

# Über die Unmöglichkeit einer Gesundheitsreform

---

Essay über das Wesen von Gesundheit und Ökonomie

**Manfred Fiedler**

**2012**

überarbeitete Fassung Dez.2013

Seit Ende der Siebzigerjahre unterliegt das deutsche Gesundheitssystem, und nicht nur dieses, einer fortdauernden intensiven Kostendämpfungspolitik. Auslöser dafür waren die vergleichsweise hohen Ausgabenzuwächse in den siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts. Ursächlich für diese Ausgabenzuwächse waren strukturelle Reformen sowohl auf politischer Ebene, als auch in Hinsicht auf die Entwicklung des Leistungsportfolios der medizinischen Versorgung. Als Beispiel sind hier zu nennen die seit den siebziger Jahren deutliche Verbesserung und damit auch Zunahme der Intensivversorgung und die Etablierung einer technischen Hochleistungsmedizin, insbesondere im Bereich der Transplantationsmedizin, der Neurochirurgie sowie der Herzchirurgie.

In Westdeutschland verlangsamte sich diese Entwicklung in den 1980er Jahren, so dass sich die Anteile der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) bis Anfang der Neunzigerjahre bei etwa 8,5 % stabilisierten. Als Folge der deutschen Einheit erhöhte sich dieser Anteil auf dann über 11 %.<sup>1</sup> Da sich die absoluten Ausgaben pro Einwohner in Ostdeutschland und Westdeutschland schnell angleichen, war dieses eine mathematisch logische Konsequenz, da gleichzeitig das ostdeutsche Bruttoinlandsprodukt pro Einwohner bei nur etwa 40 % des westdeutschen lag.<sup>2</sup>

Die Ausgabenentwicklung in Deutschland ist allerdings international nicht einmalig. In nahezu allen OECD-Ländern nahmen die Anteile für Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt seit den siebziger Jahren kontinuierlich zu. Diese Ausgabenzuwächse lassen sich nicht nur als inhärente, das heißt ausschließlich aus der Entwicklung im Gesundheitssystem und durch die jeweilige nationale Gesundheitspolitik begründen. Denn gerade in Hinsicht auf die Inhalte der jeweiligen Gesundheitspolitik in unterschiedlichen Ländern ist eine zunehmende Konvergenz feststellen, die vor allem durch die Entwicklung in den USA beeinflusst worden ist. Dies liegt zum einen daran, dass die Bindestrichwissenschaft Gesundheitsökonomie eine US-amerikanische Innovation ist, die beispielsweise der bundesrepublikanischen Entwicklung um 10 Jahre voraus war. Gleichzeitig ist das enorme Versagen der wirtschaftlichen Steuerung der Gesundheitsausgaben im us-amerikanischen System Anlass gewesen, strukturelle Maßnahmen zu ergreifen, um diesem Ausgabenwachstum Herr zu werden. Insofern stellt das us-amerikanische Gesundheitswesen auch das Vorbild für alle Kostendämpfungspolitiken weltweit dar.

Dieses Vorbild ist in Hinsicht auf seine Effektivität in Anbetracht der weit über dem Durchschnitt anderer Staaten liegenden Ausgabenvolumina allerdings wenig erfolgreich gewesen. Betrug der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP im Jahr 1970 in Schweden 6,8 %, Kanada 6,9 % sowie den USA 7,0 %, waren also nahezu identisch, betragen diese Werte im Jahr 2005 in Schweden 9,1 %, in Kanada 9,8 %, in den USA hingegen 15,3 %. Ein Hinweis auf die Überlegenheit privatwirtschaftlicher Steuerung, wie es die Mainstream Ökonomie behauptet, ist diese Entwicklung nicht. Der Anteil der öffentlich gesteuerten Ausgaben liegt in den USA bekanntlich bei niedrigen 45 %, im deutlich erfolgreicheren schwedischen System bei 86 %, immerhin in Kanada bei 70 %.<sup>3</sup> In keinem der genannten zwei

---

<sup>1</sup> S. OECD Health Data 2012, Frequently Requested Data

<sup>2</sup> Vgl. Bundeszentrale für Politische Bildung, Langlebige regionale Disparitäten, 2010. So lag das BIP/Kopf in Thüringen und Sachsen 1991 etwa bei einem Drittel des von Baden-Württemberg. Noch heute liegt das Bruttoinlandsprodukt pro Kopf fast 30 % unter dem Bundesdurchschnitt vgl. de.Statista.com, Bruttoinlandsprodukt (BIP) je Einwohner nach Bundesländern im Jahr 2012.

<sup>3</sup> OECD ebenda

Länder ist eine eklatante Unterversorgungssituation bekannt. Im Gegensatz dazu ist der Status von 50 Millionen Unversicherten in den USA ein deutlicher Hinweis auf die verteilungspolitische Ineffizienz des us-amerikanischen Gesundheitssystems.<sup>4</sup>

Dennoch feiern marktwirtschaftliche Steuerungsinstrumente immer wieder politische Erfolge, obwohl deren volkswirtschaftliche Wirksamkeit mit Recht bezweifelt werden darf. Die Komplexität des Gesundheitswesens, damit verbunden die schwierige Einordnung des Erfolgs politischer Maßnahmen, kontrastieren mit der einfachen Betrachtungsweise marktwirtschaftlicher Ordnungspolitik. Im Rahmen der vorausgesetzten Überlegenheit marktwirtschaftlicher Instrumente für wirtschaftliche Steuerung liegt eine vermeintliche Plausibilität zum Einsatz marktwirtschaftlicher Instrumente im Gesundheitswesen nahe. Ein Politiker, der sich in dieses Benehmen setzt, wird ordnungspolitisch keinen Widerstand zu befürchten haben. Diese Opportunität des Verhaltens findet ihre Resonanz darin, dass die auf den Egoismus von Gruppen und Individuen setzenden Instrumente es immer wieder erlauben, individuelles und egoistisches Verhalten zu identifizieren und damit von systemischen Versagen abzulenken und stattdessen die Ursache für Fehlsteuerung in egoistischem Verhalten zu suchen und zu finden. Die Systemfehler marktwirtschaftlicher Steuerung begründen also deren Weiterentwicklung.

Dies ist ein Grund, warum es nahezu unmöglich ist, eine konsistente und vor allen Dingen nachhaltige Gesundheitsreform zu schaffen. Es ist in der akademischen Zunft kaum denkbar, den Grundsatz der Angemessenheit marktwirtschaftlicher Steuerungsinstrumente als immer überlegenes und damit ubiquitär einzusetzendes Instrumentarium in Frage zu stellen. Die Konsequenz ist eine „Vermarktwirtschaftlichung“ auch in solchen wirtschaftlichen Sektoren, in denen erkennbar marktwirtschaftliche Instrumente mit ihren jeweils sehr spezifischen Begriffen von Rationalität und Wirksamkeit nicht sinnvoll eingesetzt werden können. Dies gilt nicht nur für das Gesundheitswesen, sondern auch und gerade zunehmend für Bereiche, die aus theoretischen Gründen für eine wettbewerbliche Steuerung als ungeeignet angesehen werden, so genannte natürliche Monopole oder in Grenzbereichen freie, also echte öffentliche Güter.

Die Leistungsfähigkeit der Marktordnungstheorie, wie ich sie an dieser Stelle bezeichnen möchte, ergibt sich aus ihrer politischen Handhabbarkeit, die ein antagonistisches Verhältnis von Lösungen herstellbar machen lässt. Mit anderen Worten, entweder eine Lösung ist marktkompatibel oder sie ist es eben nicht, sie ist also effizient oder sie ist es eben nicht, sie ist Freiheit schaffend oder eben bevormundend. In dieser Einfachheit ist sie politisch vermittelbar und ermöglicht gleichzeitig eine technokratische Distanzierung von einer eigenen, politisch zu begründenden Entscheidung.

Dennoch ist die Entwicklung hin zu mehr marktwirtschaftlicher Steuerung im Gesundheitswesen kein stetiger Prozess gewesen. Am deutlichsten ist dies am Kassenwettbewerb zu sehen. Als Ziel und damit Begründung der Durchsetzung des Kassenwettbewerbs wird angenommen, dass durch den Wettbewerb um Versicherte, insbesondere über den Beitragssatz, wirtschaftliche Leistungsstrukturen geschaffen werden können. Dass nicht nur die Kassen untereinander in Wettbewerb treten, sondern dass auch die Versicherten Eigenschaften besitzen, die im Wettbewerb relevant sind, wurde

---

<sup>4</sup> Der Anteil der Unversicherten betrug 2010 knapp 18,5 % bei einer Einwohnerzahl von etwa 310 Mio. Im OECD-Vergleich liegen nur sogenannte Schwellenländer wie Mexiko, Türkei sowie das durch die Chicag-Boys mit militärischer Gewalt markliberalisierte Chile schlechter. OECD; Health at a Glance; 2011, S. 133

anfänglich zwar gesehen, doch deren Bedeutung unterschätzt. In der Konsequenz musste der Risikostrukturausgleich nachgebessert werden zum sogenannten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Eingeschränkt und später reformiert wurde die Gesundheitsförderung, die durch eine große Zahl von Kassen als Marketinginstrument zum Gewinn lukrativer Versichertenkohorten genutzt wurde. Überdies wurde durch den Einheitsbeitrag der Preiswettbewerb quasi auf eine symbolische Handlung reduziert, die über den Zusatzbeitrag maximal noch signalisiert, ob eine Kasse wirtschaftlich gesund oder gefährdet ist.

Alle diese Maßnahmen kritisieren das eingesetzte Mittel des Wettbewerbs nicht im Kern, sondern sie versuchen eine erwartete Funktionalität herzustellen, denn es bleibt dadurch in diesem Sinne immer ein Stück Restwettbewerb übrig, der die Legitimität marktwirtschaftlicher Steuerung repräsentiert.

Obwohl zumindest in Europa und gerade in Deutschland eine marktordnungspolitische Gestaltung von den Menschen und damit auch den Wählern weder erwartet, noch besonders gewünscht wird, findet sie sich in Reformprojekten immer wieder als Gestaltungsinstrument. Die Ressentiments in der Bevölkerung, beispielsweise gegen die Privatisierung von Krankenhäusern, werden, wie am Beispiel des Landesbetriebs Krankenhäuser (LBK) Hamburg<sup>5</sup> zu sehen ist, häufig ignoriert. Es kann dann aber auch angenommen werden, dass die Wähler keine Priorität für die Kommerzialisierung und Privatisierung im Gesundheitswesen haben, dass diese aber fatalistisch hingenommen wird, ohne dass daraus eine unmittelbare Wahlentscheidung für oder gegen den politischen Entscheider resultiert. Die Mittelbarkeit der Auswirkungen solcher Entscheidungen macht es nahezu unmöglich, die Richtigkeit oder Unrichtigkeit einer solchen Entscheidung wahlrelevant werden zu lassen. Dies gilt auf der abstrakten bundespolitischen Ebene noch mehr, als auf der kommunalpolitischen. Hinzu kommt, dass Kommerzialisierung und Vermarktwirtschaftlichung nicht als Totalreform durchgeführt werden, was im politischen Prozess eines auf Verhältniswahlrecht und Föderalismus bauenden Systems auch nicht durchführbar wäre. Systemveränderungen sind, wenn überhaupt als solche interpretiert, in einem Schritt nie so radikal, dass sie als abzulehnender Bruch verstanden werden könnten.

Im Kern findet sich also ein Widerspruch zwischen den gesundheitsökonomischen Effekten marktwirtschaftlicher Reformen, deren politischer Plausibilisierung sowie dem ordnungspolitischen Standard gängiger Wirtschaftsordnungspolitik. Mit einfachen Worten, die wirtschaftlichen Effekte im Gesundheitswesen treten nicht ein, diese negativen Effekte werden teilweise sogar politisch gesehen. Dennoch wird auf der Steuerungsebene dem Wettbewerb als Marktsteuerungsinstrument vertraut. Wir haben es hier mit einer Systemreferenz zu tun, die in alle wirtschaftlichen Sektoren einer Gesellschaft eindringt, selbst wenn sie dem Anspruch der sinnhaften Verwendbarkeit nicht gerecht werden kann. Der prägende Charakter der kapitalistischen Marktordnung verlangt zunächst Systemkompatibilität und in einem zweiten Schritt Konvergenz. Bildlich gesprochen, weil wir (im Gesundheitswesen) von lauter Autobahnen umgeben sind, müssen wir Sportwagen fahren, auch wenn wir

---

<sup>5</sup> An dem Volksentscheid im Jahr 2004 nahmen 65 % aller Hamburger Bürgerinnen und Bürger teil, von denen sich über Dreiviertel gegen einen Verkauf des Landesbetriebs Krankenhäuser aussprachen. Die damals neu gewählte Stadtregierung unter der Führung von CDU und FDP fühlten sich an dieses deutliche Votum aber nicht gebunden. Das Hamburger Verfassungsgericht bestätigte in einem Schnellverfahren noch im gleich Jahr diese Rechtsauffassung und ebnete damit den Verkauf an Asklepios. S.Hamburger Verfassungsgericht, Urteil HVerfG 6.04

damit unsere Familie samt Gepäck nur mit hohem zeitlichen und energetischen Aufwand von A nach B bringen können.

Es ist verständlich, dass Politik so handelt, denn mehrere Aspekte sprechen dafür, dass gesundheitspolitische Gestaltung ein wenig freudvolles Unterfangen ist. Zwar ist Gesundheitspolitik zusammen mit dem Thema der Alterssicherung eines der ältesten sozialpolitischen Themen überhaupt, wenn auch nicht primär als staatliche Aktion, sondern in Form der Selbsthilfe<sup>6</sup>, aber insbesondere in den Jahren seit 1970 ist die Gesundheitsbranche auch volkswirtschaftlich zu einem bedeutenden Zweig geworden, der von zahlreichen wirtschaftlichen Interessen beseelt ist, so dass nicht nur die Komplexität des Systems in sich zugenommen hat, sondern dass durch die Ansprüche wirtschaftlicher Interessen an das System, die zunehmend, aber nicht nur, privat-wirtschaftliche Interessen sind, die Durchführung einer durchgreifenden Gesundheitsreform dem Spaziergang durch ein Minenfeld gleicht.

Wichtig erscheint allerdings, sich über die Herausforderungen für das Gesundheitssystem klar zu werden. Denn diese bestehen tatsächlich in nicht geringem Umfang. Da ist vor allem die demographische Entwicklung. Nach heutigem Stand wird sich das Verhältnis der so genannten Erwerbspersonen (20-bis 65-jährigen) zu den über 65-jährigen von derzeit drei zu eins auf zwei zu eins im Jahr 2030 verändern.<sup>7</sup> Entscheidend ist die in Deutschland relativ geringe Fertilität von 1,35 bei einer Reproduktionsrate von 1,75, die allerdings seit den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts relativ konstant ist.

Nun ist eine geringe Fertilität in einer ressourcenarmen und überbevölkerten Welt ein durchaus positives Faktum. Für das Gesundheitswesen ergeben sich allerdings zwei Probleme: Die Zunahme des Anteils älterer Menschen geht auch mit einer absoluten Zunahme älterer Menschen einher. Damit steigen potenziell auch die Anforderungen an die Gesundheitsversorgung, da mit steigendem Alter die Behandlungsbedürftigkeit zunimmt und in Deutschland etwa 3,5-Mal so viel Kosten für die Behandlung eines über 65-jährigen Menschen entstehen als im Durchschnitt der gesetzlichen Krankenversicherten. Mithin führt die zunehmende Zahl älterer Menschen, ein Phänomen mit dem Deutschland nicht alleine steht, tendenziell zu höheren Leistungsanforderungen, was auch ökonomisch bedeutsame Veränderungen erwarten lässt.

Gleichzeitig, und das wird die fast noch größere Herausforderung werden, nimmt auch die Zahl der professionellen und nicht professionellen Betreuungspersonen sowohl relativ, als auch absolut ab. In den unterschiedlichen Studien sowohl auf der europäischen Ebene, wie auch der bundesdeutschen Ebene wird für den professionellen Teil der Versorgung anerkannt, dass die allgemeine demographische Entwicklung der Bevölkerung nicht an den Profis im Gesundheitswesen vorbeigehen kann. Selten in den Blickwinkel gerät dabei, dass diese Belastung des professionellen Sektors strukturell steigen dürfte, wenn beachtet wird, dass auch die nicht professionelle Unterstützung durch Familie, Nachbarn, Freunde oder ähnliche Personen ebenfalls weniger leistungsfähig sein wird, da diese explizit gleichfalls dem demographischen Wandel unterworfen ist. Anders ausgedrückt, nicht nur die reine

---

<sup>6</sup> S. Hansen; Heisig et al; Seit über einem Jahrhundert ...: Verschüttete Alternativen in der Sozialpolitik; Köln 1981, S. 27ff.

<sup>7</sup> Destatis; Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 12. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, 18.11.2009

Zahl der älteren Behandlungsbedürftigen wird zu höheren Anforderungen an den professionellen Sektor führen, auch der Wegfall der Laienkompetenz bei der Versorgung und Betreuung wird den Bedarf an professioneller Versorgung strukturell erhöhen.<sup>8</sup>

Wie eine Studie zum demographischen Wandel in der Pflege aufzeigt, nimmt der Anteil der über 50-jährigen Pflegekräfte kontinuierlich zu, während der Anteil der unter 35-jährigen kontinuierlich absinkt.<sup>9</sup> Ähnlich deutlich ist die Entwicklung im ärztlichen Bereich, wie eine Studie der Bundesärztekammer zeigt.<sup>10</sup> Insbesondere in der ambulanten ärztlichen Versorgung hat sich in der Zeit von 1997-2006 die Zahl und auch der Anteil der über 50-jährigen Ärzte deutlich erhöht von etwa 55.000 auf jetzt über 70.000. In der stationären Versorgung ist sowohl die absolute Zahl als auch der Anteil der jüngeren Ärzte deutlich höher. Gleichzeitig ist die Entwicklung der Erhöhung des Altersdurchschnitts hier ausgeglichener, da sich auch der Anteil der 35 bis fünfzigjährigen Ärztinnen und Ärzte erhöht hat.<sup>11</sup> Anhand der Entwicklung in den beiden bedeutendsten Berufsgruppen des Gesundheitsdienstes ist also ablesbar, dass die personelle Leistungsfähigkeit in der Zukunft eingeschränkt ist. Es ist allerdings an dieser Stelle zu berücksichtigen, dass die absolute Zahl der ärztlich Praktizierenden in diesen Jahren zugenommen hat. Dieser Zuwachs hat sich jedoch zum größten Teil im Krankenhausbereich abgespielt, wo er nicht zuletzt darauf zurückzuführen ist, dass mit der Neuorganisation des Arbeitszeitrechts im ärztlichen Dienst ab 1995 durch die Reduktion überlanger Arbeitszeiten ein erhöhter Personalbedarf zwangsläufig wurde. Im Unterschied zum Pflegedienst berechnet sich der Personalbedarf im ärztlichen Dienst im Übrigen im Wesentlichen nach den Fallzahlen, nach den Prozeduren, den erbrachten Leistungen und nur in geringerem Umfang nach der Zahl der belegten Betten. Die Fallzahlzunahme lässt also nicht erwarten, dass die ärztliche Besetzung im Krankenhaus konstant bleibt oder sogar noch abnimmt. Die Entwicklung der altersbedingten Pflegebedürftigkeit lässt aber, unabhängig von der Akutkrankenversorgung, auch und gerade für die Pflege unter den heutigen Bedingungen einen steigenden Bedarf erwarten,

---

<sup>8</sup> Entscheidende Faktoren für die Abnahme der nicht-professionellen Pflegepersonen sind dabei besonders: Die Zunahme der Erwerbsneigung, insbesondere bei den Frauen, die Abnahme der Zusammenlebendwahrscheinlichkeit, die altersbedingte Abnahme der individuellen Pflegefähigkeit. Trotz einer im Modell berechneten Erhöhung der Zahl der Pflegepersonen um 20 % kann, verringert sich der Pflegequotient, also das Verhältnis von nicht-professionellen Pflegepersonen zu Pflegebedürftigen von heute 1 bis 2050 kontinuierlich auf weniger als 0,6. Das bedeutet, dass in 2050 fast jeder zweite Pflegebedürftige ausschließlich auf professionelle Hilfe angewiesen ist. Vgl. Hackmann, Tobias; Moog, Stefan (2008) : Pflege im Spannungsfeld von Angebot und Nachfrage, Diskussionsbeiträge // Forschungszentrum Generationenverträge der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, No. 33

<sup>9</sup> Hackmann spricht in Hinsicht auf den Bedarf an professionellen Pflegepersonen einerseits vom Nachfrageschock (Zunahme des Bedarfs) und dem Angebotsschock (Abnahme des Angebotspotenzials an professionellen Pflegekräften). Vgl. Hackmann, Tobias (2011); Entwicklung der professionellen Pflege vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung; Folienvortrag, 2. Symposium zu Gesundheitsrisiken in Pflegeberufen, 25.05.2011, S. 23

<sup>10</sup> Kopetsch, Thomas (2010); Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus. Studie zur Alterstruktur- und Arztlentwicklung; 5.A, Berlin

<sup>11</sup> RKI; Statistisches Bundesamt (2009); Beschäftigte im Gesundheitswesen. GBE des Bundes; Heft 46; S. 12. ff

Im Angesicht einer solchen Entwicklung den insbesondere von Krankenhausverwaltungen beklagten Ärztemangel als Propaganda abzutun, ist damit sehr kurzfristig und geht an den eigentlichen Anforderungen vorbei. Dahinter verbirgt sich eine pseudologische, anti-lobbyistische Kritik, die eine gewissenhafte Prüfung aufgezeigter Probleme dem Schwarzweißdenken innerhalb bekannter Gruppenegoismen und -interessen opfert. So sehr es zutreffen mag, dass im Gesundheitswesen angesichts der volkswirtschaftlichen Bedeutung als Wirtschaftszweig ein fatales Emulgat unterschiedlichster wirtschaftlicher Interessen vorhanden ist, bleibt es gerade dann unerlässlich, sich mit einzelnen Argumenten vorurteilsfrei auseinanderzusetzen, um nicht selbst Bestandteil dieser besonderen Struktur korporatistischer Interessen zu werden.

Vorurteilsfreiheit bedeutet aber nicht Werturteilsfreiheit. Wer ein Argument akzeptiert, muss es noch nicht teilen. So mag man das Faktum der demographischen Entwicklung kaum bestreitbar machen können, ohne aber dass man die Schlussfolgerung akzeptieren muss, dass daraus zwangsläufig eine krisenhafte Entwicklung im Gesundheitswesen folgt. Um so etwas behaupten zu können, müsste man davon ausgehen, dass es eine optimale Organisationsstruktur gibt, die einen sinnvollen Entwicklungspfad so vorgibt, dass ein strukturelles Abweichen davon zu einem Versorgungsdefizit für die betroffene Bevölkerung führen müsste. Vergleicht man jedoch Personalkennzahlen weltweit, kann man feststellen, dass die Personalkennzahlen in den einzelnen Ländern stark variieren, ohne dass daran ablesbar wäre, dass es jeweils Über- oder Unterversorgungssituationen gibt. So liegt die Arztdichte in Deutschland mit 3,5 Ärzten pro 1000 Einwohner um mehr als 50 % höher als etwa in den USA oder Großbritannien. Die gleiche Kennzahl für das Pflegepersonal liegt in Italien unterhalb der des ärztlichen Personals, wo sich 20 % mehr Ärzte um die Menschen kümmern als in Deutschland, damit doppelt so viel wie in den USA oder Großbritannien.<sup>12</sup>

Es wird deutlich, dass es nicht im Vordergrund relevant ist, wie viele Ärzte oder wie viel Pflegepersonen sich um die Menschen kümmern, sondern vielmehr wie sie dieses tun, das heißt mit welchen Methoden, mit welchem professionellen Selbstverständnis und auch wie sie dies in der Aufgabenteilung der einzelnen Berufe untereinander abstimmen.

Fasst man Tradition als das Handeln aus dem Gelernten und Eingeübtem, als das Beharren auf das Vertraute, so ist der größte Feind der Veränderung die Tradition. Veränderung selbst ist nicht immer nur positiv zu sehen, aber wer auf die Veränderung des Rahmens mit Tradition reagiert, wird mit großer Sicherheit scheitern.

Die Medizin und das Gesundheitswesen nehmen für sich in Anspruch, eine dynamische Branche mit ständigen Neuerungen und Veränderungen zu sein. Im Kern verharrt die medizinische Wissenschaft in dieser Frage in einem Gestus der Unbegrenztheit der Möglichkeiten, des immer Höher, Schneller, Weiter.

Etwas klarer ausgedrückt gehört diese Form der ständigen Veränderung von technischen, prozeduralen und auch von pharmako-therapeutischen Verfahren und Mitteln geradezu inständig zum heutigen System der Medizin. Diskussionen um die Einführung von neuen Techniken werden dabei zunehmen ökonomisch, als Frage der „Kundenakquise definiert, wie ich es etwa erlebt habe bei dem Einsatz von des Robotersystems „da Vinci“ in der Urologie, da dieses zum Ausdruck bringen konnte, dass man auf der Höhe der medizinischen Wissenschaft stand, auch wenn der Einsatz des Roboters

---

<sup>12</sup> OECD Health Data 2012, ebenda



für eine ernsthaft begrenzte Zahl von Patienten indiziert war und seine Überlegenheit gegenüber anderen konventionellen Verfahren (noch) nicht erwiesen war.

Die zweifelhafte Wirksamkeit neuerer Verfahren und erst recht ihre mangelnde Überlegenheit gegenüber bisherigen Verfahren verdeutlichen Huber und Langbein.<sup>13</sup> Daran wird auch deutlich, dass Traditionsbewusstsein nicht immer gleichbedeutend ist mit technischem Stillstand.

Mit diesem Problem sind die Medizin und damit das Gesundheitswesen nicht allein. Des Deutschen liebstes Kind, das Auto, ist ein ähnlicher Problemfall für die Zukunft. Obwohl wir heute wissen, dass diese Form der Ressourcen fressenden Mobilität auf Dauer nicht zukunftsfähig ist, und dies nicht nur wegen der seit langem bekannten Erdölknappheit, beharren wir auf dieser Form von Mobilität, die in sich hoch innovativ und quasi der zivilisatorische Ausdruck von Modernität ist. Wenn jeder siebte Arbeitsplatz in Deutschland<sup>14</sup> direkt oder indirekt von dieser Form von Mobilität abhängig ist, dann ist dieses bedenklich, und es macht deutlich, warum es gerade uns Deutschen so schwer fällt einen anderen Weg gehen zu wollen, dessen zwanghafte Notwendigkeit schicksalhaft unabweisbar ist.

Die Ausgaben für Gesundheit haben seit den sechziger Jahren des letzten Jahrhunderts in allen entwickelten Staaten deutlich zugenommen. Lagen die Ausgaben für Gesundheitsleistungen pro Einwohner in Kaufkraftparitäten berechnet in 1971 zwischen 220-390 US-Dollar, so stiegen diese bis zum Jahr 2004 um 1400-1800 % auf 3200-6100 US-Dollar pro Einwohner. Dass dieses eine überproportionale Ausgabensteigerung darstellt kann man daran ermessen, dass die Ausgabenanteile am Bruttoinlandsprodukt im gleichen Zeitraum von 4-7 % auf 9-15,5 % stiegen. Sie stiegen in diesem Zeitraum also um 80-120 %, wobei die Entwicklung in Deutschland sich im unteren Rahmen des Spektrums bewegte.<sup>15</sup> Man sollte also nicht den Fehler begehen, diese Entwicklung als ein kulturell eigenständiges Problem eines Landes, in diesem Falle Deutschlands, zu verstehen. Da wir es in der Gesundheitsindustrie mit einer globalisierten Industrie zu tun haben, ist die Grunddynamik des gesundheitlichen Systems nicht national zu definieren. Allenfalls die Unterschiede in diesen Steigerungsraten verleiten zu nationalen Erklärungen.

Bis etwa Mitte der Neunzigerjahre gaben Gesundheitssystemvergleiche keinen Anlass zu glauben, dass die Marktordnung entscheidend für das wirtschaftliche Ergebnis des jeweiligen nationalen Gesundheitssystems ist. Dennoch, in den letzten 10-15 Jahren kristallisieren sich offenbare Unterschiede in der volkswirtschaftlichen Leistungsfähigkeit heraus. Nimmt man als Merkmal für eine eher wettbewerblich organisierte Struktur den Anteil der privaten Finanzierung an allen Gesundheitsaus-

---

<sup>13</sup> Huber, Ellis; Langbein, Kurt (2004); Die Gesundheitsrevolution; Berlin, insbesondere S. 52 ff.

<sup>14</sup> Wissmann, Matthias (2007); Jahresbericht des Verbands der deutschen Automobilindustrie; S.3. Diese Position des ehemaligen Bundesverkehrsminister und CDU-Politikers und heutigen Präsidenten des VDA hat sich schließlich auch die Bundesregierung zu Eigen gemacht. Auch wenn der Spiegel mit einiger Berechtigung ausführt mit Verweis auf Aussagen des RWI ausführt, dass diese Zahl definitiv zu hoch gegriffen sei, um wirtschaftspolitischen Druck auszuüben – danach lassen sich mit wenigstens nur von jedem achten bis 20. Arbeitsplatz ausgehen (Statistik-Trick in der Autoindustrie: Mächtig gerechnet; Der Spiegel, 20.05.2009) – so bleibt die nicht nur in Deutschland enorm hohe Wertschätzung bestehen, die gleichzeitig Ausdruck des Verständnis von Individualität ist.

<sup>15</sup> OECD-Health Data 2012



gaben, so stellt sich tendenziell das marktwirtschaftliche System als ausgabenineffizienter dar.<sup>16</sup> Als extrem ausgabenineffizient gelten bekanntlicherweise die USA, die nach dem Maßstab Anteil am Bruttoinlandsprodukt das teuerste Gesundheitssystem der Welt in ihren Grenzen beherbergen.

Wenn wir uns die Daten aller OECD-Staaten anschauen, dann werden wir feststellen, dass in der Zeit von 1980-2008 die relativen Ausgaben für Gesundheitsleistungen im privat finanzierten Bereich stärker zugenommen haben als im öffentlich finanzierten Bereich, nämlich um 59 % gegenüber 44 %, der Anteil der privat finanzierten Gesundheitsausgaben stieg um zwei Prozentpunkte auf 23,1 %. Ausgerechnet die USA stellen hier eine Ausnahme dar, stiegen dort die Anteile der Ausgaben für Gesundheit am Bruttoinlandsprodukt (BIP) im öffentlichen Bereich um 125 %, während die privaten Ausgabenanteile „nur“ um 71,5 % angestiegen sind. Die privaten Ausgabenanteile liegen in den USA aber im relativen Niveau nur knapp unter dem Durchschnitt der gesamten Gesundheitsausgaben aller OECD-Staaten.<sup>17</sup> Die bizarre Situation der USA ist sozusagen doppelt gewandt. Die privatwirtschaftliche Organisation der Absicherung des Risikos mit hohen Ausgabenanteilen und hohen Versicherungsprämien konnte es nicht verhindern, dass der Staat als Lückenbüßer mit hohen Summen entstehen musste. Trotz alledem, eine Aussage der man angesichts der Tragweite inzwischen schon fast überdrüssig ist, ist die Versorgungseffizienz in Hinsicht auf das Kriterium der Zugänglichkeit sozial gesehen nicht erreicht.

Genauer zu betrachten wäre auch die Situation in Schwellenländern, wie etwa Südafrika, Brasilien, Chile, Mexiko, die zumindest in Hinsicht auf die ersten drei genannten Länder mit hohen Ausgabenanteilen aufwarten, dabei einen ebenso überproportional hohen Anteil privater Finanzierung ausweisen. Brasilien und Südafrika liegen mit Ausgabenanteilen am BIP von 4,9 und 5,1 % sogar noch vor der Schweiz, die als OECD-Land hinter den USA den zweiten Platz in Hinsicht auf die privat finanzierten Gesundheitsausgaben einnehmen. Dass die beiden hier genannten Länder keine hohe Versorgungseffizienz aufweisen, muss bedenklich stimmen. Südafrika mit 9 %, Brasilien mit 8,5 %, Chile mit 8,4 % liegen in Hinsicht auf ihr relatives Ausgabenniveau für Gesundheitsleistungen auf OECD-Niveau.<sup>18</sup>

An dieser Stelle sollen die spezifischen regionalen Ursachen nicht erörtert werden. Es soll an dieser Stelle nur darauf hingewiesen werden, dass ein relatives hohes Ausgabenniveau bei einer unzureichenden öffentlichen Absicherung zum so genannten Marktausschluss führen kann und in der Regel auch führen wird, so dass sozial Schwächere keinen oder nur einen eingeschränkten Zugang zu medizinischer Versorgung haben. Chile und Mexiko, als OECD-Staaten, sowie die USA belegen Platz 1,3 und 4 der OECD-Staaten in der Rangfolge der Armutquoten. Im weltweiten Maßstab gehören sowohl die USA, als auch die genannten vier Schwellenländer zu den Ländern mit der höchsten Einkommensdisparität. Südafrika liegt mit einem Gini-Koeffizienten von 65 auf Rang zwei, Brasilien mit 56,7 auf Rang 10, Chile mit 54,9 auf Platz 14, Mexiko mit 48,2 auf Rang 28 und die USA als erstes „entwickeltes“ Land und eines der Länder mit dem höchsten BIP pro Kopf der Bevölkerung mit 45,0

---

<sup>16</sup> r beträgt immerhin -0,5, weniger eindeutig die Rangkorrelation (-0,26), die Niederlande wurden abweichend nur mit der Hälfte des ausgewiesenen Wertes als öffentlich finanziert angesehen.

<sup>17</sup> OECD Health Data 2012

<sup>18</sup> ebenda

auf Rang 42 von insgesamt 135 bewerteten Ländern. Zum Vergleich: Deutschland liegt mit 27,0 auf 125, das positive Schlusslicht ist Schweden mit einem Gini-Koeffizienten von 23,0.<sup>19</sup>

Ein hoher Anteil privat finanzierter Ausgaben für Gesundheitsleistungen deutet darauf hin, dass eben genau dies der Fall ist, dass diejenigen mit geringem Einkommen in diesen Ländern einen benachteiligten Zugang zu diesen Leistungen besitzen. Die starke soziale Ausdifferenzierung der Gesellschaft in diesen Ländern deutet überdies darauf hin, dass entweder ein Teil der Bevölkerung eine Überversorgung mit Gesundheitsleistungen erfährt oder aber die Leistungen preislich überproportional höher liegen, da ansonsten die hohen Ausgabenanteile für private Absicherung des Krankheitsrisikos nicht erklärlich wären.

Die Tatsache, dass sich die soziale Ungleichheit in entwickelten und sich entwickelnden Ländern nicht rückentwickelt, sondern sich teilweise verstärkt, macht überdies eine bemerkenswerte Feststellung zunichte, nämlich dass wirtschaftlicher Fortschritt über mehr Einkommensgleichheit zu mehr sozialer und politischer Teilhabe führt.<sup>20</sup> Das Recht auf Gesundheit ist ein Recht auf persönliche Integrität durch Teilhabe und ein Recht auf Teilhabe durch persönliche Integrität.

Die herrschende ökonomische Lehre geht einen anderen Weg, indem sie Teilhabe als Belohnung ökonomischen Wohlverhaltens generiert, sie verteilt Teilhabe über ökonomische Ergebnisse und generiert dadurch Zugang, dass man über ökonomische Anstrengung Rechte erwirbt, im Wesentlichen Eigentums- oder besser Verfügungsrechte, die individuelle Teilhabe ermöglichen. Die Richtigkeit des Erwerbs dieser Rechte wird theoretisch legitimiert auf der Basis von ethischen Normen von (Leistungs-) Gerechtigkeit, ökonomischer Freiheit und rationalem Verhalten. Wer sich im Rahmen dieser Normen richtig verhält und zudem auch noch die richtigen Fähigkeiten beweist, erwirbt sich Teilhaberechte in Form von Verfügungsrechten

An dieser Stelle ist nicht der Platz für eine ökonomische Theoriediskussion, es geht aber darum, festzuhalten, dass wir es mit einem dominierenden ethischen System zu tun haben, dessen Legitimation sich aus Verfügungsrechten speist, deren Stabilität und Kraft aber ebenfalls aus diesen Verfügungsrechten kommt. Anders ausgedrückt, das gesellschaftliche Normensystem legitimiert als Ergebnis die Verteilung von Verfügungsrechten, gleichzeitig bedarf es aber der Verfügungsrechte als Basis zur inhaltlichen Legitimation. Bezogen auf das Gesundheitswesen bedeutet diese Verteilung von Verfügungsrechten einerseits das ungleich verteilte Potenzial zur Teilhabe, andererseits bedingt es aber eben auch, dass sich innerhalb des Gesundheitssystems sowohl auf der Nachfrager- als auch auf der Anbieterseite Verteilungen von Verfügungsrechten ergeben, die die Entwicklungsbedingungen beeinflussen. Aus dieser systemischen Konstellation ergeben sich also Bedingungen für die Reformpolitik die im Folgenden betrachtet werden sollen:

---

<sup>19</sup> Länderdaten.de, Daten 07.2012

<sup>20</sup> Inglehart, Ronald (2004), Kultur und Demokratie; in: Huntington; Harrison (Hrsg.); Streit um Werte. Wie Kulturen den Fortschritt prägen; München; S. 141-166, hier S. 159; Inglehart relativiert diese These, in dem er auf die Wahrscheinlichkeit verweist, dass durch wirtschaftliche Prosperität Wohlstand entsteht. Kuwait oder Saudi-Arabien können als Gegenbeispiel herhalten. Allerdings ist der Blickwinkel zu hinterfragen, nämlich ob demokratische Institutionen nicht Wohlstand ermöglichen, bspw. weil sie die wirtschaftlichen Eliten stärker zu soziale gerechtem Verhalten zwingen.

1. Das Gesundheitssystem behandelt die körperlich-geistige Integrität des Einzelnen. Es gebiert daraus die existenzielle persönliche Teilhabefähigkeit insofern, dass in einem freiheitlichen System ohne Leibeigenschaft oder Sklaverei die individuelle Körperlichkeit die Basis für den Erwerb von Verfügungsrechten darstellt.
2. Das Gesundheitssystem wird gesellschaftlich zurzeit eingeordnet als ein Subsystem innerhalb eines Ordnungsrahmens, dessen vorherrschende Ordnungsnorm die Überlegenheit individueller Handlungen behauptet. Die soziale Verteilung von Verfügungsrechten resultiert normativ aus den freien Aushandlungsprozessen zwischen den Individuen, die theoretisch immer nicht hierarchisch sind, allerdings logisch nur am Ausgangspunkt sozial gleich verteilt sein können. In der „historischen“ Entwicklung verändert sich durch die dann eingetretene leistungsbezogene Verteilung von Verfügungsrechten zugunsten derjenigen, denen es gelungen ist, sich einen höheren (An-) Teil an Verfügungsrechten zu sichern, der Aushandlungsprozess, da diese sich dadurch einen fortschreitenden Vorteil sichern.
3. Es entspricht wiederum dem Grundsatz des Vorrangs individueller Rationalität, dass die Besitzer von Verfügungsrechten das Ziel haben, diese Verfügungsrechte zu sichern und nach Möglichkeit zumindest bedingt auszubauen.
4. Gesellschaftliche, kulturelle Entwicklung hat sich historisch immer in Form von Institutionen vollzogen. Die Güte dieser Institutionen ist entscheidend für den Erfolg entwickelter Gesellschaften. Institutionen dienen dazu, Handlungen für und anstelle von Individuen zu vollziehen.<sup>21</sup> Sie repräsentieren damit Verfügungsrechte einer Gruppe von Individuen im Sinne einer Gemeinschaft, die ansonsten nicht voll oder nicht durchgesetzt werden können. Sie können also dazu dienen individuelle Verfügungsrechte durchzusetzen, zu vermehren, zu organisieren und auf die mit der Institution verbundenen Individuen zu verteilen.
5. Verfügungsrechte werden aber nicht nur über Institutionen organisiert und verteilt, sie werden auch durch diese generiert und von diesen angeeignet. Es treffen also immer Verfügungsrechte von Individuen und Institutionen aufeinander. Die Wertigkeit dieser Verfügungsrechte wird durch Normen, Recht, Traditionen, Kult, festgelegt. Diese Normen definieren die Bezüge zwischen den Institutionen und den Individuen sowie zwischen den Institutionen untereinander.
6. Wir können in modernen Gesellschaften private und öffentliche Institutionen unterscheiden. Von den vorkapitalistischen Gesellschaften haben sie die Verfügungsrechte übernommen, die vordem durch aristokratische und oder tribalistische Institutionen wahrgenommen worden sind. Dem Tribalismus wird in dem hier verstandenen Sinne die lokale, vornehmlich dörfliche Selbstorganisation zugeordnet. Der Aristokratie wird die durch Tradition weiter gegebene und legitimierte Aneignung von Verfügungsrechten in einer Region durch anerkannte Familien und gesellschaftliche Gruppen, zu denen hier auch die Priesterschaft gezählt wird, da es zwischen der urtümlichen Aristokratie und dem Priestertum enge legitimatorische Be-

---

<sup>21</sup> S. dazu, Bauer, Rudolph (Hg.) (1992); Art. Institutionen; Bd.2, München, S. 1016. Institutionen sind in diesem Sinne soziale Funktionen, wie Familie, aber auch Eigentum, das Recht usw.

ziehungen gab, gleichgestellt.<sup>22</sup> Die moderne Gesellschaft hat diese Verfügungsrechte neu verteilt, zunächst auf die staatlichen Institutionen des Nationalstaats und auf private Institutionen sowie auf Individuen.

7. Die durch ethische Norm und dann im Rechtssystem bestimmte Freiheit des Individuums bezieht sich im Wesentlichen auf die Freiheit gegenüber den staatlichen Institutionen, die aber nur dann durchgesetzt werden kann, wenn die staatlichen Institutionen demokratisch legitimiert sind, das heißt durch eine breite Verteilung des Rechts zu politischer Mitwirkung auf alle Teile der Bewohner eines Landes. Die staatlichen Institutionen inkorporieren die Verlässlichkeit von Normen. Wenn die staatlichen Institutionen durch Einzelgruppen okkupiert werden, kann diese Garantie von Normen nicht mehr verlässlich sein, weil sie damit die institutionelle Repräsentanz gegenüber den Bewohnern eines Landes als Ganzes verlieren. Auch dieses ist nicht Gegenstand dieses Essays.
8. Entscheidend ist vielmehr, dass wir mit der modernen Gesellschaft einen Entwicklungsschritt sehen, der einerseits den Staat mit herausragenden, hoheitlichen Verfügungsrechten versehen hat, zum anderen aber diese in Bezug auf die Freiheit des Individuums sinnvoll begrenzen möchte. Dieses führt dazu, dass ein Grundsatz im Raum steht, der allerdings im Weiteren genauer betrachtet werden muss, nämlich dem Vorrang des Nicht-Staatlichen. Dieses gilt zwar zunächst für die Ebene der Individuen, wo der Staat die Rolle des Schlichters einnimmt, zunehmend aber auch gegenüber den nicht-staatlichen Institutionen, sofern sie als geronnene individuelle Verfügungsrechte verstanden werden können. Der theoretische Ausschluss des Staates ist zwar im Kern nur als unreal zu bezeichnen, er stellt aber einen Ankerpunkt für gesellschaftliche Gestaltung dar.

Was bedeutet dieser Grundsatz nun im Gesundheitswesen?

9. Zunächst wollen wir das Gesundheitswesen definieren. Es ist dabei schon merkwürdig, dass der Gegenstandsbereich sehr unpräzise beschrieben ist, was es schwierig macht eine inhaltliche Auseinandersetzung zu führen. Folgt man dem Begriff in seiner semantischen Bedeutung, dann haben wir es mit dem Kern der Bedingungen für Gesundheit zu tun. Das Gesundheitswesen ist also das Eigene, das Gesundheit ausmacht. Folgt man der weithin anerkannten Definition der WHO, dann ist Gesundheit ein „Zustand des vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens“.<sup>23</sup> Diese idealtypische Betrachtung ist sehr weitgehend, und wie so mancher Kritiker zunächst nicht unberechtigt anfügt, unerreichbar im Hier

---

<sup>22</sup> Sombart spricht 1927 von Fronhofswirtschaft. „Die Männer, die sich aus dem Untergange des römischen Reiches aus der großen Masse der Volksgenossen hervorhoben, trugen ... teils geistlichen, teils weltlichen Charakter. ... Allen diesen Männern gemeinsam war, dass sie Vermögen und deren Einkommen genug besaßen, um nicht selbst wirtschaftlich tätig zu sein. Sie konnten als *leisured class* leben und wollten es.“ Sombart, Werner (1987); *Der moderne Kapitalismus. Bd.1. Die vorkapitalistische Wirtschaft. Erster Halbband*; München, insb. S. 61

<sup>23</sup> WHO (2009); *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*; Stand 25. Juni 2009

und Jetzt.<sup>24</sup> Da Krankheit und Tod nicht vermeidbar sind, bedarf es in Anbetracht dessen einer alltagstauglichen Definition, was das Gesundheitswesen eigentlich ist, die allerdings nicht am Ende funktionalistisch und damit im Kern utilitaristisch ist. Es reicht also nicht aus, zu definieren, was das Gesundheitswesen leisten soll, weil damit eine Definition impliziert ist, die eine Form schon voraussetzt. Wenn also etwa Bloch/Hillebrandt/Wolf<sup>25</sup> das Gesundheitswesen aufgrund seiner Aufgaben beschreiben, haben sie damit schon eine prinzipielle Struktur im Kopf, ohne diese aber zu definieren. Ist dann das Gesundheitswesen nicht mehr und nicht weniger als eine Ansammlung von Institutionen, die Aufgaben haben? Dem Begriff nach nein, denn das beschreibt das System der Versorgung mit Gesundheitsleistungen, allgemein als Gesundheitssystem bezeichnet.

10. Wenn wir also vom Gesundheitswesen sprechen wollen, dann müssen wir bei strenger Sicht über diese funktionalistische, sich dann vor allem ökonomisch erschließende Betrachtung hinaus gehen. Die Definition der WHO ist ein in erster Betrachtung nicht erreichbares Ideal, es zeichnet aber die Dimensionalität von Gesundheit und kommt damit dem Wesen der Gesundheit deutlich näher als die funktionalistische Sichtweise. Es scheint lapidar oder müßig, sich mit dieser scheinbar philosophischen Ebene zu befassen, wenn kein erkennbarer Nutzen entsteht. Tatsächlich stellt die fehlende Fundierung des Gegenstandsbereichs einen großen Mangel dar, weil dadurch die gängige eindimensionale Fixierung auf gesundheitsökonomische Betrachtungen befördert wird.

Nähern wir uns noch einmal der Definition der WHO an und halten wir zunächst fest: Wenn Gesundheit ein Zustand ist, dann ist das Wesen der Gesundheit dessen Essenz, also die Bedingung für diesen Zustand. Die Bedingungen für diesen Zustand des Wohlbefindens lassen sich ableiten aus der Dimensionalität, die Gesundheit besitzt: also aus einmal der prinzipiellen Subjektivität, des Weiteren beinhaltet Gesundheit die Dimension der Körperlichkeit, des Geistigen und die gesellschaftliche, die soziale Ebene. Wenn man versucht, dieses für den Alltagsprozess zu konkretisieren, haben wir es also mit der Wahrnehmung des Selbst durch sich selbst in Bezug auf dessen Dimensionalität, also auf die eigene Körperlichkeit, auf die eigenen geistigen Bedingungen und auf die gesellschaftliche Umwelt zu tun. Der Fokus ist also nicht auf Körperlichkeit als solche und nicht auf das Ego als Funktion dieser Körperlichkeit gerichtet, sondern auf die Wahrnehmung und damit letztlich auch Bewältigung dieser drei Dimensionen durch das Individuum selbst. In einem verständlichen Alterssinn meint Gesundheit also die Untrennbarkeit körperlicher und geistiger Zustände von der sozialen Umgebung, in die der Mensch einbezogen ist. In diesem Sinne ist soziale Desintegration ein krank machender, aber auch ein Krankheitszustand. Umgekehrt kann eine körperliche oder geistige Erkrankung zu einer sozialen Denunziation führen. Am ehesten deutlich wird diese Beziehungsgeflecht

---

<sup>24</sup> Z.B. Bloch, Eckhard; Hillebrandt, Bernd; Wolf, Christian (1997); Wie funktioniert unser Gesundheitswesen; Reinbek b. Hamburg, S. 9. Tatsächlich vermeiden die Autoren eine konkrete Definition und bleiben damit auch bei der Definition des Begriffs ‚Gesundheitswesens‘, der bei ihnen funktionell bleibt.

<sup>25</sup> ebenda

am Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Morbidität und Mortalität.<sup>26</sup> Eine sozial desintegrierte Gesellschaft fördert danach die Krankheitshäufigkeit und eine höhere Mortalität der Desintegrierten.

11. Das Wesen der Gesundheit erstreckt sich also nicht allein auf die jeweilige Lösung von Erkrankungssituationen. Gesundheit ist der Ausgleich zwischen und unter den unterschiedlichen Dimensionen der Körper-Geist-Umwelt-Einheit. Die Wahrnehmung des Ausgleichs erkennen wir als Gesundheit, die Wahrnehmung eines Ungleichgewichts erkennen wir als Krankheit.
12. Diese Definition von Gesundheit ist keine medizinische und kann es dann auch nicht sein. Dieses soll an einem Beispiel erläutert werden. Untersuchungen an verstorbenen Männern zeigen, dass ein hoher Prozentsatz mit unentdeckten Prostatakarzinomen verstorben ist, die nicht ursächlich für den Tod waren. Wären sie zuvor entdeckt worden, wäre ein großer Teil von ihnen aus medizinischer Sicht wohl behandelt worden.<sup>27</sup> Aus medizinischer Sicht war dieser Mensch krank und behandlungsbedürftig, in eigener Wahrnehmung war er gesund, zumindest in Hinsicht auf die festgestellte körperliche Anomalie. Und mit allergrößter Wahrscheinlichkeit wäre er durch die medizinische Behandlung nicht nur „objektiv“ medizinisch empfunden, sondern subjektiv empfunden krank gewesen, objektiv durch die Behandlung und subjektiv durch Wahrnehmung der Anomalie.
13. Der Begriff der Anomalie ist ein durchaus gängiges Muster der Definition von Erkrankung.<sup>28</sup> Er führt uns zu der interessanten Frage, wie wir mit Veränderungen und Abweichungen umgehen, hier am Beispiel der engen medizinischen Fragestellungen. Ist etwa ein mit körperlichen Beeinträchtigungen aufwachsender Mensch zunächst nur anders oder ist er krank, ist ein alter Mensch mit Beeinträchtigung krank oder nur altersbezogen verändert. Dieses bedeutet auch, dass ein sterbender Mensch in möglichst langen Phasen seines Sterbeprozesses so etwas wie Wohlbefinden erreichen kann., also im Sinne der vorgenannten Betrachtung sich wohl befindet und damit nicht in einem Zustand des Kranksein, auch wenn er nach medizinischen Maßstäben nicht geheilt ist.
14. Es soll hier nicht die Funktionalität des Medizinsystems grundsätzlich bezweifelt werden. Nur soll bezweifelt werden, dass die Medizin der Schlüssel zur Gesundheit ist. Dieses kann sie erst recht nicht sein, wenn sie als Organfach selbst die Körperlichkeit noch weiter reduziert auf die Funktionalität von Körperteilen oder Körperprozessen, und in diesem Gebiet zur Perfektion avanciert, ohne im Ergebnis das Sterben und Leiden abschließend zu verhindern, ja den

---

<sup>26</sup> Wilkinsen, Richard; Pickett, Kate (2012); Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind; 4.A, Berlin

<sup>27</sup> Z. B. Woitzek, Katja (2011); Geringere Mortalität nach Prostatektomie beim frühdiagnostizierten Prostatakarzinom, PSA-Screening wahrscheinlich ohne Auswirkung auf die Mortalität; Horten-Zentrum für praxisorientierte Forschung und Wissenstransfer.

<sup>28</sup> So etwa der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) in §2.1 der Chronikerrichtlinie von 2008.

Erfolg bei dem einen Organ oft genug mit dem gleichzeitigen, dadurch zum Teil wenigstens mit bedingten, vielleicht auch nur zeitweisen ‚Misserfolg‘ bei anderen Organen erkauft.<sup>29</sup>

15. Das hingegen an dieser Stelle dargestellte Verständnis von Gesundheit und damit des Gesundheitswesens ist elementar, führt es uns doch dazu, das Gesundheitswesen an sich von den Institutionen des Gesundheitssystems zu trennen, denn diese Institutionen wirken im Gesundheitswesen, sie sind aber nicht das Gesundheitswesen. Das Gesundheitswesen sind mithin alle Bedingungen und Mittel, die Gesundheit erreichen oder bewirken und darstellen. Eine Bedingung ist das wahrnehmende und erkennende Selbst, das die Sicht auf die drei Gesundheit konstituierenden Dimensionen hat. Keine der drei Dimensionen ist nur äußerlich und erst recht ist keine nur innerlich. Und auch das Beziehungsgeflecht, die Wirkungsbeziehungen untereinander, sind es wohl nicht. Als Träger des Selbstseins, des Subjekttragens, interpretiert das Selbst die Beziehungen untereinander und handelt darauf hin, im Bemühen Wohlbefinden herzustellen. Der Zustand, an dem dieses autonome Wiederherstellen eines Ausgleichs nicht mehr gelingt, ist der Beginn der Krankheit. Den Zustand zwischen Krankheit und Wohlbefinden würde man im Alltag wahrscheinlich als Unwohlsein bezeichnen. Es ist also bei Weitem nicht so, als sei die Definition der WHO nur so aufzufassen, den gemeinen Menschen jenseits des wahrhaft Erleuchteten als „Immer - nur - Morbiden“ anzusehen. Vielmehr können wir daraus durchaus ein realitätsnahes Verständnis ableiten.
16. Das Misslingen der Regulation der Körper-Geist-Umwelt-Beziehung verweist häufig darauf, dass es einer Unterstützung dieser Fähigkeit von außen bedarf. Im einfachsten Fall reguliert das Selbst die Situation durch Zurücknahme auf die persönliche Sphäre. Im einfachen Fall helfen Bekannte und Verwandte, beispielweise durch Einkäufe, durch Unterstützung im Haushalt und die Zurücknahme ist umfangreicher. Dort wo die Regulationsmöglichkeit des Selbst als unmöglich oder unzureichend angesehen wird, werden neben diesen Institutionen der unmittelbaren Lebenssphäre andere Institutionen der sozialen Umwelt ins Spiel kommen. Wir können auch diese Situation an einem Beispiel aufzeigen. Eine Haushaltsverletzung, bei der man sich leicht in den Finger schneidet, wird regelhaft als harmlos wahrgenommen, und in der Regel wird das Selbst auch diese Situation beherrschen. Anders sieht es aus, wenn wir es mit einer schweren Verletzung zu tun haben, die der Einzelne ohne externe Hilfe nicht heilen kann. Damit betreten wir die Ebene des Gesundheitssystems.
17. Wir definieren damit das Gesundheitssystem als die Struktur unterschiedlicher gesellschaftlicher Institutionen und professioneller Einrichtungen innerhalb des Gesundheitswesens, die dazu dient, die Einzelnen bei der Regulation der Körper-Geist-Umwelt-Beziehung zu unterstützen, ihnen also entweder durch geeignete Maßnahmen bei der Aufrechterhaltung einer stabilen Körper-Geist-Umwelt-Beziehung zu helfen oder ihnen die Wiederherstellung einer stabilen Körper-Geist-Umwelt-Beziehung zu ermöglichen. Diese im Verhältnis zu anderen Definitionen des Gesundheitssystems kurz und sehr einfach gehaltene Formulierung verletzt nicht die Sichtweise der Subjektivität von Gesundheit und beachtet insbesondere, dass Maßnahmen des Gesundheitssystems immer an den Fähigkeiten und Möglichkeiten des Einzelnen ansetzen müssen. Sie beinhaltet aber auch die Möglichkeit eines paternistischen Ver-

---

<sup>29</sup> Gemeint sind Nebenwirkungen von Medikamenten, aber auch Folgewirkungen durch Immobilität nach Eingriffen, nosokomiale Infektionen usw.



ständnisses, im Sinne eines wohlverstandenen Interesses,<sup>30</sup> das nicht durch den Einzelnen, sondern durch einen Dritten formuliert wird, also sowohl im Handeln innerhalb des Gesundheitssystems, als auch bei der Organisation beziehungsweise Strukturierung des Gesundheitssystems nicht in einem dialogischen, kommunikativen Prozess zwischen den Einzelnen und den Institutionen und ihren Vertretern gehandelt wird, sondern stellvertretend für die betroffenen Einzelnen.

18. Nicht immer ist diese Stellvertretung sinnvoll und damit angezeigt. Umgekehrt gibt es leider auch keinen Zweifel, dass die Stellvertretung erfolgen muss, da eine Vielzahl von Krankheits-situationen immer einen Kontrollverlust (s. o.) bedeuten, ja der Kern von Krankheit ist nicht das Leiden, sondern der Kontrollverlust und damit die Reduktion von Autonomie. In der modernen ökonomischen Theorie wird diese Situation komplett ignoriert. In Ermangelung einer sinnvollen Differenzierung von Bedürfnissen - im Sinne der vermeintlich wissenschaftlichen Rechtfertigung bestimmter wirtschaftlicher Handlungsweisen ein effektiver Mangel - wird nicht auf die tatsächliche situative Handlungsfähigkeit des Einzelnen bei der Entstehung von Bedürfnissen Rücksicht genommen.<sup>31</sup> Jedes Bedürfnis wird nicht nur in Hinsicht auf einen interpersonellen Vergleich als gleichwertig betrachtet, sondern auch bezüglich des jedem Bedürfnis innewohnenden eigenen Werts nicht differenziert. Eine Unterscheidung, die im Gegensatz dazu in der Alltagssicht von vielen Menschen so getroffen wird, wenn etwa ein volkstümliches Sprichwort sagt: „Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts.“ Auch wissen die meisten Menschen durchaus zu unterscheiden zwischen der Bedeutung von nicht krankheitsbedingten kosmetischen Eingriffen und solchen, die im Zuge einer krankheits- beziehungsweise unfallbedingten Reproduktion im Rahmen der Wiederherstellungschirurgie notwendig wird. Das Argument, dass eine solche Differenzierung gesellschaftlichen Konventionen unterliegt, ist überhaupt nur auf den ersten Blick richtig. Sie ist maximal nur eine theoretische Abstraktion, die aber im Kern unwissenschaftlich ist, wenn man empirisch nachweisen kann, dass es eine solche Differenzierung gibt. Dass diese im Zeitverlauf nicht konstant sein müssen, mag ein Problem sein. Da die Ökonomen aber auch nicht von der Konstanz von Bedürfnissen an sich ausgehen können, diese aber trotzdem als gegeben betrachten, müssten sie in ihren Theorien auch von einer Hierarchie der Bedürfnisse ausgehen, auch wenn diese temporäre Konstanz ebenso wenig aufweist, wie die Bedürfnisse insgesamt. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass bei einer Kategorisierung von Bedürfnissen die Hie-

---

<sup>30</sup> Der Begriff wird im Sozialrecht in § 52.2 SGB I im Zusammenhang mit der Übertragung und Verpfändung von Geldleistungen auf Dritte benutzt. Die Handlung wird in diesem Falle für den Versicherten, Klienten vorgenommen, in der belegbaren Annahme, dass die Maßnahme zu einem Vorteil für ihn führen würde, gegenüber der Unterlassung oder alternativen Maßnahmen. Entscheidend ist, dass die Handlung selbst durch andere entschieden und vollzogen wird und damit für den und nicht den Versicherten gehandelt wird. Im Gesundheitssystem resultiert dieses Verhältnis des paternistischen Handelns nicht aus dem Recht, sondern aus der individuellen Perspektive des Einzelnen durch den Verlust an Handlungsautonomie und der bisweilen sehr weit gehenden Unkenntnis über die Güte der Handlungsalternativen. Die Handlung der Leistungsträger muss dann im wohlverstandenen Interesse geschehen, da der Hilfe suchende Mensch einen Teil seiner Handlungskompetenz auf den Leistungsträger überträgt.

<sup>31</sup> Gemeint ist eine formale, theoretische Gleichheit der Marktteilnehmer, die es in der Realität im Allgemeinen und im Besonderen im Gesundheitssystem nicht gibt.

rarchien zwischen den Kategorien von Bedürfnissen deutlich konstanter sind, als es die jeweiligen (marktrelevanten) Bedarfe sind.

19. Tatsächlich ist das marktwirtschaftliche Handeln eine gesellschaftliche Funktion und damit für jeden Menschen immer äußerlich. In unserer Definition von Krankheit bedeutet dies, dass durch Erkrankung immer auch ein Regulationsproblem sozialer Beziehungen für den Einzelnen entsteht. Dieses Regulationsproblem reduziert seine Handlungsautonomie auch zur Steuerung eben dieser sozialen Funktion. Das gilt insbesondere in Bezug auf das Gesundheitssystem. Das heißt, gerade die Nutzung des Gesundheitssystems ist in der Regel ein deutlicher Hinweis auf eine wie auch immer geartete Reduzierung der (auch marktwirtschaftlichen) Handlungsfähigkeit des Individuums. Die Bezeichnung von Menschen, die aufgrund eines solchen Regulationsdefizits auf das Gesundheitssystem angewiesen sind, als Kunden führt deshalb maximal in die Irre, da bei diesen Menschen ein wesentliches Merkmal der Konsumentensouveränität grundsätzlich eingeschränkt ist, nämlich die Handlungsautonomie.
20. Diese Feststellung begründet einerseits das paternistische Beziehungsgeflecht im Gesundheitssystem, also die Notwendigkeit Verantwortung für den Subjekträger zu übernehmen, ihn damit von Aspekten seiner Entscheidungsfindung zu entbinden. Es sagt andererseits aber nichts aus über die Grenze dieser Entbindung. Da der Einzige, der abschließend in der Lage ist, die Körper-Geist-Umwelt-Beziehung zu regulieren das Selbst ist, muss jede Intervention im Rahmen des Gesundheitssystems darauf gerichtet sein, mit dieser Regenerationsfähigkeit des Einzelnen zu arbeiten und diese so weit wie möglich und so schnell wie möglich zu restaurieren. Es verweist einmal mehr darauf, dass Ausgangspunkt des Gesundheitswesens das Selbst ist. Die zuvor genannte Stellvertretung kann und soll daher nicht vollständig und nicht dauerhaft sein. Das Gesundheitssystem für sich stellt dabei einen Teil der sozialen Umwelt des Einzelnen dar, der von ihm reguliert werden muss. Ein Scheitern dieser Regulation verhindert oder verzögert den Gesundungsprozess und führt gegebenenfalls zu einer Transformation des Krankheitszustandes. Die Bedeutung des Selbst bei der Heilung wird insbesondere am sogenannten Placeboeffekt deutlich, aber auch der Umgang mit Nebenwirkungen, das Entstehen von Komplikationen sind Hinweise auf ein Scheitern der Regulationsfähigkeit im Umgang mit Maßnahmen des Gesundheitssystems.
21. Das Gesundheitssystem tendiert zum Paternismus als Resultat aus der Logik, die sich aus dem Ersatz des Selbsthandelns durch den unterstützenden Dritten ergibt. Der Dritte dringt damit in das Selbst ein, resultierend aus dessen Kontrollverlust. Zwar folgt dieses Eindringen kulturell tradierten Pfaden, das Eindringen ist in der Regel auch durch die Zustimmung des Betroffenen legitimiert oder zumindest durch die soziale Umwelt als notwendig angesehen.
22. Der Beruf des Heilers spielt damit gesellschaftlich eine besondere Rolle. Durch den Bezug auf das eigene Selbst des Einzelnen, auf das Wesenhafte handelt es immer auf dem Feld des menschlichen Seins und ist damit historisch immer mit religiösen Fragen eng verknüpft gewesen. Im Zeitalter der Moderne, indem die Naturwissenschaft die neue Religion geworden ist, ist diese Verknüpfung gelöst worden und weicht einem strengen materialistischen Bezug des Heilens.<sup>32</sup> Mit dieser Abtrennung vom Religiösen verbunden war auch eine Auflösung der

---

<sup>32</sup> Meyer-Abbich spricht von der kartesischen Sichtweise auf den Menschen und damit des Heilens. Meyer-Abbich, Klaus (2010); Was es bedeutet gesund zu sein. Philosophie der Medizin; Ulm; S. 127 ff.

Einheit von Körper, Geist und Umwelt, die den Heilenden zu einem technischen Spezialisten machte.

23. Der Heilung Suchende gibt quasi seinen Körper hin, um Heilung zu erfahren. Nicht umsonst hat die moderne Gesundheitswissenschaft den Begriff der „Compliance“ erfunden. Der Heilung Suchende hat den Anforderungen und Aufforderungen des Heilers zu folgen, seine Verantwortung liegt darin, genau das zu tun, was von ihm innerhalb der Therapie verlangt wird. Nach Abschluss der Intervention erlangt der Heilung Suchende seinen Körper zurück und hat nun die Aufgabe, mit dem Resultat eine neue Stabilität zwischen Körper, Geist und Umwelt herzustellen. Diese letzte Leistung des Selbst ist der eigentliche Heilungsprozess, der aber im vermeintlichen Heilungsprozess des Gesundheitssystems so nicht auftaucht. Der Charakter des Gesundheitssystems ist die Herrschaft der Experten, die Technokratie.
24. Es ist daher kein Wunder, dass Gesundheitsökonomien immer wieder dazu tendieren, den Heilungsprozess als mechanischen Akt der Reparatur zu verstehen. Dieses ist arbeitswissenschaftlich von Belang. Der hingeebene Körper wird zum Arbeitsgegenstand, der vom Experten entsprechend behandelt und gewandelt wird. Für diesen lebendigen Arbeitsgegenstand ist das Gewährenlassen, das Folgeleisten, die Compliance, eine prägende Charaktereigenschaft. Das Gesundheitssystem ist darauf ausgerichtet. Dieses Weggeben des Körpers ist hingegen eine Illusion. Es ist schlicht nicht möglich, selbst für Komapatienten nicht.
25. Die Missachtung der Körper-Geist-Umwelt-Einheit und der Bedeutung der Selbstregulation im Gesundheitssystem prägt das Gesundheitswesen. Sie ist die Begründung für die Bedeutung der Experten und deren Interessen bei der Ausgestaltung des Gesundheitssystems. Sie ermöglicht erst die Gestaltung des Gesundheitssystems als ein auf Organerkrankungen bezogenes Leistungssystem, welche die Voraussetzung für ein marktwirtschaftliches System, also in Form des Austausches von Leistungen gegen Entgelt ist. Nur durch diese Prägung entsteht Kommerzialität, die es ermöglicht das Gesundheitssystem in das marktwirtschaftlich kapitalistische System zu integrieren, es als systemkompatibel anzusehen.
26. Mit dieser Ausrichtung verbunden ist notwendigerweise das Thema der wirtschaftlichen Interessenlage. Wenn also etwas handelbar ist, kommerziell ist, dann entstehen Interessen, die nichts mit dem eigentlichen Gegenstand zu tun haben, sondern ausschließlich der Logik der Kommerzialität gehorchen. Diese Interessen entstehen einmal aus den unabweisbaren Regeln des umgebenden Wirtschaftssystem, das den handelnden Experten kulturell prägt, und zum anderen aus dem Wirtschaftssystem selbst, das danach trachtet, das Gesundheitssystem in sich selbst zu integrieren und damit den Logiken des wirtschaftlichen Handelns innerhalb des Systems zu unterwerfen. Praktisch gesehen heißt das, dass in einem System des Shareholder-Value nicht unvermittelt ein mitfühlendes, gemeinwohlorientiertes Handeln entstehen kann.
27. Wenn wir uns also nun mit den Möglichkeiten einer Gesundheitsreform beschäftigen, müssen wir zunächst fragen, was die Absicht einer solchen Reform sein soll. Der Begriff „Reform“ bedeutet Wiederherstellung. In der Regel versteht man unter Reform eine große, bedeutende Umgestaltung. Diese allgemeine Bedeutung ist deutlich neutraler und unspezifischer als der Begriff ‚Wiederherstellung‘. Im Zuge der Wesensdiskussion des Gesundheitswesens ist der Begriff der Wiederherstellung als Synonym für das Wort Reform dennoch sehr passend.

Es deutet nämlich darauf hin, dass eine „Gesundheitsreform“ den Kern, das Wesen der Gesundheit wiederherzustellen hat. Auch mit einer solchen Auffassung befinden wir uns nicht in der Nähe der generellen Diskussion. Diese meint nämlich in der Regel sekundäre Ziele, wie Kostenreduktion, Marktordnung oder Standesordnung. Und in der Regel reden wir beim Thema „Gesundheitsreform“ nur über die Reform des Gesundheitssystems, und auch dort nur über den Teilaspekt der ökonomischen Steuerung, der Reform der Marktbeziehungen. Mit dieser Teilbefassung einer Gesundheitsreform mit Subsystemen des Gesundheitssystems ergibt sich auch die Reduktion der Mittel und Instrumente einer Reform auf Instrumente der ökonomischen Verhaltensteuerung. Im Fokus steht also grundsätzlich die Frage, wie das selbstbezogene Handeln der Beteiligten über den Einsatz geeigneter Instrumente und Verfahren so gesteuert werden kann, dass eine wirtschaftliche Funktionalität des Gesamtsystems existiert.

28. An dieser Stelle werden zwei unterschiedliche Konzeptionen von Gesundheitsreform deutlich: Zum einen beziehen wir uns auf die Frage der Wiederherstellung der Entkopplung von inneren und äußeren Aspekten des Gesundheitswesens, ausgehend von der Subjektivität von Gesundheit, zum anderen erklärt sich der Bezug auf die Funktionalität des äußeren Systems, des Gesundheitssystems, als integrativer Bestandteil des wirtschaftlichen Ordnungssystems. Zwar wird dieses wirtschaftliche Ordnungssystem prinzipiell auch mit einer gesellschaftlichen Aufgabe versehen, indem ihm eine hohe Effizienz und Effektivität bescheinigt wird. Das ordnungspolitische Präjudiz führt allerdings dazu, dass diese vermeintlich dienende Aufgabe des marktwirtschaftlich-kapitalistischen Systems zurückgenommen wird, und damit das System selbst zum Zweck erklärt wird. Eine verpflichtende Bindung an die Zwecke des Gesundheitswesens kann damit nur zufällig vorgenommen werden. Umgekehrt scheint eine Exklusion aus dem wirtschaftlichen Umfeld zu einer Vernachlässigung der Sekundärziele im Gesundheitssystem zu führen, wenn die Tugend der Sparsamkeit hinter dem Gesundheitswesen zurückzutreten hat. Dies kann allerdings überhaupt nur dann zutreffen, wenn man die Prämisse akzeptiert, dass eine fehlende marktwirtschaftliche Ordnung zu einer Übernachfrage, zu einem Überangebot und/oder zu einer Überteuering der einzelnen Leistungsangebote im Gesundheitssystem führt. Es gibt aber genügend Anlässe zu glauben, dass gerade die marktwirtschaftliche Steuerung dazu verleitet, ein gewolltes Überangebot in eine ungewollte Übernachfrage zu verwandeln. Zudem wird übersehen, dass das Gesundheitssystem nur ein Bestandteil des Gesundheitswesens an sich ist. Die Funktionalität des Gesundheitssystems kann daher nicht losgelöst von seinen Aufgaben für das Gesundheitswesen betrachtet werden. Dieses ist aus meiner Sicht eines der Hauptdilemmata der Gesundheitsreform.
29. Wenn also konstatiert werden kann, dass das Gesundheitswesen in sich entkoppelt ist, dann kann eine Gesundheitsreform, deren wesentliche Reformziele nicht die „Wiederherstellung“ von verbundenen Strukturen ist, sondern ‚nur‘ das Ist wirtschaftlich verbessern möchte, sogar in Widerspruch zu dieser Aufgabe geraten. Dabei kann man sogar annehmen, dass diese äußeren Ziele einer Gesundheitsreform regelhaft nicht erreicht werden. In kaum einem Politikfeld gilt der Satz so stark wie im Gesundheitssystem, dass nach der Reform vor der Reform ist. Das Gesundheitssystem nicht nur in Deutschland ist einem ständigen Reformprozess ausgesetzt. Es ist keine gewagte These darin einen Mangel an inhaltlicher Kohärenz einerseits und ein Versagen bei dem Erreichen der Sekundärziele andererseits zu erkennen. Und es ist

kaum gewagter zu behaupten, dass der ordnungspolitisch gewollte Appell an den Egoismus von Gruppen und Einzelnen diesen Entkopplungsprozess eher fördert als ihn hemmt.

30. Weshalb werden denn die ökonomischen Ziele nicht erreicht, wenn sie doch schon im Wesentlichen die Kernziele gesundheitspolitischer Reformansätze darstellen? Wenn die Diagnose über die Krankheit des Gesundheitswesens zutreffend ist, dann haben wir damit schon eine Antwort, die allerdings die Systemtheoretiker der klassischen Gesundheitsökonomie nicht zufrieden stellen kann. In der klassischen Marktordnungstheorie begegnen sich Anbieter und Nachfrager mit antagonistischen Interessen, der eine will kaufen, der andere verkaufen. Auf dem Markt treffen diese antagonistischen Interessen zu einem Verhandlungsprozess zusammen, bei denen die Interessen gegeneinander abgewogen werden, um dann einen entsprechenden Preis zu generieren. Soweit die Theorie, die selbst für den normalen Markt so nicht stimmt. Im Gesundheitswesen gibt es einen zunächst scheinbar ähnlich lautenden Antagonismus, der aber komplett andere Inhalte hat. Der Antagonismus ‚Heilung suchen‘ und ‚Heilung geben‘ im Verhältnis zwischen dem Einzelnen und dem Gesundheitssystem trifft keinen Markt. Der Heilung Suchende erlaubt dem Heilung Gebenden in ihn quasi einzudringen, ihn dort, wo er die Regulation des Gleichgewichts zwischen Körper, Geist und Umwelt nicht (mehr) selbst erreichen kann, zu ersetzen. Während also auf dem normalen Markt Anbieter und Nachfrager in der Regel voneinander getrennt bleiben, ist dieses im Gesundheitswesen im Verhältnis Gesundheitssystem und seine Institutionen zum Einzelnen in der Regel eben nicht der Fall. Und auch lassen sich keine mengenbezogenen Nutzenkorrelationen denken, das heißt, es gibt weder einen abnehmenden, noch einen zunehmenden Grenznutzen für die jeweilige Leistung im Gesundheitswesen, sondern der Nutzen ist immer nur bei der richtigen Leistung gegeben. Dem Einzelnen nützt ein bisschen Heilung wenig, und es ist im Gesundheitswesen längst kein Geheimnis mehr, dass das „Viel-hilft-viel“ falsch ist. Auch in dieser Situation verbleibt der Einzelne nicht völlig wehrlos und vorbehaltlos, er kann auswählen, von wem er eine Leistung erwartet, zumindest in Teilen und in Abhängigkeit von der Vehemenz und der Besonderheit der Störung, die er erfährt. Er kann auch eine Präferenz für bestimmte Methoden entwickeln, beispielsweise Naturheilverfahren gegenüber cartesianischer (Meyer-Abbich) Medizin, beispielsweise konservative Verfahren gegenüber interventionellen. Das ändert nichts daran, dass er regelmäßig diese Leistung nicht selbst konkretisiert, sondern dies dem Dritten anvertraut und daraufhin diese mit ihm vollzieht.
31. Das Missverständnis oder das Nichtverstehen dessen, was die Bedeutung des Gesundheitssystems im Gesundheitswesen ist, ist eines der Gründe für das Versagen der Gesundheitspolitik. Der Antagonismus des Marktsystems bedarf keiner Auflösung, während der nicht wesensgleiche Antagonismus des Gesundheitssystems im Vollzug des gemeinsamen Handelns zum Zwecke der Heilung der Auflösung bedarf. Arzt und Patient, Pflegekraft und zu Pflegenden, Therapeut und Klient bedürfen der gemeinsamen Handlung, um endlich erfolgreich zu sein. Die Auflösung des Getrenntseins ist also für die Teilnehmenden im Gesundheitssystem enorm wichtig, zumindest wenn wir idealtypisch, also gesundheitswesensbezogen argumentieren.
32. Dass die Realität im Gesundheitssystem in der Regel anders aussieht bedarf keiner besonderen Nachweise. Auf der professionellen Seite erleben wir eine zentralistisch gesteuerte, hierarchische Struktur, sowohl innerhalb der berufsständischen Organisation, zwischen Leis-

tungserbringern und den so genannten Kostenträgern und schließlich zunehmend, betriebswirtschaftlich begründet, innerhalb der Gesundheitsunternehmen selbst.

33. Aber auch das Verhältnis zwischen dem Hilfe und Heilung Suchenden und dem Hilfegebenden ist seltsam hierarchisiert und dies in mehrfacher Hinsicht. Ob bewusst oder unbewusst ist die Kommerzialisierung bei den Suchenden selbst längst angekommen, die Heilung wird delegiert und als quasi externer Vorgang angesehen. Wir erwarten also, dass der Arzt uns heilt, der wesentliche Beitrag ist das Hingeben des eigenen Körpers, der Heilungsprozess wird ein selbstentfremdeter Prozess. Mit Bezug auf unsere Definition des Gesundheitswesens und der Gesundheit ist dieser Vorgang der Heilung nicht auf die Rückgewinnung der Fähigkeit zur Selbstregulation der Körper-Geist-Umwelt-Beziehung gerichtet, sondern, bildlich gesprochen, der Körper wird hingegeben mit der Erwartung, dass er geheilt zurück gegeben wird. Diese Grundhaltung entspricht wiederum insbesondere dem ärztlichen Berufsverständnis, das in der medizinischen Wissenschaft der Objektivierung des Körpers in einem im Wesentlichen mechanistischen Verständnis gefolgt ist.<sup>33</sup> Der Arztberuf zeichnet sich durch hohe Fachkunst und hohes Fachwissen über definierte Organe und organische Prozesse aus, mit dem Ziel als richtig erkannte Zustände und Bedingungen jeweils nach Möglichkeit wiederherzustellen. Der Mensch taucht in dieser Wissenschaft vornehmlich als Blaupause auf. Die zunehmende Spezialisierung befördert die Organreduktion in der Betrachtung menschlicher Heilungsprozesse. Die Notwendigkeit einer solchen Form der Spezialisierung wird innerhalb des Gesundheitssystems in keinsten Weise bestritten, sie wird hingenommen, auch wenn dann konstatiert werden muss, dass es quasi niemandem im System gibt, der den gesamten Behandlungs- und Heilungsprozess bewusst und auch mit Wissen begleiten und koordinieren kann. Die Versuche, den Allgemeinmediziner oder den Hausarzt zum Pfadmanager zu machen, erscheint deswegen wenig erfolgreich, da eine solche Dominanz des unspezialisierten Arztes gegenüber dem im System besonders hoch angesehenen Fachspezialisten zumindest zurzeit dem Wesen des Arztberufes fremd ist. Die überkommenen Beziehungen im Gesundheitssystem sind stabil, da sie zumindest heutzutage den jeweiligen Erwartungen sowohl auf der Seite des Arztes als auch auf der Seite des Heilung Suchenden entsprechen.
34. Diese innere Beziehung zwischen dem Hilfesuchenden und dem Hilfegebenden findet sich, wie schon oben angesprochen, im äußeren Verhältnis innerhalb der Institutionen und zwischen den Institutionen des Gesundheitssystems wieder. So gilt innerhalb der Berufe des Gesundheitssystems eine klare Hierarchie. Die Ärzte bestimmen die Leistung, die anderen Berufsgruppen werden von diesen dazu veranlasst, eine Leistung zu erbringen. Eine Ausnahme bildet der Pflegedienst, der sich innerhalb der Institution Krankenhaus eine selbstständige Position erarbeitet hat und, mit Blick darauf, dass eine medizinisch-ärztliche Behandlung im Sinne der Heilung oder der Verbesserung des Gesundheitszustandes nicht mehr möglich erscheint, in der Langzeitpflege einen eigenen Versorgungsbereich organisiert. Die Hierarchien zwischen den Berufsgruppen sind kulturell geprägt, die eigenständigen Handlungskompetenzen sind länderspezifisch unterschiedlich organisiert, so dass sich beispielsweise

---

<sup>33</sup> Meyer-Abich, ebenda. Anna Bergman macht deutlich, wie sich das noch im Hochmittelalter religiös bestimmte Verhältnis zum menschlichen Körper sich im Laufe der Zeit immer stärker zweckrationaler darstellte. Bergmann, Anna (2004); Der entseelte Patient. Die moderne Medizin und der Tod; Berlin



die Kompetenz und die Rolle der Pflege in der Schweiz oder in den USA von der in Deutschland unterscheiden.<sup>34</sup> Die Hierarchien führen nicht dazu, dass ein gemeinsames Handeln von sich aus besteht. In der Regel führen sie vielmehr dazu, dass individuelle Verantwortung nicht entsteht, und somit eine Trennung innerhalb der Organisation der Berufsgruppen, als auch eine Trennung der jeweiligen „nachgeordneten“ Berufsgruppe gegenüber dem patientenbezogenen Handeln besteht. Diese Trennung ist umso stärker, je geringer ausgeprägt das eigene berufsfachliche Ethos ist oder, um es etwas besser auszudrücken, die Selbstachtung vor der eigenen beruflichen Professionalität. Die Hierarchien begründen also nicht ein grundsätzliches Versagen des berufsfachlichen Handelns, sie behaupten stattdessen nur die Ableitung des eigenen professionellen Tuns von dem Handeln eines anderen im Verhältnis zum Hilfesuchenden. Es wird also ein Teil der eigenen Professionalität delegiert. Dieses mündet in der verbreiteten Vorstellung der Hilfesuchenden selbst, dass nur die ärztliche Kompetenz in der Lage ist, das Handeln der jeweiligen Berufsgruppe für den Behandlungserfolg richtig einzuschätzen. Die Berufsgruppen handeln in der Regel getrennt auf Veranlassung des behandelnden Arztes. Eine Handlung, hier Behandlung, ohne eine solche Veranlassung ist die Ausnahme.<sup>35</sup>

35. Dieses System funktioniert in der freien Arztpraxis in der Regel noch sehr gut, wenn die persönlichen Bezüge zwischen den Berufsgruppen die berufsfachlichen Hierarchien ausgleichen können. Der enge Bezug zueinander verwandelt die einzelnen Handlungen in eine einzige Handlung.
36. Anders sieht dies im Krankenhaus oder in größeren Einrichtungen des Gesundheitssystems aus, bei denen die Hierarchien durch die unternehmerische Organisationsverantwortung verändert sind. Diese besonderen Unternehmenstypen müssen als sogenannte invertierte Unternehmen anders gedacht werden, als das traditionelle gewerbliche und vor allem Industrieunternehmen. Bei Letzterem wird die Leistungsproduktion zentral standardisiert, d.h. es gibt eine zentrale Produktionsplanung, im Rahmen derer die Herstellung erfolgt. Im Krankenhaus folgt die „Produktion“ der jeweiligen Leistung anderen Gesetzen. Die Standards des Handelns im medizinisch-pflegerischen sind regelhaft extern definiert. In Deutschland beispielsweise werden die medizinischen Standards durch die ärztlichen Fachgesellschaften definiert und sind vom Unternehmen einzuhalten. Im pflegerischen Bereich sind in den letzten Jahren Expertenstandards entwickelt worden, die zunehmend einen verbindlichen pflegerischen Standard abbilden. Diese Standards sind für den einzelnen handelnden Fachkundigen die Leitlinien des Handelns in der pflegerischen, therapeutischen Situation. Angesichts einerseits der Definitionsgewalt des Arztes oder besser des verantwortlichen Arztes sowohl für die Leistung an sich, als auch für die einzelnen Teilleistungen innerhalb der Gesamtleistung, so-

---

<sup>34</sup> Bei Besuchen in Schweizer Spitälern konnte ich erleben, wie die Pflegekräfte eine deutlich selbständigere und selbstverständliche Aufgabenwahrnehmung hatten, als dieses in deutschen Krankenhäusern zu erleben war.

<sup>35</sup> Obwohl die Langzeitpflege nach SGB XI eine pflegerische Aufgabe ist, wurden anfänglich die Einstufungen zur Feststellung des Grads der Pflegebedürftigkeit vornehmlich von Ärzten erbracht. Mittlerweile werden zunehmend Pflegekräfte zur Begutachtung. Die Private Krankenversicherung rühmt sich sogar damit, bei der Prüfung ausschließlich (freiberuflich tätige) Ärzte einzusetzen. N.n (2011); Spezialist für Pflegegutachten; in: PKF Publik, 9/2011



wie andererseits der Konzentration des Handlungswissens beim einzelnen fachkundigen Mitarbeiter innerhalb des Leistungsprozesses, sind zentrale Vorgaben durch und auf Seiten des Verwaltungshandelns daher in der Regel quantitative monetäre und numerische Ziele, wie Personalkennzahlen, Sachkosten- und Erlösbudgets, Fallstruktur- und Fallzahlentwicklung. Die Komplexität der internen Leistungen, die daneben zusätzlich fachliche Regulierung erfährt, führt dazu, dass die situative Kompetenz mit zusätzlichen Fragestellungen überlastet wird, was wiederum zu einer Neudefinition von Verwaltungshandeln führt. Die zunehmende Bedeutung etwa von Hygienefragen, von denen der Ernährung, die expliziten und engeren Vorgaben in diesen Bereichen führen dazu, dass eine neue Kompetenz neben der medizinischen, pflegerischen, therapeutischen Kompetenz in den Fokus des patientennahen Handelns gerät, die vormals eine geringere Bedeutung gehabt hatte und/oder bis dahin noch innerhalb der betriebsorganisatorischen Regeln in der Kompetenz von Medizin und Pflege gelegen hatte.

37. Die zunehmende Ökonomisierung durch externe Preisvorgaben für jedes einzelne Leistungssegment erfordert zudem ein striktes Management der Hauptleistung sowie der Teilleistungen. Medizinnahe Managementformen entstehen als Mittler zwischen Verwaltungshandeln und medizinisch-pflegerischem Handeln. Dazu gehören beispielsweise das OP-Management, das Case-Management, das Entlassungsmanagement, das Schmerzmanagement usw. Die Durchführung dieser Managementaufgaben wird zumeist durch entsprechend qualifizierte Mitarbeiter des medizinisch-pflegerischen Dienstes gewährleistet, die Anbindung erfolgt allerdings überwiegend direkt an die Betriebsleitung oder die Unternehmensleitung. Dieses führt regelhaft zu einem Konflikt mit den bestehenden, tradierten Hierarchien zum einen, zum anderen wird die Verdinglichung des Hilfesuchenden forciert, wenn einerseits statistische Vorgaben das medizinisch-pflegerische Handeln bestimmen und dabei in der Konsequenz das richtige Vorgehen auf Grundlage externer Vorgaben gewährleistet sein muss.
38. Durch die Objektivierung der Leistung für sich und die Objekthingabe des eigenen Körpers durch sich selbst wird eine echte Verbindung zwischen Hilfesuchenden und Hilfegebenden verhindert oder zumindest erschwert. Zwischen beiden werden durch die ökonomischen Austauschbedingungen gleichzeitig antagonistische Rechtsbeziehungen geschaffen. Die Hingabe des Körpers bedingt die Erwartungshaltung, diesen im Rahmen einer Modellierung oder besser Re-Modellierung in einem gewollten oder zumindest gemeinten, implizit vereinbarten Zustand zurückzuerhalten. Damit im Zweifel bei einer Enttäuschung der Erwartung beziehungsweise der impliziten Vereinbarung der Hilfegebende Rechtssicherheit für sich schaffen kann, werden die o.g. Standards zunehmend wichtiger, um die fachliche Kunst gegenüber einem Dritten nachweisen zu können. Die Beteiligten handeln nicht unmoralisch, sondern folgerichtig. Der selbst Beteiligte, der Subjekträger gibt hin und lässt heilen, der den Körper Empfangende, objektiv Handelnde nimmt an und wendet Heilkunst an. Es ist also nicht so, dass der Hilfesuchende grundsätzlich in der Opferrolle ist und der Hilfegebende in der Täterrolle, tatsächlich verhalten sich beide systemimmanent richtig. Dies gilt auch dann, wenn sich beide gemeinsam oder getrennt voneinander oder Einzelne von ihnen darüber im Klaren sind, dass ihr Verhalten nicht dem Wesen der Gesundheit entspricht.
39. Die äußeren Normen und Bedingungen und Verhältnisse der Institutionen im Gesundheitssystem bestimmen das Innenverhältnis zwischen den beiden Parteien. Der ordnungspoliti-

sche Rahmen, der das Gesundheitssystem bestimmt, wirkt damit auch in das Gesundheitswesen hinein. Nur diejenigen haben das eigene Potenzial zur Gesundheit, die entweder in der Lage sind, durch geeignete Ressourcen in sich selbst diesen Mangel an Verknüpfung auszugleichen und mit der Rückgabe des Körpers die Möglichkeit haben, auf dieser Grundlage die Selbstregulation von Körper, Geist und Umwelt wiederherzustellen, oder aber in diesem Sinne opportunistische Persönlichkeiten sind, die ihr Leben und ihre Selbstdefinition auf der Grundlage des systembedingten und -gewollten Getrenntseins organisieren und damit den äußeren Rahmenbedingungen als kompatible Persönlichkeiten entgegenkommen. In diesem Zusammenhang spielt natürlich auch eine Rolle, wie groß der Verlust der Fähigkeit zur Selbstregulation des Einzelnen ist. Deutlich ist in jedem Falle, dass der extern vorgegebene ordnungspolitische Rahmen internalisierend auf das Gesundheitswesen so wirkt, dass wir es mit einer „Selbst“-Entfremdung des Einzelnen zu tun haben, die damit verbunden ist, dass nicht nur die soziale Umwelt, sondern auch die körperlich-geistige Innenwelt vom Selbst als in Teilen äußerlich anerkannt wird. Als extremstes Beispiel ist hier die Schönheitschirurgie anzusehen.

40. Als eine Zwischenerkenntnis stellen wir fest, dass das ordnungspolitische System über die zunehmende Prägung für das Gesundheitssystem, als ein wichtiges Instrument des Gesundheitswesens, bestimmend auf die Realität des Gesundheitswesens wirkt. Mit anderen Worten: das Äußere dominiert das Innere, die Selbstregulation des Einzelnen zum Erhalt oder zur Wiederherstellung der Körper-Geist-Umwelt-Einheit wird unterlaufen. Damit befindet sich das Gesundheitssystem systemisch bedingt im Widerspruch zum Gesundheitswesen, was nicht bedeutet, dass erstens Gesundheit nicht erreicht werden kann, und zweitens die Beteiligten innerhalb des Gesundheitssystems nicht trotzdem meinen, das Ziel der Gesundheit zu verfolgen.
41. Im ersten Fall habe ich bereits weiter oben auf die Umstände, die in der Person liegenden und die in der Schwere der Erkrankung liegenden, hingewiesen. Hinzu kommt, dass das berufsethische Selbstverständnis vieler Beteiligter im Gesundheitssystem, die so genannte intrinsische Motivation, durchaus über dieses Verständnis des aus der Ordnungspolitik stammenden Ziels des Gesundheitssystems hinausgeht. Die Zuwendungsorientierung ist ein überaus wichtiger Teil des beruflichen Selbstverständnisses in der Pflege und zumindest in Teilen auch in der Medizin. Die medizinisch-pflegerischen Berufe werden auch als zuwendungsorientierte Berufe bezeichnet. Die Begrifflichkeit der Zuwendung ist ein für das Gesundheitswesen sehr passender Begriff. Sie verdeutlicht, dass der Professionelle, das heißt der Hilfeegebende, nicht den Körper des Hilfesuchenden vereinnahmt, sondern sich dieser dem Hilfesuchenden als gesamte Person zuwendet. Damit ist auch die Wahrnehmung des Einzelnen in seinen inneren und äußeren Bedingungen gemeint. Da diese Themen häufig nicht Gegenstand des Gesundheitssystems und regelhaft nicht verbindlicher Bestandteil der Ausbildung in den Gesundheitsberufen sind, ist diese Zuwendung eben intrinsisch und nicht unbedingter Bestandteil des professionellen Instrumentariums.
42. Im zweiten Fall begegnet uns das Wesen der Gesundheit in einem anderen Verständnis, als wir es oben definiert haben. Gesundheit ist hier ein Defekt, der nach Möglichkeit repariert werden muss, eine Anomalie, die ausgeglichen werden muss, ein Verfall, der verlangsamt werden muss. Hintergrund ist immer ein Zustand, der als richtig angesehen werden muss. Ein

Beispiel ist der Umgang mit Cholesterinwerten, deren gesundheitliche Bedenklichkeit als Richtschnur für ein medizinisches Eingreifen angesehen wird. Selbst nachdem man die Bedeutung dieser Werte epidemiologisch deutlich zurücknehmen musste, führten selbst geringe Abweichungen immer noch zu einem medizinischen Handlungsbedarf.<sup>36</sup> Es spielt dabei selten eine Rolle, ob diese Werte dauerhaft erhöht sind, ob es in der Person liegende Gründe gibt für erhöhte Werte und ob die Person sich ansonsten wohl und gesund fühlt. Entscheidend für den medizinischen Handlungsbedarf ist die Abweichung von der Norm. Sie gibt nicht nur Sicherheit, gegebenenfalls Verlässlichkeit für die medizinische Handlung, viel wichtiger ist, dass sie auch eine Legitimation für die medizinische Handlung bietet, sowohl für den Professionellen, als auch für den Hilfesuchenden.<sup>37</sup> Höhere Werte führen zur erhöhten Unsicherheit, zu einem subjektiven Krankheitsgefühl oder zu einer subjektiv erhöhten Erkrankungsfahr, die durch diesen vermeintlich objektiven Laborwert suggeriert wird. Die Rückkehr zur Normalität stellt in diesem Fall Gesundheit dar. Gelingt dies nicht, ohne einen Ausgleich über beispielsweise pharmakotherapeutische Maßnahmen herzustellen, resultiert daraus eine dauerhafte Behandlungsbedürftigkeit, selbst wenn sich äußerliche Krankheitsmerkmale nicht einstellen.

43. In der Konsequenz erleben wir eine „Morbidisierung“ der Menschen und damit der Gesellschaft. Die Definition von Krankheit und Gesundheit wird im Einzelfall durch das professionelle System gestellt, und es wird damit über das subjektive Empfinden hinaus eine Handlungsanforderung gestellt. In der Gesundheitsökonomie bezeichnet man diesen Zustand als „angebotsinduzierte Nachfrage“. In der Regel wird davon ausgegangen, dass der Einzelne, der sich krank fühlt, mit diesem Krankheitsgefühl eine unspezifische primäre Nachfrage generiert. Der hier dargestellte Zusammenhang geht allerdings noch darüber hinaus: Krankheit wird selbst dann diagnostizierbar, wenn eine subjektive Krankheitsempfindung nicht besteht. Damit geht die Definitionsgewalt sogar bis über die bisher als primäre Nachfrage vom betroffenen Einzelnen gemachte Feststellung des subjektiven Krankheitsgefühls hinaus. Anstelle des „Ich bin krank“ tritt nun das „Sie sind krank“.

44. Entscheidend ist der Umgang mit dieser Feststellung, der Feststellung der Anormalität, also der Frage, ob aus einer solchen Feststellung eine Behandlungsbedürftigkeit resultiert oder nicht. Im heutigen Gesundheitssystem gibt es genügend Anlässe die Behandlungsbedürftigkeit festzustellen. Die zwei wichtigsten sollen hier genannt sein. Erstens ist der Broterwerb eines Professionellen im Gesundheitssystem in der Regel nicht die Gesundheit sondern die Krankheit. Das nicht zu verurteilende Erwerbsinteresse spricht also dafür, dazu zu neigen, einer Behandlungsbedürftigkeit festzustellen. Hinzu kommt zweitens die rechtliche Fragestellung. Für den Professionellen ist die Frage, ob aus einer festgestellten Anormalität eine schwerwiegende Erkrankung wird, eine statistische Frage. Er wird also immer beantworten müssen, ob die statistische Wahrscheinlichkeit eine Nicht-Behandlung rechtfertigt. Diese

---

<sup>36</sup> Huber; Langbein; a.a.O. S. 85 f.

<sup>37</sup> Umgekehrt führt das subjektive Empfinden von Krankheit ohne objektive Ergebnisse häufig zu keiner oder zumindest zu keiner zielgerichteten Handlung, was einerseits zu Konflikten zwischen Hilfesuchendem und Hilfegebendem führt, auch weil die Medizin dann dazu neigt, das Empfinden tatsächlich als nur subjektive Wahrnehmung zu interpretieren.

beiden Argumente lassen sich leicht am heutigen Krankenhausfinanzierungssystem verdeutlichen: Das Krankenhaus finanziert sich über die Schwere der Erkrankungen und über die Menge der behandelten Patienten. Es gibt damit zweierlei Anreize eine Behandlung durchzuführen und diese sowohl diagnostisch hoch zu bewerten, als auch nach Möglichkeit mit dem fachlich aufwändigsten Verfahren durchzuführen (Upcoding). Dies gilt auch, wenn das Krankenhaus nicht auf Gewinn orientiert ist, weil das Interesse durch das Finanzierungssystem wenigstens darauf gerichtet ist, durch Fallmengen und Fallstrukturen die Vorhaltekosten und die zusätzlichen fallbedingten, variablen Kosten zu refinanzieren.

45. Selbst aber wenn es die aus ökonomischen Gründen sinnvolle Entscheidung für eine Behandlung medizinethisch als nicht notwendig und sinnvoll ablehnt, muss sich das Krankenhaus mit der Frage auseinandersetzen, ob eine potenzielle Behandlungsbedürftigkeit, selbst im statistisch nicht wahrscheinlichen Fall, bei einer Behandlungsunterlassung das Krankenhaus dauerhaft schädigen würde. Selbst also, wenn die Wahrscheinlichkeit einer schweren Erkrankung in einem geringen Wahrscheinlichkeitsbereich liegen würde, ist es selbst dann sinnvoll, die Behandlung durchzuführen, weil die Möglichkeit eines skandalisierenden, gegebenenfalls dann auch haftungsrechtlich relevanten Schadens für das Haus und das Unternehmen vermieden werden muss. Die Entscheidung für eine Behandlung kann dann nur noch beeinflusst werden, wenn der betroffene Einzelne in die Entscheidungsfindung bewusst einbezogen wird. Da die Gefahr besteht, dass dieser Prozess selbst rechtlich absichernden Charakter besitzt und nicht dialogisch und gemeinsam abwägend ist, erleben wir das bereits genannte Dilemma, dass das Verhältnis zwischen Hilfegebendem und Hilfesuchenden, geprägt durch das rechtliche und ökonomische Umfeld, umgekehrt wird. Der Hilfesuchende entscheidet, vermeintlich, über die sekundäre Nachfrage, während die primäre Nachfrage quasi vom Hilfegebenden festgestellt wird.
46. Wir stellen also fest, dass die Heilungssituation derzeit zunehmend nicht von den Grundsätzen der Gesundheit ausgeht, sondern im Kern geprägt ist von den ordnungspolitischen und rechtlichen Bedingungen des Gesundheitssystems selbst. Faktisch bedeutet das, dass der, eigentlich instrumentelle, Charakter des Gesundheitssystems für das Gesundheitswesen wegensartig wird. Das Gesundheitssystem folgt einerseits einem sehr mechanistischen Verständnis von Gesundheit und Krankheit, das heißt von Krankheitsentstehung und Krankheitsbeseitigung, und trifft dabei andererseits zunehmend auf einen ökonomischen Rahmen, der mit einem ebenso einfachen Verständnis von Bedürfnis und Handlungsfreiheit auf ein ökonomisch geprägtes Instrumentarium von Anreizen zur Steuerung von Leistungsangebot und Leistungsnachfrage setzt. Die Integration in das umgebende marktwirtschaftliche und, im Verständnis Schumpeters,<sup>38</sup> kapitalistische System prägt die wirtschaftliche Struktur des Gesundheitssystems zunehmend. Die leistungsorientierte, das heißt auf den einzelnen Fall oder die einzelne Leistung bezogene Vergütung von Leistungen zur Gesundheit bedeutet, wie

---

<sup>38</sup> „Doch obwohl das moderne Krankenhaus in der Regel nicht um des Gewinnes willen betrieben wird, ist auch es nichtsdestoweniger das Produkt des Kapitalismus – nicht nur weil der kapitalistische Prozeß die Mittel und den Willen schafft, sondern viel grundlegender deshalb, weil die kapitalistische Rationalität die geistigen Gewohnheiten schuf, aus denen sich die in diesen Spitälern verwendeten Methoden entwickelt haben.“ Schumpeter, J.A. (1950); Kapitalismus, Sozialismus und Demokratie; München, S.205

schon gesagt, dass der einzelne Leistungserbringer im Wesentlichen an Erkrankung verdient und damit das Interesse hat, einen behandlungsbedürftigen „Kunden“ zu haben.

47. Diese Tendenz wird dadurch gestärkt, dass auch im Rahmen der globalen Finanzierung von Gesundheitsleistungen, inflationsbereinigt, Preisdegression verlangt wird. In Deutschland kann man dies einerseits am sogenannten floatenden Punktwert in der vertragsärztlichen Versorgung sehen, der für den einzelnen Vertragsarzt zur Sicherung seines Einkommens eine Leistungssteigerung verlangt.<sup>39</sup>
48. Im Krankenhausbereich nehmen Vorhaltekosten einen breiten Raum ein. Etwa 80 % der Personalkosten werden durch ärztliches und pflegerisches Personal verursacht. Aufgrund des Problems von Mindestbesetzungen im pflegerischen und ärztlichen Dienst lassen sich die Personalkosten in der Regel im Verhältnis zur Leistungs- und Erlösreduktion nicht gleichgewichtig reduzieren. Tarifsteigerungen im Personalsektor und Preisindexsteigerungen für die Sachkosten werden durch Preisindexsteigerungen für die im Vergütungssystem zumeist nicht vollständig ausgeglichen. Ein wichtiges Instrument zum Ausgleich dieser Kostensteigerungen sind daher auch hier Erlössteigerungen durch Mehrleistungen sowie zum anderen durch die Erbringung höher bewerteter Leistungen. Kostensenkungen werden dagegen überwiegend nur mittelfristig erreichbar sein. Dies kann durch Schließung von Stationen, Schaffung größerer Versorgungseinheiten versucht werden. Einsparungen werden darüber hinaus in der Regel durch Ausdünnung qualifizierten Personals, das Downgrading von Qualifikationen versucht.<sup>40</sup> Diese Maßnahmen sind teilweise sinnvoll, da mit der Leistungszunahme das qualifizierte Personal nicht in ausreichendem Umfang zur Verfügung steht. Problematisch wird dies jedoch, wenn die Handlungskompetenz im jeweiligen Aufgabenfeld so weit zersplittert wird, dass diese umfänglich für den betroffenen Patienten nicht zur Verfügung steht. Wenn also beispielsweise das pflegerische Personal auf einer Station so weit ausgedünnt wird, dass im Zweifelsfalle für allgemeine pflegerische Aufgaben nur Hilfspersonal eingesetzt werden kann, dann gefährdet dieses zum einen die Patientenversorgung, es führt zu einer systematischen Überlastung des Gesamtpersonals, nicht nur des Hilfspersonals, es kann zu einer Demotivierung des Fachpersonals führen, wenn deren fachliche Kompetenz durch diese Maßnahmen degradiert wird und damit vermeintlich oder tatsächlich gering geschätzt wird. Manche sprechen in diesem Zusammenhang von der Taylorisierung des Krankenhauses. Nun stellt nicht jede Reorganisation eine Taylorisierung dar. Zudem gab es bis in die Achtzigerjahre des letzten Jahrhunderts hinein in vielen Krankenhäusern so genannte Stationshilfen, die dem pflegerischen Dienst unterstützend zur Seite standen. Wenn durch die Entlastung von

---

<sup>39</sup> Der über Jahrzehnte diskutierte Effekt ist durch die letztjährigen Reformen entschärft worden, indem ein leistungsmengenabhängiger Garantiepunktwert eingeführt worden ist.

<sup>40</sup> Unter Downgrading von Qualifikationen wird hier verstanden die Differenzierung von Einzeltätigkeiten etwa bei Pflegekräften und Ärzten nach den qualifikatorischen Anforderungen, so dass sie unter dem Vorbehalt der organisatorischen Machbarkeit von weniger qualifizierten und damit preiswerteren Mitarbeitern erbracht werden. Das Deutsche Krankenhaus Institut hat in hierzu zwischen 2006 und 2010 zwei Projekte durchgeführt (Ärzte und Pflege), an denen ich als Projektgruppenmitglied jeweils teilgenommen habe. Unter dem DRG-System geht es dabei vordergründig auch immer um Personalkosteneinsparungen. In den Projektgruppen selbst wurden die Fragestellungen vor allem angesichts der Schere zwischen Angebot und Nachfrage nach medizinisch-pflegerischer Kompetenz als Option zur Begegnung des absehbaren Personalmangels gesehen.

geringwertigen qualifikatorischen Tätigkeiten die fachliche Zuwendung verbessert wird, dann ist diese Form der neuen Arbeitsteilung kein Taylorismus. Dieses gilt erst recht dann, wenn es sich um Tätigkeiten handelt, die nicht im berufsfachlichen Fokus stehen, also nicht zur beruflichen Selbstwahrnehmung und –definition gehören. Wenn diese durch andere qualifikationsadäquater mit einem subjektiv und ggfs. objektiv gefühlten berufsfachlichen Aufwertung für die betroffenen Berufsgruppen durchgeführt werden, kann dieses sogar zu einer Qualitätsverbesserung beitragen.<sup>41</sup> Entscheidend ist im Sinne unserer Definition von Gesundheitswesen, dass die Möglichkeit der Zuwendung zum Hilfesuchenden gestärkt wird. Da viele der Maßnahmen dem ökonomischen Druck geschuldet sind, besteht allerdings die Gefahr, dass das Gegenteil erreicht wird. Beispiele hierfür sind die Reduzierung der Stammbesetzung auf einer Station, bei Einsatz von sogenannten Leiharbeitnehmern, beim Ersatz von ausgebildeten Personal durch Pflegeschülerinnen, beim Austausch von Personal im Verhältnis eins zu eins zwischen qualifizierten und angelernten Personal usw.

49. Ein probates und damit auch sehr beliebtes Mittel ist der komplette Neubau von Krankenhäusern oder Teilen des Krankenhauses. Da die meisten Krankenhausunternehmen nicht in der Lage sind, Investitionen vollständig aus eigenen Mitteln zu finanzieren, durch die herrschende öffentliche Finanznot öffentliche Investitionsmittel für Krankenhäusern nicht ausreichend zur Verfügung gestellt werden, werden die Mittel für Krankenhausneubauten in der Regel am Kapitalmarkt aufgenommen. Dieser Inbegriff des Kapitalismus implantiert sich über diese (neue) Regel in das Gesundheitswesen hinein. Im Unterschied zum Eigenkapital, erst recht zum gemeinnützigen Eigenkapital, das in der Regel nur den Kapitalerhalt fordert, ist Fremdkapital, das am Kapitalmarkt aufgenommen worden ist, an die Zinserwartungen des Kapitalmarkts gebunden<sup>42</sup>. Damit verändert sich unabhängig davon, um welche Beträge es sich handelt, ein Teil des unternehmerischen Verhaltens des Krankenhausmanagements. Denn dieses ist nun verpflichtet, das Kapital inklusive der Kapitalmarktzinsen aus den Erlösen zu bedienen. Das Versprechen der durch privates Fremdkapital finanzierten Investitionen ist, Arbeit, sprich Personalkosten durch Kapital zu ersetzen. Dieses soll erreicht werden vor allem

---

<sup>41</sup> Tatsächlich hat das Zerteilen von umfänglichen Tätigkeiten in einzelne Tätigkeiten tayloristischen Charakter. Allerdings war etwa die Funktionspflege die bis Ende der 1990er Jahre ein wichtiges Pflegesystem war stärker von einem tayloristischen Charakter geprägt, indem die tätigkeitsspezifische Spezialisierung zu einer Beschränkung des fachlichen Tätigkeitsumfangs der jeweiligen Pflegekraft führte. Die Neuorganisation von Tätigkeiten zwischen den Berufsgruppen stellt eine arbeitsanalytische Bewertung der qualifikatorischen Anforderungen an einzelne Tätigkeiten dar, die in der Regel an der Qualifikationsschwelle zwischen den Berufsgruppen liegen. Es findet aber in der Regel keine Zerteilung in einzelne Tätigkeiten statt, sondern eine Neuformation von Aufgabenfeldern bis hin zur Schaffung neuer Aufgaben.

<sup>42</sup> „Kapital stellt einen Geldvorschuss dar, der zur Durchführung der Produktion notwendig ist. Folglich ist auch die Profitrate ein Preis für die Aufgabe von Liquidität, ist ein monetär bestimmter Zinssatz oder, wenn man so will, ein sich auf dem Gütermarkt herausbildender Zinssatz. Die Wertbezogenheit des Kapitalertrages verlangt, daß Kapital als Form der Aufgabe von Liquidität, nicht jedoch als Produktionsmittel einen Ertrag abwirft. Die Bemessungsgrundlage des Profits ist eine Wertgröße, der Produktionsmittelwert, nicht aber die Produktionsmittel selbst.“ Riese, Hajo (1987); Monetärer Keynesianismus, in: Post-Keynesianismus. Ökonomische Theorie in der Tradition von Keynes, Kalecki und Sraffa; Marburg, S. 201. Das bedeutet nichts weiter, als dass Fremdkapital, aber auch profitorientiertes Eigenkapital im Gesundheitsbereich nicht von den Bedingungen des Gesundheitsbereichs gedacht wird, sondern immer von den Bedingungen des Kapitalmarktes.



durch bauliche Strukturen, die zur Prozessverbesserung führen, durch deutlich größere Stationsgrößen, durch deutlich verbesserte energetische Strukturen des Neubaus. Diese Rechnung geht dann auf, wenn insbesondere der Personalabbau in einer Größenordnung von 20 % gelingt.<sup>43</sup> Notwendig ist aber, die Funktionalität des Gebäudes selbst maximal auszunutzen. Deswegen wird der Neubau häufig mit einer Kooperation verbunden, in der ein Partner das gesamte Gebäudemanagement im Betrieb übernimmt. Dieser Maßnahmen führen dazu, dass sich der Personalkostenanteil auf bis zu 50 % gegenüber zuvor circa 70 % der Gesamtkosten reduzieren lässt, wobei ein Teil des Personals, häufig zu anderen tarifvertraglichen Bedingungen beim Kooperationspartner wieder aufgebaut wird.

Was zunächst sehr positiv klingt, ist es in einem zweiten Schritt nicht unbedingt. Die Größe von Intensivstationen beispielsweise lässt sich zwar theoretisch steigern. Da die Betreuung der Patienten auf Intensivstationen personell in der Regel auf einzelne Zimmer konzentriert bleibt, die Besetzung im Tagesverlauf deutlich geringer schwankt als auf Normalstationen, kann eine Vergrößerung nur bis zu einer gewissen Stationsgröße erfolgreich sein, weil darüber hinaus keine größenbezogenen Personaleinsparungen mehr möglich sind. Zudem sind durch die dann sehr großen Teams Qualitätseinbußen durch die geringere Konstanz der schichtbezogenen Zusammensetzung der Teams, ständige Einarbeitungen, komplexere Personalmanagementaufgaben, geringere Teamkohärenz zur Gewährleistung professioneller Standards zu erwarten. Und auch in Normalstationen finden Personaleinsparungen ihre Grenze darin, dass die Frage der Mindestbesetzung keine Rolle mehr spielt, gleichzeitig größenbedingte räumliche Disfunktionalitäten durch bauliche und organisatorische Maßnahmen kompensiert werden müssen, zum Beispiel zusätzliche Pflegestützpunkte, mehr Stationsläger etc. Aus meinen eigenen Erfahrungen lassen sich allerdings auch noch andere Dinge feststellen. Ältere Krankenhäuser sind neben den betriebswirtschaftlichen Fragestellungen auch in Hinsicht auf ihren Ausstattungsstandard nicht mehr wettbewerbsfähig. Die räumliche Funktionalität ist auch in Hinsicht auf einen modernen Standard von Krankenhauspflege und Krankenhausmedizin ungeeignet. In sogenannten „Altbauten“ kompensieren die Mitarbeiter im Team häufig diese Defizite durch besondere Patientenzuwendung. So erhielt innerhalb eines Krankenhausverbundes, in dem ich tätig war, ausgerechnet das Krankenhaus mit den schlechtesten baulichen Bedingungen in der jährlichen Focusumfrage zur Krankenhausqualität eine Patientenempfehlung für die medizinisch-pflegerische Zuwendung. Im Gegenzug verändert sich dieser Bezug häufig, wenn aufgrund der auszunutzenden Funktionalitäten im Neubau die personellen Bezüge innerhalb des Teams unbedeutender werden und durch die externen Vorgaben zu ökonomischen Optimierung Gestaltungsoptionen durch die Mitarbeiter reduziert sind. Darunter leidet dann am Ende nicht nur der Patientenbezug, das Image des Hauses, sondern häufig auch die Funktionalität, weil die Mitarbeiter das Haus nicht für

---

<sup>43</sup> Die Rechnung ist relativ einfach, bei einem Investitionskostenanteil (im Wert der annuierten Auszahlungen für Investitionen) von zehn Prozent zuzüglich Finanzierungskosten auf die Laufzeit in Höhe von ca. fünf Prozent bei einem Personalkostenanteil von ca. 65- 70 % ergibt sich ein solches Einsparpotenzial. Dieses werden theoretisch begleitet von Einsparungen in den Gebäudekosten, die allerdings in der Regel durch Gegeneffekte kompensiert werden. So steigen in Neubauten die Anforderungen und damit die Betriebskosten der Klimatechnik, der Flächenbedarf steigt, etwa durch Verringerung der Bettenzahl pro Stationszimmer (mehr Zweibett- und nur noch maximal Dreibettzimmer) und Erhöhung der Ausstattungsmerkmale (mehr Nasszellen) usw.



sich in Besitz nehmen können. Die Folge sind häufig hohe Fehlzeiten und hohe Fluktuation der Mitarbeiter, was am Ende auch das betriebswirtschaftliche Ergebnis beeinträchtigt.

50. Diese Beobachtung ist nun kein Beleg dafür, dass Neubauten unsinnig oder unnötig sind, sie macht nur deutlich, dass der Geist der Funktionalität allein nicht ausreicht, sondern dass die Mitarbeiter ihre äußere Umwelt, in der sie mit dem Patienten Gesundheit erreichen wollen, ebenfalls in Besitz nehmen können müssen. Das was Gesundheitswesen ist, muss sich mit anderen Worten auch in den Institutionen des Gesundheitssystems wieder finden. Es ist diese alte Weisheit, dass durch kranke Strukturen keine gesunden Verhältnisse zu erreichen sind. Damit ist aber nicht gemeint, oder nicht nur, dass man auf den Gesundheitsschutz der Mitarbeiter zu achten hat. Es geht auch darum, dass die Mitarbeiter in die Lage versetzt werden, ihre Aufgabe in sich aufzunehmen. Aus dem Verständnis des Gesundheitswesens resultiert, dass der Impuls zur Durchführung der Unterstützung des Einzelnen zur Regulation des Körper-Geist-Umwelt-Verhältnisses dem Wesen von Gesundheit nicht widersprechen darf. Damit ist eben nicht gemeint, dass eine äußerliche Form von Gesundheit ausreichend ist. Es ist damit gemeint, dass die Mitarbeiter sich selbst, ihre Motivation, ihre Qualifikation in ihre organisatorische und physische Umwelt einbringen können müssen. Dazu ist die körperliche Gesundheit, der Arbeitsschutz eine wichtige Voraussetzung, aber sie ist nicht ausreichend. Die Mitarbeiter selbst müssen ihre Umwelt in sich aufnehmen können und regulieren können. Nur dann kann die Zuwendung zum Patienten und zu dessen Gesundheit überhaupt gelingen. Mit anderen Worten, genauso wie der Patient kein Arbeitsgegenstand ist, ist der Mitarbeiter im Gesundheitswesen nicht einfach Arbeitsfaktor, der nur planerisch eingesetzt werden kann. Die Invertierung von Unternehmen des Gesundheitssystems, wie des Krankenhauses, resultiert aus dem „Wesen des Gesundheitswesens“. Es ist die gedachte Fortsetzung, dass das Gesundheitswesen auf die Gestalt des Gesundheitssystems zu wirken hat. Im Tun und Handeln realisieren die Mitarbeiter dies in der Regel. Der Widerspruch zwischen der Gestaltanforderung durch das Gesundheitswesen und der Organisationsanforderung durch die ökonomische Umwelt resultiert für die Mitarbeiter in Sinn- und Motivationsverlust.
51. Und auch hier gilt das, was an anderer Stelle schon einmal gesagt worden ist, allerdings in Bezug auf den Subjekträger, das Selbst im Gesundheitswesen: opportunistische Charaktere können mit dieser Situation besser umgehen, indem sie ihr professionelles Verständnis auf die Anforderungen des aus dem ökonomischen System stammenden Zielkorridors ausrichten.
52. Nun ist es bei Weitem nicht so, dass das Gesundheitssystem vor der Ökonomisierung schon den Geist des Gesundheitswesens geatmet hat. Die starken Hierarchien innerhalb des Gesundheitssystems, das Eigeninteresse der Medizin für den medizinischen Fortschritt, die Objektivierung von kranken Menschen, sterbenden Menschen und Toten sind kein Ergebnis der Ökonomisierung. Die Ökonomisierung ermöglicht es sogar, als exogener Veränderungsdruck, einen Teil dieser tradierten Entwicklungen und Strukturen aufzubrechen und zu beseitigen. So hatte die Ökonomisierung zu einem Aufweichen und Aufbrechen der Funktion und Position des Chefarztes im Krankenhaus geführt. Von einem autonomen Patriarchen wandelt sich das Bild hin zu einem leitenden Angestellten in einem Unternehmen, der damit den Prinzipien der innerbetrieblichen Transparenz und Grundsätzen der Führung unterworfen ist. Diese Veränderung wirkt in Hinsicht auf die innerbetriebliche Kommunikation regelhaft posi-

tiv, selbst wenn man anerkennt, dass der eine oder andere Patriarch sowohl in Hinsicht auf „sein“ medizinisch-pflegerisches Team, als auch bezüglich der Zuwendungsorientierung den Grundsätzen des Gesundheitswesens entsprach. Denn diese Form der Hierarchie führte nicht grundsätzlich, sondern eher zufällig, willkürlich, weil abhängig von den Personen in der Hierarchie, zu einem solchen Ergebnis. Teile dieser Hierarchie werden durch die Ökonomisierung allerdings auch verstärkt. Dazu gehört insbesondere die Karriereorientierung in Hinsicht auf das berufliche Fortkommen. So wird systembezogenes, opportunistisches Verhalten nun zusätzlich zum Karrierevorteil auch noch finanziell stärker belohnt, was den marktwirtschaftlichen Systemprinzipien entspricht. Am Ende lässt sich behaupten, dass diese ökonomischen Veränderungen nur die Konsequenz einer stärkeren Ökonomisierung der gesamtgesellschaftlichen Beziehungen sind, dass also zum einen die alten Hierarchien schon Ausdruck eines ökonomischen Verhältnisses in der Gesellschaft gewesen sind, und die neuen Hierarchien, die stärker funktional sind, den aktuellen ökonomischen Beziehungen in der Gesellschaft noch genauer entsprechen.

53. Dies lässt sich auch daran ablesen, dass die wesentlichen Korporationen und Verbände im Gesundheitswesen, die Ärzteverbände und Krankenkassenverbände und Krankenhausverbände, weiterhin Bestand haben, ihre Positionen nur den veränderten ökonomischen Prinzipien im Gesundheitssystem angepasst haben. Sie vertreten als immer noch die Interessen ihrer Mitglieder und Shareholder und Eigentümer, aber sie haben ihre Positionen den veränderten ökonomischen Bedingungen angepasst. Der Begriff ‚Ökonomisierung‘ ist in diesem Sinne irreführend, wenn er dazu verleitet, davon auszugehen, dass nicht zuvor bereits wirtschaftliche Einzelinteressen die Gestalt des Gesundheitssystems geleitet haben. Der Begriff meint daher auch nur, dass die Prinzipien der umgebenden kapitalistischen Marktwirtschaft in die Organisation des Gesundheitssystems prägend eindringen, während sie zuvor eher willkürlich, neben anderen Faktoren das Gesundheitssystem durchzogen haben.
54. Wir können also festhalten, dass die Ökonomisierung Strukturen des Gesundheitssystems in Richtung auf eine neue Form der Hierarchisierung aufgebrochen hat. Die Ökonomisierung ist also nicht ursächlich für die Entkopplung des Gesundheitssystems innerhalb des Gesundheitswesens, aber durch die Funktionalisierung des Heilung- und Hilfesuchenden, zum einen in seiner Eigenschaft als Arbeitsgegenstand, zum anderen in seiner Funktion als Träger von Erlösen wird die der Medizin innewohnende Tendenz, den zu behandelnden, zu unterstützenden Menschen nicht als Subjekträger der eigenen Gesundheit, sondern als Objekträger des medizinischen Interesses, als Träger einer Erkrankung oder eines Defekts zu sehen, unterstützt. Diese Tendenz ist eine der wesentlichen Widrigkeiten, die eine Reform in Richtung auf das Wesen der Gesundheit, das Gesundheitswesen erschweren. In Kombination mit der Ökonomisierung, und den schon beschriebenen Aspekten der Ökonomisierung, geraten wir in einen Strudel von Widersprüchen.
55. Was meint eigentlich der Begriff Ökonomisierung? In der Regel versteht man darunter zunächst die unternehmerische, beziehungsweise betriebswirtschaftliche Ausgestaltung des medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Handelns. Der Fokus des Handelns liegt auf der Frage der Effizienzsteigerung, das heißt der möglichst kostengünstigen Gestaltung von Leistungen. Ein anderes Verständnis ist die Effektivitätssteigerung, das heißt der Steigerung des Outputs im Verhältnis zu gegebenen Mitteln beziehungsweise Ressourcen. Aus die-

sen beiden Verständnissen resultiert das Minimax-Prinzip, das bedeutet die Maximierung des Outputs bei Minimierung des Ressourceneinsatzes. Nun kommt an dieser Stelle die so genannte Marktordnungspolitik oder Marktordnungstheorie ins Spiel. Die Marktordnungstheorie geht davon aus, dass dieses Ziel bestmöglich dadurch zu erreichen ist, dass wettbewerbliche Marktprinzipien vorherrschen. Aus diesen Prinzipien resultiere sowohl der günstigste Preis, als auch eine am Bedarf orientierte Leistungsmenge. Dieses heißt in der Konsequenz, dass sich die maximal am Bedarf orientierten Anbieter mit den günstigsten Angebotspreisen gegenüber denen durchsetzen, die dieses nicht garantieren. Gleichzeitig gilt diese Bedingung des potenziellen Marktausschlusses auch für die Nachfragerseite. Mit anderen Worten, wenn aus persönlichen Gründen eine Nachfrage nicht entsteht, dazu gehört vor allem der Marktausschluss durch zu geringe ökonomische Leistungsfähigkeit, dann scheidet der Nachfrager auf dem Markt aus. Die potenzielle Nachfrage, als solche ist sie zu bezeichnen, kann nicht realisiert werden. In der marktwirtschaftlichen Theorie gibt es ein großes Problem, Bedürfnisse in ihrer Wertigkeit interpersonell, das heißt zwischen einzelnen Personen, zu vergleichen. Im marktwirtschaftlichen System werden alle Botschaften über den Preis der Leistung oder des Produktes transportiert. Theoretisch bedeutet das, dass sich im Preis, der auf einem Markt herrscht, immer das Verhältnis von Vorstellungen der Anbieter, Bedürfnissen der Nachfrager, den optimalen Produktionsverfahren unter den gegebenen Ressourcenpreisen abbilden. Aus der Theorie lässt sich nicht ableiten, ob das Marktergebnis tatsächlich wünschenswert ist, da Marktgerechtigkeit und Marktfreiheit nur ein begrenztes Verständnis von Gerechtigkeit und Freiheit abbildet. Die Entscheidung darüber ist letztlich eine gesellschaftspolitische, die der anonyme Markt so nicht treffen kann, selbst wenn man realitätsfern, idealtypisch annimmt, dass der marktliche Wettbewerb, so wie geschildert, tatsächlich funktioniert.

56. Es geht hier also schlicht und ergreifend zunächst nur um die Frage, ob jemand Leistungen erhalten soll, auch wenn er sich diese wirtschaftlich nicht leisten kann oder auch leisten will. In der Regel beantwortet die Gesundheitspolitik diese Frage damit, dass ein ökonomisch bedingter Marktausschluss vermieden werden soll. Es gibt keine objektive Regel für diese Frage. Den Zugang zu Gesundheitsleistungen zu gewähren ist eine gesellschaftspolitische Entscheidung, sie lässt sich nicht ökonomisch begründen.<sup>44</sup> Am Anfang einer solchen Entscheidung steht, sofern man die Überlegenheit marktwirtschaftlicher Steuerung an sich anerkennt, zu welchem Ergebnis die marktwirtschaftliche Steuerung im Gesundheitssystem führt, ob dieses Ergebnis gesellschaftlich gewünscht ist. Mit dieser Fragestellung ist der marktwirtschaftlichen Steuerung bereits Vorrang eingeräumt.
57. Der Begriff Ökonomisierung im Gesundheitswesen meint nicht nur diese Entscheidung für eine marktwirtschaftliche Steuerung. Das Prinzip Angebot und Nachfrage ist die Grundvoraussetzung für die Ökonomisierung, die ordnungspolitische Diskussion geht aber noch weiter, indem sie die Integration, das meint die Einbettung des Gesundheitssystems in das umgebende Wirtschaftssystem, fordert. Der Unterschied ist nicht unerheblich. Denn damit ist letztlich die Gleichsetzung des Marktes für Gesundheitsleistungen mit allen anderen Gütermärkten innerhalb des Kapitalismus gemeint. Damit werden zusätzlich, und die Betonung

---

<sup>44</sup> Obwohl wir natürlich Ungleichheit und Unfreiheit im Sinne der Ausführungen eines Amartya Sen durchaus sinnvoll in ökonomischen Zusammenhängen diskutieren können. Vgl. Sen, Amartya (2011); Ökonomie für den Menschen; München

liegt auf zusätzlich, zu den bisherigen Spielern im Gesundheitssystem andere Spieler mit anderen Interessen, die dem Gesundheitssystem nicht eigen sind, eingeführt, die in der gesundheitspolitischen Gestaltung zu berücksichtigen sind. Wenn im Portfolio von Private Equity Fonds Krankenhäuser, Krankenhausketten, Blutspendedienste, radiologische Praxen auftauchen,<sup>45</sup> natürlich neben anderen Anlagemöglichkeiten, dann wird deutlich, dass die Interessen, die in der Gesundheitspolitik bei der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen für das Gesundheitssystem zu berücksichtigen sind, in diesem Augenblick nicht mehr rein gesundheitspolitisch und medizinisch-pflegerisch zu begründen sind. Die Bedingungen, die etwa der internationale Finanzmarkt stellt, sind dann ebenfalls zu berücksichtigen. Das gleiche gilt für Krankenhausketten, die Bestandteile größerer Konzerne sind, die sich in ihrer ökonomischen Aktivität an den Bedingungen des internationalen Marktes orientieren, zumindest aber an konzerninternen Vorgaben zur erwarteten Unternehmenswertsteigerung und Rendite. Anforderungen also, die mit dem Gesundheitswesen nichts zu tun haben, bei genauerer Betrachtung diesem sogar wesensfremd sind, werden nun Bestandteil von Gesundheitspolitik. Dieses Wesensfremde liegt zum einen in dem Charakter der Objektivierung des Gegenstandsbereiches des wirtschaftlichen Handelns und vor allem im Widerspruch eines auf globales Handeln ausgerichteten Wirtschaftssystems, während das Gesundheitswesen durch die Konzentration auf das Subjekt in Form von Körper, Geist und soziale Umwelt innerregionalen Charakter besitzt

58. Das ist der wirkliche Kern von Ökonomisierung, nämlich zum einen die „Verbetriebswirtschaftlichung“ des medizinisch-pflegerischen-therapeutischen Handelns und zum anderen die Integration der wirtschaftlichen Strukturen des Gesundheitssystems in das marktwirtschaftlich-kapitalistische Ordnungssystem, die Kommerzialisierung.
59. Diese Form der Ökonomisierung bedingt den Appell an das wirtschaftliche Eigeninteresse des einzelnen Handelnden. In diesem Eigeninteresse muss das Hingeben des Körpers zwangsweise damit verbunden sein, dass der Annehmende diesen für die Dauer der Hingabe quasi zu seinem Eigentum macht. Wie zuvor schon angedeutet, liegt allein im Marktverhältnis ein Antagonismus, der unter den Grundprinzipien des kapitalistischen Marktes nicht auflösbar ist. Um dem Gesundheitswesen zu entsprechen, müsste der den Körper Annehmende, also der Leistungserbringer, sich in seinen Entscheidungen grundsätzlich von seinem Eigeninteresse abwenden, was nicht unbedingt bedeutet, dass er im Einzelfall anders handelt, sondern dass seine Orientierung beim Handeln eine andere ist. Dies bedeutet, dass das Berufsfachliche im Sinne der eigenen berufsethischen Prinzipien ursprünglich die Leitlinie des eigenen Handelns ist und der Heilungsprozess in der Verbindung des berufsfachlichen Könnens mit den Bedingungen des erkrankten Menschen besteht. Ob und in welchem Maße marktwirtschaftliche Prinzipien die tatsächliche Leistungserbringung beeinflussen hängt davon ab, wie „idealtypisch“ sich der Leistungserbringer verhält. Ich möchte dieses an einem Beispiel deutlich machen: Im Rahmen der Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen stellt sich die Frage, welche Leistungen innerhalb der Fallpauschale erbracht werden können. Ein komplett rational handelnder Leistungserbringer wird sich darauf beschränken, die durch eine Fallpauschale konkret umrissene Leistung zu erbringen. Weitere Erkrankungen eines Patienten, solange

---

<sup>45</sup> Vgl. Hermann, Christoph; Die Privatisierung von Gesundheit in Europa; Forba Schriftenreihe 2/2007, S.17f.

sie nicht leistungs- und diagnoserelevant sind, sollte er tunlichst nicht erbringen, da er diese Leistung nicht bezahlt bekommt. Dies gilt, insofern diese Erkrankung keine unmittelbare Auswirkung auf die zu behandelnde Erkrankung hat. Sie wäre dann als Nebendiagnose zu kodieren und damit auch in der Leistung zu berücksichtigen. Leistungen, die nicht zur eigentlichen DRG (Diagnosis Related Groups = diagnosebezogene Fallpauschale) gehören, sind in der Kalkulation des Entgelts in der Regel nicht berücksichtigt, so dass eine Leistungserbringung dazu führen könnte, und dies wahrscheinlich in der Regel auch tut, dass der durch die DRG gesteckte Kostenrahmen nicht eingehalten werden kann. Daraus resultiert, dass, sofern eine akute Behandlungsbedürftigkeit vorliegt, diese Erkrankung in der Konstruktion eines neuen Falles mündet, die wenigstens die Entlassung und Neuaufnahme, gegebenenfalls in einer anderen Abteilung des Krankenhauses oder in einem anderen Krankenhaus, zur Folge hat. Was früher ein Fall war, wird nun zu mehr als einem Fall.

Positiv wirkt der Druck auf den Leistungserbringer bei einer über die stationäre Versorgung hinausgehenden Behandlungs- oder Pflegebedürftigkeit im nachstationären Bereich für einen reibungslosen Entlassungsvorgang zu sorgen, indem zur Verkürzung der Verweildauer unmittelbar Kontakt zu den poststationären Leistungserbringern hergestellt wird, um eine zeitnahe Weiterbetreuung zu gewährleisten. Allerdings gibt es auch den Anreiz, Patienten so früh wie möglich als nicht mehr krankhausbedürftig zu entlassen und dabei insbesondere im Bereich der Frührehabilitation Maßnahmen auf das Notwendigste zu beschränken. Die Entlassung des Patienten wird daher nach sozialrechtlich vertretbaren Erwägungen so früh wie möglich vollzogen. Krankenhäuser und deren Leistungsträger, die sich anders verhalten, haben einen Wettbewerbsnachteil. Im Rahmen des Wettbewerbs werden, beispielsweise als Rehabilitationseinrichtung, auch diese Träger sich gegen eine solche Praxis nicht zur Wehr setzen, da die Krankenhäuser für sie wichtige Zuweiser darstellen, und Patienten auch dann nicht zurückweisen, wenn sie anfänglich noch kurativ zu behandeln sind. Solange sich alle an die Systembedingungen halten, das heißt entsprechend der ökonomischen Anreize, hier aufgrund der Preissignale und unter Berücksichtigung des rechtlich Notwendigen richtig handeln und damit sinngemäß sich wirtschaftlich verhalten, funktioniert dieses System zunächst ökonomisch für alle Beteiligten. Allerdings ist nicht gewährleistet, dass erstens die Gesundheit des Patienten im Vordergrund steht und zweitens das System gesamtwirtschaftlich ökonomisch funktioniert. Es ist zum ersten zu erkennen, dass das Risiko für den Patienten steigt, unangemessen betreut zu werden. Und auch ist es für ihn zwangsläufig ein höherer Aufwand, da die einzelne Leistung immer mehr in Teilleistungen zersplittert wird. Die gesundheitliche Leistung nimmt einen schizophrenen Charakter an. Einerseits haben wir es mit einer unnötigen, wenigstens unbequemen, im Einzelfall sogar schädlichen Überversorgung zu tun, andererseits mit einer potenziellen Unterversorgung innerhalb der Versorgungskette.

60. Diese Funktionalisierung durch den Wettbewerb führt zu einer Selektion auf dem Markt: einerseits des Objekteigenschaften Tragenden, das heißt des Patienten als Träger von Merkmalen einer Krankheit, welche ihm gleichzeitig Erlösmerkmale zuteilen; andererseits zwischen den Leistungserbringern, die, durch die Hierarchie des Marktes, zu einem ‚gewollten‘ Verhalten gezwungen werden. Im Falle des ‚Objektträgers Patient‘ wird die Leistung in einem von rationalen Individuen gesteuerten System dann optimal, wenn die Erlösmerkmale mit den Bedingungen der Erkrankung annähernd deckungsgleich sind. Auf der Leistungserbringerseite ist das betriebliche Ergebnis dann optimiert, wenn die Objektträgermerkmale im

Leistungsportfolio im Sinne des Vorangesagten gestaltet werden können, wenn die innerbetrieblichen Kostenstrukturen optimiert werden, das heißt insbesondere die Personalkosten und die innerbetrieblichen Prozesse an das voraussichtlich zu realisierende Leistungsportfolio angepasst werden, und schließlich das Zusammenspiel zwischen ‚Objektträger‘ und Unternehmensorganisation in Richtung eines dem Fall immanenten optimierten Leistungsgerüsts gestaltet wird. In anderen Worten bedeutet das, dass erstens versucht werden muss, Patienten nach ihren potenziellen Erlöskriterien und in Hinsicht auf ihre wahrscheinliche Kosten-Erlös-Relation zu selektieren, dass zweitens die Personalstrukturen in Hinsicht auf die durchschnittlichen Personalkosten niedrig gehalten werden, dass Personalvorhaltekosten minimiert werden, dass gleichzeitig spezialisiertes, hoch qualifiziertes, Leistungen an das Unternehmen bindendes Fachpersonal gewonnen und gehalten werden muss, und dass drittens ein fallbezogener Pfad im Unternehmen existiert, der einerseits den ‚Patientendurchlauf‘ zeitlich optimiert sowie als Vorgabe für eine fallbezogen optimierte innerbetriebliche Leistungsstruktur dient.

61. Nun kann diskutiert werden, ob dieses betriebswirtschaftlich optimierte Verhalten zwingend ist, ob nicht möglicherweise alternative Verhaltensweisen möglich sind, trotz der systemisch gegebenen Rahmenbedingungen. Für den niedergelassenen Arzt bedingt das System der floatenden Punktwerte, dass der einzelne Arzt, der kein Einkommensmaximierer ist, große Unsicherheit in Hinsicht auf sein zu realisierendes Einkommen hat, da sein Einkommen vom Verhalten aller anderen abhängt, die, wenn sie Einkommensmaximierer sind, in diesem System zur gleichen Zeit auch Leistungsmaximierer sind. Im Krankenhausbereich gilt zwar keine globale Budgetierung im klassischen Sinne, dennoch arbeitet auch das Krankenhaus in einem budgetierten System, das krankenhauses individuell gilt. In diesem Fall gilt der Grundsatz, dass der Zwang, sich dem System zu fügen umso größer ist, je höher der Anteil von Vorhaltekosten an den Gesamtkosten ist. Dies gilt im Grunde für jedes Gesundheitsunternehmen. Eine Arztpraxis mit einem großen Teil Assistenzpersonal ist gezwungen eine Mindestmenge an Leistungen zu erbringen, um diese Vorhaltekosten zu decken. Im Krankenhausbereich, in dem, abhängig von Krankentyp und Trägerschaft und Fremdvergaben beim Gebäudemanagement, zwischen 50-75 % Personalkosten, die kurz- bis mittelfristig fix und damit Vorhaltekosten sind, finanziert werden müssen, gelten die Prinzipien wegen der hohen absoluten wirtschaftlichen Last der Vorhaltekosten verstärkt. Da insbesondere private Krankenträger an ihre Unternehmen nicht unerhebliche Renditeanforderungen stellen, gibt es formal Spielräume bei gemeinnützigen Trägern, da diese solche Renditeanforderungen schon mit Blick auf ihre Rechtsform nicht erfüllen müssen. Diese Vorteile werden durch strukturelle Vorteile allerdings mehr als kompensiert (deutlich niedrige Personaldurchschnittskosten zwischen 5-7 % in den Kernberufsgruppen; die Organisation als bundesweite tätiger Konzern mit Synergie-Effekten im Bereich Aus-, Fort- und Weiterbildung, bei der Personalakquise, beim Einkauf, vor allem durch Standardisierung eingesetzter Produkte, bei den Budgetverhandlungen und so weiter. Hinzu kommt, dass private, aber auch private gemeinnützige Krankenthauskonzerne eine deutlich höhere Krankenthausmarktexpertise besitzen, als vor allem Krankenthäuser in kommunaler oder ähnlicher Trägerschaft, die in der Regel nur ein oder wenige Krankenthäuser besitzen.

62. Fassen wir die betriebswirtschaftlichen Widersprüche zum Gesundheitswesen zusammen:



- Die in der Regel am Kapitalmarkt aufgenommenen Privatkredite zur Finanzierung von Investitionen verlangen eine Verzinsung, die aus dem Ergebnis des Gesundheitsunternehmens zu finanzieren ist.
- Das auf Konkurrenz ausgelegte marktwirtschaftliche System verlangt ein egoistisches Verhalten der beteiligten Marktteilnehmer. Dieses steht im Widerspruch zum Gesundheitswesen, da es die im Paternismus des Medizinsystems bereits angelegten Antagonismen zwischen Hilfesuchenden und Hilfegebendem aufgrund der Verwandlung des Hilfesuchenden zum Objektträger verstärkt und sie nicht auflöst.
- Die Rahmenbedingungen der Finanzierung im Gesundheitssystem in Deutschland belohnen insbesondere Einkommensmaximierer und Leistungsmaximierer. Selbst, wenn ein Leistungserbringer nicht diese Ziele verfolgt, wird er tendenziell, aufgrund der Erlös- und Einkommensunsicherheit dazu veranlasst, sein betriebswirtschaftliches Verhalten an den Einkommens- und Leistungsmaximierern zu orientieren.
- Die strukturellen Nachteile von gemeinnützigen Unternehmen in lokaler oder regionaler Trägerschaft werden durch dieses System verstärkt und können auf Dauer zu einer Strukturverschiebung innerhalb der Trägerstruktur des Gesundheitssystems führen, welche den Sinnwandel hin zur Kommerzialität manifestiert.

63. Aufgrund dieser einfachen Schlussfolgerungen stellt sich die Frage, ob eine solche Hinwendung zur Kommerzialität im Gesundheitssystem reversibel ist, gerade wenn man feststellt, dass sie im Widerspruch zu den Grundsätzen des Gesundheitswesens als Ganzem steht. In der Regel spricht man von Opportunitätskosten, die dadurch entstehen, wenn man aus welchen Gründen auch immer einen Systemwandel vollziehen möchte, um Alternativen, wie etwa den Status Quo ante wiederherzustellen. Diese fallen insbesondere bei denen an, die Vorteile aus dem bisherigen System ziehen und bei einem Systemwechsel für ihren potenziellen Schaden entschädigt werden, z.B. durch versunkene Kosten für Investitionen, entgangene Gewinne usw. Dabei ist zu beachten, dass der Status quo ante häufig als nicht gewünschter Zustand angesehen wird, sonst hätte man ja keine Notwendigkeit gesehen, ihn zu verändern. Wenn also jüngst die Mängel des Fallpauschalensystems im Krankenhaus aufgelistet werden, wird gleichzeitig aber die Rückkehr zu einem tagespauschalierten Krankenhausbudget abgelehnt, nicht zuletzt weil in diesem System zu geringe Anreize für ein betriebswirtschaftlich effizientes Verhalten gesehen werden, und es in diesem ja auch (tatsächlich) schon Qualitätsprobleme gab. Damit impliziert ist ein Verbleiben in den gegebenen strukturellen Bedingungen und der Versuch innerhalb dessen die eigentlich widersprüchlichen Ziele von Systemordnung, dem Wirtschaftssystem folgend, und den Anforderungen an das Gesundheitssystem im Gesundheitswesen als solches aufzulösen.

Es ist schon an anderer Stelle auf den schwierigen Maßstab „Wirtschaftlichkeit“ hingewiesen worden. Diese Diskussion macht deutlich, wie schwierig es ist, den richtigen Maßstab zu entwickeln. Die Kritik am Verhalten der Akteure im Krankenhaus richtet sich an das Movens des Profits, der dazu verleitet, einerseits betriebswirtschaftlich optimal zu arbeiten, andererseits den betriebswirtschaftlichen Ertrag im Vordergrund sieht und deshalb, angesichts der Möglichkeit der Selbstdefinition von Leistungen durch den Leistungserbringer, dem Prinzip der Leistungsmaximierung bei Minimierung von Kosten folgt. Es ist geradezu natürlich, aber



wenigstens logisch, dass in einem System, das die Erlöse des Krankenhauses über die Leistung steuert, die Selektion der Leistungen über die Leistungsstruktur stattfindet, also die Optimierung des Leistungsportfolios, zum anderen die Leistungsmengen als betriebliches Optimierungsinstrument in den Vordergrund rücken. Ökonomisch stehen uns wenige andere Instrumente zur Beurteilung der Leistungsperformance zur Verfügung. Wenn wir also über Wirtschaftlichkeit reden, und als Instrument des Erreichens von abstrakter Wirtschaftlichkeit den wirtschaftlichen Druck sehen, dann muss man damit eingestehen, dass man dann die daraus entstehenden Handlungsinstrumente und Handlungsergebnisse erwarten kann. Wer also nach 5-7 Jahren DRG's in Deutschland meint, dass die Akteure sich anders verhalten sollten, als es das System verlangt, hat eine falsche Vorstellung von Grundsätzen des wirtschaftlichen Wettbewerbs. Diese sind nämlich.<sup>46</sup>

- zum ersten die Mengenkomponte: Im Zeitalter des Massenkonsums ist die Outputorientierung Bestandteil des wirtschaftlichen Handelns. Das Gewinnen von Marktanteilen, die Stärkung der eigenen Marktposition ist damit letztlich gesundheitspolitisch gewollt. Instrumente, um dies zu erreichen sind eben das Verdrängen des anderen Wettbewerbers sowie die stetige Steigerung der Erlöse durch Mengenausweitung.

- zum zweiten die Preiskomponte: Da die Preise durch das Unternehmen im Krankenhaus und im Gesundheitssystem nicht autonom zu erhöhen sind, sondern im Rahmen gesetzlicher Vorgaben verbandlich definiert werden, kann das Unternehmen erlösseitig nur über die Bindung höherwertiger Nachfrage ausreichende Erlöse erzielen. Die unternehmensoptimale Definition der Diagnosen und der notwendigen Leistungen bei einem über Diagnosen, Behandlungsprozeduren und Komplikationen definierten Preissystem ist damit rational.

- zum Dritten die Strukturkomponente: Es ist auch völlig normal, dass Leistungsnehmer selektiert werden, da das Bestreben des Leistungsgebers ist, keine Leistungen zu erbringen, deren Kosten die Erlöse übersteigen oder wenigstens ein Mindestmaß an Deckungsbeitrag für die Vorhalte- und Gemeinkosten abwerfen. Überdies kann die Strategie der Leistungsmengeneh- rung auch dazu führen, dass eine bestimmte Klientel von Patienten abgelehnt wird, da sie zum Image des Unternehmens nicht passen und damit potentielle attraktive Patientengruppen abschrecken könnten. Beispielsweise lehnte während einer Großveranstaltung im Ruhrgebiet ein kirchlicher Krankenhausträger öffentlich die Behandlung von Alkoholisierten ab, und wünschte sich, diese in einem anderen Krankenhaus mit öffentlicher Trägerschaft behandelt zu wissen, da diese Klientel mit dem Image des eigenen Hauses nicht vereinbar schien. Stattdessen wollte man sich als Krankenhaus für die gut beleumundeten Kranken profilieren. Diese Patientenselektion ist funktionell nichts anderes als eine den Finanzierungsbedingungen des Krankenhauses entsprechende, subtile Definition des Produktportfolios.

64. Alle drei vorgenannten Elemente des wirtschaftlichen Wettbewerbs stehen im Widerspruch zu den Aufgaben des Gesundheitssystems innerhalb des Gesundheitswesens. Es wurde schon an anderer Stelle betont, dass der durch den wirtschaftlichen Wettbewerb bevorzugte Ei-

---

<sup>46</sup> Thiemeyer, Theo (1981); Art. Gesundheitswesen. I. Gesundheitspolitik, in: Albers, J. etal (Hrsg.); Handwörterbuch der Wirtschaftswissenschaft, 34./35. Lieferung, Stuttgart/New York, S. 576- 591

gennutz im Widerspruch steht zu den Prinzipien des Gesundheitswesens. Auch der Grund ist an anderer Stelle schon dargelegt worden, nämlich dass durch die notwendige Verbindung zwischen Hilfesuchenden und Hilfegebendem, resultierend aus der eingeschränkten Fähigkeit zur Selbstregulierung des Hilfesuchenden, die Objektivierung der gesundheitlichen Leistung durch den Ichbezug des Leistungserbringers, also dem Zwang, Patienten und Leistungen im Verhältnis zum eigenen Vorteil abzuwägen, im Widerspruch zum Kern des Gesundheitswesens steht. Ein wesentliches Hindernis für eine Gesundheitsreform ist damit der dominante wirtschaftliche Wettbewerb, der sich ordnungspolitisch aus der Analogie, das heißt der Übertragung der wirtschaftlichen Strukturen des umgebenden ökonomischen Systems ergibt.

65. Diese ordnungspolitische Dominanz entsteht allerdings nicht aus dem Nirgendwo, sie ist auch nicht eine zwangsläufige Folge des so bestehenden ordnungspolitischen Systems. Vielmehr gibt es eine gesellschaftspolitische Konstellation, die dieses System bestätigt und damit für seine Dauerhaftigkeit einsteht. Diese lassen sich auf drei Ebenen finden:

A. **die Marktordnungstheorie als wissenschaftlicher Zweig**, der ein Präjudiz für marktwirtschaftliche Ordnungssysteme vor sich her trägt. Die Marktordnungstheorie definiert die ökonomische Betrachtung des Gesundheitssystems als Subdisziplin, damit verlangt sie grundsätzlich die Betrachtung des Gegenstandsbereichs „Gesundheitssystem“ aus dem Blickwinkel der eigenen wissenschaftlichen Disziplin. Sie zwingt damit das Gesundheitssystem nicht nur in die eigene Nomenklatura, sondern vor allem auch in das eigene systemische Denken. Das Gesundheitssystem und damit letztlich auch das Gesundheitswesen werden damit aus der Richtung der umgebenden kapitalistischen marktwirtschaftlichen Ordnung gedacht und verändert und nicht aus Richtung der Anforderungen des Gesundheitswesens. Anstatt eine dienende Wissenschaft zu sein, die sich mit ihren Mitteln und Konzepten dem Gegenstandsbereich angepasst, wird der Gegenstandsbereich ausschließlich aus der Sicht der eigenen allgemeinen theoretischen Konzepte betrachtet und darin eingepasst. Im Kern geht es um die Systemkompatibilität, ausgehend von der vermeintlichen Überlegenheit des eigenen ordnungspolitischen Systemgedankens.

B. **das globale wirtschaftliche Industrieinteresse**: das Gesundheitssystem ist ein technologisch sehr innovatives System. Ständig werden neue Geräte entwickelt, neue Medikamente auf den Markt gebracht, neue medizinisch-technische Verfahren implementiert. Betrachtet man beispielsweise den Markt für Medizintechnik, dann wird man die wirtschaftliche Dynamik dieses Marktes feststellen können. Nach Aussagen der HSH-Nordbank wuchs der Markt für Medizintechnik in der Vergangenheit doppelt so stark wie der Markt für Industrieprodukte.<sup>47</sup> Die Bank geht davon aus, dass dieser Trend auch in der Zukunft anhält und der Markt für deutsche Medizintechnik mit einer weltweiten Steigerungsrate von über 50 % zwischen 2010 bis 2020 weiterhin eine deutliche Wachstumsbranche bleibt. In Deutschland hat diese Entwicklung zu Konsequenz gehabt, dass sich der Marktanteil für Medizinproduktehersteller am Umsatz des verarbeitenden Gewerbes deutlich um mehr als ein Drittel innerhalb von 10 Jahren (1995 bis 2006) verbessert hat. In einem exportorientierten Land, als das Deutschland immer noch gilt, ein großer Teil der Medizinprodukte, die in Deutschland hergestellt werden,

---

<sup>47</sup> Bräuninger, Michael; Wohlers, Eckhardt (o.J., vermutlich 2008), Medizintechnik in Deutschland. Studie im Auftrag der HSH Nordbank; S.8

gehen mit steigender Tendenz ins Ausland (67,5 %, 2012, 62,6 in 2006),<sup>48</sup> lassen sich Argumente gegen eine zu starke Einschränkung der Absatzinteressen dieses Industriezweigs schnell finden. Ähnliches lässt sich für die pharmazeutische Industrie besagen. So rechnet die Firma PWC im Jahr 2007<sup>49</sup> mit einer Verdopplung der Umsätze der Pharmaindustrie bis zum Jahr 2020. All dieses funktioniert natürlich nur, wenn staatliche Interventionen die Marktentwicklung nicht abbremsen. So nimmt es dann nicht Wunder, wenn der Verband der forschenden Pharma-Unternehmen (VfA) eine Entkopplung der Beiträge zur Krankenversicherung von den Löhnen fordert, die vollständige Versicherungsfreiheit zwischen Krankenkassen und Krankenversicherten sowie die bedarfsorientierte Unterstützung der Ärmeren bei der Finanzierung der Krankenkassenbeiträge.<sup>50</sup>

**C. die mikroökonomischen Interessenlagen, repräsentiert durch Verbände der Anbieter im Gesundheitssystem:** Versteht man das Gesundheitssystem als Branche, dann wird man nicht umhin kommen festzustellen, dass es keine andere Branche in Deutschland gibt, und vielleicht auch weltweit, die derart korporatistisch organisiert ist. Dieses bedeutet nicht nur, dass es eine enorm große Zahl von Fach-, Berufsgruppen- und Spitzenverbänden gibt, sondern dass auch ein Großteil der rechtlichen Normen mittelbar und unmittelbar vom Wirken dieser Institutionen abhängt. Diese nicht-staatlichen Regulierungen prägen das Gesundheitswesen. Sie regeln beispielsweise die Aufgaben der einzelnen Berufsgruppen im Gesundheitssystem, die beruflichen Standards, damit auch die Rechtsnormen, die bei der Anwendung des Berufsrechtes relevant sind. In der ambulanten medizinischen/ärztlichen Versorgung bewerten sie den Bedarf und bestimmen das Angebot an Gesundheitsdienstleistungen, zunehmend geschieht dies auch in der Krankenhausversorgung. Im Rahmen der sogenannten verbandlichen Selbstverwaltung wird schließlich sogar das Leistungserüst der sozialen Krankenversicherung, also das was zu bezahlen wäre, welche Leistungen anzuwenden sind auf Kosten der Versicherungsgemeinschaft, zwischen den beteiligten Verbänden festgelegt. Die Vergütungsregelung ebenso wie die Qualitätssicherung ist Aufgabe der Verbände. Das Stellvertreterprinzip, dass in Ermangelung der Selbstvertretungseigenschaft durch die kranken Menschen notwendig wird, wird durch ein Stellvertreterprinzip für die marktwirtschaftlichen Aushandlungsmechanismen nicht einfach ergänzt, sondern quasi ersetzt.<sup>51</sup> Deutlich wird das daran, dass die formalen Patientenvertreter (durch Verbände wie die Verbraucherberatung, den Behindertenrat und weitere bestimmt) im Gemeinsamen Bundesausschuss als oberstes Entscheidungsgremium der deutschen verbandlichen Selbstverwaltung nur beratende Funktion besitzen. Es geht um den Ausgleich von ökonomischen Interessen, in Erkenntnis, dass Marktmechanismen im Gesundheitssystem nicht die gewünschten Ergebnisse bringen. Die theoretischen Begründung aus der wissenschaftlichen Richtung des so genann-

---

<sup>48</sup> Vöpel, Henning (2013); Globale Absatzmärkte der deutschen Medizintechnik; HWWI-Studie im Auftrag der HSH Nordbank, S. 5, 14

<sup>49</sup> PWC (2007); Pharma 2020. The vision. Which path will you take?“ PWC geht von einer Dynamik der Gesundheitsausgaben deutlich oberhalb des BIP-Wachstums aus (Annahme Anteil am BIP steigt um etwa 50 % zwischen 2007 und 2020. Daraus ergibt sich eine Wachstumsdynamik im Pharmabereich von ca. 8% weltweit.

<sup>50</sup> VFA (2009); Position zur Gesundheitsreform vom 9.09.2009

51

ten Neokorporatismus macht deutlich, dass ein solcher verbandlicher Aushandlungsprozess als marktwirtschaftliches Substitut, also eine quasi Second-Best-Lösung, darstellt. Es bleibt aber in dieser Betrachtung das ordnungspolitische Ideal der marktwirtschaftlichen Steuerung die auch politische Referenz.

66. Die eigentliche Repräsentanz der Menschen dieses Landes stellt die demokratische Vertretung der Bürgerinnen und Bürger eines Landes, einer Region oder einer Stadt/Gemeinde dar. Diese Vertretung der Bürgerinnen und Bürger ist von diesen Bedingungen selbst nicht beeinflusst. Die Fach-, Berufs- und sonstige Verbände des Gesundheitssystems besitzen ihnen gegenüber einen fachlichen und qualifikatorischen Vorsprung, die Dominanz der Marktordnungstheorie in der Wirtschaftswissenschaft macht es schwer für sie, einen anderen theoretischen Diskurs zu führen, und schließlich vergeht kein Tag, an dem nicht irgendein wirtschaftlich wichtiger Wirtschaftsverband auf die Bedeutung des Gesundheitswesens für die zukünftige Standortpolitik des Wirtschaftsstandortes Deutschland hinweist. Berufsfachliche und Verbandsinteressen, ökonomischer Mainstream und wirtschaftlicher Lobbyismus sind starke Kräfte, denen nur ein starker ethischer Impuls der Politik und von wichtigen Einzelpersonen, alternative Patientenverbände und eine kleine Schar alternativer SozialökonomInnen entgegen steht. Selbst wenn man annimmt, dass ein fähiger Gesundheitsminister alle diese Mechanismen durchschaut und mental beherrscht, was sicherlich nicht zwangsläufig ist, muss er sich trotzdem durch eine allzu unüberschaubare Menge von Einzelinteressen, mit mehr oder weniger gewichtiger öffentlicher Stimme, schlagen, bei denen der normale Mensch in seinem Gesundheitswesen nicht auftaucht. Ein schier unmögliches Unterfangen?
67. Fassen wir noch einmal zusammen: Das Gesundheitswesen ist die Essenz der Gesundheit, stellt als gesellschaftliches Subsystem die Bedingungen für das Sein der Gesundheit dar. Ausgangspunkt des Gesundheitswesens ist der Einzelne, der sich in Bezug auf seinen Körper und seinen Geist im Verhältnis zu seiner sozialen Umwelt reguliert. Das Gesundheitssystem ist Bestandteil des Gesundheitswesens, das dieses Potenzial unterstützt, ausgleicht oder wiederherstellt. Es macht aber nicht das Gesundheitswesen aus, zu dem alle die Fähigkeiten zur Selbstorganisation der einzelnen Menschen unterstützenden Bedingungen jeweils und allgemein in ihrer sozialen Umwelt gehören. Zu den Bedingungen gehören auch und nicht zuletzt die sozialen Bedingungen des Einzelnen, was in der traditionellen Sozialökonomie als Lebenslage (Weisser-Schule) bezeichnet wird. Im Weiteren gehört zum Gesundheitswesen das Konzept einer ausgewogenen Subsidiarität, in einem ursprünglichen Sinne. In diesem Verständnis des Gesundheitswesens wird anerkannt, dass Ausgangspunkt für Gesundheit immer die Fähigkeit des Einzelnen ist, im Rahmen seiner sozialen Umwelt zu agieren. Im klassischen Gesundheitssystem gibt es eine Tendenz zum Paternismus, zur Entmündigung in einem mehrfachen Sinne. Es ist eine ökonomische Entmündigung, wenn die soziale Umwelt des Einzelnen insofern unberücksichtigt bleibt, dass der Zugang zum Gesundheitssystem nicht differenziert ist, also den Bedingungen des Einzelnen nicht angemessen ist. Der wirtschaftliche Ausschluss entzieht ihm die Möglichkeit, bei Verlust der Selbstregulation diese mit professioneller Unterstützung wiederherzustellen. Die Standardisierung von Heilverfahren, aber auch von Mitteln und Instrumenten zur Krankheitsverhütung bevormundet ihn in Hinsicht auf die Methoden zur Selbstregulation. Diese Missachtung kann ein dauerndes Scheitern der Wiedergewinnung der Fähigkeit zur Selbstregulation zur Folge haben. Die Kommerzialisierung unterstützt, beziehungsweise fördert die paternistische Tendenz des

Gesundheitssystem, indem sie den Körper, der krank ist, objektiviert, und mit dem Heilungsprozess als definierte Dienstleistung den Körper und/oder die Psyche des Einzelnen vereinnahmt und damit institutionell die Verbindung zwischen dem Hilfesuchenden und dem Hilfegebenden unterbindet. Das Gesundheitswesen verlangt die Verbindung zwischen den beiden Akteuren, das durch das umgebende Wirtschaftssystem geprägte Gesundheitssystem verlangt beziehungsweise fördert die Trennung zwischen den beiden Akteuren. Ursache dafür ist das wirtschaftliche Potenzial des Gesundheitssystems, das nicht zuletzt deshalb geprägt ist von den Bedingungen des kapitalistisch-marktwirtschaftlichen Systems und darin institutionell eingebettet ist. Ethisch wird das Gesundheitssystem zwar noch geprägt von den aus dem Gesundheitswesen resultierenden Aufgaben des Gesundheitssystems. Die institutionellen und ordnungspolitischen Anforderungen aus dem wirtschaftlichen System prägen allerdings das Gesundheitssystem in einem Maße, dass die wirtschaftlichen Steuerungsfunktionen dominant werden. Sie prägen sowohl das Verhältnis zwischen Hilfesuchenden und Hilfegebenden als auch das Verhältnis der Akteure im Gesundheitssystem untereinander und erziehen die Akteure zu „Nutzenmaximierern“, da ein Erfolg versprechendes egoistisches Verhalten verlangt und gefördert wird, indem ein anderes abweichendes Verhalten den Einzelnen ökonomisch oder gesundheitlich bis zum Existenziellen benachteiligen kann. Die Transformation dieser Verhältnisse im Gesundheitssystem erschwert eine Revision, da die Beziehungen und die daraus resultierenden Verhaltensweisen sowohl bei „Anbietern“ als auch „Nachfragern“ erlernt und verinnerlicht sind. Gleichzeitig sind die Gestaltungselemente des Gesundheitssystems sowohl geprägt durch eine theoretisch gewollte ökonomische Konvergenz zum umgebenden wirtschaftlichen Referenzsystem, als auch durch eine Dominanz von fachlichen und Verbandsinteressen, wie auch von der Bewertung des Gesundheitssystems als volkswirtschaftlich bedeutende Branche, die Politik der Reform des Gesundheitssystems mit Fragestellungen der Wirtschaftsförderung vermengt.

68. Bei dieser kurzen Zusammenfassung, die notwendigerweise sehr reduziert ist, wird deutlich, dass die immer wieder beklagte Komplexität des Gesundheitswesens auch ein Resultat der historischen Entstehung des Gesundheitssystems ist. Gesundheit selbst ist das zentrale Element des menschlichen Erlebens, da sie den individuellen Zugang zur natürlichen und sozialen Umwelt bestimmt. Da Gesundheit, unter Berücksichtigung der Definition der WHO, immer ein subjektives Geschehen ist, realisiert sich die Komplexität vor allem aus der berufsfachlichen und kommerziellen Aufteilung des Heilungsprozesses. Erst durch diese Zergliederung und Zersplitterung wird es quasi unmöglich, den Heilungsprozess als solchen aufzufassen, der er ist, nämlich eine Unterstützung der Fähigkeit und des Prozesses zur Selbstregulation. Damit gerät ein zentrales Element der deutschen Gesundheitsreform in den Blickpunkt, nämlich die sogenannte verbandliche Selbstverwaltung. Die Entlastung der Politik, angesichts der Komplexität des Gesundheitssystems verständlich, findet in der Regel dadurch statt, dass sie in opulenten Anhörungsprozessen entstandenen gesetzliche Rahmenfestlegungen durch die Selbstverwaltung der Verbände konkretisieren lässt. Man könnte es mit einfachen Worten sagen: Anstelle sich mit den Verbänden auseinanderzusetzen, gibt man ihnen einen gesetzlichen Rahmen vor, indem sie sich selbst und untereinander regulieren. Diese auf den ersten Blick charmante Lösung perpetuiert allerdings die Komplexität und konserviert tendenziell bestehende Strukturen. Wenn man anerkennt, dass die Zergliederung eines der wesentlichen Probleme unseres Gesundheitssystems ist, dann ist das kein adäquates Vorgehen. Insbesondere führte es dazu, dass andere Spieler, Opponenten des Systems und im System in

der Regel nicht ins Spiel kommen können. Ein Beispiel mag dies nochmals erläutern: Die Integration fachärztlicher ambulanter Leistungen in den Krankenhausbereich, die in anderen Ländern gang und gäbe ist, wird in Deutschland seit den siebziger Jahren<sup>52</sup> propagiert, ohne dass man diesen Schritt, der im Sinne der Auflösung der Sektoren zwischen ambulanter und stationärer Lösung von fachlicher Seite immer als sinnvoll angesehen worden ist, gravierend näher gekommen ist. Erinnert sei nur an die Auflösung der ostdeutschen Ambulatorien und Polikliniken im Zeichen der Integration der ehemaligen DDR in das bundesrepublikanische Gesundheitssystem. Elemente der Sektorenintegration, die inzwischen im deutschen System verankert sind, haben nicht den Charakter einer Systemneuorientierung, sondern sie sind vielmehr ein Appendix der bisherigen Struktur. Neuerdings kann man feststellen, dass es ein Interesse privater Krankenhauskonzerne gibt, bei denen allerdings nicht das Ziel der Verringerung von Komplexität im Vordergrund steht, sondern die vertikale Verflechtung im Sinne der Gewinnung von regionaler Marktmacht.

69. Doch auch wenn dieses Essay überschrieben ist mit der Unmöglichkeit einer Gesundheitsreform, darf man auch für das Gesundheitswesen die Hoffnung nicht aufgeben, dass ein so wichtiges Element des Gesundheitswesens, wie das Gesundheitssystem, so gestaltet werden kann, dass seine Funktionsweise und Institutionen dem Wesen der Gesundheit entsprechen. Einer der wesentlichen Elemente einer anderen Art von Gesundheitsreform ist das neue Denken der Reform an sich. Möglicherweise ist der folgende Ansatz in Ländern, deren Gesundheitssystem deutlich weniger entwickelt ist als in Deutschland oder den USA, einfacher zu realisieren. Dennoch muss dieser Ansatz auch für Länder wie Deutschland Priorität haben.
70. In der Regel ist es so, dass Gesundheitsreformen aus dem Blickwinkel der gesundheitswirtschaftlich Handelnden entworfen werden. Dieses mündet in Deutschland darin, dass einzelne Teile von Gesetzen durch die Vertreter der Lobbys und der Verbände vorgeschrieben werden. In der Regel werden Gesetze in Anhörungen durch die Verbände diskutiert, es werden Stellungnahmen erarbeitet, Gesetze umgedeutet, umgearbeitet etc. Für den normalen Bürger bleibt dieser Prozess intransparent, er hat keinen Anreiz sich mit der Frage einer Gesundheitsreform auseinanderzusetzen, insbesondere da Reformgesetze auf einer Ebene entschieden werden, zu der er keinen persönlichen Zugang besitzt.
71. Gesundheit ist nicht nur ein sehr subjektiver Zustand, sondern damit ist auch das Gewinnen und Erhalten von Gesundheit ein Subjekt bezogenes Geschehen. Daraus resultierend sind die Bedingungen für das Entstehen, den Erhalt und das Gewinnen von Gesundheit ein Geschehen in der sozialen und örtlichen Umwelt des Einzelnen. Das Ziel der Regelung auf der zentralstaatlichen Ebene ist zumindest in Deutschland die Gewährleistung der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse, die als sozialpolitischer Grundsatz hier nicht in Zweifel gezogen werden soll. Entscheidend ist aber, dass in der Vergangenheit tendenziell die Kompetenz für die Organisation des Gesundheitswesens ebenso zentralisiert worden ist. In Deutschland macht sich dies nicht zuletzt an den Konzentrationsprozessen bei den Krankenkassen und den Krankenhäusern bemerkbar. Die lokale und regionale Kompetenz für das Gesundheitssystem und

---

<sup>52</sup> Eichhorn, Siegfried (1975); Integriertes Gesundheitszentrum – Krankenhaus der Zukunft; in: Krankenhaus-Umschau 6, S. 493 ff.



Gesundheit an sich schwindet zunehmend, wie beispielhaft die kommunale Trägerschaft an Krankenhäusern. Nichts symbolisiert treffender die Umkehrung der Strukturen im Gesundheitswesen, als die Zentralisierung der Angebotsstrukturen im Gesundheitssystem. Man könnte es, wenn man das Gesundheitswesen institutionell betrachtet, was eigentlich nicht erlaubt ist, als einen Diskurs en actu zwischen dem dezentralen regionalen Gesundheitswesen und dem zentralen überregionalen Gesundheitssystem auffassen. Dem Wesen der Gesundheit und damit dem Gesundheitswesen gerecht werden kann allerdings nur eine Gesundheitsreform, die die Konkretisierung und Umsetzung der Gesundheitsreform als regionales Geschehen auffasst. Sie müsste deshalb die regionalen Strukturen für Gesundheit stärken, da nur dadurch der instrumentelle Charakter der Gesundheitsdienstleistung für den Anbieter von Gesundheitsleistungen unterbrochen werden kann.

72. Der erste Schritt, um die Blockaden für eine Reform aufzubrechen, ist also Gesundheitsreform von der Ebene aus zu denken, in dem sich Gesundheit abspielt. Gesundheitsreform hat die Aufgabe die Funktionen des Gesundheitssystems für das Gesundheitswesen zu unterstützen. Daraus lässt sich ableiten, dass die Denkebene der Gestaltung die regionale Ebene ist. Sie ist eine Reform im regionalen Raum. Die Kompetenzebene für die Reform, für die umsetzende Gestaltung und für die Leistungsprozesse ist der regionale Raum. Nun mag man einwenden, dass hochaufwändige technische Leistungen inzwischen zunehmend überregional, wenn nicht sogar international angeboten werden. In Thailand, Indien, in vielen armen Ländern, in denen sich der überwiegende Teil der Bevölkerung diese Leistung selbst nicht leisten kann, werden Krankenhausleistungen für Menschen aus den reicheren Ländern dieser Erde angeboten. Diese Leistungen funktionieren auf der Basis der Lohndrift zwischen den einzelnen Ländern und wären auch ökonomisch nicht sinnvoll, wenn diese Lohndrift nicht in diesem Ausmaß bestände. Sie dokumentieren keinen medizinischen Fortschritt, noch nicht einmal einen wirtschaftlichen Fortschritt, sondern sind nur ein weiteres Beispiel für die sozialen Verzerrungen in dieser Welt und, wenn dafür Ökonomen Leumund erklären, für die irren Lehren, für die Häresien in der ökonomischen Wissenschaft. Aus ökologischer, ökonomischer und auch medizinischer Sicht bleibt Gesundheit, bleibt Gesundheitsdienstleistung ein regionales Geschehen, bis auf wenige sehr hochspezialisierte Leistungen, die ansonsten nicht angeboten werden könnten.<sup>53</sup>

73. Da auch im Gesundheitswesen Ressourcen verbraucht werden, ist der Bezug zum ökonomischen System zwangsweise gegeben, da wenigstens knappe Ressourcen einem Verteilungsprozess unterliegen. Wirtschaftlich gesehen stellen Gesundheitsleistungen reproduktive Leistungen dar. Sie sichern die individuelle Leistungsfähigkeit beziehungsweise stellen diese wieder her. Dies ist ein zusätzlicher Anknüpfungspunkt zum wirtschaftlichen System. Gleichzeitig wird daran deutlich, dass sie nicht als klassische Konsumgüter zu betrachten sind. Der dritte Anknüpfungspunkt ist die wirtschaftliche Situation des Einzelnen, die auf seine Gesundheit wirkt. Dazu gehören die Arbeitsbeziehungen und die Arbeitsbedingungen ebenso, wie die soziale Stellung, die sich aus dem Beruflichen ergibt. Zahlreiche Studien haben diesen Zusammenhang belegt.

---

<sup>53</sup> Davon unbenommen bleiben die Zulieferer, wie die pharmazeutische Industrie oder die Hersteller von Medizinprodukten und –geräten. Gemeint ist hier die konkrete Leistung als Begegnung zwischen Gesundheitsprofessionellen und Hilfe suchenden Menschen.



74. Wir haben also drei Bereiche identifiziert, die, unabhängig von der Gestaltung des Gesundheitssystems, in das Gesundheitswesen hineinwirken, die Regionalität der Leistung, der Charakter der Reproduktion und die soziale Genese von Gesundheit und Krankheit. Unmittelbare Auswirkungen auf das Gesundheitswesen haben die Punkte eins und drei. Der Punkt eins stellt eine Begrenzung dar für die Lösungsfähigkeit innerhalb des Gesundheitssystems als Bestandteil des Gesundheitswesens, der dritte Punkt wirkt unmittelbar als Bestandteil der sozialen Umwelt auf die Selbstregulierungsfähigkeit ein. Die Frage der Reproduktion beantwortet in einem kapitalistischen, marktwirtschaftlichen System gegebenenfalls die Frage der Werthaltigkeit des Gesundheitssystems für die Funktionsfähigkeit dieses wirtschaftlichen Systems. Diese letzte Frage kann allerdings nicht die Entscheidungsgewalt über die Gesamtgestaltung des Gesundheitswesens und darin insbesondere des Gesundheitssystems haben. Denn auch das ökonomische System hat eine auf die Gesellschaft bezogen dienende Funktion, auch wenn dies in den heutigen Diskussionen häufig übersehen wird. In einem kurzen Satz ausgedrückt beeinflusst das ökonomische System die Gestaltungsoptionen auf der einen Seite und ist auf der anderen Seite Bestandteil der Genese von Gesundheit und Krankheit.
75. Mit dem Vorgenannten können einzelne Gestaltungsanforderungen auf der regionalen Ebene definiert werden. Gesundheitsleistungen und damit das Gesundheitssystem sind Leistungen der sozialen Infrastruktur einer Region, sie tragen, in Hinsicht auf die Reproduktionsanforderungen, Eigenschaften der wirtschaftlichen Infrastruktur in sich. Und schließlich wirken sie auf die Stabilität gesellschaftlicher Beziehungen, indem sie durch unterschiedliche institutionelle Arrangements auf die Entstehung und Gewährleistung Gesundheit erhaltender Verhältnisse einwirken. Diese drei Rahmenbedingungen werden begrenzt durch die ökonomische Leistungsfähigkeit in einer Region. In einem föderalen System wie Deutschland wird dieses auf nationalstaatlicher Ebene ausgeglichen, um nach Möglichkeit die Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse im gesamten Land zu gewährleisten.
76. Wir können an dieser Stelle zwar davon ausgehen, dass sich die Bedeutung der zur Verfügung stehenden Ressourcen in einem nationalstaatlichen, und weniger in einem regionalen Maßstab abbildet. Wir müssen uns aber für das gesamte Gesundheitswesen neben der Frage des Gesundheitssystems zusätzlich andere Fragestellungen vor Augen führen. Es ist schon erwähnt worden, dass die soziale Lebenslage eines Menschen nicht nur das Potenzial beeinträchtigt, wie er Zugang zum Gesundheitssystem erlangt und sein Verhältnis zum Gesundheitssystem in Hinsicht auf die Rückgewinnung der Selbstregulation des Körper-Geist-Umweltverhältnisses determiniert, die soziale Lebenslage ist ein entscheidender, wenn nicht der entscheidende Faktor für das Gesundheitswesen. Sozial integrierte Personen, Menschen mit einem ausgeprägt positiven Körper-Geist-Bewusstsein sind regelhaft besser in der Lage, die Stabilität des Körper-Geist-Umweltverhältnisses aufrecht zu halten als Personen, die sozial desintegriert sind und - häufig infolge dessen - ein negatives Körper-Geist-Bewusstsein haben. Mit etwas einfacheren Worten gesagt: Menschen, die sozial benachteiligt sind, sind häufiger krank und Städte und Regionen, die einen hohen Anteil sozial benachteiligter Bürgerinnen und Bürger haben, haben dort andere Anforderungen aus dem Gesundheitswesen als die so genannten gutbürgerlichen Regionen. Als Antwort darauf kann man nicht von einem Gesundheitssystem reden, dass überall gleich zu sein hat. So wie die Individualität auf der Mikroebene prägendes Merkmal des Gesundheitswesens ist, so bedeutet Einheitlichkeit auf der Makroebene eben nicht Uniformität.

77. Dieses macht es umso deutlicher, dass die Gestaltung des Gesundheitswesens ohne Einbezug der Subjektträger in ihrer Vielfalt nicht gelingen kann. Auch und gerade für die Gesundheitsregion, als solche sie hier zu bezeichnen ist, ist die Beteiligungsorientierung bei der Gestaltung und der Bewertung des Gesundheitswesens entscheidend. Die so genannten Gesundheitsprofis, Krankenkassenvertreter, Berufsgruppen, Arbeitgeber, Gewerkschaften und andere, sind Partner und Berater in diesem Prozess.<sup>54</sup> Die Politik, als die gewählten Vertreter der Bürgerinnen und Bürger einer Gesundheitsregion, sollten sich als Moderatoren und Wegbereiter eines solchen Prozesses verstehen. Gesundheit, das sollte aus der Definition des Gesundheitswesens deutlich geworden sein, ist kein gradliniger Prozess. Die Reform des Gesundheitswesens ist deshalb eine Reform des Entscheidungsfindungsprozesses. Die einzelnen professionellen Elemente des Gesundheitswesens, das Gesundheitssystem, sind in ihre dienende Funktion für das Gesundheitswesen zurückzudrängen. Wenn wir im Gesundheitswesen von Patienten- oder Konsumentensouveränität sprechen, dann reden wir in der Regel von der Wahlfreiheit des Patienten oder Konsumenten/Versicherten, die Gestaltung des Gesundheitssystems selbst wird davon ausgenommen. Nicht umsonst hat der bedeutende Mainstreamökonom Hayek sich gegen die Demokratie der Masse ausgesprochen, da der Einzelne der systemischen Frage fatalistisch gegenüber zu stehen habe, weil die Richtigkeit eines solchen sich seinem Wirkungskreis entziehen würde, es in dieser Form von Demokratie nur um Verteilungsprozesse ging.<sup>55</sup> Dem Wesen der Gesundheit wird ein solches Denken aber nicht gerecht. Insofern wir verstehen, dass eine Gesundheitsreform entweder schon dadurch geschieht, dass wir die Entscheidungsstrukturen dezentralisieren, oder dass eine solche Reform ein gestalterischer Prozess en actu ist, bei dem im Fokus der Kern des Gesundheitswesens steht, können wir feststellen, dass wir es bisher nicht wirklich mit einer Gesundheitsreform zu tun gehabt haben. Es ist und war eine Reform im Bestehenden durch das Bestehende, in welchem es unmöglich ist, eine gelingende Gesundheitsreform zu vollziehen. Das Gelingen dieses Zuwendens zum Kern des Gesundheitswesens ist Gesundheitsreform. Bisher scheint dieses unmöglich?!

---

<sup>54</sup> Also die Umkehrung der jetzigen Regelungsmechanismen.

<sup>55</sup> Plädoyer für eine Gesellschaft freier Menschen & Von den moralischen Grundlagen der Marktwirtschaft und vom Libertismus. Interview Winterberger mit F.A. von Hayek in zwei Teilen. 1981, mit aktuellen Anmerkungen 2002, fahayeknet