

Diakonie und Ökonomie

Interdisziplinäre Perspektiven in einem sozialetischen Forschungsprojekt

*Autor: PD Dr. theol. Arne Manzeschke, Theologische Ethik und Anthropologie,
Universität Bayreuth / Projekt: Diakonie und Ökonomie, Interdisziplinäre Perspektiven
in einem sozialetischen Forschungsprojekt / Art des Projektes: Interdisziplinäre
Gesundheitsstudie / Arne Manzeschke stellte die Ergebnisse der Studie auf der
Jahreskonferenz der Societas Ethica vor, die vom 23.–27.8.2006 in Oxford stattfand*

Das deutsche Gesundheitssystem steht im Fokus medialer Öffentlichkeit. Vermutlich ist öffentlich noch nie so intensiv über die Notwendigkeit einer Gesundheitsreform diskutiert worden. Schlagworte wie „Kostendämpfung“, „Effizienzreserven“ oder „Demographischer Wandel“ sind selbst gesundheitspolitisch Desinteressierteren geläufig. Zum öffentlichen Wissensbestand gehört die Annahme, dass es so mit unserem Gesundheitssystem nicht weiter gehen könne und deshalb neue Steuerungsmechanismen eingeführt werden müssten, um die Systemfunktionalität weiterhin garantieren zu können.

Vor sechs Jahren wurde eine solche Systemkomponente implementiert; die Umstellung der stationären Vergütung auf diagnoseorientierte Fallpauschalen sollte Transparenz und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung bei (mindestens) gleichbleibender Qualität gewährleisten.

Im einem Forschungsprojekt an der Universität Bayreuth, gefördert von der Hanns-Lilje-Stiftung, Hannover, den Diakonischen Diensten Hannover und der Andrea von Braun Stiftung sind die konkreten Auswirkungen dieses ökonomischen Anreizmechanismus untersucht worden: „Diakonie und Ökonomie. Die Auswirkungen von DRG und fallpauschalisiertem Medizin- und Qualitätsmanagement auf das Handeln in kirchlichen Krankenhäusern. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung und sozioethische Bewertung“.

Dieser Projektbericht bietet in einem ersten Teil eine Projektbeschreibung, die auf dem gesundheitspolitischen Hintergrund Ziele und Design des Forschungsprojekts erläutert sowie die Ergebnisse in einer Zusammenfassung präsentiert. Der zweite Teil reflektiert Fragen des interdisziplinären Arbeitens im Rahmen des Projekts.

1. Projektbeschreibung

1.1 Das DRG-System

Am 1. Januar 2004 wurde das Fallpauschalengesetz (FPG) verbindlich für die gesamte stationäre medizinische und pflegerische Versorgung in Deutschland¹. Damit wurde die Abrechnung der stationären Gesundheitsdienstleistungen umgestellt von tagesgleichen Pflegesätzen auf diagnoseorientierte Fallpauschalen. Vereinfacht gesagt wird ein Patient mit einer Diagnose ins Krankenhaus eingeliefert; diese Diagnose kann durch sogenannte Nebendiagnosen und Schweregrade noch differenziert werden und entspricht dann einem Relativgewicht. Dieses Relativgewicht kann mit dem jeweils von Krankenhäusern und Krankenkassen jährlich ausgehandelten Basisfallwert in einen Geldbetrag umgerechnet werden, den das Krankenhaus für diese Behandlung in Rechnung stellen kann. Die Krankenhäuser sollen durch diesen Mechanismus angereizt werden, die Behandlungen so effizient wie möglich zu erbringen. Ungenutzte Bettenkapazitäten, erhöhte Verweildauer der Patienten im Krankenhaus sowie nicht diagnosebezogene Untersuchungen sollen damit vermieden werden und zu einer Kostendämpfung im Gesundheitswesen beitragen.

Grundlage für diesen Paradigmenwechsel in der Finanzierung von Krankenhausleistungen ist das DRG-System: DRG steht für Diagnosis Related Groups und benennt damit das Prinzip dieses Mechanismus: Patienten werden zu homogenen Gruppen mit einer ökonomisch gleichen Fallschwere zusammengefasst und sollen entsprechend der Diagnose eine weitgehend standardisierte Behandlung erhalten. Der Gedanke ist aus der Güterproduktion bekannt: Ein Produktionsgut lässt sich in einem standardisierten Verfahren schneller, günstiger und mit weniger Abweichungen von der Norm produzieren. Dieser Gedanke spielt nun auch in der stationären Krankenversorgung eine Rolle.

Das DRG-System entfaltet in deutschen Krankenhäusern eine doppelte Funktion: es ist einmal ein Entgeltsystem, das eine bestimmte Behandlung mit einem bestimmten Relativgewicht und so einem festgesetzten Entgelt korreliert. Das DRG-System fungiert gleichzeitig als Patientenklassifikationssystem, das zu einer effizienten Steuerung der Patientenströme und einer einheitlichen Patientenversorgung beitragen soll.

Ein Charakteristikum des DRG-Systems ist es, dass es als ein „lernendes System“ (BMGS 2001) konzipiert worden ist. Mit dem Begriff verbindet sich der ermäßigte Anspruch, politisch-ökonomisch nicht alles gezielt prognostizieren und steuern zu können und zu

¹ Eine Ausnahme bildet die Psychiatrie, die aufgrund der speziellen Krankheiten und (extrem langwierigen) Behandlungsformen aus dem DRG-System von Anfang an ausgegliedert wurde.

wollen, sondern in einem work-in-progress hinzuzulernen und die Dynamik des Systems als eine emergente zu berücksichtigen (vgl. Küppers 2001). Das bedeutet, dass man idealerweise auf der Handlungsebene bereits Lernzeiten und Lernschritte organisiert, die es möglich machen, die Auswirkungen des Anreizsystems zu erkennen und es auf die Organisationskultur und Organisationsziele hin zu reflektieren und gegebenenfalls Veränderungen in der Organisation bzw. am DRG-System selbst vorzunehmen. Dieser rekursive Prozess aus Prozessbeobachtung, -reflexion und Veränderung kann unter Umständen sehr langwierig werden; denn das Gesamtsystem „Stationäre Gesundheitsversorgung“ ist sehr komplex und deshalb in seiner Veränderungsfähigkeit extrem schwerfällig. Die Neueinführung (medizinisch-technische Innovationen) oder finanzielle Neubewertung einer DRG kann von der Eingabe eines Krankenhauses bis zur tatsächlichen Umsetzung gut drei Jahre betragen, bis eine medizinisch-ökonomisch valide Bewertung, die Zulassung durch den gemeinsamen Bundesausschuss vorliegt und die Verhandlungen zwischen Leistungserbringern und Kassen geführt worden sind.

Der Ökonomisierung im Gesundheitswesen ist mit dem DRG-System ein weiterer wichtiger Baustein hinzugefügt worden. Ökonomisierung meint hier, dass marktliche Strukturen einen (regulierten) Wettbewerb für eine effiziente Ressourcennutzung stimulieren und so für eine möglichst hohe Qualität gesundheitlicher Versorgung zu einem möglichst günstigen Preis sorgen sollen. Ökonomisierung heißt zugleich, dass die ökonomische Rationalität nun auch solche Bereiche und Sphären menschlichen Lebens gestaltet, die bisher weitgehend davon ausgenommen waren; dazu gehören auch menschliche Beziehungen des Pflegens, Helfens und Heilens². Die prima vista hohe Plausibilität der betriebswirtschaftlichen Orientierung wirft Fragen auf: Wie wird sich unter den neuen Rahmenbedingungen das Verhältnis zwischen medizinischem und pflegerischem Personal auf der einen Seite und den Patientinnen und Patienten auf der anderen Seite verändern? Was bedeutet der Druck zu wirtschaftlichem Handeln für das Selbstverständnis des heilenden, helfenden und pflegenden Individuums und die Selbstwahrnehmung des Menschen, der dieser Heilung, Hilfe und Pflege bedarf? Wie wirkt sich dieses System insbesondere auf die Arbeit bei freigemeinnützigen Trägern wie Diakonie und Caritas aus,

² Der Begriff „Ökonomisierung“ wird hier als eine sozialwissenschaftliche Kategorie verwendet. In verschiedensten Sektoren wie Bildung, Gesundheitswesen, Kultur, Medien, öffentliche Daseinsvorsorge wird von einer Ökonomisierung gesprochen in dem Sinne, dass ökonomische, vor allem betriebswirtschaftliche Kriterien, das Denken und Handeln maßgeblich anleiten. Der solchermaßen als „Ökonomisierung von ...“ beschriebene Prozess ist zumeist noch un abgeschlossen und in seiner ökonomischen, moralischen oder politischen Bewertung strittig.

die auf den medizinisch-pflegerischen Standard gewissermaßen noch ein christliches Ethos draufsatteln, das dem Personal zusätzlich zur Fachlichkeit noch eine dem christlichen Menschenbild entsprechende Form der Zuwendung und Begleitung abverlangt?

Es war Aufgabe des Forschungsprojektes, verlässliche Auskünfte darüber zu erhalten, was sich an diesen Orten aus der Perspektive der Mitarbeitenden ereignet und von hier aus eine sozialetische Bewertung zu entwickeln.

1.2 Ziel des Forschungsprojekts

Welche Auswirkungen haben die DRG als Steuerungsinstrument im Krankenhaus auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten und welche Veränderungen lassen sich in der Wahrnehmung, Beurteilung und den Handlungsstrategien der Mitarbeitenden beobachten? Das waren die Leitfragen eines Forschungsprojektes, das am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften an der Universität Bayreuth mit Unterstützung der Hanns-Lilje-Stiftung (Hannover), der Diakonischen Dienste Hannover und der Andrea von Braun Stiftung durchgeführt wurde.

1.3 Design des Forschungsprojekts

Im Rahmen des Forschungsprojekts wurden in einer qualitativen Feldstudie 80 Personen aus sieben Krankenhäusern in kommunaler (2), konfessioneller (4) und privatwirtschaftlicher (1) Trägerschaft zu ihrer Einschätzung der Auswirkungen von DRG auf das berufliche Handeln in den Berufsgruppen Medizin (n=19), Pflege (n=22), Verwaltung/Geschäftsführung (n=23) und Seelsorge/Sozialdienst (n=16) befragt. Dem jeweils einstündigen Leitfadeninterview lag ein Modell zur Analyse sozialer Organisationen zugrunde (vgl. Lotmar/ Tondeur 1996, 32). Aufgeteilt in sechs Items (Motivation, Kommunikation, Werte/Ziele/Leitbilder, Ressourcen, Strukturen und Angebot) haben wir in 80 Experteninterviews die Interviewpartner zu ihren Wahrnehmungen, Einschätzungen und Handlungsstrategien befragt, die sie unter den DRG-Bedingungen ausbilden und – sofern berufsbiographisch möglich – mit der Zeit davor vergleichen. Eine Befragung von Patientinnen und Patienten haben wir aus forschungspraktischen Gründen unterlassen (Sie können keine Auskunft geben über Behandlungen in der Zeit vor DRG-Einführung und danach), haben aber deren Perspektive durch Imaginierung der Mitarbeitenden abgefragt (z.B. „Was würden Sie sich wünschen, wenn Sie Patient/ Patientin in diesem Hause wären?“).

Auf der Grundlage der Einzelinterviews wurden Thesen formuliert, die im Rahmen von vier Häuser übergreifenden, professionsgebundenen Fokusgruppen (Medizin, Pflege,

Verwaltung/Geschäftsführung und Seelsorge/Sozialdienst) zur je zweistündigen Diskussion gestellt wurden (n=14). Die Experteninterviews sowie die Fokusgruppen wurden in einem umfangreichen Verfahren ausgewertet und geben erste valide Hinweise auf den Wandel in der stationären Versorgung. Das ist umso bemerkenswerter, als die vom Gesetzgeber vorgeschriebene Begleitforschung bisher noch keinerlei Ergebnisse zu Tage gefördert hat, ja die Ausschreibungen zur Forschung drei Jahre nach Beginn der Maßnahme noch immer nicht stattgefunden haben.

1.4 Ergebnisse des Forschungsprojekts

Die DRG sind Symptomträger eines schon sehr viel länger andauernden und mit Paradoxien behafteten Ökonomisierungsprozesses im Gesundheitssystem. Auf der Ausgabenseite besteht der Wunsch nach Kostensenkung und profitabler Wirtschaftsweise der Häuser; gleichzeitig expandieren der medizinische Fortschritt und das Anspruchsdenken der Patienten.

Ein als Wachstumsbranche identifizierter Gesundheitsmarkt wird gleichzeitig durch scharfe Budgetrichtlinien und Mengenverordnungen reguliert. Die Auswirkungen der DRG lassen sich nicht beurteilen, ohne den historischen Kontext sowie die aktuellen gesellschafts- und sozialpolitischen Debatten zu berücksichtigen. Auch sind die möglichen durch DRG hervorgerufenen Veränderungen nicht sinnvoll zu thematisieren, solange man ihr Gegenstück und Korrektiv, die Verpflichtung der Krankenhäuser zu einem Qualitätsmanagement (QM), außer Acht lässt³. Dieser Zusammenhang wird jedoch in den Häusern selbst und oft auch in der wissenschaftlichen Diskussion vernachlässigt. Allerdings sind die direkten Auswirkungen der DRG methodologisch nur schwer zu identifizieren. Es lässt sich historisch wie systematisch kein Forschungsdesign erstellen, das einen unmittelbaren Vorher-Nachher-Vergleich erlaubt. Dazu haben sich zu viele Randbedingungen gleichzeitig verändert. Auch methodisch sind mögliche Effekte von DRG und QM nur schwer im Sinne eines eindeutigen kausalen Zusammenhangs zu identifizieren. Sie treten zumeist gleichzeitig mit anderen Effekten anderer Maßnahmen auf.

³ *Der Gesetzgeber hat im Zusammenhang mit dem Fallpauschalengesetz die Betreiber der Krankenhäuser verpflichtet, „sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln“. Die Auflage der Qualitätssicherung soll verhindern, dass Effizienzgewinne auf Kosten der Qualität in der Versorgung realisiert werden; vgl. § 135 Abs. 2 SGB V.*

Solche anderen Maßnahmen mit vergleichbaren oder sich überlagernden Effekten sind u.a.: der Diskurs um die ausgeweitete Patientenautonomie; die Verkürzung der Verweildauer in den Krankenhäusern; der Abbau von Überkapazitäten; die Anerkennung der ärztlichen Bereitschaftsdienste durch den EuGH.

Die DRG sollen einerseits die marktwirtschaftliche Orientierung der Krankenhäuser anreizen (Ökonomisierung), andererseits aber ist das System durch Budgetierung und Preisvorgaben stark planwirtschaftlich verfasst. Dieser strukturelle Widerspruch, gleichzeitig mit markt- und planwirtschaftlichen Elementen wirtschaften zu müssen, lässt sich auf der Meso-Ebene des Unternehmens Krankenhaus nicht lösen. Es fehlt derzeit an politischer Gestaltungskraft, auf der Makro-Ebene, wo die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen festgelegt werden, die einander widerstrebenden Kräfte im Gesundheitswesen auf ein gemeinsames Ziel zu verpflichten.

DRG fördern als Patientenklassifikationssystem die betriebswirtschaftliche Perspektive auf die Organisation Krankenhaus. Dieser eingeschränkte Blick einer betriebswirtschaftlichen Produktionstheorie wird der Komplexität des Systems Krankenhaus und seinem Ort im Gesundheitswesen kaum gerecht und treibt eine Entwicklung voran, die wir als „Industrialisierung des klinischen Alltags“ bezeichnen.

Beides, Ökonomisierung wie Industrialisierung, unterzieht die Organisation Krankenhaus Zielvorstellungen wie Gewinnorientierung und Taylorisierung der Versorgung, die sich (zumindest derzeit noch) als gegenläufig zu den Zielen der Organisation erweisen, die konventionell mit dem Krankenhaus verbunden werden: professionelle Versorgung und menschliche Fürsorge. Auch wenn diese Zielvorstellungen eher den Wünschen und Projektionen als der Realität entsprechen, so sind sie doch nicht weniger wirksam. Hier besteht derzeit ein hohes Maß an Dissonanz zwischen der vielleicht auch nur impliziten Zielbestimmung des Krankenhauses und seiner tatsächlichen Entwicklung.

1.5 Die wichtigsten Ergebnisse der Studie lauten:

DRG verändern den Blick der in den Gesundheitsberufen Arbeitenden

- a) auf die eigene Arbeit,
- b) auf den Patienten und
- c) auf das eigene professionelle Selbstverständnis.

Das könnte unter Umständen lediglich eine Generationenfrage sein, und spätere Akteure kennen dann nur noch ein erlösoptimiertes Vorgehen, haben das Kundenparadigma als problemlose Leitkategorie verinnerlicht und verstehen sich als professionelle Dienst-

leister, deren Professionalität an ihrem Beitrag zur Gewinnerzielung bemessen wird (vgl. Manzeschke 2006).

Ad a) DRG verändern den Blick auf die eigene Arbeit dahingehend, dass sowohl in der Pflege wie im Ärztestand viele ihren eigenen Anspruch, sich dem kranken Menschen helfend und heilend zuzuwenden, mit den Anforderungen des Berufsalltags schwer in Einklang zu bringen wissen. Nach ihrer Wahrnehmung werden wichtige Ressourcen im aufwändigen Dokumentationsprozess vergeudet – das Quantum an Zuwendung zu den Patientinnen und Patienten sinkt hingegen immer weiter.

Ad b) DRG verändern die Position und das Verständnis des Patienten bzw. der Patientin. Damit einhergehen ein gewisser Autonomiegewinn und eine verstärkte Partizipationschance am Prozess der Gesundheitsversorgung. Allerdings gilt das nicht für alle Fälle. Die Scheidelinie scheint dort zu verlaufen, wo sich in der DRG-Systematik lukrative von unlukrativen Fällen trennen bzw. Patienten/-innen zahlen können oder nicht zahlen können. Letztere laufen Gefahr als betriebswirtschaftlicher Verlustposten vermieden und verschoben zu werden.

Ad c) Die DRG haben bereits jetzt weit reichenden Einfluss auf das Professionsverständnis der Gesundheitsberufe und auf das professionsspezifische Handeln. Diese sind je nach Profession noch einmal zu differenzieren. Insgesamt aber lassen sich Tendenzen zur Deprofessionalisierung und zur Demotivierung feststellen, die sich unter dem Aspekt einer qualitativ guten Gesundheitsversorgung als problematisch herausstellen werden.

DRG- und QM-Prozesse belasten die Mitarbeitenden mit zusätzlichen Informationen und erfordern eine komplexere Kommunikation. Die Zunahme von Informationen und ihre leichtere technische Verteilung (Email, Intranet, Handy) erzeugen die Illusion, dass eine verteilte Information schon eine gelungene Kommunikation sei. Hier sind in Zukunft große Herausforderungen zu bestehen, den komplexeren Kommunikationsanforderungen gerecht zu werden. Das benötigt in jedem Fall mehr Zeit, die gerade nicht vorhanden ist und durch die Prozessoptimierung in der DRG/QM-Steuerung systematisch reduziert wird.

Die Beschleunigung und Verdichtung der Arbeit reduziert auch die mitmenschlichen Kontakte – zwischen den Mitarbeitenden, aber ganz besonders zwischen Mitarbeitenden und Patientinnen und Patienten. Zuwendung, Fürsorge bekommen nicht die nötige Zeit. Die Eigenzeiten von Menschen werden durch die verkürzte Verweildauer weniger berücksichtigt. Auch wenn eine verkürzte Verweildauer in bestimmten Fällen medizinisch indiziert ist, so gilt das nicht für die Masse der Fälle. Vor allem fehlt es an Erklärungen gegen-

über den Patientinnen und Patienten und an einer gut organisierten Überleitung in nach gelagerte Bereiche.

Der ökonomisch induzierte Stress mindert aufs Ganze gesehen die Qualität der Leistungen. Obwohl von beiden Seiten, der pflegenden wie der gepflegten Seite, die Bedeutung von menschlichen Kontakten, hinreichender und gelingender Kommunikation und der Aufbau von vertrauensvollen Beziehungen immer wieder betont wird, wird im Rahmen des Projektes deutlich, dass die DRG-Systematik diesen Anspruch systematisch unterläuft. Die menschlichen Kontakte werden zunehmend durch eine ökonomische Logik getaktet. Das gilt sowohl für die Kommunikation zwischen den Mitarbeitenden wie auch zwischen ihnen und den Patienten und Patientinnen.

Mitarbeitende betonen fast durchweg, dass sie gerne mehr Zeit für ihre Patienten und Patientinnen hätten, aber zur zeitaufwändigen Dokumentation für DRG und QM verpflichtet sind. In einer kontraintuitiv zu nennenden Bewegung lässt sich im Krankenhaus eine immer stärkere technisch-administrative Aufrüstung beobachten, die das sorgende Personal immer mehr von den umsorgten Personen distanziert. Man könnte das als eine Form der Entfremdung bezeichnen, die im Wesen einer technisch-ökonomischen Logik liegt.

Als besonders dramatisch erweist sich ein Zug der Ökonomisierung des Gesundheitswesens, die anhand der DRG-Systematik besonders plastisch und augenfällig wird: Der Patient wird zum Produktionsfaktor, der möglichst gewinnbringend eingesetzt werden muss. Es kündigt sich eine Verkehrung der Nutzen-Mittel-Relation an, eine „Verwertung des Menschen“ um anderer Ziele willen. Es kündigt sich an, was Kühn und Simon in einer Studie zur DRG-Problematik bereits 2001 ganz drastisch formuliert haben: „Geld wäre nicht mehr Mittel zum Zweck der Versorgung von Kranken, sondern die Versorgung von Kranken wäre Mittel zum Zweck der Erzielung und Optimierung von Erlösen“ (Kühn/Simon 2001, 4).

2. Zur Interdisziplinarität des Projekts

Das herkömmliche Bild von Interdisziplinarität beruht auf der Vorstellung, dass Vertreter verschiedener Disziplinen, die in der Regel mit einer akademischen Disziplin gleichgesetzt werden, in der gemeinsamen Verständigung über einen Gegenstand neue Erkenntnisse und Lösungen hervorbringen. Der Begriff der Interdisziplinarität hat sich in Deutschland von Frankreich und England kommend gegenüber Begriffen wie „fakultätsübergreifend“, „interfakultär“ oder schlicht „Zusammenarbeit“ durchgesetzt. In der Sache hat sich Interdisziplinarität einmal als notwendige Form des problemorientierten

Arbeitens in Großprojekten erwiesen. Zum anderen ergab sich mit der Ausdifferenzierung der Wissenschaften die Notwendigkeit einer (meta-)sprachlichen Verständigung. Nach gut 40 Jahren gehört interdisziplinäres Arbeiten gewissermaßen zum guten Ton wissenschaftlichen Forschens wie anwendungsorientierter Entwicklung (vgl. Holzhey 1976).

Problemorientierung und Interdisziplinarität entsprechen einander in dem Maße, wie Wissen in unserer „Wissengesellschaft“ systematisch auf sich selbst angewandt wird und so neues Wissen und im selben Zuge neue Probleme generiert werden (vgl. Manzeschke et. al 2005, bes. 127-130). Die Vorstellung, dass Wissenschaft die Instanz ist, welche Probleme wissenschaftlich-rational (auf-)löst, ist schon längst obsolet. Sie wird auch nicht richtiger, wenn man meint, durch den Verbund mehrerer Wissenschaften einem Problem interdisziplinär zu Leibe zu rücken und es dadurch besser oder vollständiger lösen zu können. „Die **Lösung** eines Problems ist nichts anderes als die Aufforderung, sie mit anderen Theorien oder Beobachtungen zu konfrontieren und damit zu problematisieren. Der wissenschaftliche Wert einer Problemlösung besteht geradezu in ihrer Fähigkeit, neue Probleme zu erzeugen, so dass mit Recht gesagt werden kann, dass Wissenschaft ausgeht von Problemen und endet mit Problemen, die in wachsendem Maße fähig sind, neue Probleme entstehen zu lassen“ (Wild 1973, 1143).

Bezogen auf das hier vorliegende Forschungsprojekt kann man von „Problemen“ im Vollsinne des philosophischen Begriffs sprechen: „Der Begriff des Problems formuliert offenbar eine Abstraktion, nämlich die Ablösung des Frageinhalts von der ihn allererst aufschließenden Frage. Er meint das abstrakte Schema, auf das sich wirkliche und motivierende Fragen reduzieren und worunter sie sich subsumieren lassen“ (Gadamer 1965, 358). Genau diese „wirklichen und motivierenden Fragen“ waren im Rahmen des Forschungsprojektes bezogen auf einen kleinen Ausschnitt des DRG-Systems im deutschen Gesundheitssystems allererst zu formulieren. – Und mit der **Lösung** der Fragen waren die Problem keineswegs aus der Welt, manche ließen sich präziser formulieren, an anderer Stelle sind durch die Fragen neue Probleme aufgeworfen worden. Eine spannende, derzeit noch unbeantwortete Frage, die sich aus dieser Erfahrung ergab, lautet: Gibt es einen Unterschied zwischen wissenschaftlichem und alltagsweltlichem Problemlösungsverhalten und lässt sich letzteres jenseits der je aktuellen Problemlösung wissenschaftlich anschlussfähig formulieren?

Probleme der Gesundheitsversorgung sind heutzutage so komplex, dass sie per se nur interdisziplinär bearbeitet werden können. Hier stehen ökonomische, medizinische, politische, moralische Faktoren – um nur die wichtigsten zu nennen – in enger und komplexer Wechselwirkung, was bedeutet, dass Vorstellungen von mechanistischen Ursache-Wirkungsgefügen oder von linearen Prozessen irreführend sind. Der interdisziplinäre

Ansatz zur Bearbeitung komplexer Probleme resultiert aus der Einsicht, dass ein komplexer Sachverhalt nicht unzulässig reduziert werden darf, um möglichst schnell und möglichst leicht operationalisierbare Lösungsschritte zu erhalten, sondern dass zur tragfähigen Lösung eines Problems eine angemessene, komplexitätsadäquate Konzeptualisierung auf der Ebene der Theorie, der Methodik und der Organisation nötig ist.

Gerade für soziale Systeme, wie das Gesundheitssystem eines ist, erweisen sich mechanistische Vorstellungen von der Plan- und Steuerbarkeit eines Regelkreislaufes als kontraproduktiv. Soziale Systeme umfassen viele Subsysteme und noch mehr individuelle Akteure, die in einem komplizierten Interaktionsgefüge zueinander stehen – solche Interaktionsgefüge lassen sich aber weder eindeutig prognostizieren noch steuern. Auch wenn die Kybernetik in der Lage ist, dynamische Systeme zu modellieren und die angewandte Philosophie um mathematische Modelle menschlicher Präferenzen und Entscheidungsprozesse bemüht ist, so sind solche Modelle bisher noch unterkomplex und kaum in der Lage, kulturelle Vorstellungen und Werthaltungen in ihre Konzepte zu integrieren. Diese lassen sich nicht einfach als wohlgeordnete Präferenzen etwa im Sinne des homo oeconomicus-Modells ordnen, bewerten und steuern.

Gesundheit stellt ein extrem sensibles Gut dar, das sich nicht produzieren lässt. Zwar lässt sich die Gesundheitsversorgung organisieren, aber diese Organisation ist stets begleitet von kulturellen, religiösen oder moralischen Vorstellungen, die mit dem Gut Gesundheit verbunden werden. Das gilt für diejenigen, die als Kranke oder Patienten in diesem System Therapie, Hilfe und Heilung erwarten, aber auch für diejenigen, die solche Therapie und Hilfe zur Heilung erbringen.

Die Auswirkungen eines neu implementierten Steuerungselements in einem komplexen System wie dem der Gesundheitsversorgung zu untersuchen, erfordert also einen entsprechend komplexen Forschungsansatz, der auf der disziplinären Ebene durch Multiperspektivität und Interdisziplinarität eingelöst werden kann. Interdisziplinarität im Vorgehen legt sich im Rahmen dieses Projektes aber noch von einer anderen Seite nahe: Da es im Vorfeld keine Hypothesen gibt, die empirisch überprüft werden können, sondern Auswirkungen eines neuen Faktors in einem System untersucht werden sollen, muss der Wahrnehmungshorizont möglichst weit gestellt werden. Es gilt, aufmerksam zu werden und das Neue zu entdecken, das hier – geplant oder ungeplant, gewollt oder ungewollt – entsteht. Um es als solches überhaupt wahrnehmen zu können, bedarf es eines Forschungsansatzes, der eben nicht aus den bekannten Faktoren das Ergebnis interpoliert, sondern mit Emergenzen rechnet (vgl. Nowotny 2005).

„Emergenz bezeichnet die Paradoxalität des Neuen. [...] Etwas, das in jeder Beziehung neu wäre, würde sich durch keine uns bekannte Eigenschaft auszeichnen, es wäre weder rund noch eckig, es dürfte keinen Schatten und keine Form, keinen Wert und keinen Durchmesser haben; nichts, aber auch gar nichts aus unserer Welt dürfte sich an ihm wiederholen. Wir könnten es offensichtlich überhaupt nicht wahrnehmen, denn selbst die Eigenschaft der Wahrnehmbarkeit dürfte sich an ihm nicht wiederholen. Es wäre uns mit unseren Mitteln nicht zugänglich. Das Neue muss aber das Alte überschreiten, denn sonst wäre es ja ein Altes. Aber auch das Alte entzieht sich jeder Vorstellung, denn seine Vorstellung würde voraussetzen, dass diese Vorstellung dem Alten entstammt [...]. Die Paradoxie des Neuen (bzw. des Alten) besteht darin, dass es gleichsam aus dem Alten (bzw. dem Neuen) emergieren muss“ (Wägenbaur 2000, 29).

Dieser Ansatz, der sich auch auf Aristoteles berufen kann („Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile.“) hat in der Philosophie zu höchst subtilen Auseinandersetzungen geführt (vgl. Stephan 2000; Wägenbaur 2000) – für unseren Zusammenhang ist entscheidend, dass prinzipiell und methodisch mit unerwartetem Neuen gerechnet wird, dass sich so nicht unbedingt aus den Systembestandteilen (z. B. ökonomischer Anreizmechanismus in Verbindung mit einer Theorie seiner Wirkweise; politische Vorgaben für die Gestaltung der Gesundheitsversorgung in Verbindung mit einer Theorie ihrer Wirkweise; Organisation Krankenhaus in Verbindung mit einer Theorie ihrer Funktionalität) erkennen, berechnen oder deduzieren lässt.

Interdisziplinarität in diesem Sinne bedeutet folglich nicht einfach, verschiedene disziplinäre Perspektiven schichtweise zu addieren oder in einem Subtraktionsverfahren auf den kleinsten gemeinsamen Nenner zurückzuführen, sondern sie erfordert ein hohes Maß an Informiertheit und „Lernen, in Beziehungen zu denken“ (Mutius 2000, 259), um in einem Akt der Perspektivenübernahme mit den Argumenten und Kategorien der anderen Disziplin arbeiten zu können und von hier aus die eigenen Argumente und Kategorien neu zu durchdenken.

Im Rahmen des Forschungsprojektes bestand von Anfang an Einigkeit, dass die Forschungsfragen nur in einem interdisziplinären Ansatz beantwortet werden können. Interdisziplinarität bedeutete hier, in einem ersten Schritt Vertreter verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen und verschiedener praktischer Tätigkeit im Forschungsfeld zusammenzubringen, um überhaupt erst einmal die Fragen möglichst präzise und zugleich möglichst offen zu stellen.

Diese doppelte Fragerichtung resultierte aus der Einschätzung, dass über die konkreten Auswirkungen des ökonomischen Steuerungssystems DRG im Krankenhaus keine Erfahrungen, allenfalls analoge Vermutungen, bestünden und deshalb der Forschungsansatz so gewählt werden muss, dass erst im Forschungsprozess selbst die Hypothesen auf der Grundlage der erhobenen Daten generiert werden können⁴. Andererseits sollte die Fragerichtung doch so präzise sein, dass nicht zu viele Daten generiert würden, die einen dann später das Phänomen aus den Augen verlieren ließen.

Um zu wissen, wonach man fragen soll, bedarf es der Erfahrungen über das jeweilige Forschungsfeld. Zugleich besteht die Gefahr darin, dass die Erfahrung einem auch die Sicht auf das tatsächlich Neue verstellt, weil es vorschnell in den bekannten Kategorien untergebracht wird. Insofern erscheint eine gute Balance zwischen Fachlichkeit, Fachfremdheit und wissenschaftlicher Neugier eine wichtige Voraussetzung für einen interdisziplinären Forschungsansatz zu sein. Im Falle dieses Forschungsprojektes hat sich tatsächlich eine gute Mischung aus den erforderlichen Fähigkeiten eingestellt, wobei sich eine solche „gute Balance“ nur schlecht quantifizieren lässt. Auch ist es mit der Bereitstellung der Kompetenzen als solcher nicht getan – es muss da noch ein „Funke überspringen“, der das Beieinander zu einem produktiven Miteinander macht.

2.1 Interdisziplinarität auf der organisationalen Ebene

Die interdisziplinäre Anlage des Projektes tritt bereits in seiner strukturellen und personalen Organisation zu Tage: Das Projekt wurde wesentlich von einem Mediziner initiiert, von einer kirchlichen Stiftung gefördert und von einem Theologen mit wirtschaftsethischer Ausrichtung zusammen mit einem Doktoranden aus den Pflegewissenschaften an einer rechts- und wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät durchgeführt. Eine wichtige Basis bietet also bereits das setting der Universität und des Instituts. Die Universität Bayreuth ist in den 70er Jahren bewusst interdisziplinär angelegt worden. So gibt es hier

⁴ Zwar kann man die Auswirkungen der DRG in anderen Ländern studieren – das deutsche DRG-System baut auf dem der Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRG) auf, der zum Zeitpunkt des politischen Entschlusses aktuellsten Variante der DRG. Jedoch lassen sich Erfahrungen aus anderen Ländern nur bedingt übertragen. In diesem Fall hat das deutsche DRG-System einerseits eine viel breitere Basis; es ist Patientenklassifikations- und Entgeltsystem, während die DRG in Australien nur als Patientenklassifikationssystem genutzt werden. Außerdem differieren kulturelle, mentalitäre und gesundheitspolitische Bedingungen von Land zu Land, was einen direkten Vergleich schwierig macht.

nicht mehr die klassischen Fakultäten, sondern solche, die mehrere Disziplinen vereinen und so bereits strukturell eine interdisziplinäre Arbeitsweise fördern. Auch das Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften ist in seiner wissenschaftlichen Ausrichtung interdisziplinär angelegt, was sich in den bearbeiteten Themen wie in der disziplinären Herkunft der Mitarbeitenden ausspricht.

Für den interdisziplinären Austausch bildeten weiterhin die Sitzungen des Wissenschaftlichen Beirates ein wichtiges Forum, die etwa alle drei Monate stattfanden und auf der Basis der aktuell geleisteten Forschungsarbeit Teilergebnisse, weitere Schritte und anstehende Fragen diskutierten. Im Wissenschaftlichen Beirat waren mindestens sechs verschiedene Fachdisziplinen vertreten, wobei viele der Mitglieder für mehr als eine Disziplin standen.

Neben der disziplinären Perspektive im Sinne eines universitären Fächerkanons lässt sich aber ebenso die Unterteilung in „Theoretiker“ und „Praktiker“ als disziplinäre Differenz und insofern das Gespräch zwischen ihnen als Interdisziplinarität begreifen. Mit „Theoretikern“ sind hier jene Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler gemeint, die eine bestimmte disziplinäre Perspektive vorzugsweise mit forschungsbezogenen Überlegungen verbinden, also vor allem Fragen der Methodik, der Gewinnung und Interpretation von „Daten“ beantwortet wissen wollen. Im Gegensatz dazu vertreten die „Praktiker“ verstärkt eine anwendungsbezogene Perspektive und geben zu bedenken, welche Forschungsschritte welche Bedeutung im klinischen Alltag haben könnten bzw. drängen auf die Generierung von „anwendbarem Wissen“, das ihnen unmittelbar in ihrem Berufsalltag von Nutzen sein könnte.

Nach meiner Erfahrung sind es jedoch nicht allein die disziplinären Standpunkte, die zu neuen Einsichten verhelfen; mehr noch ist es das Dialogische, mit dem eine Verständigung über ein Phänomen gesucht wird – durch verschiedene Erfahrungen hindurch und mittels verschiedener Sprachen, die sich im Zuge der Differenzierung und Spezialisierung der Wissenschaften gebildet haben.

2.2 Interdisziplinäres Arbeiten als Modus der Verständigung

Interdisziplinäres Arbeiten erfasst in einem ersten Schritt die Entdeckung und das Verstehen der jeweils anderen Position durch die Forderung der „Explikation von Implizitem“: Jede Disziplin muss ihr jeweiliges Vorverständnis offenlegen und anderen Disziplinen zur Diskussion stellen.

Allerdings wurde in den Sitzungen des Beirates überdeutlich, dass die hier idealtypisch unterschiedenen disziplinären und forschungs- oder anwendungsbezogenen Perspektiven in praxi so nicht durchgehalten wurden von den Mitgliedern. Für viele der Beteiligten lässt es sich wohl besser so formulieren, dass das, was ihnen als „disziplinäre Perspektive“ zugeordnet werden kann, eher aus einer spezifischen Rolle resultiert als daraus, dass jemand dieses oder jenes studiert hat. Der interdisziplinäre Dialog beruhte mindestens ebenso stark auf beruflichen Rollen wie auf akademisch eingeübten Betrachtungs- und Bearbeitungsweisen. Am stärksten lässt sich eine konsistente monodisziplinäre Perspektive noch bei den Vertretern der Universität feststellen, bei denen akademische Herkunft und berufliche Rolle am ehesten deckungsgleich sind. Allerdings gilt gerade für sie, dass interdisziplinäres Denken mittlerweile zu ihren „primären Kulturtechniken“ zählt und von daher die je eigene disziplinäre Perspektive schon immer durch andere disziplinäre Argumente und Beobachtungen ergänzt, korrigiert bzw. erweitert wird.

So lässt sich vorläufig formulieren, dass das Interdisziplinäre vor allem einen Prozess darstellt, in dem Involvierte in einen Dialog eintreten, bei dem sie Argumente und Beobachtungen aufgrund entsprechender Sozialisierung und Bildung bzw. aufgrund erwarteter oder vermuteter Rollenzuschreibung äußern und im Dialog gemeinsam die Komplexität und Mehrdimensionalität eines Phänomens herausarbeiten und dabei jeweils Erkenntnisgewinn verzeichnen. Dieser Erkenntnisgewinn besteht nicht allein in zusätzlich akkumuliertem individuellem Wissen, sondern ebenso in der im Dialog eingeübten Fähigkeit, ein Problem multiperspektivisch zu konzeptualisieren und damit vorschnelle Schlüsse in Theorie und Praxis zu vermeiden.

Die mit dem Begriff Dialog gegebene Assoziation mit der platonischen Bemühung um Erkenntnis ist hier mehr als zufällig. Noch immer geht es um Erkenntnis und Verstehen durch den Logos, der sowohl für die Vernunft wie auch für die Sprache stehen kann. Wobei Vernunft nach unserem Verständnis immer sprachbasiert und Sprache immer vernunftbasiert ist, sofern sie keine unzugängliche Privatsprache darstellt (Wittgenstein).

Das Grundproblem (Erkenntnis als Bemühung um Verstehen von Problemen mittels Vernunft) und der Modus der Verständigung (Dialog; Kommunikation der Sprach- und Vernunftbegabten) sind also seit den Anfängen der Philosophie gleich geblieben; Variationen bieten die neuen Inhalte und Konzeptualisierungen der Probleme. Wir unterscheiden uns in unserem Erkenntnisbemühen allerdings auch dadurch, dass unsere Auffassungen von der Vernunft und der Sprache als Signifikanten einer ontologisch tatsächlich zugänglichen Wirklichkeit bescheidener, skeptischer und pluraler geworden sind.

Entsprechend haben Multiperspektivität, Partizipation der Betroffenen in einem idealerweise herrschaftsfreien Diskurs (Habermas) und machtkritische Analysen der Diskurse (Foucault) oder genderorientierte Rekonstruktion der Diskurse (Butler) eine zunehmende Bedeutung für den Modus und die Gestalt des Dialogs gewonnen.

Das ist nicht ohne Folgen für das Thema Interdisziplinarität. So war es ein Ziel des Projektes, die Leistungsfähigkeit interdisziplinären Arbeitens in actu gemeinsam zu erproben und zu reflektieren. Konkret bedeutete das, die verschiedenen Erfahrungen und Beschreibungsweisen zusammenzulegen und zu beobachten, welchen Erkenntnisgewinn diese interdisziplinäre Zusammenarbeit für die je eigene Disziplin beschert. Umgekehrt sollte es darum gehen, so etwas wie eine gemeinsame Perspektive auf das Problem zu gewinnen. Es stand zu erwarten, dass die jeweiligen Einschätzungen zum Thema (Auswirkungen der Ökonomisierung im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung) zum einen durch die je eigene Fachsprache und zum anderen durch den je disziplinären Anspruch und drittens durch die jeweilige berufliche Rolle bestimmt sein würden. Das bedeutete ein erhöhtes Maß an Achtsamkeit für Übersetzungsprozesse und ihre jeweilige Reflexion auf der Metaebene. Hierbei kam der Moderation der Besprechungen eine entscheidende Bedeutung zu, damit die Perspektiven tatsächlich fruchtbar aufeinander bezogen werden konnten und nicht nur additiv im Raum standen. Das bedeutet für die Moderation, dass diese mindestens ansatzweise die Sprachspiele und Denkwelten der unterschiedlichen Perspektiven und Disziplinen beherrscht – eine nicht eben einfach zu erfüllende Anforderung.

Ich möchte das an einem Beispiel verdeutlichen: Im Krankenhaus besteht noch immer eine starke Hierarchie, in der das ärztliche Personal die Spitze repräsentiert und die Pflege eher als zugeordnete Hilfsdisziplin verstanden wird. Um die damit verbundenen thematischen Einseitigkeiten und organisationalen Machtgefälle im eigenen Forschungsprojekt nicht zu reproduzieren – zum Beispiel in der personellen Zusammensetzung des Wissenschaftlichen Beirats und den damit verbundenen Machtkonstellationen – war es wichtig, hier aufmerksam gegenzusteuern. Dieses Gegensteuern versteht sich vor allem als eine reflexive Tätigkeit, eine Aufmerksamkeit für die Dynamik der Prozesse und den Modus der Verhandlung von Themen. Es wäre nicht sinnvoll gewesen und hätte eine krasse Fehlinterpretation von politischer Korrektheit bedeutet, die pflegerische Position im Wissenschaftlichen Beirat stärker auszustatten als die medizinische, um so das Machtdefizit und die geringere Deutungsmacht gegenüber der Medizin zu kompensieren. Vielmehr muss es darum gehen, die Dynamik des Prozesses zum Beispiel im Gremium Wissenschaftlicher Beirat auf dem Hintergrund des verhandelten Themas (z.B. Ökonomisierung im Gesundheitswesen, Transformation der Strukturen und Prozesse, Verun-

sicherung der Mitarbeitenden, zunehmender Druck, Bemühung um Transparenz, Bemühung um einen Ausgleich zwischen erlösorientierten und fürsorgeorientierten Ansprüchen) zu analysieren und auf diesem Weg Verständnis zu gewinnen, warum Dinge so verhandelt werden, wie sie verhandelt werden (z.B. sehr emotional, sehr abwertend, mit hohem Druck, mit viel Elan und Blick für Chancen, sehr beredet von der einen Disziplin bzw. dessen Vertreter, sehr schweigsam von der Vertreterin einer anderen Disziplin). In der Struktur und der Dynamik des Gremiums bildet sich sehr viel von der Struktur und der Dynamik des Gesamtsystems ab. Es ist Aufgabe eines selbstreflexiven interdisziplinären Vorgehens, diese Entsprechungen in den Blick zu nehmen und an ihnen neue Erkenntnisse über den Forschungsgegenstand zu gewinnen.

2.3 Interdisziplinarität auf der Gegenstandsebene

In der Entdeckung des „Neuen“ können Grenzen der disziplinären Betrachtungs- und Beschreibungsweisen aufgezeigt werden, indem zum Beispiel von einer anderen Disziplin auf „blinde Flecken“ oder Reduktionismen aufmerksam gemacht wird. Die Grenzen der Disziplinen wahrzunehmen bedeutet immer schon auch, einen Standpunkt jenseits der Grenze gefunden zu haben, von dem aus die Grenze erst als Grenze in den Blick kommt. Es mag sein, dass dieser Standpunkt noch nicht klar artikulierbar ist und theoretisch noch nicht vermessen ist, aber eben das gehört zur Aufgabe interdisziplinären Arbeitens, die Grenzen überschreiten muss. Doch auch hier stoßen wir auf ein Paradoxon: Grenzen werden im interdisziplinären Arbeiten vermutlich umso wichtiger, je mehr man diese Grenzen durch den theoretischen Dialog und die praktische Zusammenarbeit überschreitet.

Die Grenzen ermöglichen überhaupt erst die Differenziertheit der Wahrnehmung und sie bieten die Möglichkeit der Gestaltung von Praxis (vgl. Allolio-Näcke et al. 2005). Auf der praktischen Ebene des interdisziplinären Dialoges gilt es, die Relevanz dieser Grenzbestimmungen zu erheben, auf der Metaebene des theoretischen Diskurses ist noch einmal genauer zu fragen, wie und mit welchem Recht solche Einsprüche wie „Reduktionismus“ oder „Blinder Fleck“ erhoben werden können und ob und wie sie dann in praktisches Handeln umgesetzt werden. Vor diesem Hintergrund können sowohl unterschiedliche Fachsemantiken deutlich voneinander abgegrenzt als auch gemeinsame Positionen über die Erprobung der Grenzen an konkreten Anwendungsbeispielen erarbeitet werden. Da einzelne Wissenschaften z.T. sehr divergente Fragestellungen behandeln, bedarf der interdisziplinäre Diskurs auch im Blick auf die Methodik der fortwährenden Reflexion, um so die Einhaltung fachspezifischer Argumentationsniveaus im interdisziplinären Gespräch gewährleisten zu können. Über diese prozessuale, multiple, aber fachspezifische Heran-

gehensweise wird ein größtmöglicher gemeinsamer sprachlicher Code entwickelt, der die Grenzen des Ökonomischen aus den einzelnen Fachdisziplinen aufzeigt und versucht, diese in die einzelnen Fachdisziplinen als weiterführende und anschlussfähige Impulse zurückzuspielen.

2.4 Interdisziplinarität und Methodik

Die Reichweite interdisziplinärer Bemühungen hängt sehr stark davon ab, wie weit man den Kreis der relevanten Wissenschaften in Bezug auf einen Erkenntnisgegenstand ziehen will. Bezogen auf das hier präsentierte Forschungsprojekt impliziert die Frage nach einer interdisziplinären Anlage auch die Frage, ob hier Geistes-, Sozial- oder Naturwissenschaften zum Zuge kommen sollen – und gegebenenfalls in welcher Weise. Konventionell würde man das Thema den Sozialwissenschaften zuweisen. Allerdings zeigt sich bei genauerem Hinsehen, dass das Etikett „Sozialwissenschaften“ nicht so eindeutig ist: Es gibt z.B. eine verstehende Soziologie, die der Tendenz nach eher den Geisteswissenschaften in ihrem hermeneutischen Bemühen um Sinnrekonstruktion nahe steht; es gibt eine am Funktionalismus orientierte systemtheoretische Soziologie, die Sinnfragen per se ausklammert, aber deswegen noch nicht einer am mathematischen Ideal orientierten Beschreibung zuneigt; es gibt eine Soziologie, die primär auf der Grundlage von statistischen Daten probabilistische Aussagen über gesellschaftliche Prozesse macht. Die Übergänge zwischen nomothetischer und ideographischer Beschreibung sozialer Sachverhalte sind so fließend wie die der Wissenschaften und ihrer innerdisziplinären Ausformungen.

Interdisziplinarität meint hier also auch, die eigene wissenschaftsgeschichtliche und -theoretische Verortung im Blick zu behalten und für das eigene Forschungsprojekt eine Entscheidung zu treffen, die die Angemessenheit des eigenen Forschungsansatzes reflektiert und begründet.

Im vorliegenden Projekt fiel die Entscheidung für einen sozialwissenschaftlichen Ansatz, der Elemente der qualitativen Forschung mit solchen der sozioethischen Reflexion, also deskriptive und normative Vorgehensweisen, miteinander verbindet.

Innerhalb der Sozialwissenschaften gibt es immer noch einen tiefen Graben zwischen denen, die empirisch qualitativ arbeiten und jenen, die empirisch quantitativ vorgehen. Letztere nähern sich weitgehend dem naturwissenschaftlichen Forschungsparadigma von Hypothesengenerierung und Hypothesentest. Danach wird für ein Forschungsprojekt eine Forschungshypothese aufgestellt, die durch eine möglichst engmaschige Parametrisierung getestet werden soll. Der Anspruch ist es, durch eine möglichst objektive Metho-

dik bzw. eine repräsentative Erhebung Aussagen von hoher Allgemeingültigkeit erstellen zu können.

Demgegenüber ist das qualitative Paradigma stärker an geisteswissenschaftlichen Vorgehensweisen orientiert und strebt ein eher hermeneutisches Verstehen von zu erforschenden Phänomenen an. Die im Rahmen qualitativer Forschung generierten Aussagen sind von der Basis der gezogenen Stichprobe sehr viel kleiner als bei quantitativen Studien und gelten deshalb für manche Empiriker als weniger aussagekräftig. Zugleich ist die Qualität des Materials differenzierter und schwerer zu interpretieren im Sinne von eindeutigen Prozentzahlen. Dabei bietet das qualitativ erhobene Material allerdings eine Fülle von Informationen und Differenzierungen, die über in Fragebögen vorgegebene Antworten und Bewertungsskalen überhaupt nicht zu erheben sind (vgl. Lamnek 1995).

Die an der Grounded Theory von Glaser und Strauss orientierte Sozialforschung vertritt den Standpunkt, dass es darum gehen muss, gegenstandsbezogene Theorien auf der Grundlage eines sehr direkten Bezugs zur empirischen Wirklichkeit zu generieren. Die so entdeckten gegenstandsbezogenen Theorien bilden dann die Grundlage für formale Theorien von hohem Allgemeinheitsgrad (Glaser/Strauss 1967). Ein an Grounded Theory (im Deutschen: gegenstandsbezogener oder gegenstandsverankerter Theorie) orientierter Ansatz impliziert ein beständiges hermeneutisches Verschränken von Datensammlung, Dateninterpretation und Theoriebildung. Ein solcher Ansatz war im vorliegenden Fall relativ leicht zu vermitteln, weil viele theologisch geschulte Mitglieder eher ideographischen Methoden zuneigen und zweitens eine ausgewiesene Fachfrau für betriebsbezogene Sozialforschung diesen Ansatz argumentativ sehr stark unterstützt hat. Sehr schwierig vermittelbar ist hingegen ein qualitativer Forschungsansatz besonders in der Ökonomie; sie hat sich seit dem 19. Jahrhundert weitgehend dem naturwissenschaftlichen Paradigma angeschlossen und verfolgt Galileis Diktum sehr konsequent: „Messen, was zu messen ist und messbar machen, was nicht zu messen ist“. In einem Gremium aus überwiegend an harten Outcome-Daten interessierten Medizinerinnen oder Ökonomen wäre die im Antrag formulierte Methodik vermutlich gar nicht akzeptiert und gefördert worden.

3 Ökonomisierung als „Basisthema“

Auffällig in diesem Projekt war die Tatsache, dass die beteiligten Personen in der Regel durch ihren spezifischen beruflichen Hintergrund selbst schon „interdisziplinär gestimmt“ waren. Keiner der Beteiligten hat sozusagen ausschließlich aus einer genuin

soziologischen, theologischen, medizinischen oder anderen disziplinären Position heraus argumentiert. Alle hatten bei ihren Stellungnahmen stets mehr als nur eine disziplinäre Perspektive im Kopf. Am stärksten drängte sich dabei nach meiner Einschätzung die ökonomische Perspektive auf: Diese wurde mehr oder weniger von allen als „gemeinsame Realität“ geteilt. Sie lässt sich ungefähr so formulieren: Die Mittel, die wir zu verteilen haben, sind knapp, sie müssen in einer ökonomisch effizienten Weise verteilt werden.

Die Krankenhäuser sind von Sparmaßnahmen betroffen und müssen sich unter diesen Bedingungen als wettbewerbsfähig erweisen. Die Rahmenbedingungen hierfür sind relativ klar formuliert und erlauben nach allgemeiner Ansicht nur wenig individuellen Spielraum. Das erklärt auch, warum sich im Prinzip alle Krankenhäuser mehr oder minder gleich verhalten. Das wiederum verstärkt die „Normativität des Faktischen“. Diese Einschätzungen bilden gewissermaßen den gemeinsamen Referenzrahmen derjenigen, die interdisziplinär über das Thema diskutieren.

Die „Ökonomisierung der Lebenswelten“ gehört mittlerweile zum Standardtopos gesellschaftlicher Analysen. In der Regel als eine problematische Entwicklung betrachtet, werden dabei der Ökonomie wie der Ökonomik ein kolonialistisches oder imperialistisches Übergreifen auf praktisch alle gesellschaftliche Sphären unterstellt (Stichwort: Ökonomischer Imperialismus, Kolonialisierung der Lebenswelt), wobei mit diesem Übergreif Veränderungen der je spezifischen Rollen und Funktionslogiken in den kolonisierten Sphären einhergingen. Als besonders problematisch wird in diesem Zusammenhang moniert, dass im Zuge der Ökonomisierung menschliche Interaktionen auf ein Kosten-Nutzen kalkulierendes Tauschen von Waren, die menschliche Selbstwahrnehmung auf ein Präferenzen rational abwägendes und verfolgendes Menschenbild reduziert würden.

„Der homo oeconomicus ist eine Fiktion, sofern er als Wirklichkeit verstanden wird, die unabhängig vom kapitalistischen System existiert. Als Element des Systems ist der homo oeconomicus eine Wirklichkeit“ (Kosik 1970, 88f).

Hiermit ist ein weiterer wichtiger Aspekt interdisziplinärer Diskussionen im Bereich sozialer Tatsachen angesprochen. Argumente in der Diskussion gehen notwendigerweise immer mit einer Bewertung dieser Tatsachen einher. Diese Bewertungen spielen eine wichtige Rolle, sie können, wenn sie offen kommuniziert werden, den Dialog befruchten und für Klarheit in der Argumentation sorgen. Umgekehrt können implizit kommunizierte Bewertungen auch für Irritationen und Diffusion in der Diskussion sorgen. Unter Umständen kann eine implizit geteilte Bewertung sozialer Tatsachen alle Differenzen, die sich aus den disziplinären Perspektiven ergeben könnten, überlagern und unkenntlich machen – das würde den interdisziplinären Dialog nicht verunmöglichen, aber vielleicht

wichtige Erkenntnisschritte durch vorzeitigen Abbruch („Man“ ist sich ja einig und muss nicht weiter nachdenken.) verhindern. Andererseits können auch explizierte Einschätzungen einen dialogischen Bruch hervorrufen: In der Antragsphase stand der Begriff „Ökonomisierung“ im Antragstitel und musste auf Drängen einiger Beiratsmitglieder gestrichen werden; der Begriff sei zu polemogen und führe vom „eentlichen“ Thema ab.

Im abschließenden Symposium zur Präsentation der Ergebnisse des Forschungsprojektes stand der Begriff „Ökonomisierung“ an prominenter Stelle: „Ökonomisierung im klinischen Alltag. Auswirkungen der Fallpauschalen auf Behandlungsqualität und Organisationskultur.“ Das Beispiel veranschaulicht meines Erachtens die Problematik diskursiver Prozesse (Abbruch der Diskussion), aber auch die Widerständigkeit der Themen bzw. ihrer Protagonisten. Es zeigt zugleich, wie wichtig für einen gelingenden interdisziplinären Dialog ein ausreichendes Maß an Zeit, eine weitgehend „herrschaftsfreie“ Diskursatmosphäre und ein Diskursprogramm ist, das nicht allein auf Problemlösungen abzielt, sondern Raum für das Spontane, Absichtslose und Nicht-Planbare lässt.

Literatur

Lars Allolio-Näcke, Britta Kalscheuer und Arne Manzeschke (Hrsg.): *Differenzen anders denken. Bausteine zu einer Kulturtheorie der Transdifferenz*, Frankfurt am Main (Campus) 2005.

BMGS (2001): „Rede von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt im Bundestag zur Einbringung Bundeshaushalt – Epl 15 1. Lesung Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz 1. Lesung Fallpauschalengesetz“, in:

http://www.bmgs.bund.de/cln_040/nn_599776/DE/Presse/Reden/Reden-BMGS/Rede-27-09-2001-2838,param=.html__nnn=true.

Barney G. Glaser, Anselm M. Strauss: *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Chicago 1967.

Hans-Georg Gadamer: *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*, Tübingen (J.C.B. Mohr/Siebeck) 2/1965.

Helmut Holzhey: Art. „Interdisziplinär“, in: *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, hrsg. von Joachim Ritter und Karlfried Gründer, Darmstadt (Wissenschaftliche Buchgesellschaft) 1976, Bd. 4, 476-478.

Siegfried Lamnek: Qualitative Sozialforschung. Band 1: Methodologie, Band 2: Methoden und Techniken, Weinheim (Psychologie Verlags Union) 3/1995.

Karel Kosik: Dialektik des Konkreten, Frankfurt am Main (Suhrkamp) 1970.

Günter Küppers: „Emergenz“, in: Ansgar Nünning (Hrsg.), Metzler Lexikon Literatur- und Kulturtheorie, Stuttgart/Weimar (J.B. Metzler) 2001, 139.

Paula Lotmar und Edmond Tondeur: Führen in sozialen Organisationen. Ein Buch zum Nachdenken und Handeln, Bern/Stuttgart/Wien (Verlag Paul Haupt) 5/1996.

Arne Manzeschke, Michael Reiher und Eckhard Nagel: Hochtechnologiemedizin und Ethik. Müssen wir Grenzen setzen?, in: Wolfgang Niederlag, Heinz-U. Lemke, Leo A. Nefiodow und Dietrich H. W. Grönemeyer (Hrsg.) Hochtechnologie im Spannungsfeld zwischen Ökonomie, Politik, Recht und Ethik, Health Academy 1/2005, 127-154.

Arne Manzeschke: „Wenn das Lächeln verloren geht“. Beobachtungen zu Profession und Ethos in den Gesundheitsberufen, in: Sozialer Sinn. Zeitschrift für hermeneutische Sozialforschung, Heft 2 7/2006, 251-272.

Bernhard von Mutius: Die Verwandlung der Welt. Ein Dialog mit der Zukunft, Stuttgart (Klett-Cotta) 2000.

Helga Nowotny: Unersättliche Neugier. Innovation in einer fragilen Zukunft, Berlin (Kulturverlag Kadmos) 2005.

Achim Stephan: Emergenz. Von der Unvorhersagbarkeit zur Selbstorganisation, Dresden (Mentis) 2/2005.

Thomas Wägenbaur (Hrsg.): Blinde Emergenz? Interdisziplinäre Beiträge zu Fragen kultureller Evolution, Heidelberg (Synchron) 2000.

Thomas Wägenbaur: Einleitung, in: ders. (Hrsg.), Blinde Emergenz? Interdisziplinäre Beiträge zu Fragen kultureller Evolution, Heidelberg (Synchron) 2000, 1-32.

Christoph Wild: Art. „Problem“, in: Handbuch philosophischer Grundbegriffe, hrsg. von Hermann Krings, Hans Michael Baumgartner und Christoph Wild, München (Kösel) 1973, Bd. 4, 1139-1146.

Curriculum Vitae

1962	geboren in Hamburg
1981–1983	Wehrdienst als Reserveoffizier
1983–1985	Ausbildung zum Ingenieurassistenten der Fachrichtung Datentechnik bei Siemens, München
1985–1992	Studium der Theologie in München, Tübingen und Erlangen
1992–1995	Promotion im Fach Kirchengeschichte mit einer Arbeit über die Entstehung des Bischofsamtes in der bayerischen Landeskirche in der Weimarer Zeit mit einem Stipendium der Erika-Giehl-Stiftung, Erlangen
1995–1997	Vikariat in der Gemeinde Forth, Markt Eckental
1997–1999	Geschäftsführer bei den Festtagen der Nürnberg-Fürther Kirchen 1998
1999–2001	Studienleiter am Predigerseminar Neuendettelsau
2001–2004	Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Systematische Theologie der Friedrich-Alexander-Universität, Erlangen-Nürnberg
2004–2006	Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth
2007	Leiter der Arbeitsstelle für Theologische Ethik und Anthropologie an der Universität Bayreuth

Forschungsschwerpunkte

Theoretische und empirische Untersuchungen zu Ökonomisierungsvorgängen in den Bereichen des Gesundheitswesens sowie damit verbundene ethische Fragen

Historisch, ethische und anthropologische Aspekte des Gesundheitswesens

Wirtschafts- und technikethische Probleme im Bereich der Gesundheitsversorgung

Ethische und anthropologische Grundprobleme



PD Dr. theol. Arne Manzeschke