bzw. welche konträren oder auch kohärenten Einzelstrategien in

¹³ Diese Analyse darf nicht mit der Bewertung versorgungsbezogener Wirkungen einer sich – mutmaßlich - zunehmend kommerzialisierenden Kranken- und Gesundheitsversorgung verwechselt werden (siehe hierzu den letzten Unterabschnitt).

Verarbeitung ihrer Regulierungsunterworfenheit (als Regulierungs*subjekte*) sie verfolgen. Hierzu liegen nur stilisierte – abstrahierte – Interessensbekundungen bzw. Mutmaßungen über diese vor, so dass eine entsprechende Analyse zunächst einmal das – gewissermaßen – Implementationsverhältnis von regulierendem „Staat“ und zu regulierenden „Kollektiv(Akteuren)“ im jeweiligen Gesundheitssystem bzw. dem jeweiligen sektoralen Teilbereich zu analysieren hätte (sprich: den Institutionalisierungsprozess). Herausgearbeitet müsste folglich eine „politische Theorie gesundheitssystemischen Wandels“, die an theoretische Diskussionen anknüpfen und die durch die Analyse einiger Fallbeispiele konkretisiert werden müsste. In einem zweiten aufbauenden Schritt könnte dann eine umfassendere – gewissermaßen quantitativ angelegte, zumindest mit einem größeren Umfang an Untersuchungsfällen ablaufende – Untersuchung durchgeführt werden, die die Plausibilität oder auch empirische Kohärenz der entwickelten Theorie mit mehreren Fallbeispielen konfrontiert.

Substanziell – und unter Berücksichtigung bereits durchgeführter Forschungsprojekte – wird hier angenommen, dass die wettbewerbsbasierte Kostendämpfungspolitik mit einer „Kommerzialisierung“ der Gesundheitsversorgung einhergeht, die den Aspekt nicht-intendierter Wirkungen gesundheitspolitischer Steuerungsversuche in ihre Analyse integriert (vgl. für Deutschland: Gerlinger/Mosebach 2009). Kommerzialisierung meint hier – und damit in erweiternder Modifikation der in der Einleitung vorläufig gebliebenen Begriffsbestimmung – die Umkehrung der Zweck-Mittel-Relation von Effizienzsteigerung und Überschuss-/Gewinnorientierung bei der Bereitstellung (politisch regulierter) Gesundheitsdienstleistungen unter neoliberalen Kontextbedingungen restriktiver öffentlicher Leistungsbudgetgestaltung und politisch geförderter Intrusion wettbewerblicher Instrumente in die Steuerung öffentlicher Gesundheitssysteme (vgl. ebd.). Kommerzialisierungsprozesse im Gesundheitswesen sind ein potentieller Outcome des Wechselspiels wettbewerbsbasierter Kostendämpfungspolitik und (sektor-)spezifischer Einzelstrategien und Akteurskonstellationen. Ein internationaler Vergleich von Sektorfallstudien und Ländern, die von ähnlichen gesundheitspolitischen Konstellationen geprägt sind, bietet sich konsequenterweise als nächster Schritt an. Das läuft auf drei weitere Fragestellungen hinaus:

- (1) Wie konkretisieren sich wettbewerbsbasierte Kostendämpfungspolitik und hiermit potentiell einhergehende Kommerzialisierungsprozesse in anderen Gesundheitssystemen?
- (2) Führ/t/en die – wenn beobachtbar – gesundheitspolitische(n) Strategie(n) und entsprechenden subsystemischen Adaptionsprozesse zu einer Konvergenz oder Di-

vergenz der Gesundheitspolitik bzw. der Gesundheitssysteme (oder auch einzelner Teilsektoren)?

- (3) Wie sind die Konvergenzprozesse (aber auch bestehende Divergenzen) zwischen Ländern erklärbar? Handelt es sich um – historisch begründbare – Fundsachen? Oder sind Diffusions-, Adaptionen- und/oder Transferprozesse für institutionell-organisatorische Konvergenzprozesse verantwortlich?

Die doppelte Transformation des „Arzt-Patienten-Verhältnisses“: Neubalancierung wechselseitiger Autonomie- und Abhängigkeitsverhältnisse durch Deprofessionalisierung, Reprofessionalisierung und Quasi-Professionalisierung

Während der vorangegangene Unterabschnitt sich vor allem auf gesundheitssoziologische und gesundheitssystemische Forschungsfragen auf der Makroebene bezog, handelt es sich beim hier angesprochenen Forschungsfeld um ein historisch-klassisches Thema medizinsoziologischer Forschung. Die Arzt-Patienten-Beziehung befindet sich in einem Umbruch, deren Faktoren in gesellschaftlichen Megatrends der Demokratisierung, Ökonomisierung und Verwissenschaftlichung zu suchen sind. Zunächst unabhängig von der Frage nach den genaueren Bedingungsfaktoren der doppelten Transformation des Arzt-Patienten-Verhältnisses geht es forschungsstrategisch erst einmal darum, eine solche Transformation empirisch-gesichert festzustellen (vgl. auch die konzeptionellen Überlegungen von Ritzer 2001). In der medizinsoziologischen Literatur werden zur Beschreibung der Wandlungsprozesse der APB auf drei Argumente Bezug genommen, die ich hier zugespitzt als: (1) Deprofessionalisierungs-, (2) Reprofessionalisierungs- und (3) Quasiprofessionalisierungsprozesse bezeichnen möchte.

Der Begriff der Deprofessionalisierung geht davon aus, dass Veränderungen im Umfeld der APB zu einer Infragestellung des ärztlichen Professionsgedankens führen. Zum einen wird dies durch den Aufstieg konsumistischer Orientierungen bei Patienten begründet („Patient als Kunde“), der – begünstigt von entsprechenden politisch-kulturellen und bildungsbezogenen Demokratisierungs- und Modernisierungsprozessen (vgl. Moran 1999) – die Ärztin mit einem mehr aktiven Patienten konfrontiert. Zum anderen verdanken sich Deprofessionalisierungsprozesse auch der (zunehmenden) Tendenz, dass (quasi-)staatliche Kostenträger darauf drängen, den „Wert“ ihrer zur Verfügung gestellten Gelder genauer beurteilen zu wollen („value for money“). Dabei ist es im Hinblick auf solche unterstellten Deprofessionalisierungsprozesse von Ärzten sogar einerlei, ob (quasi-)staatliche Stellen oder (private) Versicherungsunternehmen mittels stärkerer Wettbe-

werbs- und Vermarktlichungstendenzen im Sinne von Managed Care entsprechende Kostenkontrollmaßnahmen einsetzen, auch wenn die (unternehmens-)politischen Zielsetzungen (und damit Folgewirkungen) unterschiedlich sein dürften: betriebswirtschaftliche Kostensenkungen vs. gesamtsystemische Effizienzsteigerungen (vgl. Kühn 1997; Harrison/Moran 2000). Folglich stellen sich Deprofessionalisierungstendenzen in der Ärzteschaft in einem Autonomieverlust im Hinblick auf die adäquate Diagnose- und Therapiewahl für den zu behandelnden Patienten dar, auch wenn die medizinische Autorität in der konkreten APB keineswegs völlig verschwunden ist, aber eben einer stärkeren externen Kontrolle (von Patienten, Versicherungsunternehmen und/oder dem Staat) unterliegt (vgl. Cockerham 2010: 260f).

Entsprechend sind Deprofessionalisierungsprozesse im Gesundheitswesen nicht absolut zu sehen, denn die stärkere Kontrolle ärztlichen Handelns setzt zum einen entsprechend auf der „Gegenseite“ das nötige Know-How voraus, um solche Kontrollen durchzuführen. Daher gehen Deprofessionalisierungsprozesse unweigerlich mit Reprofessionalisierungstendenzen auf der Ebene von Kontrollagenturen einher, die sich dabei jedoch spezifischer Kontrolltechniken und Verfahren bedienen, die in kritischer Absicht in Randlagen des medizinischen Feldes entstanden sind (Evidence Based Medicine usw.). Diese Reprofessionalisierungstendenzen sind rückgekoppelt an gesundheitspolitische Entwicklungen der Kostendämpfung und Kontrolle, die oben als sich weltweit entfaltende Dialektik von „bürokratischer Kontrolle“ und „unternehmerischer Rationalisierung“ der Medizin (Alford 1975; Starr 1982) bezeichnet wurde. Die entscheidende Forschungsfrage hier ist aber nun, ob solche Reprofessionalisierungstendenzen nun als eine Infragestellung der ärztlichen Profession zu verstehen sind oder nicht vielmehr ihre transformative Reproduktion bedeuten.

Denn möglicherweise hat sich zum anderen *nur* der modus operandi verändert, mithin der kommunikative Code der Medizin, der sich nun mehr in Richtung eines bürokratisch-kontrollierenden Medizinmodells (vgl. Harrison/Moran/Wood 2002; Gottweis et al. 2003) hin bewegt, ohne dass die Deprofessionalisierungstendenzen mit der Macht sich durchzusetzen vermögen wie von Befürwortern zur Kontrolle ärztlichen Verhaltens behauptet wird. Sowohl die evidenzbasierte Medizin als Instanz der ärztlichen Handlungskontrolle als auch die (autonome) Kontrollkraft des Patienten sind möglicherweise stärker beschränkt als die Befürworter beider Kontrolltechniken dies zu erkennen vermögen. *Ers*tens produzieren Techniken der evidenzbasierten Medizin (EbM) keineswegs immer klare Bewertungsergebnisse, denn die Logik medizinischer Forschung ist vielleicht nicht immer so stark rationalisierbar wie Vertreter der EbM hoffen (vgl. zu Möglichkeiten und Grenzen

der EbM: Perleth/Antes 2002; Greenhalgh 2003). Sie findet ihre Grenze vor allem in der realen Bedeutung der „narrativen Medizin“, die sich einer standardisierten Kontrolle sperrt (vgl. Greenhalgh/Hurwitz 2005). D.h. der wissenschaftlich stärker geschulte „Frontline“-Arzt ist viel mehr als sein paternalistischer Vorgänger in der Lage, Methoden der EbM anzuwenden und wird möglicherweise eine solche Vorgehensweise bei seiner Diagnose- und Therapiearbeit auch als selbstverständlich betrachten.¹⁴ Es wäre somit denkbar, dass Autonomieverluste von solchen Ärztinnen gar nicht wahrgenommen werden, sondern eher einem transitorischen Merkmal für alle Ärzte der neuen Generation gleichkommen.

Zweitens hebt die konsumistische Orientierung unter Patienten keineswegs die – auch rechtlich zu verantwortende – medizinische Autorität des Arztes auf. In allen denkbaren APB-Modellen verbleibt der Ärztin die Rolle, die medizinische Expertin zu sein (vgl. Klemperer 2010). Es ist nicht ohne Weiteres verständlich, wieso die konsumistische Orientierung des Patienten die ärztliche Autonomie untergraben sollte, selbst wenn die demokratische Bildungsexpansion und patientenorientierte Selbsthilfegruppen zu Quasi-Professionalisierungstendenzen von Patientinnen und Patienten führen. Die Komplexität medizinischen Wissens und die psychosoziale Bedingtheit von Erkrankungen und Leiden des Patienten sind mittlerweile kultureller Kernbestand der ärztlichen Ausbildung – selbst wenn sie nicht immer in der ärztlichen Praxis reflektiert werden und praktische Konsequenzen nach sich ziehen. Die Gefahren der konsumistischen Orientierung liegen womöglich ganz woanders, nämlich einerseits in der Überschätzung medizinischen Sachverstands bei Patienten; und andererseits in der Konterkarierung der Anwendung evidenzbasierter medizinischer Erkenntnisse in der realen Versorgungssituation. Denn wenn die „Zufriedenheit“ – auch als Marketinginstrument zur „Kundenbindung“ des Patienten einsetzbar – unreflektierter Maßstab ärztlichen Handelns wird, mag der Patient zwar zufrieden, aber möglicherweise schlecht medizinisch (unnötig, falsch) behandelt sein (vgl. Deppe 2005).

Hiermit wird *drittens* auf die kostenträgergetriebene Einschränkung ärztlicher Autonomie hingewiesen, die sicherlich die wirkungsmächtigste Quelle von Deprofessionalisierungstendenzen sein dürfte. Diese Einschränkung von autonomen Entscheidungsprozessen ist zweifellos von der konkreten institutionellen und organisatorischen Struktur des jeweiligen Versorgungsbereiches abhängig. Kostendämpfung per se muss keineswegs –

¹⁴ Genauso verstehen auch die „Begründer“ von EbM ihre Vision einer besseren, weil wissenschaftlichen Medizinpraxis (vgl. Sackett et al. 1996). Gesundheitspolitische Hoffnungen auf Vermeidung unnötiger Leistungen (eben: *Kostenkontrolle*) werden EbM nur im Umfeld von Managed-Care-Befürwortern zugeschrieben (vgl. z.B. Amelung/Schumacher 2004).

wie von Ärztinnen und Ärzten gern behauptet – mit einem Autonomieverlust ihrer Entscheidungen einhergehen, übersetzt man Autonomie mit der bewussten Entscheidung für die beste gesundheitlich-medizinische Versorgung (vgl. Kühn 2001). Vielmehr könnte gefragt werden, ob nicht vielmehr (wettbewerbsbasierte) Kostendämpfungsmaßnahmen gerade aufgrund der immer noch vorhandenen Entscheidungsautonomie von Ärztinnen und Ärzten zu einer Ausweitung vor allem ökonomisch einkommensgenerierender Diagnose- und Therapieverfahren zulasten alternativer, jedoch weniger „wertschöpfungsintensiver“ Maßnahmen führen. Eine solche Fragestellung kann nur auf der Ebene einzelner Fachrichtungen und/oder Indikationen durchgeführt werden, da die entsprechenden Effekte auf der Mikroebene der APB auftreten. Ob hier jedoch adäquate quantitative Daten zur Verfügung stehen können, kann aufgrund rechtlicher und politischer Hindernisse durchaus in Frage gestellt werden (siehe hierzu auch den übernächsten Unterabschnitt).¹⁵ Folglich sollten medizinsoziologische Fragestellungen im hier betrachteten Forschungsfeld sich auf die Erforschung des Verhältnisses von Deprofessionalisierungs-, Reprofessionalisierungs- und Quasi-Professionalisierungsprozessen auf der Ebene fachärztlicher Versorgungsbereiche und der konkreten Arzt-Patienten-Interaktion konzentrieren, wozu zahlreiche qualitative Methoden herangezogen werden können (vgl. Becker/Bryman 2004; Harrison/McDonald 2008; Gellner/Schmöller 2008; Begenau/Schubert/Vogd 2010).

Eine besondere Perspektive auf das Thema der Deprofessionalisierung von Ärztinnen und Ärzten ergibt sich schließlich durch die Berücksichtigung veränderter Formen ihrer Erwerbstätigkeit. Die Problematik, ob sich durch Prozesse der (im Managed Care-Diskurs gewünschten) verstärkten fachübergreifenden und berufsübergreifenden Kooperation – verstärkt durch die „Corporatisation“, d.h. auf deutsch: Verbetriebswirtschaftlichung, der Gesundheits- und Krankenversorgung – nicht eine „Proletarisierung“ des Arztberufes vollzieht, die möglicherweise mit einer anderen ethischen Berufsgrammatik einhergehen könnte, wird zunehmend aufgeworfen (vgl. Gellner/Schmöller 2008; Begenau/Cornelius/Vogd 2010). Kommt es durch diese Veränderung zu einer kommerzialisierungskompatiblen neuen Berufsethik von Ärztinnen und Ärzten? Desweiteren stellt sich im Anschluss an bereits gemachte Überlegungen die weitergehende Frage, ob diese – mutmaßliche – kommerzialisierungskompatible neue Berufsethik von Ärztinnen und Ärzten mit einer Deprofessionalisierung, also dem Verlust ärztlicher Entscheidungsautonomie, im oben genannten Sinne einher gehen muss. Möglicherweise handelt es sich um viel stär-

¹⁵ Eine alternative Fragestellung, die zumindest eine allgemeine Annäherung an die aufgeworfene Problematik ermöglichte, wäre zu überprüfen, wie sich das – sozialrechtlich normierte – medizinisch Notwendige in den Teilsektoren des Gesundheitssystems konkretisiert.

ker unabhängige Entwicklungen, die keineswegs bedeuten, dass „Proletarisierungsprozesse“ bzw. „Ethikumprogrammierungen“ notwendigerweise mit einer Deprofessionalisierung im Sinne eines Autonomieverlustes einhergehen müssen (vgl. Deppe 1978; Navarro 1988; Leys 2001; Ritzer 2001; Moran 2004; Harrison/McDonald 2008).¹⁶

New Public Health und Healthism: einige metatheoretische Reflexionen über Stärken und Schwächen konkurrierender theoretischer Perspektiven

In neueren (medizin-)soziologischen Studien wird der veränderten gesellschaftlichen Konstitution von subjektiven Gesundheits- bzw. Krankheitsverständnissen Rechnung getragen, die eine veränderte gesellschaftliche Produktion von Subjekten hinsichtlich ihres für adäquat gehaltenen und von ihnen erwarteten Gesundheits- und Krankheitsverhaltens diagnostizieren (vgl. für viele: Lupton 1995; Petersen/Lupton 1996; Brunnett 2009). Die Rede ist von der gesellschaftlichen Aufwertung individueller und bevölkerungsweiter Gesundheit(serhaltung) in der alltäglichen Praxis der Lebenswelten vermittelt der kolonialisierenden Logik der systemischen Macht von wirtschaftlichen Institutionen und staatlich-administrativen Apparaten (vgl. Habermas 1981). Über die politisch-institutionellen Befestigungen des Gesundheitssystems hinaus thematisieren diese (theoretisch unterschiedlich verankerten) Studien die vorgelagerten gesellschaftlichen Bedingungskonstellationen der Subjektproduktion bzw. der Umprogrammierung des gesundheitssystemischen Funktionsbereichs im Prozess zunehmender funktioneller Differenzierung, marktkompatibler Individualisierung und neoliberal-postfordistischer Restrukturierung moderner kapitalistischer Gesellschaften (vgl. z.B. Petersen/Lupton 1996; Brunnett 2009; Lessenich 2009). Die lebensstilbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungs politik ist das neue Paradigma der sich in diesem gesellschaftlichen Transformationsprozess konsolidierenden und institutionalisierenden „New Public Health“-Bewegung (vgl. Kühn 1993; Petersen/Lupton 1996).

Aus einer *systemtheoretischen Perspektive* wird dabei die funktional-strukturelle Umprogrammierung des Gesundheitssystems als Recodierung seiner (autopoeitischen) Funktionslogik thematisiert. Statt auf das Gegensatzpaar gesund <-> krank sind die gesundheitssystemischen Funktionsstrukturen nunmehr auf den binären Code "lebensförderlich"

¹⁶ Ein weiteres, oft als konstitutiv betrachtetes, Merkmal von Professionalisierungstendenzen ist die Bindung der Profession und ihrer politischen Institutionalisierung an ein „gesellschaftliches Gemeinwohl“. M.E. ist dieses Merkmal jedoch weitaus schwieriger auf der Mikroebene der APB zu untersuchen ist als das schon selbst ausgesprochen herausfordernde der ärztlichen Handlungsautonomie. Mit der Problematik der „umprogrammierten Ethik“ habe ich jedoch diesem Problem indirekt Rechnung getragen.

<-> "lebenshinderlich" gesetzt (vgl. Bauch 1996 u. 2000). Hierdurch wird die sich dynamisch entwickelnde Perforierung potenziell aller sozialer Bereiche im Hinblick auf die Vermeidung krankmachender Bedingungen und vor allem individueller Lebensstile ironischerweise im Gefolge medizin- und industriegritischer sozialer Bewegungen durchgesetzt. Der bis weithin in das (Groß-)Bürgertum beobachtbare "kulturelle Wandel" in Richtung einer "Gesundheitsgesellschaft" (Ilona Kickbusch) zeigt jedoch eine individualisierende Schlagseite. Der (gesundheitspolitischen) Präventions- und Gesundheitsförderungsrhetorik zum Trotz, die sich bei näherem Hinschauen mitunter als platte Marketingrhetorik einer (angeblich wachstumspotenten) Wellness-Industrie entpuppt, zeigt sich die reale Praxis der zunehmenden Präventions- und (wenn auch weniger) Gesundheitsförderungsorientierung sowohl als auf das Individuum und dessen (vermeintlich) frei wählbaren Lebensstil bezogen als auch im Hinblick auf die (eigentlichen) "Zielgruppen" der New-Public-Health-Bewegung manifestiert. Letzteren (den „Unterschichten“) wird reichlich ruppig und autoritär ein "gesünderer Lebensstil" abzuverlangen versucht, wobei unter der Hand aufgrund deren „Forderungsresistenz“ (oder genauer: aufgrund deren benachteiligenden sozialen Einbettungen) die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit sich auszuweiten droht (vgl. Kühn/Rosenbrock 1994; Bittlingmayer et al. 2009). In diese Widersprüche mündet die *neosoziale Sozialstaatlichkeit* (Stephan Lessenich) des "Forderns und Förderns" im gesundheitlichen Feld (vgl. Dahme/Wohlfahrt 2007; Lessenich 2008, 2009).

Diese neue "aktivierende Sozialpolitik" (im weitesten Sinne) ist Gegenstand neuerer *gouvernementalistischer*, vom Werk des französischen "Poststrukturalisten" Michel Foucault maßgeblich beeinflusster (kritischer) *Studien*, welche nicht einfach staatliche Sozialpolitikprogramme darstellen (und mithin politikberatend verbessern wollen), sondern über solche politikfeldanalytischen und wohlfahrtsstaatsvergleichenden Perspektiven hinaus die *neosoziale Subjektbildung* im Wechselspiel staatlicher Herrschaftstechniken und Technologien des Selbst, eben die Herausbildung einer *neosozial-neoliberalen Gouvernementalität* thematisieren. Diese ist aus entsprechenden gesellschaftlichen Diskursen geboren, welche als emergentes Phänomen aus der Artikulation spezieller Fachdiskurse und medial vermittelt öffentlicher Diskurse entstanden sind (vgl. für viele: Graefe 2007; Lemke 2007; Lessenich 2008; Brunnert 2009).

Während *gouvernementalistische Studien* in (mittlerweile) kaum überschaubaren Fallstudien den Grundzusammenhang der neu entstehenden (neoliberalen) *Gouvernementalität*, der Vermitteltheit staatlich-herrschaftlicher Techniken und Technologien des Selbst, thematisieren, werden hinsichtlich einer breiteren gesellschaftlichen Einbettung dieser neo-

sozialen Sozialpolitik bzw. neoliberalen Gouvernamentalität zwar gerne Anleihen bei neo- und postmarxistischen Konzeptionen aufgenommen, die Vermittlung dieser gesellschaftstheoretischen Bezüge mit gouvernementalistischen Analysen gelingt aber nicht immer und wird gelegentlich sogar unterlassen. Das hat zweifellos mit der Affinität poststrukturalistischer Theoriebildung zu postmodernistischen Wissenschaftskonzeptionen zu tun, welche das Ende der Großtheorien intonieren (und dabei nebenbei eine Ersatzgroßtheorie präsentieren) und der Relativität objektiven Wissens, somit der Unmöglichkeit "objektiven Wissens" und entsprechend "objektiver Wissenschaft", das Wort reden. Ohne hiermit stärker auf die Frage der Werturteilsbezogenheit und objektiver Kritikfähigkeit wissenschaftlicher Praxis (Ideologiekritik vs. Ideologietheorie) im Allgemeinen eingehen zu können, begibt sich diese poststrukturalistisch-gouvernementalistische Argumentation der Möglichkeit (objektivierter) begründeter Kritik der neozialen Gouvernamentalität, die in den meisten Fällen dennoch nicht unterbleibt. Dadurch übersieht die gouvernementalistische Kritik jedoch zweierlei: *erstens* wird eine vorsichtig-objektivierende Kritik der herrschenden Präventions- und Gesundheitsförderungspolitik und Praxis vernachlässigt, die trotz aller wissenschaftspolitischen Marginalisierung vorhanden und in ihrer Stoßrichtung begründet kapitalismuskritisch argumentiert. Anders formuliert: die neosozialen Gouvernamentalitätsstudien neigen dazu, diese neue gesundheitlich-symbolische Gouvernamentalität – zwar in kritischer Absicht aber dennoch – (post-)positivistisch zu "verdoppeln". Hiermit wird jedoch oftmals auf Ansätze verzichtet (von Ausnahmen abgesehen, wohlgemerkt), die eine grundlegende Gesellschaftskritik formulieren und den Zusammenhang von neosozialer Gouvernamentalität – was sie freilich nicht so nennen – und Kritik der Politischen Ökonomie in den analytischen Fokus stellen.

Solche kritischen Analyseperspektiven unterstreichen (und belegen empirisch) den systematischen Zusammenhang von kapitalistischer Gesellschaftlichkeit und zunehmender sozialer Ungleichheit individueller Gesundheitschancen selbst dort, wo eine solche neo-soziale Präventions- und Gesundheitsförderungspolitik politisch forciert und gesellschaftlich verankert worden ist (vgl. z.B. Kühn 1993; Kühn/Rosenbrock 1994; Navarro 2002). Dabei wird auch auf objektivierende sozialmedizinische Studienergebnisse Bezug genommen, wohlwissend, dass solche empirischen Forschungsergebnisse vielfältig interpretierbar, aber dennoch eine gewisse empirische Evidenz im Sinne des besseren Arguments zu etablieren in der Lage sind (und ohne dies eine aufklärerische Kritik nicht mehr, sondern nur noch zynische Vernunft oder postmodernes „anything goes“ [Paul Feyerabend] möglich wäre). Angesprochen ist hier der ganze – bisweilen als „essentialistisch“ (z.B. von Brunnett 2009: 13) verurteilte – sozialepidemiologische Zweig einer kritischen

Medizinsoziologie (vgl. für viele: Marmot/Wilkinson 2006; Bauer/Bittlinger/Richter 2008).¹⁷ *Zweitens* verfehlen gouvernementalistische Studien in ihrer intensiven Fallbetrachtung und trotz mancher kritischer Anleihen bei anderen gesellschaftstheoretischen Ansätzen den größeren gesellschaftlichen Zusammenhang, der in ihrer Argumentation und Kritiken neuer krankheitspräventiver und gesundheitsförderlicher Strategien oftmals vorausgesetzt, aber nur selten explizit entwickelt ist. Ihre (zutreffende) Betonung der subjektiven "Koproduktion" individuellen Gesundheitsverhaltens („Technologien des Selbst“ in der entsprechenden Terminologie) und der Darstellung (und Kritik) der diesbezüglichen Mikrophysik der Macht verleitet dazu, institutionelle Mächte, strukturelle Machtasymmetrien und Machtspiele zwischen (Kollektiv-)Akteuren zu unterschätzen (vgl. z.B. Jessop 2002; Hirsch 2005; Keller 2005; Bourdieu/Waquant 2006; Lemke 2007). Insbesondere deren strategische und diskursive Macht in der sozialen Konstituierung von (nationaler und supranationaler) Staatlichkeit im postfordistisch-neoliberalen Kapitalismus wird in den gouvernementalistischen Analysen wenn nicht praktisch, so doch konzeptionell oft vernachlässigt. Eine kritische Analyse gesundheitssystemischen Wandels und der Herausbildung neosozialer Gouvernamentalität muss jedoch diesen kritischen Einwänden gegen die gouvernementalitätstheoretische Analyseperspektive Rechnung tragen. Weder muss (noch kann) auf objektivierende Studienergebnisse zur Fundierung wissenschaftlicher Kritik verzichtet werden, noch dürfen strukturelle Machtungleichgewichte und Institutionenkomplexe analytisch missachtet werden. Beide Kritikpunkte schmälern jedoch den theoretischen und empirischen Beitrag dieser Gouvernamentalitätsstudien auf dem – frei

¹⁷ Der pauschale Essentialismus-Vorwurf an sozialepidemiologische Studien ist zudem überzogen, denn der dort zu Grunde gelegte Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriff ist keineswegs notwendigerweise mit einem objektivistisch-biomedizinischen, mithin essentialistischen Konzept identisch. Die von den Gouvernamentalitätsstudien berechtigterweise hervorgehobene sozialkonstruktivistisch-subjektive Seite des Gesundheits-/Krankheitsbegriff vernachlässigt gelegentlich seine objektive Dimension, die – bei aller Schwierigkeit beide Aspekte begrifflich und methodisch zu vermitteln – zu leugnen eine radikalkonstruktivistische Übertreibung darstellt (vgl. hierzu: Armstrong 1994: 134ff; Nettleton 2006: 13ff). Denn analog zum ähnlich gelagerten Problem von Sozialphysik und Sozialphänomenologie in der Allgemeinen Soziologie (vgl. Waquant 2006: 24ff) lässt sich nur durch idealistische Zuspitzungen die (biomedizinische) (Teil-)Realität von Krankheiten aus der Welt schaffen, auch wenn soziale Aushandlungen unmittelbarer Bestandteil dieser Realität sind. Daher spricht man in der Medizinsoziologie auch von einem biopsychosozialen Krankheits- bzw. Gesundheitsmodell (vgl. z.B. Faltermeier 2005; Hurrelmann 2006). Der Essentialismus-Vorwurf verwechselt schließlich die theoretische Ebene der begrifflichen Bestimmung von Krankheit/Gesundheit mit der in epidemiologischen Studien vorzufindenden Ebene der Anwendung empirischer Indikatoren zur Feststellung einer solchen. Dass zwischen der theoretischen und der empirischen Ebene im Prozess der wissenschaftlich notwendigen „Objektivierung“ eine (unvermeidbare) Spannung besteht, wird von radikal-subjektivistischen Paradigmen *systematisch* übergangen. Diese meta- bzw. wissenschaftstheoretischen Probleme des Verhältnisses von Theorie und Empirie können hier allerdings nicht weiter vertieft werden (vgl. hierzu: Ritzer 1990; Alford 1991; Bourdieu/Chamboredon/Passeron 1991; Smith 1998; Sawyer 2000; Wacquant 2006).

nach Pierre Bourdieu – gesundheitlichen Feld keineswegs, sondern fordern zu einer *theoretischen Synthese* auf.

Ausgangspunkt einer solchen können jene *kritisch-medizinsoziologischen und sozialmedizinischen Studien* sein, die die Konstituierung sozial ungleicher Gesundheitschancen nicht isoliert in der staatlich-gouvernementalen Verfestigung neosozialer, ihre Gesundheit quasi unternehmerisch gestaltender Subjektivitäten, sondern in einem gesellschaftlichen Gesamtzusammenhang sehen. Die von den Gouvernementalitätsstudien zutreffend herausgearbeiteten Zusammenhänge (staatlich vermittelter) Herrschaftstechniken zur Unterwerfung des Subjekts und der aktiv gestaltbaren, auf den eigenen Körper bezogenen Technologien des Selbst werden von diesen medizinkritischen Studien als ein auf die OECD-Welt säkular ausgreifenden Prozess des *Healthismus* bezeichnet – jener Orientierung des um seine Gesundheit sich sorgenden Individuums in einer strukturell ungleichen (kapitalistischen) Gesellschaft. Diesen kritischen, bisweilen aufgrund soziologischer Theoriekonjunkturen in Vergessenheit geratenen sozialmedizinischen und medizinsoziologischen Theorie- und Empirieperspektiven gelang es bereits früh, jene in der Gouvernementalitätsforschung zum Ausdruck kommende Wechselwirkung von staatlichen Herrschaftstechniken einerseits und (sozial vermittelten) Technologien des Selbst zu thematisieren, ohne auf den Foucault'schen Begriffsapparat einerseits oder den von diesen neuen gouvernementalitätsorientierten Studien inkriminierten sozial(deterministisch)en Kontrolltheorien andererseits zurückgreifen zu müssen (vgl. z.B. Kühn 1993).

Theoretische Bezüge dieser stärker kritisch-medizinsoziologischen ausgerichteten Perspektive sind verschiedene Theorien sozialer Ungleichheit in kapitalistisch strukturierten Gesellschaften, insbesondere die Theorie symbolischer Gewalt und sozialer Distinktion von Pierre Bourdieu (vgl. Kühn 1993; Bittlingmayer et al. 2002; Wacquant/Bourdieu 2006; Bittlingmayer et al. 2009). Über die gouvernementalitätstheoretischen Konzepte hinaus kritisieren sie – in Verweigerung von deren Absage an gesamtgesellschaftliche Zusammenhänge und Theoriekonzepte – die säkulären Prozesse des *Healthismus* als markt- und wettbewerbskompatibles Paradigma spätmoderner, spätkapitalistischer bzw. (je nach theoretischer Verankerung) spätfordistischer Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien („New Public Health“). Hierdurch kritisieren sie nicht nur die Infragestellung autonomer Handlungsbezüge der Subjekte (wie auch durch die Gouvernementalitätsstudien), mithin ihre Herrschaftsunterworfenheit, sondern sind auch in der Lage, darüber hinaus das Nichterreichen der ausgegebenen gesundheitspolitischen Ziele und sogar die kapitalismuskompatible Reproduktion sozial ungleicher Gesundheitschancen durch diese Strategien zu thematisieren: weil sozial ungleiche Gesundheitschancen tendenziell indivi-

dualisiert und sozial stratifiziert werden (vgl. z.B. Gerhardt 1989; Kühn 1993). Eine solche Theoriesynthese von – etwa nach „name-dropping“-Art benennbaren – soziologischen Theoretikern wie Pierre Bourdieu und Michel Foucault und Vertretern der Kritik der Politischen Ökonomie im Gesundheitswesen wie Hagen Kühn oder Vincente Navarro gehört zu den zentralen Aufgaben einer stärker theoretisch bewussten Medizinsoziologie.

Evaluative Perspektiven auf eine kommerzialisierte Kranken- und Gesundheitsversorgung: bleibt die gleich zugängliche, gleichartige und qualitativ hochwertige sowie sozial gerechte Versorgung auf der Strecke?

Evaluationsforschung, gleich welcher Art oder Bestimmung, fragt nach dem Output bzw. Outcome bestimmter politisch initiiert oder gesetzlich normierter Prozesse, die in einem institutionellen und organisatorischen Kontext ablaufen (vgl. Schwartz/Busse 2003). Gesundheitsbezogene Evaluationsforschung umfasst ein „ganzes Haus“ von unterschiedlichen Forschungsprogrammen, die – aufbauend auf die medizinische Grundlagen- und klinische Forschung – verschiedene Aspekte der Kranken- und/oder Gesundheitsversorgung einer systematischen Bewertung unterziehen (siehe Abbildung 5). Das „House of Health Sciences“ (*Haus der Gesundheitswissenschaften*) ist auf multidisziplinären Fundamenten gebaut und reicht über mehrere „Stockwerke“ (Analyseebenen) hoch. Es umfasst neben dem vor allem naturwissenschaftlich-biomedizinischen Kern (Grundlagen- und klinische Forschung) die auf die Bewertung einzelner Diagnose- und Therapieverfahren ausgerichtete Evidence Based Medicine (vgl. Greenhalgh 2003; Perleth/Antes 2003; Klemperer 2010), die die institutionell-organisatorischen Kontexte des Gesundheitssystems berücksichtigende Versorgungsforschung (vgl. Pfaff et al. 2003; Janßen/Borgetto/Heller 2007) und die auf soziale Verursachungsfaktoren von Krankheiten zielende sozialepidemiologische Forschung (vgl. Berkman/Kawachi 2000; Mielck/Bloomfield 2001). Schließlich gelangt es bis zur auf die Bewertung von (nicht-)medizinischen Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen ausgerichteten Evidence Based Public Health (vgl. Gerhards et al. 2010) und der auf Policy-Learning programmierten (inter-)nationalen Gesundheitssystemforschung hinauf (vgl. Saltman/Figueras/Sakellariades 1998; Schwartz/Busse 2003; Marmor/Freeman/Okma 2009; Schölkopf 2010).

Abbildung 5: Die Fundamente und Etagen des Hauses der Gesundheitswissenschaften

House of Health Sciences

Multidisziplinäre und Analytische Dimensionen



Eigene Darstellung

Jede Evaluation von Prozessen (hier: Diagnosen, Therapien, Versorgungsformen, Finanzierungsformen etc.) erfordert (vorab definierte) *Normen*, an denen das Ergebnis „gemessen“ werden kann (vgl. Nullmeier 2003; Schwartz et al. 2003). Die aus der internationalen Literatur rezipierbare Befürchtung einer kommerzialisierten Kranken- und Gesundheitsversorgung liegt darin, dass zum einen der gleiche Zugang (jenseits formaler Zulassungskriterien), die gleichartige und qualitativ hochwertige Behandlung aller Patienten (jenseits sozioökonomischer und soziokultureller Merkmale) sowie die Orientierung der Kranken- und Gesundheitsversorgung an sozialen Gerechtigkeitsprinzipien (im Sinne der Reduktion sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit) gefährdet ist (vgl. z.B. Lister 2005; Mackintosh/Koivusalo 2005; Tritter et al. 2010).

Diese Befürchtungen können umgekehrt als die der Evaluation zu Grunde liegenden Normen bestimmt werden. Dies deckt sich nicht nur mit allgemein-gesundheitspolitischen Normen (supra-)staatlicher Bürokratien, sondern auch dem auf soziale Gerechtigkeit – mit ihren Unterkategorien: Chancengleichheit, Leistungsgerechtigkeit, Bedarfsgerechtigkeit und Generationengerechtigkeit – ausgerichteten europäischen Sozialmodell und sozialdemokratischen Begründungsphilosophien (vgl. EU-Kommission 2004; Meyer 2005; Pon-

tusson 2005; Becker/Hauser 2009).¹⁸ Die Debatte um eine Transformation bzw. das Ende des europäischen Sozialmodells zeigt indes, dass in der vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforschung die Konkretisierung der oben genannten Prinzipien historisch variabel ist (vgl. z.B. Aust/Leitner/Lessenich 2002; Taylor-Gooby 2004; Pierson 2007). Da jedoch die politischen Akteure weitgehend – von einzelnen Ausnahmen abgesehen – diese Prinzipien zumindest der Form nach beibehalten, werden sie hier trotz der historischen Variabilität zu evaluativen Kernprinzipien gemacht (die freilich ihrer Operationalisierung harren). Ich bin mir allerdings der Tatsache bewusst, dass die normative und institutionelle Stabilität mit einer ihren Kerngehalt verflüssigenden Transformation einhergehen kann (vgl. hierzu exemplarisch: Lessenich 2003). Dies gilt es ja gerade im Hinblick auf Kommerzialisierungs- und Ökonomisierungsprozesse im Gesundheitswesen zu reflektieren. Wie können nun aber Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungsprozesse im Gesundheitssystem entsprechend den genannten Normprinzipien evaluiert werden?

1. Die Frage, welche Effekte die Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungsprozesse auf die unmittelbare Krankenversorgung haben, lässt sich von verschiedenen Seiten analysieren. Zum einen liegen Studien vor, die die Einführung von spezifischen Instrumenten analysieren (z.B. zur DRG-Einführung; vgl. Braun 2008). Diese oftmals als wissenschaftliche Begleitstudien konzipierten und finanzierten Studien stellen unverzichtbare Quellen sekundäranalytischen Wissens dar, die für evaluative Studien zu Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungsprozessen genutzt werden können. Zum anderen kann die (medizinsoziologische) Versorgungsforschung auf der Grundlage von amtlichen Routinedaten und unter Beachtung der entsprechenden Regulierungsvorgaben Trendaussagen über mutmaßlich ökonomisch bedingte Leistungsausweitungen bzw. –begrenzungen machen („angebotsinduzierte Nachfrage“) (vgl. Swart/Ihle 2005). Schließlich kommt man allerdings bei der Bewertung von Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungsprozessen nicht darum herum, auf der Ebene von einzelnen Fallstudien zu besonderen Indikationen, Diagnosen und/oder Therapieverfahren, Medikamenten usw. zu überprüfen, inwieweit Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungsprozesse zu einer Ausweitung bzw. Begrenzung von Leistungen geführt haben. Methodisch sind hier aufgrund des schwierigen Zugangs zum schutzbehafteten Raum der unmittelbaren Arzt-Patienten-Beziehung grundsätzlich zwei Wege denkbar: (i) die Auswertung der kritisch-wissenschaftsjournalistischen

¹⁸ Wobei hier nicht von der institutionalisierten Sozialdemokratie als Partei, sondern von einer sozialdemokratischen Philosophie- und Werteordnung gesprochen wird, die sich – trotz aller Konvergenzprozesse – von der in den USA dominanten liberal-demokratischen Politikphilosophie unterscheidet (vgl. Therborn 2000; Kaufmann 2003; Pontusson 2005).

und/oder evidenzbasierten Forschungsliteratur zu fragwürdigen Diagnose- und Therapieverfahren unter Berücksichtigung des institutionellen und organisatorischen Umfeldes (Anreizstrukturen, regulative Vorgaben etc.); (ii) in Anwendung qualitativer Methoden die Erhebung subjektiver Einschätzungen über Kommerzialisierungs- bzw. Ökonomisierungseffekte sowohl bei betroffenen Patienten als auch bei den behandelnden Arztgruppen. Bei allen diesen Ansatzpunkten gilt es, alle oben genannten zur Evaluierung genannten Normen heranzuziehen und entsprechend zu operationalisieren, um zu aussagekräftigen Ergebnissen über die Wirkungen von Kommerzialisierungs- und Ökonomisierungsprozessen kommen zu können. Besonders wünschenswert – wenn auch sehr schwer zu realisieren – wäre es, eine längerfristige Perspektive anzulegen, die – im intertemporalen Vergleich – Hinweise darauf geben könnte, ob die Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungsprozesse trotz aller möglicherweise neuen Probleme nicht auch Momente des Fortschritts beinhalten. Dies ist eine Forschungsperspektive, die nicht vernachlässigt werden darf, will man zu möglichst objektiven Bewertungsaussagen kommen.

2. Auf der Ebene der unmittelbaren Arzt-Patienten-Interaktion und unter Beachtung quasi-säkularer Modernisierungsprozesse derselben („Demokratisierung“) haben die Folgen von Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungsprozessen im Gesundheitssystem differenzierte Effekte. Patientinnen sind – das ist Konsens – auch Koproduzenten ihrer Gesundheit im unmittelbaren Arzt-Patientinnen-Kontakt (vgl. z.B. Dierks/Schwartz 2003). Ökonomisierungs- und insbesondere Kommerzialisierungsprozesse sind dabei keineswegs eine „Einbahnstrasse“ ärztlicher Bevormundung. Es wurde bereits oben darauf aufmerksam gemacht, dass der konsumistisch veranlagte Patient gut gemeinte und evidenzbasierte ärztliche Ratschläge unterlaufen oder konterkarieren kann, ebenso wie Ärztinnen ihren (als „Kunden“ betrachteten) Patientinnen unnötige Leistungen „verkaufen“ können. Die Kommerzialisierung der Arzt-Patienten-Beziehung ist folglich mehrdimensional und lässt sich keineswegs auf ein „Verlust des Vertrauensverhältnisses“ reduzieren, auch wenn dies möglicherweise insgesamt für die gesamte Ärzteschaft, mithin den gesellschaftlichen Status von Ärzten (nicht den konkreten behandelnden Ärzten jeder Einzelnen) gelten dürfte. Aufgrund des schwierigen Zugangs bietet sich hier letztlich eine von qualitativen Forschungsmethoden gestützte Kooperation mit Ärztinnen, Patienten und Selbsthilfegruppen an. Die Bewertung von Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungseffekten auf der Ebene der unmittelbaren Arzt-Patienten-Beziehung setzt freilich voraus, dass Klarheit darüber herrscht, inwieweit die in Frage kommenden Diagnose- und

Therapietätigkeiten als medizinisch nicht notwendig – im Sinne guter wissenschaftlicher Evidenz – anzusehen sind (siehe Punkt 1). Zudem sollten auch hier sozialstrukturelle Merkmale erhoben werden, um die Infragestellung bestimmter Normen und Werte einer „solidarischer Gesundheitsversorgung“ messen zu können. Dies bricht sich zweifellos mit der hier nötigen qualitativen Methodik und erfordert daher eine quantitativ-sozialepidemiologische Begleitung des Forschungsvorhabens.

3. Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungsprozesse haben – wie oben in Abschnitt 5 dargestellt jedoch auch gesellschaftsweite Implikationen jenseits der unmittelbaren Arzt-Patienten-Interaktion. Gouvernamentalistische, aber auch medizinkritische Studien haben hier – wie oben beschrieben – Pionierarbeit geleistet. Was jedoch im Hinblick auf die Beurteilung relevanter gesellschaftlicher Prozesse noch fehlt, ist die kritische Untersuchung ökonomischer und kommerzieller Grundlagen der „Gesundheitsgesellschaft“. Drei Forschungsfelder sind hiervon besonders berührt: (i) die Entstehung eines Marktes (oder einer Myriade von Märkten) für Gesundheitsgüter, der die Orientierung des Einzelnen an der Aufrechterhaltung seiner Gesundheit zum Ankerpunkt von Geschäftsstrategien macht. Hierzu gehören vor allem die nicht-medizinischen Bereiche der „Wellness-Industrie“, die bisweilen von allzu eifrigen Wirtschaftsberatern als neuer Wachstumsmarkt erkoren werden (vgl. z.B. Heinze 2008; Dörpinghaus 2009). (ii) Die politische und soziale Propagierung solcher Märkte ist jedoch nicht sozial kontextfrei, sondern eingebettet in die Zunahme von krankheitspräventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen im „aktivierenden Sozialstaat“ (vgl. Schmidt/Kolip 2007). Hiermit wird ein neues „symbolisches Verständnis“ (Brunnett 2009) von Gesundheit propagiert, die jeder als gesellschaftliche Verpflichtung anzustreben hat. Aufgrund der ungleichen psychosozialen Bedingungen von Krankheit und Gesundheit kann dies jedoch in eine Stigmatisierung von gesellschaftlichen Gruppen führen. Forschungsmöglichkeiten liegen hier in der Untersuchung von Subjektivierungs- und Stigmatisierungsprozessen innerhalb und zwischen unterschiedlichen sozialen Schichten bzw. sozialen Milieus einerseits sowie der diskursanalytischen Untersuchung von (mehrdimensionalen und medial vermittelten) gesellschaftlichen Gesundheitsdiskursen andererseits. Anknüpfungspunkte an Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungsprozesse bestehen vor allem da, wo manifeste Kommerzialisierungsprozesse von Produktanbietern bestehen und ein Zusammenhang vermutet, jedoch erst rekonstruiert werden muss. (iii) Hinsichtlich der Bewertung der Sinnhaftigkeit und auch von ethisch-normativen Implikationen von (ökonomisch oder politisch induzierten) nicht-medizinischen Präventions- und

Gesundheitsförderungsmaßnahmen gilt es, die Erkenntnisse und Forschungsergebnisse des neu entstehenden Forschungsprogramms der Evidence Based Public Health (vgl. Gerhardus et al. 2010) zu nutzen, um eine Bewertung von Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungsprozessen im nicht-medizinischen Feld besser vornehmen zu können. Der Ansatzpunkt sollte auch hier indikations-, therapie- und/oder diagnosebezogen oder – dem generellen Charakter dieser Problematik entsprechend – breiter bei gesellschaftlichen (Teil-)Diskursen über Prävention und Gesundheitsförderung ansetzen. Ansatzpunkte der vorhandenen soziologischen Forschung wurden oben genannt („Gouvernementalitäts-Studien“).

4. Schließlich ist entscheidend, Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungsprozesse begrifflich von Medikalisierungsprozessen abzugrenzen. Medikalisierungsprozesse bezeichnen soziale Entwicklungen und Entscheidungsprozesse, wie bestimmte (nicht-)medizinische Diagnose- und Behandlungsverfahren in ein Gesundheitssystem geraten, wie letztlich also soziale Probleme und menschliche Befindlichkeiten „medikalisiert“ werden (vgl. z.B. Conrad 2007). Die Medikalisierungsforschung zeigt, dass dies ein gesellschaftlicher Prozess ist, mehrere Dimensionen umfasst und keineswegs ausschließlich der Ärzteschaft anzulasten ist. Ein großes Defizit dieses Zweigs der Medikalisierungsforschung ist zum einen jedoch, dass sie sich um die (notwendige) Entscheidung herumdrückt, ob eine bestimmte Diagnose bzw. Therapie wirklich nötig ist. Das mag aus soziologischer Perspektive tragbar und praktikabel sein, aus medizinsoziologischer Perspektive und unter der Zielsetzung der Bewertung von Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungseffekten ist eine solche Beschränkung nicht ausreichend. Mithilfe von Evidence Based Medicine und Evidence Based Public Health sollte es möglich sein, hier zu einer genaueren Problemlösung zu kommen. Hierbei kann an das – immer noch – klassische Buch von Ivan Illich (vgl. Illich 2007; siehe auch: Dörner 2004) angeknüpft werden, der sich – zugegebenermaßen mehr implizit als explizit – an die EbM-Bewegung um Archie Cochrane anlehnt und keineswegs fundamentalistisch antimedizinisch argumentiert, wie bisweilen manche Kritiker unterstellen (vgl. z.B. Armstrong 1994; Tudor-Hart 2006). Zum anderen unterstellt die (herkömmliche) Medikalisierungsthese einen eher grundsätzlichen Zusammenhang zwischen ärztlicher Autonomie, Patientenpassivität und Ausweitung von Medikalisierungsprozessen, ohne jedoch die institutionellen und organisatorischen Kontexte und deren strukturelle Änderung und Transformation (hier: Ökonomisierung, Wettbewerb, Kommerzialisierung) mit in die Analyse einzubeziehen. Dieses Defizit ist nicht einmal überraschend, denn die „Medikalisie-

lungsthese“ ist sehr stark im US-amerikanischen Kontext entwickelt worden (vgl. Conrad 2007). Aufgrund der in diesem Diskussionspapier mehrfach geäußerten Annahme eines institutionellen und organisatorischen Vorbildes mancher Aspekte des US-Gesundheitssystems kann – als Forschungshypothese – mit einer gewissen Plausibilität davon ausgegangen werden, dass mit dem zunehmenden Politiktransfer von Wettbewerbs- und Marktelementen (aus den USA?) in der Gesundheits- und Krankenversorgung die Bedeutung von Medikalisierungsprozessen sprunghaft angestiegen ist (und steigt). Dies müsste historisch-rekonstruktiv untersucht werden. Diese „Kontextvergessenheit“ gilt schließlich auch für den kritisch-wissenschaftsjournalistischen Zweig der Medikalisierungsthese, der aber immerhin auf die evidenzbasierten Probleme der Ausweitung von fragwürdigen Verfahren und Produkten hinweist und sich als Beratungsinstanz für den „mündigen Patienten“ versteht (vgl. z.B. Blech 2003, 2007; Bartens 2004, 2005).

Ein solches ambitioniertes Forschungsprogramm ist keineswegs allein oder auch nur von einer kleinen ForscherInnengruppe durchführbar. Vielmehr gilt es, vorhandene Strukturen, einzelne Wissenschaftler und Forschungsgruppen zu einem größeren *Forschungsnetzwerk* zusammenzubinden. Institutionelle Anknüpfungspunkte hierfür sind sowohl Sektionen der Deutschen Gesellschaft für Soziologie als auch die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie. Aufgrund der sowohl grundlagen- als auch anwendungsbezogenen Forschung bietet sich zudem an, eine Mischfinanzierung aus grundständiger Forschungsförderung und projektbezogener Finanzierung anzustreben. Schließlich ist eine institutionelle Verankerung eines solchen Forschungsnetzwerkes anzustreben.

Last but not least: die *gesellschaftliche Relevanz* des Forschungsprogramms liegt auf der Hand, gilt es doch zu untersuchen, ob die – zumindest von einem Teil der politischen Akteure – wünschenswerte Ökonomisierung der Gesundheits- und Krankenversorgung mittels Steuerungsinstrumenten aus dem New Public Management- und Managed-Care-Arsenal möglicherweise nicht-intendierte Effekte hervorbringt, die weder die Politik noch die Akteure im Gesundheitswesen als politische Ziele anstreben, und daher als (nicht-intendierte) Entwicklungsmöglichkeit nicht einmal wahrnehmen: die Versorgungs- und Steuerungsprobleme sowie Versorgungsungerechtigkeiten einer sich kommerzialisierenden Gesundheits- und Krankenversorgung.

Abkürzungsverzeichnis

APB	Arzt-Patienten-Beziehung
DRG	Diagnosis Related Group
EbM	Evidence-based Medicine
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
USA	United States of America
WHO	World Health Organization

Literaturverzeichnis

- Abel-Smith, B./Mossialos, E. (1994): Cost containment and health care reform: a study of the European Union. In: *Health Policy* 28, 89-132.
- Alber, J. (1987): *Vom Armenhaus zum Wohlfahrtsstaat: Analysen zur Entwicklung der Sozialversicherung in Westeuropa. 2., durchgesehene Auflage*, Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Alber, J./Bernardi-Schenkluhn, B. (Hrsg.) (1992): *Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich. Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien*, Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Alford, R.R. (1975): *Health Care Politics. Ideological and Interest Group Barriers to Reform*, Chicago/London: Chicago University Press.
- Alford, R.R. (1998): *The Craft of Inquiry. Theories, Methods, Evidence*, Oxford: Oxford University Press.
- Altwater, E. (1981): Der diskrete Charme der neoliberalen Konterrevolution. In: *Prokla* 11(3), 5-23.
- Amelung, V./Schumacher, H. (2004): *Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement. Mit 12 Fallstudien aus den USA, der Schweiz und Deutschland. Unter Mitarbeit von Andrea Amelung, Andreas Domdey und Katharina Janus. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage*, Wiesbaden: Gabler.
- Armstrong, D. (1994): *Outline of Sociology as Applied to Medicine*, Oxford et al.: Butterworth-Heinemann.
- Aust, A./Leitner, S./Lessenich, S. (2002): Konjunktur und Krise des Europäischen Sozialmodells. Ein Beitrag zur politischen Präexplantationsdiagnostik. In: *Politische Vierteljahresschrift* 43(2), 272-301.
- Baggott, R./Allsop, J./Jones, K. (2005): *Speaking for Patients and Carers. Health Consumer Groups and the Policy Process*, Houndsmill/New York: Palgrave Macmillan.
- Bandelow, N.C. (2009): Health Governance in the Aftermath of Traditional Corporatism: One Small Step for the Legislator, One Giant Leap for the Subsystem? In: *German Policy Studies* 5(1), 45-63.
- Barr, N. (2004): *Economics of the Welfare State. Fourth Edition*, Oxford: Oxford University Press.
- Bartens, W. (2004): *Lexikon der Medizinirrtümer: Halbwahrheiten, Vorurteile, fragwürdige Behandlungen*, Frankfurt a.M.: Eichborn.
- Bartens, W. (2006): *Lexikon der Medizinirrtümer: noch mehr Halbwahrheiten, Vorurteile, fragwürdige Behandlungen*, Frankfurt a.M.: Eichborn.
- Bauch, J. (1996): *Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft*, Weinheim/München: Juventa.
- Bauch, J. (2000): *Medizinsoziologie*, München: Oldenbourg.
- Bauer, U./Bittlingmayer, U.H./Richter, M. (Hrsg.) (2008): *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*, Wiesbaden: VS Verlag.
- Beck, U. (1986): *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Becker, S./Bryman, A. (Hrsg.) (2004): *Understanding Research for Social Policy and Practice. Themes, methods and approaches*, Bristol: Policy Press.
- Becker, I./Hauser, R. (2009): *Soziale Gerechtigkeit - ein magisches Viereck. Zieldimensionen, Politikanalysen und empirische Befunde*, Berlin: edition sigma.
- Begenau, J./Schubert, C./Vogd, W. (Hrsg.) (2010): *Die Arzt-Patienten-Beziehung*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Berkman, L.F./Kawachi, I. (Hrsg.) (2000): *Social Epidemiology*, Oxford et al.: Oxford University Press.

- Bittlingmayer, U.H. et al. (2002): *Theorie als Kampf? Zur politischen Soziologie Pierre Bourdieus*, Opladen: Leske + Budrich.
- Bittlingmayer, U.H. et al. (2009): Normativität und Public Health: vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden: VS Verlag.
- Blank, R.H./Burau, V. (2004): *Comparative Health Policy*, Houndsmill/New York: Palgrave Macmillan.
- Böcken, J. (Hrsg.) (2001): *Reformen im Gesundheitswesen: Ergebnisse der internationalen Recherche*. 2., überarbeitete Auflage, Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.
- Böcken, J./Braun, B./Landmann, J. (2010): *Gesundheitsmonitor 2010: Bürgerorientierung im Gesundheitswesen*, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Böckmann, R. (2009): The Private Health Insurance: Demarketization of a Welfare Market? In: *German Policy Studies* 5(1), 119-140.
- Böhlke, N. et al. (2009): *Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten*, Hamburg: VSA.
- Borgetto, B./Kälble, K. (2007): *Medizinsoziologie. Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem*, Weinheim/München: Juventa.
- Bourdieu, P./Chamboredon, J.-C./Passeron, J.-C. (1991): *Soziologie als Beruf. Wissenschaftstheoretische Voraussetzungen soziologischer Erkenntnis*, Berlin/New York: Walter de Gruyter.
- Bourdieu, P./Wacquant, L.J.D. (2006): *Reflexive Anthropologie*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Braun, B. (2008): Krankenhaus unter DRG-Bedingungen: Zwischen Ökonomisierung, Unwirtschaftlichkeit, Veränderungsresistenz und Desorganisation. In: Böckmann, R. (Hrsg.), *Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb* (117-139), Wiesbaden: VS Verlag.
- Breyer, F./Zweifel, P./Kifmann, M. (2005): *Gesundheitsökonomik*. 5., überarbeitete Auflage, Berlin et al.: Springer.
- Bröckling, U./Krasmann, S./Lemke, T. (Hrsg.) (2000): *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Brown, N./Webster, A. (2004): *New Medical Technologies and Society. Reordering Life*, Cambridge/Malden: Polity Press.
- Brunnett, R. (2009): *Die Hegemonie symbolischer Gesundheit. Eine Studie zum Mehrwert von Gesundheit im Postfordismus*, Bielefeld: transcript.
- Bundestag (Hrsg.) (2002): *Schlussbericht der Enquete-Kommission Recht und Ethik der Modernen Medizin*, Opladen: Leske + Budrich.
- Busse, R./Saltman, R.B./Dubois, H.F.W. (2004): Organization and financing of social health insurance systems: current status and recent policy developments. In: Saltman, R.B./Busse, R./Figueras, J. (Hrsg.), *Social Health Insurance Systems in Western Europe* (33-80), Maidenhead/New York: Open University Press.
- Cacace, M. et al. (2008): Explaining Convergence and Common Trends in the Role of the State in OECD Healthcare Systems. In: *Harvard Health Policy Review* 9(1), 5-16.
- Campbell, J.L./Pedersen, O.K. (Hrsg.) (2001): *The Rise of Neoliberalism and Institutional Analysis*, Princeton: Princeton University Press.
- Cassel, D. (2002): Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung: Funktionsbedingungen, Wirkungsweise und Gestaltungsbedarf. In: Arnold, M./Klauber, J./Schellschmidt, H. (Hrsg.), *Krankenhausreport 2002. Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb* (3-20), Stuttgart: Schattauer.
- Cassel, D. et al. (2008): *Vertragswettbewerb in der GKV: Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition*, Bonn: WidO.
- Castel, R. (2008): *Die Metamorphosen der sozialen Frage. Eine Chronik der Lohnarbeit*. 2. Auflage, Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- Cockerham, W.C. (2010): *Medical Sociology. Eleventh Edition*, London et al. Pearson.
- Commission on Macroeconomics and Health (2001): *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Chaired by Jeffrey Sachs, Geneva: World Health Organization [URL: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550x.pdf> (11.02.2011)].

- Conrad, P. (2007): *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Coulter, A./Magee, H. (Hrsg.) (2011): *The European Patient of the Future*, Maidenhead/Philadelphia: Open University Press.
- Czada, R. (2000): *Die politische Konstitution von Märkten*, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Dahme, H.-J./Wohlfahrt, N. (2007): Gesundheitspolitik im aktivierenden Sozialstaat: zu einigen Aspekten der Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung. In: Schmidt, B./Kolip, P. (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit* (71-81), Weinheim/München: Juventa.
- Deppe, H.-U. (1978): *Medizinische Soziologie. Aspekte einer neuen Wissenschaft*, Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch.
- Deppe, H.-U. (1987): Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar: zur Kritik der Gesundheitspolitik, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Deppe, H.-U. (2000): *Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland*, Frankfurt a.M.: VAS.
- Deppe, H.-U. (2005): *Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland. 3., aktualisierte Auflage*, Frankfurt a.M.: VAS.
- Deppe, H.-U. (2009): The nature of health care: commodification vs. solidarity. In: Panitch, L./Leys, C. (Hrsg.), *Morbid Symptoms. Health under capitalism. Socialist Register 2010* (29-38), London: The Merlin Press.
- Deppe, H.-U./Regus, M. (Hrsg.) (1975): *Seminar: Medizin, Gesellschaft, Geschichte. Beiträge zur Entwicklungsgeschichte der Medizinsoziologie*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Dierks, M.-L./Schwartz, F.W. (2003): Patienten, Versicherte, Bürger - die Nutzer des Gesundheitswesens. In: Schwartz, F.W. et al. (Hrsg.), *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2., völlig überarbeitete und erweiterte Auflage* (314-321), München/Jena: Urban & Fischer.
- Döhler, M. (1990): Gesundheitspolitik nach der "Wende". Policy-Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik Deutschland, Berlin: Edition Sigma.
- Dörner, K. (2001): *Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung*, Stuttgart: Schattauer.
- Dörner, K. (2004): *Das Gesundheitsdilemma. Woran unsere Medizin krankt*, Berlin: Ullstein.
- Dörpinghaus, S. (2009) : Medical Wellness – Zukunftsmarkt mit Hindernissen. In : *IAT-Forschung aktuell* 6/2009, URL : <http://www.iat.eu/forschung-aktuell/2009/fa2009-06.pdf> (12.02.2011).
- Ebsen et al. (2003): *Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung*. Endbericht, Bonn: WiDO.
- Esping-Andersen, G. (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge: Polity Press.
- Esping-Andersen, G. (Hrsg.) (1996): *Welfare States in Transition. National Adaptations in Global Economies*, London et al: SAGE.
- Esping-Andersen, G. (2000): *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford: Oxford University Press.
- Esser, J. (1985): Staat und Markt. In: Fetscher, I./Münkler, H. (Hrsg.), *Politikwissenschaft. Begriffe - Analysen - Theorien. Ein Grundkurs* (201-244), Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- EU-Kommission (2004): *Modernisierung des Sozialschutzes für die Entwicklung einer hochwertigen, zugänglichen und zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege: Unterstützung der einzelstaatlichen Strategien durch die "offene Koordinierungsmethode"*., Brüssel: KOM (2004)304 endg.
- Ewald, F. (1993): *Der Vorsorgestaat*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Ewert, B. (2009): Economization and Marketization in the German Healthcare System: How Do Users Respond? In: *German Policy Studies* 5(1), 21-44.
- Faltermeier, T. (2005): *Gesundheitspsychologie*, Stuttgart: Kohlhammer/Urban.

- Felder, M. (2001): *Die Transformation von Staatlichkeit. Europäisierung und Bürokratisierung in der Organisationsgesellschaft*, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Figueras, J./Robinson, R./Jakubowski, E. (Hrsg.) (2005): *Purchasing to improve health systems performance. European Observatory on Health Systems and Policies Series*, Maidenhead and New York: Open University Press.
- Flora, Peter (Hrsg.) (1981): *The development of welfare states in Europe and America*, New Brunswick: Transaction Books.
- Forster, R./Gabe, J. (2008): Voice or Choice? Patient and Public Involvement in the National Health Service in England under New Labour. In: *International Journal of Health Services* 38(2), 333-356.
- Foucault, M. (2005): *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*, Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch.
- Freeman, R. (2000): *The politics of health in Europe*, Manchester/New York: Manchester University Press.
- Gellner, W./Schmöller, M. (Hrsg.) (2008): *Neue Patienten - Neue Ärzte? Ärztliches Selbstverständnis und Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel*, Baden-Baden: Nomos.
- Geraedts, M. (2006): Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Versichertensicht. In: Böcken, J. et al. (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2006: Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten* (154-170), Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Gerhardt, U. (1989): *Ideas about Illness. An Intellectual and Political History of Medical Sociology*, Houndsmill/London: Macmillan.
- Gerhardus, A. et al. (Hrsg.) (2010): *Evidence-based Public Health*, Bern et al.: Hans Huber.
- Gerlinger, T./Mosebach, K. (2009): Die Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens: Ursachen, Ziele und Wirkungen wettbewerbsbasierter Kostendämpfungspolitik. In: Böhlke, N. et al. (Hrsg.), *Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten* (10-40), Hamburg: VSA.
- Giaimo, S. (2002): *Markets and Medicine: The Politics of Health Care Reform in Britain, Germany, and the United States*, Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Giddens, A. (1997): *Jenseits von Links und Rechts. Die Zukunft radikaler Demokratie*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Giddens, A. (1998): *Der dritte Weg. Die Erneuerung der sozialen Demokratie*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Goldacre, B. (2010): *Die Wissenschaftslüge. Die pseudo-wissenschaftlichen Versprechungen von Medizin, Homöopathie, Pharma- und Kosmetikindustrie*, Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch.
- Gottweis, H. et al. (2004): *Verwaltete Körper. Strategien der Gesundheitspolitik im internationalen Vergleich*, Wien/Köln/Weimar: Böhlau.
- Götze, R./Cacace, M./Rothgang, H. (2008): *Der epidemische Charakter marktschaffender Reformen in Gesundheitssystemen des Sozialversicherungstyps. Paper für die gemeinsame Jahrestagung der DVPW-Sektion "Politik und Ökonomie" und der Ad-hoc-Gruppe "Vergleichende Wohlfahrtsstaatsforschung" zum Thema "Die nächste große Transformation? Marktschaffende Politik: Ursachen, Dynamiken, Ergebnisse" am 4. und 5. September 2008 in Köln*, URL: http://poloek-dvpw.mpifg.de/e_documents/paper_jahrestagung_08/09%20Goetze,%20Cacace,%20Rothgang%20-%20Der%20epidemische%20Charakter%20marktschaffender%20Reformen%20in%20Gesundheitssystemen%20des%20Sozialversicherungstyps.pdf: (11.11.2010)
- Götze, R./Salomon, T./Rothgang, H. (2009): Fair Free: Einkommens- und morbiditätsadjustierte Zuzahlungen für Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland. In: 109-124),
- Graefe, S. (2007): *Autonomie am Lebensende? Biopolitik, Ökonomisierung und die Debatte um Sterbehilfe*, Frankfurt a.M./New York: Campus.

- Greenhalgh, T. (2003): *Einführung in die Evidence-based Medicine. Kritische Beurteilung klinischer Studien als Basis einer rationalen Medizin. Zweite, vollständig überarbeitete Auflage*, Bern et al.: Hans Huber.
- Greenhalgh, T./Hurwitz, B. (Hrsg.) (2005): *Narrative-based Medicine - Sprechende Medizin. Dialog und Diskurs im klinischen Alltag*, Bern et al.: Hans Hubeer.
- Greß, S. (2002): *Krankenversicherung und Wettbewerb: das Beispiel Niederlande*, Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Habermas, J. (1981): *Theorie des kommunikativen Handelns. Band 2: Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Hacker, J.S. (2002): *The Divided Welfare State: The Battle over Public and Private Social Benefits in the United States*, New York: Cambridge University Press.
- Ham, C. (1981): *Policy Making in the National Health Service*, Houndsmill/New York: Palgrave Macmillan.
- Ham, C. (Hrsg.) (1997): *Health Care Reform: Learning from International Experience*, Buckingham: Open University Press.
- Harrison, M.I. (2004): *Implementing Change in Health Systems. Market Reforms in the United Kingdom, Sweden and the Netherlands*, London: Sage.
- Harrison, S./McDonald, R. (2008): *The Politics of Healthcare in Britain*, London et al.: SAGE.
- Harrison, S./Moran, M. (2000): Resources and Rationing: Managing Supply and Demand in Health Care. In: Albrecht, G.L./Fitzpatrick, R./Scrimshaw, S.C. (Hrsg.), *The Handbook of Social Studies in Health & Medicine* (493-508), London et al.: SAGE.
- Harrison, S./Moran, M./Wood, B. (2002): Policy emergence and policy convergence: the case of 'scientific-bureaucratic medicine' in the United States and United Kingdom. In: *British Journal of Politics and International Relations* 4(1), 1-24.
- Hart, J.T. (2006): *The political economy of health care. A clinical perspective*, Bristol: Policy Press.
- Hay, C. (2002): *Political Analysis. A Critical Introduction*, Houndsmill/New York: Palgrave.
- Hein, W. (1998): *Unterentwicklung – Krise der Peripherie: Phänomene, Theorien, Strategien*, Opladen: Leske + Budrich.
- Heinze, R.G. (2008): Wohlfahrtsstaat und wirtschaftliche Innovationsfähigkeit: Zur Neujustierung eines angespannten Verhältnisses. In: Evers, A./Heinze, R.G. (Hrsg.), *Sozialpolitik. Ökonomisierung und Entgrenzung* (208-228), Wiesbaden: VS Verlag.
- Henderson, S./Petersen, A. (Hrsg.) (2002): *Consuming health. The commodification of health care*, London/New York: Routledge.
- Hermann, C. (2009): The marketisation of health care in Europe. In: Panitch, L./Leys, C. (Hrsg.), *Morbid Symptoms. Health under capitalism* (125-144), London: The Merlin Press.
- Hill, M. (2005): *The Public Policy Process. Fourth Edition*, Harlow: Pearson.
- Hirsch, J. (1990): *Kapitalismus ohne Alternative? Materialistische Gesellschaftstheorie und Möglichkeiten einer sozialistischen Politik heute*, Hamburg: VSA.
- Hirsch, J. (2005): *Materialistische Staatstheorie. Transformationsprozesse des kapitalistischen Staatensystems*, Hamburg: VSA.
- Hirschman, A.O. (1970): *Exit, Voice, and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*, Cambridge/London: Harvard University Press.
- Hobsbawm, E. (1995): *Age of Extremes. The Short Twentieth Century 1914-1991*, London: Abacus.
- HOPE (2006): *DRGs as a financing tool*, URL: http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/77_drg_report/77_drg_report_2006.pdf; HOPE - European Hospital and Healthcare Federation (11.11.2010).
- Hudson, J./Lowe, S. (2004): *Understanding the Policy Process. Analysing welfare policy and practice*, Bristol: Policy Press.
- Hurrelmann, K. (2006): *Gesundheitssoziologie*, Weinheim/München: Juventa.

- Illich, I. (2007): *Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens*. 5. Auflage, München: Verlag C.H. Beck.
- Immergut, E.M. (1992): *Health Politics. Interests and Institutions in Western Europe*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Janßen, C./Borgetto, B./Heller, G. (Hrsg.) (2007): *Medizinsoziologische Versorgungsforschung. Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde*, Weinheim/München: Juventa.
- Jessop, B. (2002): *The Future of the Capitalist State*, Cambridge/Malden: Polity Press.
- Jessop, B. (2008): *State Power. A Strategic-Relational-Approach*, Cambridge/Malden: Polity Press.
- Kaufmann, F.-X. (2003): *Varianten des Wohlfahrtsstaats. Der deutsche Sozialstaat im internationalen Vergleich*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Keller, R. (2005): *Wissenssoziologische Diskursanalyse. Grundlegung eines Forschungsprogramms*, Wiesbaden: VS Verlag.
- Kickbusch, I. (2006): *Die Gesundheitsgesellschaft: Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*, Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Klein, R. (2010): *The New Politics of the NHS. From creation to reinvention. Sixth Edition*, Oxford/New York: Radcliffe Publishing.
- Klemperer/David (2010): *Sozialmedizin - Public Health. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. Unter Mitarbeit von Bernhard Braun*, Bern: Hans Huber.
- Kollek, R./Lemke, T. (2008): *Der medizinische Blick in die Zukunft. Gesellschaftliche Implikationen prädiktiver Gentests*, Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Krones, T./Richter, G. (2006): Die Arzt-Patienten-Beziehung. In: Schulz, S. et al. (Hrsg.), *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung* (94-116), Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Kühn, H. (1995): Gesundheitspolitik ohne Ziel: Zum sozialen Gehalt der Wettbewerbskonzepte in der Reformdebatte. In: Deppe, H.-U./Friedrich, H./Müller, R. (Hrsg.), *Qualität und Qualifikation im Gesundheitswesen* (11-35), Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Kühn, H. (1997): Managed Care. Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung am Beispiel USA. In: Abholz, H.-H. et al. (Hrsg.), *Gesundheit - Bürokratie - Managed Care. Jahrbuch Kritische Medizin Band 27* (7-52), Hamburg: Argument.
- Kühn, H. (2001): *Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und das Instrument der Budgetierung*, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin, AG Public Health.
- Kühn, H./Rosenbrock, R. (1994): Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze. In: Rosenbrock, R./Kühn, H./Köhler, M. (Hrsg.), *Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung* (29-53), Berlin: edition sigma.
- Kunz, R. (Hrsg.) (2007): *Lehrbuch evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis*, Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Lauterbach, K.W. (2007): *Der Zweiklassenstaat. Wie die Privilegierten Deutschland ruinieren*, Berlin: Rowohlt.
- Le Grand, J. (2007): *The other invisible hand: delivering public services through choice and competition*, Princeton: Princeton University Press.
- Lemke, T. (2007): Eine unverdauliche Mahlzeit? Staatlichkeit, Wissen und die Analytik der Regierung. In: Krasmann, S./Volkmer, M. (Hrsg.), *Michel Foucaults 'Geschichte der Gouvernementalität' in den Sozialwissenschaften. Internationale Beiträge* (47-73), Bielefeld: transcript.
- Lessenich, S. (2003): *Dynamischer Immobilismus. Kontinuität und Wandel im deutschen Sozialmodell*, Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Lessenich, S. (2008): *Die Neuerfindung des Sozialen. Der Sozialstaat im flexiblen Kapitalismus*, Bielefeld: transcript.
- Lessenich, S. (2009): Mobilität und Kontrolle. Zur Dialektik der Aktivgesellschaft. In: Dörre, K./Lessenich, S./Rosa, H., *Soziologie – Kapitalismus – Kritik: eine Debatte* (126-177), Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

- Leys, C. (2001): *Market-Driven Politics. Neoliberal Democracy and the Public Interest*, London & New York: Verso.
- Light, D.W. (2000): The Sociological Character of Health-Care Markets. In: Albrecht, G.L./Fitzpatrick, R./Scrimshaw, S.C. (Hrsg.), *The Handbook of Social Studies in Health & Medicine* (394-408), London et al.: SAGE.
- Lister, J. (2005): *Health Policy Reform. Driving the Wrong Way? A Critical Guide to the Global 'Health Reform' Industry*, Enfield/Middlesex: Middlesex University Press.
- Lupton, D. (1995): *The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body*, London et al.: SAGE.
- Lupton, D. (2003): *Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies. Second Edition*, London et al.: SAGE.
- Mackintosh, M./Koivusalo, M. (Hrsg.) (2005): *Commercialization of Health Care. Global and Local Dynamics and Policy Responses*, Houndmills/New York: PalgraveMacmillan.
- Magnussen, J./Vrangbaek, K./Saltman, R.B. (Hrsg.) (2009): *Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges*, Maidenhead/New York: Open University Press.
- Marmor, T.R./Freeman, R./Okma, K.G.H. (Hrsg.) (2009): *Comparative Studies and the Politics of Modern Medical Care*, New Haven/New York: Yale University Press.
- Marmot, M./Wilkinson, R.G. (Hrsg.) (2006): *Social Determinants of Health. Second Edition*, Oxford: Oxford University Press.
- Mayntz, R. (2009): *Über Governance. Institutionen und Prozesse politischer Regelung*, Frankfurt a.M./New York: Campus.
- McKee, M./Figueras, J. (2004): Strategies for health services. In: Detels, R. et al. (Hrsg.), *Oxford Textbook of Public Health. Fourth Edition (1889-1909)*, Oxford/New York: Oxford University Press.
- McKee, M./Healy, J. (Hrsg.) (2003): *Hospitals in a changing Europe*, Buckingham, UK/Philadelphia, USA: Open University Press.
- Meyer, T. (2005): *Theorie der Sozialen Demokratie*, Wiesbaden: VS Verlag.
- Mielck, A./Bloomfield, K. (Hrsg.) (2001): *Sozialepidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*, Weinheim/München: Juventa.
- Mohan, J. (2002): *Planning, Market and Hospitals*, London/New York: Routledge.
- Moran, M. (1995): Three faces of the health care state. In: *Journal of Health Politics, Policy, and Law* 20(3), 767-781.
- Moran, M. (1998): Explaining the rise of market ideologies in health care. In: Ranade, W. (Hrsg.), *Market and Health Care: a Comparative Analysis* (17-33), London: Longman.
- Moran, M. (1999): *Governing the Health Care State: A Comparative Study of the United Kingdom, the United States and Germany*, Manchester: Manchester University Press.
- Moran, M. (2000): Understanding the welfare state: the case of health care. In: *British Journal of Politics and International Relations* 2, 135-160.
- Moran, M. (2004): *The British regulatory state: high modernism and hyper innovation*, Oxford: Oxford University Press.
- Mosebach, K. (2003): Gesundheit als Ware? Managed Care, GATS und die "Amerikanisierung" des deutschen Gesundheitssystems. In: *Prokla. Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft* 33(3), 411-431.
- Mosebach, K. (2006a): Der neue „Polder-Geist“. Der niederländische Systemwechsel als Menetekel einer privatisierten Gesundheitsversorgung in Deutschland? In: *Sozialismus* 33(5), S. 24-31.
- Mosebach, K. (2006b): Patienten auf dem Weg zur Macht? Ergebnisse rot-grüner Gesundheitspolitik. Diskussionspapier 2006-1 des Instituts für Medizinische Soziologie am Klinikum der JWG-Universität Frankfurt a.M.: [URL: <http://141.2.205.15/zgw/medsoz/Disk-Pap/Diskussionspapier2006-1.pdf>] (10.02.2011).
- Mosebach, K. (2009): Zwischen Konvergenz und Divergenz: Privatisierungs- und Ökonomisierungsprozesse in europäischen Krankenhaussystemen. In: Böhlke, N. et al. (Hrsg.), *Priva-*

- tisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten* (43-65), Hamburg: VSA.
- Navarro, V. (1988): Professional dominance or proletarianisation? Neither. In: *Milbank Quarterly* 66(Supp2), 57-75.
- Navarro, V. (Hrsg.) (2002): *The Political Economy of Social Inequalities. Consequences for Health and Quality of Life*, Amityville: Baywood Publishing.
- Nettleton, S. (2006): *The Sociology of Health and Illness. Second Edition*, Cambridge/Malden: Polity Press.
- Nullmeier, F. (2003): *Policy-Forschung und Verwaltungswissenschaft*. In: Münkler, H. (Hrsg.), *Politikwissenschaft. Ein Grundkurs* (285-323), Reinbek: Rowohlt.
- OECD (1994): *The Reform of Health Systems: A Review of Seventeen OECD Countries*, Paris: OECD.
- Parsons, W. (1995): *Public Policy. An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis*, Cheltenham/Northampton: Edward Elgar.
- Paton, C.e.al. (2000): *Wissenschaftliche Beurteilung der Auswirkungen der Einführung von Marktkräften in Gesundheitssysteme. Schlussbericht*, Dublin: European Health Management Association.
- Pelizzari, A. (2001): *Die Ökonomisierung des Politischen. New Public Management und der neoliberale Angriff auf die öffentlichen Dienste. Raisons D'Agir, Band 6*, Konstanz: UKV.
- Perleth, M./Antes, G. (2002): *Evidenzbasierte Medizin. Wissenschaft im Praxisalltag. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage*, München: Urban & Vogel.
- Petersen, A./Bunton, R. (2002): *The New Genetics and the Public's Health*, London/New York: Routledge.
- Petersen, A./Lupton, D. (1996): *The new public health. Health and self in the age of risk*, London/Thousands Oaks/New Delhi: Sage.
- Pfaff, H. et al. (Hrsg.) (2003): *Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung*, Bern et al.: Hans Huber.
- Pierson, C. (2007): *Beyond the Welfare State? The New Political Economy of Welfare*, Pennsylvania: Pennsylvania University Press.
- Pollock, A.M. (2004): *NHS plc. The Privatisation of our Health Care*, London and New York: Verso.
- Pontusson, J. (2005): *Inequality and Prosperity. Social Europe vs. Liberal America. A Century Foundation Book*, Ithaca: Cornell University Press.
- Preker, A.S. et al. (Hrsg.) (2007): *Public Ends, Private Means. Strategic Purchasing of Health Services*, Washington D.C.: The World Bank.
- Rakowitz, N. (2000): *Einfache Warenproduktion: Ideal und Ideologie*, Freiburg i.B.: Ca Ira.
- Ranade, W. (Hrsg.) (1998): *Markets and Health Care. A comparative analysis*, Harlow: Longman.
- Redaelli, M. (2003): Evidenzbasierte (EbM) im deutschsprachigen Raum (Anhang D). In: Greenhalgh, T. (Hrsg.), *Einführung in die Evidence-based Medicine. Kritische Beurteilung klinischer Studien als Basis einer rationalen Medizin. Zweite, vollständig überarbeitete Auflage* (259-263), Bern: Hans Huber.
- Ritzer, G. (1990): *Metatheorizing in Sociology*, Lexington/Toronto: Lexington.
- Ritzer, G. (2001): Rationalization and Deprofessionalization of Physicians. In: Ritzer, G., *Explorations in Social Theory. From Metatheorizing to Rationalization* (177-197), London et al.: SAGE.
- RKI/StatBA – Robert-Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (2004): *Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Heft 23: Selbsthilfe im Gesundheitsbereich*, Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Rosen, G. (1975): Die Entwicklung der sozialen Medizin. In: Deppe, H.-U./Regus, M. (Hrsg.), *Seminar: Medizin, Gesellschaft, Geschichte. Beiträge zur Entwicklungsgeschichte der Medizinsoziologie* (74-131), Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Rothgang, H. (2006): Die Regulierung von Gesundheitssystemen in vergleichender Perspektive: Auf dem Weg zur Konvergenz? In: Wendt, C./Wolf, C. (Hrsg.), *Soziologie der Gesundheit*.

- Sonderheft 46/2006 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* (298-319), Wiesbaden: VS Verlag.
- Röttger, B. (1997): *Neoliberale Globalisierung und eurokapitalistische Regulation. Die politische Konstitution des Marktes*, Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Sabatier, P.A. (Hrsg.) (2007): *Theories of the Policy Process. Second Edition*, Cambridge: Westview Press.
- Sackett, D.L. et al. (1996): Evidence based medicine. What it is and what it isn't. In: *British Medical Journal* 312(71-72).
- Sachse, C./Tennstedt, F. (1988): *Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland 2.: Fürsorge und Wohlfahrtspflege 1871-1929*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Sachse, C./Tennstedt, F. (1992): *Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland 3.: Der Wohlfahrtsstaat im Nationalsozialismus*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Sachse, C./Tennstedt, F. (1998): *Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland 1.: Vom Spätmittelalter bis zum 1. Weltkrieg. 2. Auflage*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Salter, B. (2004): *The New Politics of Medicine*, Houndsmill/New York: PalgraveMacmillan.
- Saltman, R.B. (2002): Regulating incentives: the past and present role of the state in health care systems. In: *Social Science and Medicine* 54, 1677-1684.
- Saltman, R.B./Busse, R./Mossialos, E. (2002): *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*, Buckingham/Philadelphia: Open University Press.
- Saltman, R.B./Figueras, J. (1997): *European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies. WHO Regional Publications, European Series No. 72*, Copenhagen: WHO-Regional Office for Europe.
- Saltman, R.B./Figueras, J./Sakellarides, C. (Hrsg.) (1998): *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Buckingham/Philadelphia: Open University Press.
- Saltman, R.B./van Otter, C. (1992): *Planned Markets und Public Competition: Strategic Reform in Northern European Health Systems*, Buckingham: Open University Press.
- Sawyer, A. (2000): *Realism and social science*, London et al.: SAGE.
- Schaeffer, D. (2004): *Der Patient als Nutzer. Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit*, Bern et al.: Verlag Hans Huber.
- Schmidt, B./Kolip, P. (Hrsg.) (2007): *Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit*, Weinheim/München: Juventa.
- Schmucker, R. (2010): Perspektiven einer europäisierten Gesundheitspolitik. In: Gerlinger, T./Mosebach, K./Schmucker, R. (Hrsg.), *Gesundheitsdienstleistungen im europäischen Binnenmarkt* (13-38), Frankfurt a.M. et al.: Peter Lang.
- Schölkopf, M. (2010): *Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich: Gesundheitssystemvergleich und die europäische Gesundheitspolitik*, Berlin: Medizinisch-wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schulz, S. et al. (Hrsg.) (2006): *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Schwartz, F.W. et al. (2003): Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. In: Hurrelmann, K./Laaser, U. (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften. 3. Auflage* (823-849), Weinheim/München: Juventa.
- Schwartz, F.W./Busse, R. (2003): Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung. In: Schwartz, F.W. et al. (Hrsg.), *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen* (516-545), München/Jena: Urban & Fischer.
- Schwartz, F.W./Glennerster, H./Saltman, R.B. (Hrsg.) (1996): *Fixing Health Budgets. Experience from Europe and North America*, West Sussex: John Wiley & Sons.
- Scott, C. (2006): Privatization and Regulatory Regimes. In: Moran, M./Rein, M./Goodin, R.E. (Hrsg.), *The Oxford Handbook of Public Policy* (651-668), Oxford/New York: Oxford University Press.

- Scott, W.R. (2008): *Institutions and Organizations. Ideas and Interests. Third Edition*, London et al.: SAGE.
- Siegrist, J. (2005): *Medizinische Soziologie. 6., neu bearbeitete und erweiterte Auflage*, München/Jena: Urban & Fischer.
- Simon, M. (2000): *Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung*, Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Simon, M. (2009): *Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hintergründe - Ursachen - Auswirkungen*, Bern: Hans Huber.
- Simon, M. (2010): *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 3., überarbeitete und aktualisierte Auflage*, Bern: Hans Huber.
- Simon, S. (Hrsg.) (2005): *Der gute Arzt im Alltag: Anleitung zur ärztlichen Grundhaltung in Klinik und Praxis*, Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Smith, M.J. (1998): *Social Science in Question*, London et al.: SAGE.
- Sommer, J.H. (1999): *Gesundheitssysteme zwischen Plan und Markt*, Stuttgart: Schattauer.
- Starr, P. (1982): *The Social Transformation of American Medicine. The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry*, o.O.: Basic Books.
- Starr, P. (1982): *The Social Transformation of American Medicine. The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry*, o.O.: Basic Books.
- Strang, D./Bradburn, E.M. (2001): Theorizing Legitimacy or Legitimizing Theory? Neoliberal Discourse and HMO Policy, 1970-1989. In: Campbell, J.L./Pedersen, O.K. (Hrsg.), *The Rise of Neoliberalism and Institutional Analysis* (129-158), Princeton/Oxford: Princeton University Press.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2010): *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Sondergutachten 2009. 2 Bände, Baden-Baden: Nomos.
- Swart, E./Ihle, P. (Hrsg.) (2005): *Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundäranalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*, Bern et al.: Hans Huber.
- Talbot-Smith, A./Pollock, A.M. (2006): *The new NHS. A guide*, Milton Park: Routledge.
- Taylor-Gooby, P. (Hrsg.) (2004): *New risks, new welfare: the transformation of the European welfare state*, Oxford: Oxford University Press.
- Therborn, G. (2000): *Die Gesellschaften Europas 1945-2000. Ein soziologischer Vergleich*, Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Tritter, J. et al. (2010): *Globalisation, Markets and Healthcare Policy: Redrawing the Patient as Consumer. Critical Studies in Health and Society Series*, Abingdon/New York: Routledge.
- Trojan, A./Legewie, H. (2001): *Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen*, Frankfurt a.M.: VAS - Verlag für akademische Schriften.
- Troschke, J.v. (2001): *Die Kunst, ein guter Arzt zu werden: Anregungen zum Nach- und Weiterdenken*, Bern et al.: Hans Huber.
- Vogel, B. (2009): *Wohlstandskonflikte. Soziale Fragen, die aus der Mitte kommen*, Hamburg: Hamburger Edition.
- Wacquant, L.J.D. (2006): Auf dem Weg zu einer Sozialpraxeologie. Struktur und Logik des Soziologie Pierre Bourdieus. In: Bourdieu, P./Wacquant, L.J.D. (Hrsg.), *Reflexive Anthropologie* (17-93), Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Webster, A. (2007): *Health, Technology & Society. A Sociological Critique*, Houndsmill/New York: Palgrave Macmillan.
- Weltbank (1993): *Investitionen in die Gesundheit. Weltentwicklungsbericht 1993*, Bonn: UNO-Verlag.
- Wulff, E. (1972): *Psychiatrie und Klassengesellschaft: zur Begriffs- und Sozialkritik der Psychiatrie und Medizin*, Frankfurt a.M.: Athenäum.

In der Reihe

Diskussionspapiere des Instituts für Medizinische Soziologie
sind bisher erschienen:

- 2005 - 1 Rolf Schmucker: Die deutsche Arzneimittelzulassung im europäischen Wettbewerb Schutzgebühr 1,50 EUR
- 2006 - 1 Kai Mosebach: Patienten auf dem Weg zur Macht? Ergebnisse rot-grüner Gesundheitspolitik Schutzgebühr 2,50 EUR
- 2007 - 1 Thomas Gerlinger, Kai Mosebach, Rolf Schmucker: Wettbewerbssteuerung in der Gesundheitspolitik : Die Auswirkungen des GKV-WSG auf das Akteurshandeln im Gesundheitswesen Schutzgebühr 1,50 EUR
- 2007 - 2 Thomas Gerlinger: Soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen: Anmerkungen zum Beitrag der Gesundheitspolitik Schutzgebühr 2,00 EUR
- 2008 - 1 Katharina Böhm: Politische Steuerung des Gesundheitswesens: Die Rolle von Korporatismus und Wettbewerb im Krankenhaussektor Schutzgebühr 5,00 EUR
- 2008 - 2 Rolf Schmucker: Solidarität in der europäisierten Gesundheitspolitik?: Zum Verhältnis von Wettbewerb und Solidarität im europäischen Binnenmarktpjekt Schutzgebühr 2,00 EUR
- 2008 - 3 Rolf Schmucker: The Impact of European Integration on the German System of Pharmaceutical Product Authorization Schutzgebühr 2,00 EUR
- 2009 - 1 Katharina Böhm: Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz: Ein weiterer Schritt auf dem Reformweg der Krankenhausfinanzierung Schutzgebühr 2,00 EUR
- 2010 -1 Kai Mosebach: Kommerzialisierung der deutschen Krankenhausversorgung? Auswirkungen von New Public Management und Managed Care unter neoliberalen Bedingungen Schutzgebühr 4,50 EUR
- 2010 - 2 Kai Mosebach: Kommerzialisierung und Ökonomisierung von Gesundheitssystemen. Ein essayistischer Problemaufriss zur Identifizierung möglicher Felder zukünftiger medizinsoziologischer Forschung Schutzgebühr 4,50 Euro

Die Diskussionspapiere sind gegen eine Schutzgebühr erhältlich bei:
Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität

Institut für Medizinische Soziologie
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt a. M.
Tel.: (0 69) 6301-76 10 / Fax: (0 69) 63 01-66 21