

<b>Vorwort und Einführung</b>	11
<b>1 DAS DEUTSCHE GESUNDHEITSSYSTEM IM UMBRUCH</b>	13
<b>1.1 ‚Kostenexplosion‘ im Gesundheitswesen oder mangelnde Einnahmepolitik? - Die Problembeschreibung des deutschen Gesundheitssystems</b>	14
<b>1.2 Politische Reformen im Gesundheitssystem. – Zwischen Einsparungsdruck und Wachstumsmarkt</b>	18
1.2.1 Gesundheitsreformen bis in die 1990er Jahre	20
1.2.2 Die Gesundheitsreform 2000	23
1.2.2.1 Ein neues Vergütungssystem nach Fallpauschalen	24
1.2.2.2 Staatliche Vorgaben zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung	31
1.2.2.3. Evidenz-basierte Medizin und Disease-Management-Programme	33
1.2.2.4 Integrierte Versorgung	35
1.2.3 Debatte um zukünftige Reformen im Gesundheitswesen	37
1.2.3.1 Eine breitere Finanzierungsbasis für die GKV	38
1.2.3.2 Individuelle Zuzahlungen	40
1.2.3.3 Risikoprivatisierung	40
<b>1.3 ‚Mehr Markt‘ oder ‚mehr Staat‘ im Gesundheitswesen?</b>	42
1.3.1 Beispiel USA: Steuerung des Gesundheitssystems vorrangig durch marktwirtschaftlichen Wettbewerb	44
1.3.2 Beispiel Großbritannien: Steuerung des Gesundheitssystems vorrangig durch staatliche Regulierung	49
1.3.3 Das deutsche System der Selbstverwaltung als ‚Dritter Weg‘	51
1.3.4 Die Krise des Wohlfahrtsstaates - Das Deutsche Gesundheitssystem zwischen Deregulierung (Markt) und staatlicher Überregulierung (Staat)	54
<b>1.4 Fazit - Zukunftsperspektiven für die Krankenhäuser</b>	56

<b>2.</b>	<b>AUSWIRKUNGEN DER ÖKONOMISIERUNG AUF DIE MENSCHEN UND IHRE ROLLEN IN DER INSTITUTION KRANKENHAUS</b>	<b>61</b>
<b>2.1</b>	<b>Wandel der Institution - Vom Siechenspital zum Gesundheitskonzern</b>	<b>61</b>
1.1.1	Anfangszeit der Hospitäler	61
2.1.2	Prägung durch die naturwissenschaftliche Medizin	63
2.1.3	Emanzipationsbewegungen im Gesundheitswesen	65
2.1.4	Krankenhäuser als Dienstleistungsunternehmen	67
<b>2.2</b>	<b>Auswirkung der Ökonomisierung auf die Gesundheitsberufe</b>	<b>69</b>
2.2.1	Auswirkungen der Ökonomisierung auf das berufliche Selbstverständnis der Ärzteschaft im Krankenhaus	72
2.2.1.1	Datenbasierte Medizin und Bürokratisierung	72
2.2.1.2	Ökonomisierung und Kommerzialisierung	74
2.2.1.3	Verrechtlichung	75
2.2.1.4	Verwissenschaftlichung und Medizintechnik	76
2.2.1.5	Fazit	77
2.2.2	Auswirkungen der Ökonomisierung auf das berufliche Selbstverständnis der Pflegenden im Krankenhaus	78
2.2.2.1	Professionalisierung durch Beratungskompetenz im Dienst der Alltagsbewältigung mit Krankheit	79
2.2.2.2	Professionalisierung durch Verwissenschaftlichung mit Hilfe von Datenerhebungen (Qualitätsmanagement, Public Health)	81
2.2.2.3	Professionalisierung durch Dienstleistungskompetenz	82
2.2.2.4	Berufsständische Organisation der Pflege	84
2.2.2.5	Fazit	85
<b>2.3</b>	<b>Wandel der Patientenrolle</b>	<b>86</b>
2.3.1	PatientInnen in der Routine des Expertensystems Krankenhaus	88
2.3.2.	PatientInnen als ‚KundInnen‘ im Dienstleistungsunternehmen Krankenhaus	90
2.3.2.1	Der Kundenbegriff verlangt Kundensouveränität einer aufgeklärten mündigen PatientIn	91
2.3.2.2	Der Kundenbegriff macht Gesundheit zur Ware	94
2.3.2.3	Der Kundenbegriff fördert ein soziales Gefälle	95

2.3.3	Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen	96
2.3.4	Fazit	98
<b>2.4</b>	<b>Auswirkungen der Ökonomisierung auf Interaktion und Kommunikation im Krankenhaus</b>	<b>100</b>
2.4.1	Arzt-Patient-Beziehung	102
2.4.1.1	Arzt-Patient-Beziehung bei der Visite	102
2.4.1.2	Arzt-Patient-Beziehung zwischen Paternalismus, Autonomie und Neopaternalismus	105
2.4.2	Der Umgang mit dem Leiden - Einfluss von Angst, Schuld und Aggression in der Interaktion im Krankenhaus	110
2.4.2.1	Der Umgang mit Angst im Krankenhaus	113
2.4.2.2	Der Umgang mit Schuld im Krankenhaus	114
2.4.2.3	Der Umgang mit Aggression im Krankenhaus	116
<b>3</b>	<b>EIN NEUES INTERESSE DES KRANKENHAUSES AN DER EIGENEN ORGANISATION</b>	<b>122</b>
<b>3.1</b>	<b>Die Organisation Krankenhaus aus systemtheoretischer Perspektive</b>	<b>123</b>
<b>3.2.</b>	<b>Organisationsentwicklung in einer ‚Lernenden Organisation‘</b>	<b>128</b>
3.2.1	Problemfelder der Organisationsentwicklung im Krankenhaus	136
3.2.2	Probleme und Widersprüche von Organisationsentwicklung im Krankenhaus	141
3.2.2.1	Die Ausgangsthese der OE ist harmonisierend und kann Machtverhältnisse verschleiern	142
3.2.2.2	OE ersetzt die Illusion von der ‚idealen Struktur‘ durch die Illusion vom ‚idealen Organisationswandel‘ - und blendet die Schattenseiten aus	145
3.2.2.3	Probleme der praktischen Umsetzung am Beispiel Leitbildentwicklung	153
<b>3.3</b>	<b>Qualitätsmanagement (QM) im Krankenhaus</b>	<b>156</b>
3.3.1	Qualitätsmanagementmodelle im Krankenhausbereich	159

3.3.2	Kritische Anmerkungen	162
3.3.2.1	Qualitätsmanagement steht unter dem Vorzeichen der Ökonomisierung und des Spardrucks im Gesundheitswesen	162
3.3.2.2	Die Einhaltung von Qualitätsstandards ist messbar, Kommunikation und Beziehung nicht	165
3.3.2.3	Der Qualitätsbegriff ist vieldeutig	170
3.3.2.3.1	<i>Wie beurteilt man ‚Lebensqualität‘?</i>	174
3.3.2.3.2	<i>Ist ‚Kunden-Zufriedenheit‘ eine messbare Qualität?</i>	176
3.3.2.3.3	<i>Öffentliche ‚Qualitäts‘-Diskurse im Gesundheitswesen</i>	178
<b>3.4</b>	<b>Fazit</b>	180
<b>4</b>	<b>DIE KIRCHEN UND DIE ÖKONOMISIERUNG SOZIALER LEISTUNGEN IM GESUNDHEITSWESEN</b>	181
<b>4.1</b>	<b>Kirchliche Krankenhäuser im Wettbewerb</b>	182
4.1.1	Kirchliche Krankenhäuser: eine Alternative zu Ökonomisierung und Bürokratisierung im Gesundheitswesen?	185
4.1.2	Kirchliche Dienstgemeinschaft in einem Dienstleistungsunternehmen	189
<b>4.2</b>	<b>Das ‚Problem‘ der christlichen Profilbildung</b>	193
4.2.1	Modelle christlicher Profilbildung	194
4.2.2	Kritik an der Suche nach dem christlichen Proprium	202
4.2.2.1	Motive des Systemerhalts und Kirchenfixierung der Propriumsdiskussion	202
4.2.2.2	Die Frage nach dem christlichen Proprium als Frage nach dem ‚Besonderen‘ befördert Narzissmus, Abgrenzung und Arroganz	204
4.2.2.3	Geringschätzung der Diakonie als kirchlicher Grundfunktion	206
4.2.3	‚Dienstgemeinschaft‘ als Identität stiftende Communio im Krankenhaus?	207

<b>5</b>	<b>KRANKENHAUSSELSORGE IM ÖKONOMISIERTEN GESUNDHEITSWESEN</b>	210
<b>5.1</b>	<b>Krankenhausseelsorge im Spannungsfeld zwischen Kirche und Krankenhaus</b>	210
5.1.1	Krankenhausseelsorge steht unter kirchlichem Einspardruck	210
5.1.2	Krankenhausseelsorge gewinnt wieder an Bedeutung im heutigen Krankenhaus	214
5.1.3	Fazit: Krankenhausseelsorge unter dem Diktat der Ökonomie in Kirche und Krankenhaus	218
<b>5.2</b>	<b>Zukünftige Herausforderungen für die Seelsorge im ökonomisierten Krankenhaus</b>	219
5.2.1	Gesundheitspolitische Veränderungen	219
5.2.2	Gesellschaftliche Veränderungen	222
5.2.3	Organisationswandel	224
5.2.4	Fazit: Krankenhausseelsorge im ‚Multioptionsdilemma‘	226
<b>5.3</b>	<b>Pastoraltheologische Seelsorgekonzepte</b>	227
5.3.1	Theologisch-biblische Perspektivdominanz	228
5.3.2	Theologisch-psychologische Perspektivdominanz	230
5.3.3	Theologisch-soziologische Perspektivdominanz	231
<b>5.4</b>	<b>Modelle institutioneller Verortung von Krankenhausseelsorge</b>	232
5.4.1	Seelsorge außerhalb des Systems	233
	<i>a) Seelsorge ignoriert das System</i>	234
	<i>b) Seelsorge bekämpft das System</i>	235
5.4.2	Seelsorge im ‚Zwischen‘-Raum	236
5.4.3	Seelsorge als Teil des Systems Krankenhaus	237
5.4.3.1	Zuordnung der Seelsorge zum medizinisch-pflegerischen Behandlungsteam (‚behandelnde Seelsorge‘)	239
5.4.3.2	Kritische Betrachtung	241
5.4.3.2.1	Spezialisierung und Ausdifferenzierung der Seelsorge	241
5.4.3.2.2	Behandelnde Seelsorge‘ als ‚Pastoralmacht‘	244
5.4.3.2.3	Seelsorge unter Nützlichkeitskriterien – Qualitätssicherung einer ‚behandelnden Seelsorge‘	247

5.4.3.2.4	Die Logik des (Gesundheits-) Marktes	251
5.4.3.3	Zuordnung der Seelsorge zum betriebswirtschaftlichen Management (Seelsorge als ‚Co-Management‘)	254
	a) <i>Seelsorge als ‚Soft-Management‘ (A. Jäger)</i>	255
	b) <i>Seelsorge als selbstständiger Dienstleistungsbereich der Klinik mit Managementaufgaben</i>	257
5.4.3.4	Kritische Betrachtung	258
5.4.3.4.1	Seelsorge im Dienst der Systemstabilisierung	258
5.4.3.4.2	Kritikfähigkeit der Seelsorge	260
5.4.3.4.3	Seelsorge als erfolgsorientiertes Projektmanagement (Aktivismus statt Leidbewältigung)	264
5.4.3.4.4	Pastoralmacht im Management	267
5.4.4	Fazit: Seelsorge als Gratwanderung	269
<b>5.5.</b>	<b>Theologische Kriterien für die ‚Identität‘ der Krankenhaus-seelsorge</b>	272
5.5.1	Option für die Armen	273
5.5.2	Christliches Gesundheitsverständnis	277
5.5.3	Biblisch-christliches Menschenbild: Der Mensch ist Subjekt – und auf Beziehung angewiesen	281
<b>5.6</b>	<b>Seelsorge als Anstiftung zur Solidarität: gemeindliche Erfahrungen im Krankenhaus</b>	284
5.6.1	Gemeindewerden der Diakonie	284
5.6.2	‚Temporäre Gemeinde‘	286
5.6.3	Operationalisierungen zur Sozialpastoral H. Steinkamps für eine Gemeinde im Krankenhaus	288
	a) <i>Betroffenheit vs. Rekrutierung/ Erfassung</i>	289
	b) <i>Selbstorganisation vs. Aktivierung</i>	289
	c) <i>Verbindlichkeit vs. Geselligkeit</i>	290
	d) <i>Soziale Kreativität vs. Routinehandeln (‚Instituierung‘ – ‚Institution‘)</i>	291
	e) <i>Bekehrung vs. Erbauung (‚Sinndeutung‘)</i>	291
5.6.4	Fazit	292
	<b>GLOSSAR</b>	293
	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	297