

6. Symposium Pflegebeziehung: Beziehungsarbeit Eine wertvolle Billiglinie?
 Psychiatrische Klinik Wil, 11. Mai 2007

Referat

Mascha Madörin

Ökonomie der Beziehungsarbeit in der Pflege Finanzierung von Care-Leistungen

Der von den VeranstalterInnen gewählte Titel meines Referates enthält zwei Teile, in die ich das Referat aufteilen will: in 1. Ökonomie der Beziehungsarbeit in der Pflege und in 2. Finanzierung von Care Leistungen. Anfänglich war ein anderer Titel vereinbart, nämlich: Pflege eine Herausforderung an die Gesundheitsökonomie. Dieser zuerst gewählte Titel hätte stärker meine Erkenntnisinteressen als Wirtschaftswissenschaftlerin ausgedrückt: Pflege IST eine Herausforderung für die Wirtschaftstheorie. Der für die Tagung ausgewählte Titel drückt stärker die Erkenntnisinteressen der im Gesundheitswesen Arbeitenden, insbesondere der Pflegenden aus. Ich hoffe beides miteinander kombinieren zu können.

Bevor ich zu den angekündigten zwei Teilen des Referats komme, möchte ich ein paar Bemerkungen vorausschicken:

1. Ich bin Volkswirtschaftlerin, nicht Betriebswirtin, befasse mich beruflich mit volkswirtschaftlichen Fragestellungen, mit internationalen Entwicklungen und speziell mit öffentlichen Finanzen und Gender. Ich werde also nichts zur Organisation der Pflege in Spitälern sagen, zu den Besonderheiten des Managements der Arbeits- und Entscheidungsprozesse in Institutionen, wo gepflegt wird, obwohl dies eine sehr interessante Frage wäre. Mein Interesse liegt anderswo, mich interessiert das Gesundheitswesen als Teil der Volkswirtschaft in mehreren Hinsichten:

- wegen der Besonderheiten des Arbeitsprozesses;
- als ein zunehmend wichtiger Teil der Volkswirtschaft;
- als wichtige Voraussetzung menschlicher Wohlfahrt und der Existenzsicherung. Der Zugang zu einer medizinischen Grundversorgung ist ein Menschenrecht;
- wegen des Nebeneinanders von bezahlter und unbezahlter Arbeit und wegen der Verschiebungen, die gegenwärtig zwischen bezahlter und unbezahlter Arbeit stattfinden;
- wegen der enormen Geschlechterasymmetrie und -hierarchie sowohl im bezahlten als auch im unbezahlten Gesundheitswesen eine wahre Herausforderung für jede Feministin. Ein Fünftel der Arbeitsplätze der in der Schweiz erwerbstätigen Frauen befindet sich im Gesundheits- und Sozialsektor, nirgends ist der Anteil der Frauen so hoch wie in diesem Sektor. Es sind auch vor allem Frauen, vor allem Lebenspartnerinnen und Töchter, die diese Arbeit im Privaten machen ;
- etc.

2. Im ersten Teil des Referats will ich besonders auf die Frage eingehen, was denn eigentlich aus ökonomischer Sicht das Besondere der *Pflege als Arbeitsprozess* ist und welche Fragen sich dabei für eine Gesundheitsökonomie und generell für eine Wirtschaftstheorie stellen, die sich mit der Sorge für andere befasst. Seit mehr als zwanzig Jahren gibt es, ausgehend von Diskussionen in der neuen Frauenbewegung, eine Debatte über die Beziehungsarbeit und die damit verbundenen Arbeitsprozesse. Daraus ist inzwischen eine wirtschaftswissenschaftliche Diskussion feministischer Ökonominen zu den Besonderheiten der sogenannten Care Ökonomie entstanden, der Ökonomie der Sorge für andere, handle es sich um das Aufziehen der Kinder oder die Sorge für und Pflege von unterstützungsbedürftigen erwachsenen Menschen (Madörin 2006). Alle, die zu diesem Bereich arbeiten, sind sich einig, dass mit den Kategorien und Theorien, mit welchen die Mainstream-Ökonomen auch in der Gesundheitsökonomie arbeitet, der Sachlage nicht

gerecht werden können. Es geht dabei um ein wirtschaftswissenschaftliches respektive -theoretisches Problem. Es geht um die Frage: Mit welchen Kategorien analysieren wir die Care Ökonomie? Wenn ich Fachzeitschriften wie zum Beispiel *Managed Care* ansehe, so stelle ich fest, dass das, was mich als Wirtschaftswissenschaftlerin als theoretische Herausforderung interessiert, zwar auch thematisiert wird, jedoch als ethische Frage oder als Frage der Pflegewissenschaft. Es wird so getan, als ob es eine unhinterfragbare ökonomische Analyse des Gesundheitswesens gäbe, als ob es klar wäre, welche ökonomische Fragen sich stellen und man dazu nur noch die Ökonomen fragen muss.

3. Als ich vor 40 Jahren Volkswirtschaft studierte, lernte ich vier verschiedene wirtschaftstheoretische Denkschulen kennen. Heute dominiert eine einzige Theorietradition sowohl die Forschung als auch die Lehre. Es handelt sich um die neoklassische Wirtschaftstheorie, die in den letzten Jahrzehnten zwar stark ausdifferenziert wurde, aber immer noch von den gleichen grundlegenden Annahmen und Fragestellungen ausgeht wie vor hundert Jahren. Die Neoklassik befasst sich vor allem mit Marktmechanismen und mit der Optimierung von ökonomischen Entscheidungen. Ich halte den Ansatz der Neoklassik mindestens teilweise für geeignet um zu verstehen, wie sich eine Autoindustrie auf dem Weltmarkt entwickelt und in welche Krisen sie geraten kann oder wie sich die Pharmaindustrie globalisiert hat. Ich halte sie aber für sehr ungeeignet, um die Dynamiken und wichtige ökonomische Probleme des heutigen Gesundheitswesens zu verstehen. Andere Theorierichtungen bieten zwar brauchbarere Konzepte und Fragestellungen an. Aber *allen* ist gemeinsam, dass sie während der Industrialisierung entstanden sind und sich im Wesentlichen mit der Produktion von Dingen, und den damit verbundenen Arbeitsprozesse, deren Produktivität und der Wohlfahrt der Menschen durch den Konsum von Dingen befassen die Konzeptionen des Care Management sind sehr stark von den Theorien geprägt, welche aus den Erfahrungen mit der Industrialisierung entstanden sind. Obwohl personenbezogene Dienstleistungen zunehmend wichtig werden, sind ihre Besonderheiten noch kaum Thema der Wirtschaftswissenschaften, obwohl sie eine eigenständige wirtschaftstheoretische Debatte erfordern würden. (Madörin 2006)

Wie wenig die spezifische Analyse der personenbezogenen Dienstleistungen (zu denen auch die Pflege gehört), interessiert, zeigt sich an den Statistiken: Personenbezogene Dienstleistungen sind nicht als spezielle Kategorie ausgewiesen. In der Schweiz wissen wir nicht, wie viele Leute solche Arbeiten verrichten. Untersuchungen in den USA ergeben folgendes Bild:

1990 machten in den USA die persönlichen Dienstleistungen (zu denen auch die Pflege gehört) 30 Prozent aller Arbeitsstellen aus. In einer einzigen Kette von privaten Pflegeheimen, der Beverly Enterprises, waren beispielsweise mehr Leute angestellt als beim Autokonzern Chrysler Corporations. Und doch, so schreibt Robert B. Reich, der erste Arbeitsminister der Regierung von Clinton, wissen die Amerikaner sehr viel mehr über die Ökonomie von Chrysler als über wirtschaftliche Probleme von und Arbeit in Pflegeheimen (Reich, 1992, 176/7). Seit 2001 bis Mitte 2006 sind in den USA im Gesundheitswesen 1,7 Millionen neue Jobs geschaffen worden, die Zunahme der Arbeitsstellen in der Pharma- und Versicherungsindustrie nicht eingerechnet (Business Week online 25. Sept. 2006). Die Arbeitsstellen in der Privatwirtschaft Jobs der Gesundheitsindustrie ausgenommen haben im gleichen Zeitraum stagniert. Die IT-Industrie hat im gleichen Zeitraum mehr als 1,1 Millionen Jobs in den USA verloren, trotz riesigen Wachstums des Internets.

Der US Futurologe Ian Person schreibt in einem Artikel von 2005 über die Auswirkungen der Weiterentwicklung der Robotik und deren Auswirkungen auf die Wirtschaft bis ins Jahr 2010, dass noch viele manuelle *und* was neu ist Kopf -Arbeiten in Zukunft von Robotern übernommen werden. Die Arbeiten jedoch, welche mit persönlichen Beziehungen zu andern Menschen verbunden sind, werden nicht verschwinden: What we will be left with are those jobs that rely on human contact. We call it the care economy because they are the sorts of jobs that need human contact primarily caring-type jobs. Jobs like teaching children, or caring for someone as a nurse, or starting a personal service for people, like hairdressing or

waitressing. (www.cnn.com/2005/TECH/05/12/visionary.pearson).

Entsprechende Tendenzen lassen sich für die letzten 15 Jahre in der Schweiz ansatzweise feststellen: Das Gesundheits- und Sozialwesen (ohne Pharmaindustrie und Handel von Medikamenten, aber inklusive Veterinärwesen und Sozialwesen) ist heute, wenn wir die Zahl der Arbeitsplätze ansehen, eine der grössten Wirtschaftsbranchen der Schweiz. Sie ist in den letzten 15 Jahren nebst dem Informatik- und Forschungssektor diejenige Branche in der Schweiz gewesen, wo am meisten neue Arbeitsplätze geschaffen wurden, während in Industrie und Handel ein massiver Abbau stattgefunden hat (Bundesamt für Statistik, AVOL 1991-2004). In den fünf Jahren von 1991-1995 und 2000-2004 ist das Arbeitsvolumen des Gesundheits- und Sozialwesens verglichen mit allen andern Wirtschaftsbereichen am meisten gestiegen. Nur in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre war das absolute Wachstum der Arbeitsplätze in der Informatik, in Forschung und Entwicklung und im Immobilienbereich noch stärker als dasjenige des Gesundheits- und Sozialwesens. Natürlich besteht das Gesundheitswesen nicht ausschliesslich aus Pflegepersonal, aber ein beträchtlicher Teil der im Gesundheitswesen Tätigen sind Pflegende, PhysiotherapeutInnen, ÄrztInnen etc. Im Gesundheits- und Erziehungswesen machen Personalkosten etwa 80 Prozent der gesamten Kosten aus.

Eine meiner Thesen ist, dass heute im Gesundheitswesen eine zentrale Auseinandersetzung darüber geführt wird, wie in unserer Gesellschaft in Zukunft Care, die Sorge für andere organisiert wird, die Konsequenzen auch für andere Bereiche der Care Ökonomie hat. Die Beunruhigung vieler Angestellten im Gesundheitssektor über die Entwicklungen im Gesundheitswesen und ihr Einsatz für menschenwürdige Arbeitsplätze menschenwürdig sowohl für sie selbst als auch für die PatientInnen ist von strategischer Bedeutung für die Zukunft. Es geht *auch* um die Zukunft der gesellschaftlichen Organisation der Care Tätigkeiten, die wir alle brauchen, um gut aufwachsen, leben und in Würde sterben zu können und die, wenn wir uns die Zeit betrachten, die für diese Tätigkeiten bezahlt und unbezahlt aufgewendet wird, eine grosse ökonomische Bedeutung haben. Ein Problem dabei ist, dass die GesundheitsökonomInnen nicht über das Neue dieser ökonomischen Entwicklung nachdenken, sondern mit Denkmodellen operieren, die aus der Zeit stammen, als die Industrie der zentrale Arbeitsmarkt und Wirtschaftswachstumsfaktor war und als die Massenproduktion von Dingen ein historischer Fortschritt darstellte, den wir nicht missen möchten. Nun wird aber bezahlte Care Tätigkeiten ökonomisch immer wichtiger und die Frage stellt sich, was dies für das Wirtschaftswachstum heisst, das, was wir wirtschaftlichen Fortschritt nennen. Wie denken wir uns die Ökonomie der persönlichen Dienstleistungen für alle im Unterschied zur Produktion von Autos für alle?

Teil I: Die Pflege

Um klar zu machen, was den gängigen Markt- und Effizienztheorien als wirtschaftswissenschaftliches Denkmodell zugrunde liegt, will ich auf ein paar zentrale Annahmen hinweisen. Die klassische Markttheorie geht von den Fragen aus: Welche Güter sollen produziert werden? Wie sollen sie produziert werden und für wen? (Lane, 1991, 11 ff). Es sind typisch ökonomische Fragen, die sich auch bei der Gesundheitspolitik stellen. Die Antwort der Mainstream-Ökonomie auf die drei Fragen ist, dass die Mechanismen des Marktes eine effiziente Antwort liefern. Falls es keinen Markt gibt (beispielsweise bei der Festlegung von Tarmed), dann sollten marktförmige Entscheidungen simuliert werden. Das ist die Grundidee beispielsweise des New Public Management.

Nehmen wir als Beispiel für dieses Denkmodell den Autokonzern Chrysler mit seinen Fabriken und seinen Angestellten. Es werden Autos designt, produziert und vermarktet, von denen die Firmenleitung annimmt, sie könnten auf dem Markt verkauft werden. Die Autos werden produziert und auf dem Markt verkauft, die Arbeitenden erhalten Löhne und sind froh, wenn sie abends um 17h00 Feierabend haben, einen anständigen Lohn kriegen und ihnen keine Entlassung droht. Sind sie nicht zufrieden mit dem Lohn, werden sie versuchen die Stelle zu wechseln. In der Freizeit treten sie wie alle andern, die durch ihre Arbeit Geld verdient haben als KonsumentInnen auf. In der Theorie haben Produzent und Käufer nichts miteinander zu tun, sie haben auch nichts mit ihren eigenen Produkten zu tun. Die ProduzentInnen arbeiten, um Geld zu haben, sie arbeiten nicht, um Autos zu produzieren. Mit dem Geld werden sie vielleicht auch Autos kaufen. Der Markt vermittelt zwischen anonymen Produzenten und anonymen KäuferInnen, die Produkte kommen auf den Markt und werden gekauft oder auch nicht. Die KäuferInnen entscheiden darüber, was sie kaufen wollen, falls sie über das Geld verfügen, das sie zum Einkaufen brauchen. Der Freie Markt ist eine Demokratie individualisierter DollarbesitzerInnen und ArbeitskraftverkäuferInnen. Falls Chrysler nicht die gewünschten Autos produziert und deshalb nicht verkaufen kann, muss Chrysler die Fabrik schliessen oder andere Autos produzieren, die ebenso überzeugen wie diejenigen der Konkurrenz. Durch die Nachfrage wird, so das Modell, *auch die Frage der Effizienz und Effektivität gelöst*. Wenn ein Produkt vergleichsweise schlecht oder zu teuer ist oder gar nicht gebraucht wird, dann kann es nicht verkauft werden. Ein guter Unternehmer muss flexibel sein und die Produktion umstellen, falls er seine Produkte nicht verkauft. Wenn das Produkt gekauft wird, dann ist das der Beweis von Effektivität. So kommt, in der Theorie auch der technische Fortschritt zustande, die produktiveren Produktionsmethoden setzen sich durch, die weniger Arbeits- und andere Kosten verursachen. Die Theorie kümmert sich nicht darum, weshalb die Leute was kaufen wollen und ob dies vernünftig ist. Effektiv ist, was gekauft wird. Die Theorie geht davon aus, dass die Leute frei sein sollen, das zu kaufen, was sie wollen und wozu sie das Geld haben eine sympathische und ziemlich anarchistische Vorstellung, eine der zentralen Grundlagen der liberalen Philosophie und eine der zentralen Vorstellungen, die der Freiheitsidee und der Idee des Individualismus zugrunde liegen.

Eine effiziente und effektive Produktion und Verwendung der Mittel für die Produktion, so ein weiteres Credo der Theoretiker des freien Marktes, ist am ehesten gewährleistet, wenn die Entscheidung darüber dem freien Markt überlassen ist, weil er den KonsumentInnen durch ihre Käufe einen Einfluss darüber gibt, was produziert wird, und die privaten in Konkurrenz stehenden Unternehmer ein Interesse an einer Effizienzsteigerung haben, weil sie so höhere Gewinne erarbeiten können. Das Marktmodell setzt die Freiheit der Menschen, zwischen Alternativen wählen zu können, voraus. Und das setzt den souveränen, gut informierten, erwachsenen und kompetenten Konsumenten voraus. Auch, dass er genügend Geld hat.

Natürlich wird dieses viel kritisierte und problematische Grundmodell der neoklassischen Wirtschaftstheorie in seiner Anwendung inzwischen modifiziert und komplexer gestaltet, aber die Grundidee bleibt. Es ist wichtig, diese zu verstehen, um zu verstehen, was das Problem der Steuerung des Gesundheitswesens durch marktförmige Entscheidungsmechanismen ist.

Einige dieser Probleme wollen wir nun im Zusammenhang mit der Pflege genauer ansehen. Was ich hier aufzähle ist ein Zwischenbericht über den Stand meiner eigenen Überlegungen. Hier soll nicht eine generelle Kritik der Markttheorie aufgerollt werden, sondern nur der Frage nachgegangen werden, weshalb die persönlichen Dienstleistungen neue Fragen aufwerfen, in Bezug auf die grundlegende Annahmen der Markttheorien zu Effizienz, Effektivität und Kostenersparnis.

Was ist das besondere an der Arbeit, die Pflegenden machen? Ein wichtiges Merkmal aller personenbezogenen Dienstleistungen und besonders der Pflege ist, 1) dass im Unterschied zur Güterproduktion der Produktions- und der Konsumtionsprozess nicht getrennt sind und nicht getrennt werden können. Das Herz, die Gefühle sind Teil des Arbeitsprozesses und Teil des wirtschaftlichen Austauschs. (Hochschild 1990, Jochimsen 2003). 2) Ein weiteres Merkmal speziell von Care Tätigkeiten wie Pflege von Kranken oder Betreuung von Kindern ist, dass diese Care Leistungen ein Machtgefälle zwischen Dienstleistenden und KlientInnen beinhaltet, ein Verantwortlichkeits- und Abhängigkeitsverhältnis während des Arbeitsprozesses. (Jochimsen 2003). Das hat verschiedene Konsequenzen für die Wirtschaftstheorie, soll sie sich mit dem Gesundheitswesen befassen.

1. Alle personenbezogenen Dienstleistungen, seien es diejenigen einer Ärztin, einer Reiseführerin, eines Pflegers, einer Lehrerin oder eines Kleinkindererziehers setzen unvermeidlich zwischenmenschliche Beziehungen voraus, also Subjekt-Subjekt-Beziehungen und nicht Subjekt-Objekt-Beziehungen wie bei der Güterproduktion. Nebst fachlicher Kompetenz spielen *Beziehungskompetenz, die gegenseitigen Gefühle und Kommunikation, sowie die Qualität der Beziehung, eine wichtige Rolle. Sie sind das ist zentral **Teil der Leistung und Teil der Qualität der Leistung.*** Die detailliertesten Leistungslisten, die es heute für Spitäler gibt, können diesen Teil der Leistung nicht messen. *Aus diesem Grund haben Leistungsmessungen und ihre Standardisierung Grenzen, und damit sind wesentliche Elemente des New Public Management in Frage gestellt. Das Einzige, das wirklich gemessen werden kann, ist die Zeit, die es minimal braucht, damit die Beziehungsleistung überhaupt erbracht werden kann. Oder man kann KlientInnen fragen, mit welchen Pflegenden sie zufrieden sind und woran das liegt.*

Heute wird standardisiert, was standardisier- und damit mess- und vergleichbar ist. Damit fallen wichtige Elemente der Qualität von Pflegeleistungen weg meiner Ansicht nach mit schwerwiegenden Konsequenzen für die Vorstellungen, was effiziente und effektive Gesundheitsversorgung und eine adäquate Organisation von Institutionen des Gesundheitswesens sein soll.

2. Ein weiteres Problem besteht darin, dass diejenigen, die direkt als Leistende und KlientInnen über die Qualität der Pflege oder Reiseführung am ehesten Bescheid wissen können, von der ökonomischen Entscheidungsfindung darüber, was eine gute und effektive Leistung darstellt, weitgehend ausgeschlossen sind. In den Spitälern ist die Entscheidungshierarchie diesbezüglich klar. In der ambulanten medizinischen Versorgung sieht das Hausarztmodell vor, dass die Hausärztin darüber entscheidet, wen ich konsultiere und von wem ich mich behandeln lasse. Die Krankenkassen möchten zudem darüber entscheiden, mit welchen HausärztInnen sie Behandlungs- und Entscheidungsverträge abschliessen wollen. Die einzige Freiheit, die den PatientInnen bei diesem Scheinmarktmodell bleiben soll, ist die freie Wahl der Krankenkasse. Auch den engsten PartnerInnen der personenbezogenen Dienstleistungen, welche am meisten Zeit mit den KlientInnen verbringen, nämlich die Pflegenden in Spitälern, die Physio- und PsychotherapeutInnen werden von den Krankenkassen jegliche Entscheidungskompetenz verweigert. Es sind die ÄrztInnen, die entscheiden, welche Behandlung angebracht ist. Bei der schulmedizinischen Behandlung ist der Anteil der Beziehungsarbeit weitaus geringer als in der Komplementärmedizin. Diejenigen, welche am wenigsten Beziehungsarbeit leisten,

haben die grösste Entscheidungskompetenz. Eigentlich ein eigenartiges Konzept in einer auf Wirtschaftsliberalismus getrimmten Gesellschaft. Es wird ständig von der Einführung des freien Marktes im Gesundheitswesen geredet, aber de facto vermittelt dieser Markt zwischen Krankenkassen, ÄrztInnen (den über die Behandlung Entscheidenden), Pharmaindustrie und Medikamentenhandel, nicht zwischen den Pflegenden, den diversen TherapeutInnen und deren KlientInnen. In den Spitälern sind es ebenfalls die ÄrztInnen und SpitalmanagerInnen, die Entscheidungspartner der Krankenkassen darstellen.

3. Bei persönlichen Dienstleistungen, wie Pflege oder Unterstützung betreuungsbedürftiger erwachsener Personen und von Kindern ist *ein Machtgefälle zwischen den Dienstleistenden und den KlientInnen Teil des Arbeitsprozesses*. Menschen, die solche persönliche Dienstleistungen erbringen, haben eine Macht über ihre Klienten, die sie als ProduzentInnen von Dingen nicht hätten. Es ist vielleicht unangenehm, einen schlechten Taxichauffeur zu erwischen oder beim Coiffeur eine blöde Frisur verpasst zu bekommen. Aber wenn es um die Chemie zwischen der Kindergärtnerin und dem Kind geht, oder um die Haltung des Pflegepersonals in einer psychiatrischen Klinik, dann wird es schon sehr viel existenzieller, sowohl für die Dienstleistenden als auch für die betreuten Personen. Bei allen Tätigkeiten der Care Ökonomie, in denen es um die Sorge für Abhängige und um personennahe Dienstleistungen geht, welche die Intimsphäre stark tangieren, wird die Frage des Machtgefälles wichtig. Wenn Sie sich die Wirtschaftsgeschichte ansehen, dann wurden die personenbezogenen Arbeiten meistens von SklavInnen, Leibeigenen oder von Frauen erbracht, mit Leuten ohne Macht und mit einem niedrigen sozialen Status für Leute mit Macht und einem höheren sozialen Status. Das Machtgefälle wurde für die pflegebedürftigen Privilegierten sozusagen umgedreht oder verkleinert. Wenn ich für meine Pflege eine Sans-Papiers anheuere, dann wird sie mich gut behandeln müssen, weil sie davon abhängig ist, dass ich zufrieden mit ihr bin. Dadurch wird die Abhängigkeit von intimsten Pflegediensten einfacher und das Bedürfnis nach häufigen kleinen Handreichungen leichter zu befriedigen. Der dafür notwendige Zeitaufwand ist auch für Leute bezahlbar, die wenig Geld haben. Wenn ich reich bin, kann ich einfach sehr viel bezahlen, damit der Butler viel verliert, wenn ich ihn entlasse. Die Qualität von Beziehungsarbeit kann ich mir kaufen und steht mir mehr zu, wenn mein sozialer Status hoch genug ist, ich genügend Geld oder aus irgendwelchen Gründen einen Machtvorteil habe. Heute werden solche Machtvorteile u.a. durch restriktive Immigrationsgesetze geschaffen. Die Frage, wie denn *menschenwürdige und partnerschaftliche* Care Arbeiten durchgesetzt werden können, welche Organisationsformen, Entscheidungs- und Informationsabläufe es dazu braucht und welche ökonomischen Voraussetzungen, das ist nicht so klar und eine historisch gesehen, relative neue Fragen, die zuerst von den sozialistischen und religiös-karitativen Bewegungen aufgeworfen wurde. Der britische Arzt und Forscher Julian Tudor Hart spricht vom Umgekehrten Gesetz von Care-Leistungen. Diejenigen, die es am meisten brauchen, die sozial benachteiligten, haben am wenigsten Zugang zur medizinischen Versorgung und Gesundheitspflege. (Hart, 2006, 67).

Früher dachte man an das Gesundheitswesen als etwas Soziales, das kostet, aber aus sozialen Gründen allen offen stehen sollte. Die einzige ökonomische Sicht darauf war die Frage, wie viel es kosten darf. Es war auch klar, dass diejenigen, welche die Pflege- und Betreuungs-Leistung erbrachten, es meist aus karitativen oder familiären Gründen taten. Bis heute sind es vorwiegend Frauen, die solche Arbeiten machen. Wie steht es aber, wenn wir das Gesundheitswesen als notwendiger Teil der Volkswirtschaft, als wesentlichen Teil der staatlichen oder privaten Dienstleistungen und Produktion ansehen, die wichtig sind für das Wohlergehen der Gesellschaft? Als Leistungen, die es braucht, so wie wir essen, wohnen und uns kleiden müssen? Wer kann sich diese persönlichen Dienstleistungen, die Zeit brauchen und deshalb teuer

sind, leisten, wenn es keine Sozialversicherungen dafür gibt? Wenn flächendeckend für eine ganze Bevölkerung bezahlte Pflegeleistungen zugänglich sein sollen, dann stellen sich für die Wirtschaftstheorie neue Fragen, die sich bei der Produktion von Gütern nicht stellen. Wir brauchen neue analytische Kategorien, neue Wörter. Das Reden von Klienten anstatt von Patienten ändert nichts an der Tatsache, dass ein Klient der Migros nicht dasselbe ist wie der Klient mit dreitausend Franken Monatseinkommen, der soeben vom Arzt erfährt, dass er Krebs hat. Auch ökonomisch gesehen ist er nicht dasselbe.

4. Die Markttheorie nimmt an, dass das, was ich kaufe, ein Produkt mit eindeutigen Eigenschaften ist. Es gibt ein Effizienzproblem für diejenigen, die produzieren und Leistungen erbringen, nämlich die Frage, wie viel die Produktion eines Salates kostet und wie viel ich dafür bekomme und ob ich nicht lieber Hanf anbauen soll statt Salat oder beim Pflanzen des Salats mehr Dünger verwenden soll. Das ist die Frage der Effizienz. Die Frage der Effektivität betrifft mich als Konsumentin. Mich interessiert als Salatkäuferin, für welchen Preis ich einen Salat ohne allzu viel Pestizidzusätzen und ohne Düngergeruch kaufen kann. Der Markt, so die Theorie, vermittelt nicht nur zwischen ProduzentInnen und KonsumentInnen, sondern dank Wahlfreiheit mit seinem Preisgefüge auch zwischen Effizienz und Effektivität. Bei der Behandlung von Kranken ist das wesentlich komplizierter. Wenn ich zur Ärztin gehe, ist es oft nicht klar, welche Leistung ich erwarten kann, noch was das Resultat der Behandlung sein wird. Vielleicht ist es am ehesten noch bei einfachen chirurgischen Eingriffen und Massenimpfungen klar. Auch die Ärztin weiss nicht so genau, was sie produziert. Noch weniger klar ist es, was eigentlich das Resultat von Pflege ist. Um zu erklären, was ich mit der Unterscheidung zwischen Effizienz und Effektivität meine, will ich folgendes Beispiel erwähnen: Ein erfahrener indischer Homöopath, der seinen Lebensunterhalt als Atomphysiker bestreitet und seit Jahren Homöopathie praktiziert, hat mir erzählt, dass es für ihn unvorstellbar sei, für eine homöopathische Behandlung Geld zu verlangen. Es sei unethisch von Leuten Geld zu verlangen für eine Behandlung, die nichts bringt oder gar alles noch schlimmer macht. Seine KlientInnen würden ihm am Ende der Behandlung bezahlen, je nachdem, ob die Behandlung erfolgreich war und wie sie seine Bemühungen einschätzen. Die Leute bezahlen also für die von ihnen gespürte Wirkungen der Behandlungen und den von ihnen wahrgenommenen ernsthaften Bemühungen des Homöopathen und auch abhängig davon, über wie viel Geld sie verfügen. Effizient ist die Arbeit des Homöopathen aus seiner Sicht nur, wenn er Erfolg hat. Das ist anders in unserem System. Eine Arztkonsultation oder Pflegeleistung wird bezahlt, ob sie Erfolg hat und für den Klienten gut war oder nicht. Natürlich finde ich eine adäquate Bezahlung der medizinischen Dienstleistungen wichtig, aber es ist nicht unproblematisch, wenn dieses Prinzip mit dem Argument der Kostenersparnis noch verstärkt wird. *Wichtig ist, zu verstehen, dass die Frage nach der Effizienz im Gesundheitswesen nicht dasselbe ist wie die Frage der Effektivität.* Für die Wirtschaftstheorie, die sich u.a. mit dem rationalen Einsatz knapper ökonomischer Ressourcen befasst, ist diese für das Gesundheitswesen notwendige Unterscheidung zwischen Effizienz und Effektivität, zwischen Leistungskosten, Leistung und der Wirkung der Leistung, ein schwieriges, ungewohntes Problem.
5. In den Jahrzehnten der Entstehung der modernen Datenverarbeitungs- und Informationstechnologien ist die Evidence based medicine entstanden, die es erlaubt, Informationen zur medizinischen Behandlung von hunderttausenden Menschen zu speichern (Hart 2006, 120). Die Evidence based medicine bietet die Möglichkeit, eine Verbindung zwischen Effektivität und Effizienz von Behandlungen herzustellen. Nur gibt es auch hier zwei grundlegende Probleme, die sich bei der Kontroverse um die Komplementärmedizin besonders deutlich gezeigt haben:
 - Zu welchem Zeitpunkt wird der Erfolg einer Behandlung gemessen? Im

Denkmodell der Wirtschaftstheorie kaufe ich ein Produkt, wenn es da ist. Was ich damit mache, interessiert nicht. Die Tatsache, dass ich es gekauft habe, ist der Evidenzbeweis. Aber wie steht es mit medizinischen Behandlungen oder Pflegeleistungen? Ihre Wirkungen, ob positiv oder negativ, dauern oft lange an, manchmal lebenslänglich. Welcher Zeitpunkt der Messung soll nun entscheidend sein? Und wie sollen dabei zeitweilige Pflegeleistungen und Beziehungsarbeit bedacht werden? Ist das etwas, was ich brauche, weil ich darauf angewiesen bin, oder haben Pflegeleistungen und ihre zwischenmenschliche Qualität auch etwas mit der Effektivität medizinischer Behandlung zu tun?

- Das andere Problem liegt darin, dass die Evidence based medicine von objektivier- und messbaren Kriterien ausgeht, letztlich von einem Subjekt-Objektverhältnis zwischen behandelnden Personen und PatientInnen. Der Behandlungserfolg wird unabhängig von den Behandelten und deren Selbstwahrnehmungen gemessen. Es kann sein, dass Wirkungen gemessen werden, die gar nicht wichtig sind für den Behandlungserfolg. Zudem stellt sich das akute Problem der Korruption in der medizinischen Forschung und der mehr als problematischen Auswertung statistischer Daten. Ein nun seit wenigen Jahren dauerndes britisches Programm der Entwicklung einer Evidence based medicine, das auch das Wissen und die Erfahrung von PatientInnen mit einbezieht, stösst auf etlichen Widerstand von ÄrztInnen, Pflegepersonal und ApothekerInnen. Ihre Sorge ist, dass sie dafür mehr Zeit brauchen! (Hart, 2006, 124/5)
6. Ein weiterer Punkt, den ich hier kurz aufführen will, ist die Frage der Grundbedürfnisse und der Grundrechte. Ich kann darüber entscheiden, ob ich ein Auto kaufen will, aber ich kann nicht darüber entscheiden, ob ich essen will. Es gibt Dinge im Leben, die elementar sind. Die Operation eines gebrochenen Beins, die Pflege bei schwerer Krankheit und Unterstützung für alltägliche Verrichtungen, die ich nicht mehr selbst tun kann, sind elementar. Die ökonomischen Mechanismen, die ein Grundrecht garantieren sollen, können nicht dieselben sein wie die ökonomischen Mechanismen, die eine möglichst optimale Produktion von Autos ermöglichen sollen. Das Recht auf eine minimale Gesundheitsversorgung ist eine öffentliche Angelegenheit und kann nicht mit dem Marktmechanismus geregelt werden, der davon ausgeht, dass ich die Freiheit habe zu kaufen oder nicht und dass ich zur Realisierung dieser Freiheit auch Geld habe.
 7. Eine administrativ und juristisch scheinbar geregelte Frage ist, was denn eigentlich Pflege ist. In der Praxis ist das nicht klar. Bei den Pflegeversicherungen in Deutschland (Thiele 2004, S. 79) und Österreich wird bei der Definition verschiedener Pflegebedürftigkeiten auch die Unfähigkeit, gewisse Hausarbeiten zu verrichten, mitgerechnet. In der Schweiz ist bei der obligatorischen Pflegeversicherung finanzielle Unterstützung von Haushaltsarbeiten ausgeschlossen, auch bei der Hilflosenentschädigung ist die Unfähigkeit, Hausarbeiten selbst zu verrichten, nicht Kriterium für deren Auszahlung. Jedoch ist es doch so, dass bevor ich nicht mehr selbst essen kann, ich nicht mehr selbst kochen kann. Und bevor ich nicht mehr selbst kochen kann, ich meistens nicht mehr selbst einkaufen kann. In den schweizerischen Sozialversicherungen wird nur berücksichtigt, was ich nicht selbst tun kann bei der Pflege meines eigenen Körpers: ob ich noch selbst essen, allein auf die Toilette gehen und mich anziehen kann etc. Es wird aber nicht berücksichtigt, ob ich noch selbst einkaufen oder kochen kann. Das stellt für Leute mit einem kleinen Einkommen riesige Probleme dar, wenn sie nicht Ehefrauen, Töchter, Freundinnen und Nachbarinnen haben, welche die alltäglichen Hausarbeiten für sie tun. Es sind meistens Frauen, die diese Arbeit leisten, welche im Pflegebegriff der Schweiz offensichtlich nicht vorkommt. Es geht um diese Hausarbeiten und kleine

Handreichungen, von denen unser Alltag voll ist. Spitex sind solche Tätigkeiten, wenn sie von der obligatorischen Pflegeversicherung bezahlt werden sollen, inzwischen streng verboten. Die Unterscheidung zwischen Krankenpflege und Hoteldiensten oder Haushaltsdiensten hat enge Grenzen und, so vermute ich, ist weder effizient noch effektiv.

Mit diesen unvollständigen Ausführungen will ich den ersten Teil abschliessen. Ich hoffe, Ihnen gezeigt zu haben, wie wichtig es wäre, genauer zu diskutieren, welche Fragen sich GesundheitsökonomInnen stellen müssten, sollen ihre Denkmodelle den Arbeits- und Austauschprozessen, die weitgehend das Gesundheitswesen dominieren, gerecht werden. In dieser Hinsicht muss noch viel analytische Arbeit geleistet werden. Die Definitionsmacht, welche heute GesundheitsökonomInnen beanspruchen, ist nicht gerechtfertigt. Ich hoffe auch, dass Sie verstehen, dass es sehr wichtig ist, dass Sie sich als Fachleute der Pflege und von medizinischen Dienstleistungen in die ökonomische Debatte einmischen.

Teil 2: Die Finanzierung von Pflegeleistungen und die Kostenexplosion im Gesundheitswesen

Zwischen 1960 und 2000 haben sich in der Schweiz, zu konstanten Preisen gerechnet, die Kosten des Gesundheitswesens pro EinwohnerIn vervierfacht. 1960 machten die Kosten des Gesundheitswesens 4,9 Prozent des Bruttoinlandprodukts aus, im Jahr 2000 10,7 Prozent. Verglichen mit andern Ländern ist dieser Anteil am Bruttoinlandprodukt hoch. (Bundesamt für Statistik, 2003 Tab 5-7) Diese Zahlen werden, nebst den steigenden Krankenkassenprämien immer wieder als Beweise aufgeführt, wie problematisch diese so genannte Kostenexplosion ist. Die Kostenexplosion wird heute von Ökonomen wesentlich als dem Gesundheitssystem innewohnende Problematik irrationaler Verwendung ökonomischer Ressourcen, irrationaler Entscheidungsprozesse und uferloser Nachfrage nach Dienstleistungen des Gesundheitswesens gesehen. Ich will nicht behaupten, dass solche Irrationalitäten und Ressourcenverschwendungen nicht vorkommen. Vier Argumente relativieren jedoch die Relevanz dieser Sichtweise:

1. Zum einen ist festzuhalten, dass im Jahr 2000 32,9 der Kosten des Gesundheitswesens von den Privaten Haushalten getragen wurden- nicht von den Sozial- und Privatversicherungen und auch nicht vom Staat. (BFS 2003 Tab.3c). Dieser direkte Anteil der Haushalte (Out of pocket -Zahlungen plus Kostenbeteiligung bei Versicherungen) an den Gesundheitskosten sollte eigentlich eingefleischte Wirtschaftsliberale nicht schockieren. Vielleicht hat die relative Steigerung der Gesundheitskosten einfach etwas mit Wohlfahrt und Reichtum in der Schweiz zu tun. So wie der Anteil der Konsumausgaben für Ernährung in der Vergangenheit gesunken ist, sinkt nun auch der Anteil für industrielle Güter, dafür steigt der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandprodukt. (Krugmann/Wells, 2006)
Aber es bleiben noch die restlichen über 70% der Kosten, die durch Sozial- und Privatversicherungen, die Invalidenversicherung, die AHV und durch staatliche Subventionen bezahlt, d.h. die nicht den Haushalten direkt, sondern indirekt und umverteilt verrechnet werden. Der Anteil des Staates (Bund, Kantone, Gemeinden) an den Gesundheitskosten liegt bei 15%, wird also durch Steuern finanziert. Den grössten Anteil (40,4%) der Kosten werden über die Sozialversicherungen (KVG Grundversicherung, IV/AHV, UVG, Militärvers.) verrechnet. Der grösste Teil dieser Versicherungen werden auch über die Haushalte finanziert. Aus der Sicht von elementaren Grundrechten, die allen, unabhängig von ihrem Einkommen zugesichert sein sollten, ist das Problem der Pflegeversicherung allerdings bis heute nicht befriedigend gelöst, ebensowenig das Problem der zahnärztlichen Versorgung und der Haushalthilfen.
2. Bevor ich auf die Ökonomie der unbezahlten Pflege- und Sorgeleistungen eingehe, will ich die Frage der Kostenexplosion im Gesundheitswesen noch etwas ausleuchten, weil sie sehr viel mit der Tatsache zu tun hat, dass ein grosser Teil der Kosten des Gesundheitswesens Personalkosten sind. Eine Ärztin kann noch so gut ausgebildet sein, sie kann auch eine sehr hohe soziale Kompetenz und viel Erfahrung haben, sie kann keine gute Ärztin mehr sein, wenn sie den einzelnen PatientInnen nicht genügend Zeit widmen kann. Seit Jahrzehnten werden hingegen fast jedes Jahr Zahlen gemeldet, dass nun Autos noch schneller produziert werden respektive noch weniger Arbeitszeit brauchen und technisch auch noch besser werden. Aber man kann mit dem besten Abteilungsmanagement und den modernsten Techniken nicht jedes Jahr schneller pflegen. Allenfalls kann der Spitalaufenthalt verkürzt werden, aber auch da sind die Limiten schnell erreicht. Bei der Güterproduktion wird es als eine wünschbare Effizienzsteigerung angeschaut, wenn immer weniger Arbeitszeit für die Produktion von Gütern verwendet werden

muss. Aber entspricht eine Reduktion der Zeit, die PatientInnen von Seiten der ÄrztInnen und Pflegenden zur Verfügung steht, auch ein Fortschritt in der Effektivität der Behandlung? Dass nur noch eine Pflegerin auf 500 Kranke kommt, dürfte wohl nicht das Ziel des Fortschrittes im Gesundheitswesen sein. Das Problem ist, wie schon im ersten Teil erwähnt, dass die Qualität der Pflegeleistung eng mit der aufgewendeten Zeit zusammenhängt. Zwischen 1999 und 2003 hat die Anzahl des Pflegepersonals pro 1000 Pflgetagen in allen Krankenhäusern und auch in Kliniken der Langzeitpflege zugenommen, ausser in den Spezialkliniken für Chirurgie und für Gynäkologie. Interessanterweise haben aber die Pflegekosten pro Pflgetag im gleichen Zeitraum bedeutend stärker zugenommen. (BSF 2005, Graphik 4.1. und G 1.1.). Heisst das nun, dass die Löhne des Pflegepersonals gestiegen sind, oder ganz andere Kosten zugenommen haben? Auf jeden Fall ist fest zu halten, dass bessere Leistungen meistens mehr Pflegepersonal, ÄrztInnen und anderer TherapeutInnen braucht. Mit dem Behandlungsfortschritt im Gesundheitswesen nehmen die Arbeitsplätze eher zu, mit dem technischen Fortschritt in der Industrie, nehmen die Arbeitsplätze ab, jedenfalls so lange als der Energieverschleiss nicht verhindert wird.

3. Die australische feministische Ökonomin Susan Donath ist eine der raren ÖkonomInnen, die sich mit der ökonomischen Dynamik der Care-Ökonomie befassen. Sie erinnert daran, dass deren Arbeitsproduktivität nur in engen Grenzen erhöht werden kann, und dass dies schon einmal in den 1960er Jahren von Ökonomen thematisiert wurde. Schon 1967 hat der bekannte Wirtschaftstheoretiker William Baumol mit grosser Weitsicht herausgearbeitet, was dies bedeutet. Baumol kam aufgrund seiner Analysen zum Schluss, dass Tätigkeiten, die der persönlichen Versorgung von Menschen dienen, angesichts des technischen Fortschritts in den anderen Sektoren relativ gesehen immer teurer werden würden. (Donath, 2000). Im Sinne Baumols lässt sich deshalb die so genannte Kostenexplosion im Gesundheitswesen mindestens zum Teil auf ein Wahrnehmungs- respektive ein Preisstrukturproblem reduzieren. Diese Kosten werden verglichen mit jenen in andern Wirtschaftsbereichen, in denen es rasante technische Fortschritte gegeben hat. Es ist also nicht nur der technische Fortschritt im Gesundheitswesen, der zur Kostensteigerung des Gesundheitswesens beigetragen hat, sondern vor allem auch der technische Fortschritt *ausserhalb* des Gesundheitswesens. Die Erwerbsarbeitszeit, die wir aufwenden müssen, um ein Auto kaufen zu können, ist in den letzten Jahrzehnten bedeutend kürzer geworden, dies ist aber weit weniger der Fall für Operationen oder Spitalaufenthalte oder Aufenthalte in Pflegeheimen. Baumol selbst war optimistisch bezüglich der Konsequenzen der von ihm analysierten unvermeidlichen ökonomischen Dynamik, die durch den technischen Fortschritt in der Güterproduktion verursacht wird. Er hoffte, dass der Lebensstandard trotzdem generell steigen werde. Da die Leute bedeutend weniger für Autos und Ähnliches bezahlen müssten, könnten sie mehr für ihre Gesundheit ausgeben, und durchschnittlich gehe es ihnen besser, war Baumols Hoffnung. Die Überlegungen Baumols betreffen auch andere Bereiche der Care Ökonomie, beispielsweise den Erziehungssektor. Auch modernste Forschungs- und Finanzzentren brauchen Dienstpersonal, das für Sauberkeit im Computerpark und für die Ernährung der WissensarbeiterInnen sorgt. Und auch diese Tätigkeiten sind nicht beliebig produktiver zu gestalten. Der technische Fortschritt in einem Teil der Wirtschaft, vor allem in der Güterproduktion, hat ein neues ökonomisches Problem geschaffen. Es besteht darin, dass die Arbeitsproduktivität in den verschiedenen Sektoren rasant auseinanderdriftet und mit ihr die Höhe der Arbeitseinkommen und die Profitabilität von Investitionen. Soll Pflegepersonal anständig bezahlt werden und eine medizinische Grundversorgung allen zugänglich sein, dann kann dies nicht durch Marktmechanismen geregelt werden.

Im staatlichen und privatwirtschaftlichen Gesundheitswesen wird gegenwärtig

versucht, weitere Erhöhungen der Kosten zu vermeiden oder sie sogar zu senken. Wie aber soll gespart werden? Ein wesentlicher Versuch, im Gesundheitswesen zu sparen, besteht darin, die Arbeitsvorgänge von ÄrztInnen und Pflegenden akribisch in verschiedene Tätigkeiten aufzusplittern und in qualifizierte gut bezahlte und unqualifizierte schlecht bezahlte zu hierarchisieren. Es ist ein Versuch, die arbeitsteiligen Methoden der Umwandlung von handwerklichen Arbeitsweisen in industrielle zu kopieren. Bei der Reorganisation von Spitälern und bei der spitalexternen Krankenpflege (Spitex) wird deutlich, worum es geht: ÄrztInnen und Krankenschwestern sollen die Krankheit behandeln, das billigere Hilfspersonal - oder im Fall der Spitex Haushaltshilfen, Freiwillige oder Angehörige - soll die Kranken bedienen. Ihre Aufgabe ist es, zu putzen, die Mahlzeiten zuzubereiten und zu servieren sowie allenfalls mit den Kranken zu reden. Die medizinische Behandlung - auch der psychosomatischen Aspekte - wird standardisiert, die alltägliche Beziehungs- und Versorgungsarbeit, die kurzen Gespräche disqualifiziert und für die Grundversicherung rationiert oder dann teuer verrechnet. Im Vordergrund steht aktuell die Abschaffung der traditionellen Helferrolle von ÄrztInnen und des Pflegepersonals. An ihre Stelle soll die Eigenverantwortung der PatientInnen treten. So emanzipatorisch das für alle Beteiligten klingt: Damit soll primär an Beziehungsarbeit gespart werden, weil sie finanziell ins Gewicht fällt, wenn der Zeitaufwand bezahlt werden soll. Das hat auch Konsequenzen bezüglich der Evaluierung der Behandlungseffizienz. Die grösste Sorge des medizinischen Personals bezüglich der Beteiligung der PatientInnen an der Datenerarbeitung der Evidence based medicine ist, dass es zeitraubend und anstrengend wäre. (Hart, 2006, 125).

Der internationale Vergleich von Gesundheitsmodellen zeigt, dass die Kosteneinsparungsmöglichkeiten trotz allen Beschränkungen, trotz zunehmender Lohnhierarchisierungen und zunehmender Beschäftigung von diskriminierten MigrantInnen im Spitalbereich, trotz Freiwilligenarbeit, trotz kürzeren Spitalaufenthalten und anderen Massnahmen, sehr begrenzt sind. Die Alternative zu dieser Art der Kostendämpfung ist, die Gesundheitsversorgung für eine ausreichend grosse Bevölkerungsgruppe einzuschränken - beliebt sind in solchen Planspielen die Alten.

4. Das bestehende Gesundheitswesen wäre sehr ungenügend beschrieben, wenn wir nicht von den unbezahlten Pflege-, Unterstützungs- und Behandlungstätigkeiten reden würden. Ein bislang nicht genau erforschter Grund für die überproportionale Zunahme der Gesundheitskosten dürfte darin liegen, dass in den letzten Jahrzehnten unbezahlte Tätigkeiten in den bezahlten Gesundheitssektor verschoben worden sind. Die Dimensionen, die zur Debatte stehen, sind enorm, in zwei Hinsichten:
 - Rund drei Viertel der sich krank oder unpässlich fühlenden Personen gehen nicht zu ihrem Arzt oder zu ihrer Ärztin, sondern helfen sich selbst. Eine Studie in den USA zeigt, dass wenn nur zwei Prozent der AmerikanerInnen, die sich krank fühlen, Selbstmedikation betreiben und auf medizinische Konsultation verzichten, stattdessen ihre ÄrztInnen aufsuchen würden, sich die Zahl der GrundversorgerInnen in den USA um 50 Prozent erhöhen müsste. (Sommer, 1999, 2) Geringfügige Verhaltensänderungen oder eine generelle Verschlechterung der Gesundheitssituation der Menschen haben enorme Auswirkungen auf die erforderlichen Kapazitäten und die Kosten des Gesundheitswesens. Aber auch diese Feststellung greift noch zu kurz.
 - Wenn wir davon ausgehen, dass Menschen nun mal zeitweise krank werden und von anderen Unterstützung brauchen und, egal in welchem Alter sie sterben, vor dem Tod durchschnittlich zwischen ein und zwei Jahren stark unterstützungsbedürftig sind, dann bekommt die Kostenexplosion im Gesundheitswesen nochmals eine ganz andere Dimension. Dies, weil in der

Vergangenheit ein wesentlicher Teil dieser Unterstützung, die jeder und jede zeitweise in seinem oder ihrem Leben braucht, unbezahlt geleistet wurde vorwiegend von Frauen. Es gibt keine Forschung, die untersucht hat, wie stark die Verschiebung dieser unbezahlten Arbeit in das bezahlte Gesundheitswesen in den letzten Jahrzehnten zur Kostensteigerung im Gesundheitswesen beigetragen hat. Auch heute noch sind die Dimensionen enorm. Neuere Berechnungen zeigen, dass der Wert der unbezahlte Pflege im eigenen Haushalt (ohne Haushaltsarbeit) und Pflege und Dienstleistungen (wie Einkaufen und Kochen) gegenüber Dritten in andern Haushalten im Jahr 2004 rund 3 Milliarden Franken betrug (Schön-Bühlmann, 2005, 279/80). Diese Summe entspricht knapp der Lohnsumme, die im Jahr 2004 an das Pflegepersonal aller Krankenhäuser und Spezialkliniken ausbezahlt wurde (BFS, 2006, Tab. K3). Diese Arbeit wird zu ungefähr zwei Dritteln von Frauen gemacht. Während die Männer weitgehend auf die unbezahlte pflegerische und versorgende Unterstützung durch die Ehefrau zählen können, sind ältere Frauen, die meist länger leben als der Ehemann, bei Altersschwäche und Krankheit stärker auf Unterstützung von aussen angewiesen. Frauen, die als Ehefrauen/Freundinnen, Mütter und teilweise als Töchter und Schwiegertöchter solche Dienste meist in aller Selbstverständlichkeit übernehmen, riskieren, im Alter selbst auf teure und streng rationierte Hilfe von aussen angewiesen zu sein. Es ist klar, dass durch die vermehrte Berufstätigkeit, Frauen weniger in der Lage sein werden, solche Dienstleistungen zu erbringen. Ich bin überzeugt, dass deshalb die steigenden Kosten der Langzeitpflege eines der heissesten politisch umkämpften Themen der Zukunft sein wird. Bei den letzten Regierungswahlen in Österreich war die Abwahl des früheren Bundespräsidenten Wolfgang Schüssel nicht zuletzt das Resultat eines schweren Faux-pas. Er hatte sich über die Frage der Pflegeversicherung und der illegalen Pflegearbeit von Immigrantinnen ohne Aufenthaltsbewilligung lustig gemacht und dies als aufgebauschtes Problem deklariert. Worauf findige Journalisten herausfanden, dass eine pflegebedürftige nahe Verwandte von Schüssel von einer eben solchen illegalen Immigrantin gepflegt wurde...

Der Gesundheitsökonom Jürg Sommer stellt in seinem Buch *Gesundheitssysteme zwischen Plan und Markt* das Motto an den Anfang: *The trick is not rules versus no rules, but finding the right rules.* (Lester C. Thurow). Diesem Zitat kann ich nur beipflichten. Das Problem ist, dass wir nicht nur die richtigen Regeln finden müssen, sondern auch die adäquate ökonomischen Kategorien und Theorien um über Regeln überhaupt richtig nachdenken zu können.

Literaturhinweise

BFS, Bundesamt für Statistik (Juni 2003): *Gesundheitskosten in der Schweiz: Entwicklung von 1960 bis 2000. Tabellen zu den Gesundheitsstatistiken, Revidierte Zeitreihen, BFS aktuell;*

BFS, Bundesamt für Statistik (2005): *Indikatoren der Kosten und Ressourcen der Schweizer Spitäler, StatSanté 1/2005;*

BFS, Bundesamt für Statistik (2006): *Krankenhausstatistik und Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2004, Tabellen zu den Gesundheitsstatistiken Jan. 2006;*

Camenzind, Paul/ Meier, Claudia (Hrg.) (2004): *Gesundheitskosten und Geschlecht. Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz, Bern: Huber;*

Donath, Susan (2000): *The Other Economy. A suggestion for a Distinctively Feminist Economics, in: Feminist Economics, Jg. 6, H. 1, S. 115-125;*

Hart, Julian Tudor (2006): The political economy of health care. A clinical perspective, Bristol (UK): policypress;

Hochschild, Arlie Russell (1990): Das gekaufte Herz. Zur Kommerzialisierung der Gefühle, Frankfurt/New York: Campus;

Jochimsen, Maren A. (2003): Careful Economics. Integrating caring activities and economic science. Boston/Dordrecht/London: Kluwer Academic Publishers;

Krugman, Paul/ Wells, Robin (2006): The Health Care Crisis and What to Do About It, Review, in: The New York Review of Books, Vol. 53, Number 5, March 23, 2006, www.nybooks.com/

Lane, Robert E. (1991): The Market Experience, Cambridge University Press;

Schön-Bühlmann, Jacqueline (2005): Unbezahlte Pflegeleistungen von Privatpersonen und Haushalten, in: Soziale Sicherheit 5/2005, S. 274-280;

Madörin, Mascha (2005): Die Pflege eine Herausforderung für die Gesundheitsökonomie, in Managed Care 7/8, 2005 S. 20-21;

Madörin, Mascha (2006): Plädoyer für eine eigenständige Theorie der Care-Ökonomie, in: Nicheoy T., Tullney M. (Hrsg.): Geschlechterverhältnisse in der Ökonomie, Marburg: Metropolis;

Reich, Rober B. (1992): The Work of Nations. Preparing Ourselves for 21st Century Capitalism, New York: Vintage Books

Sommer, H. Jürg (1999) Gesundheitssysteme zwischen Plan und Markt, Stuttgart: Schattauer

Thiele, Günter (2004): Ökonomik des Pflegesystems, Heidelberg: Economica.