

# Gesundheitssystembera- tung

Sozial orientierte Gesundheitssystemgestaltung unter Einbezug von Experten

Manfred Fiedler  
2011/2012 Überarbeitung 2013

## Inhaltsverzeichnis

Die Ziele .....	4
Was ist die Region .....	6
1. Definition der kulturellen und wirtschaftlichen Innenbeziehungen zur Beschreibung der Versorgungsregion .....	6
2. Regionale Kohärenz .....	6
3. Wirtschaftliche und soziale Faktoren .....	7
4. Politische Organisation und politischer Rahmen .....	8
5. Regionaler Selbstgestaltungsrahmen und –willen .....	9
Was sind Outcome-Parameter .....	10
1. Sozialer Zugang zu professionellen Versorgungsangeboten, quantitativ und qualitativ .....	10
2. Sozial differenzierte Zufriedenheit der Bewohner mit Versorgungsangeboten .....	11
3. Alters- und schichtenbezogene Mortalität und Morbidität =Kohortenmortalität und -morbidity .....	11
4. Allgemeine und altersgetriggerte Behandlungsbedürftigkeit, Pflegebedürftigkeit .....	12
5. Veränderung von Parametern im Zeitverlauf .....	12
Was sind infrastrukturelle Parameter .....	13
1. Erreichbarkeit von Einrichtungen .....	13
2. Bestand von Einrichtungen, unternehmensmorphologische Analyse mit Unternehmenstypologie (Z.B. Trägerorientierung, Versorgungsziele der Leistungserbringer, ökonomische Handlungsfähigkeit, Kapitalausstattung, Unternehmensgröße) .....	14
3. Technische Ausstattungen .....	15
4. Struktur der Einrichtungen, horizontal, vertikal, Versorgungstiefe (=kurativ, primärpräventiv, rehabilitativ, pflegend) .....	16
5. Finanzierungsbedingungen, Zahlungsbedingungen, Investitionspotential .....	17
6. Professionsstruktur .....	19
7. Familiäre Struktur, paraprofessionelle Versorgungskompetenz .....	20
Was sind kulturelle Eigenschaften .....	21
1. Religiöse Grundhaltungen .....	22
2. Werteinstellungen zu Krankheit und Gesundheit, Arbeitsethos .....	23
3. Gewollte Umgang mit Kranken und beeinträchtigten Menschen .....	23
4. Traditionen im Umgang mit Kranken und beeinträchtigten Menschen .....	24
5. Bedeutung und Stellung der Professionen im Versorgungssystem- Systemische Offenheit: Verbandlichung – Rechtssystem – Akzeptanz traditioneller Medizin – ich Integrations- bzw. Transformationsmöglichkeiten kulturell fremder Versorgungssysteme .....	26
Selbtheilungsparadigma – Stärkung der personellen Handlungskompetenz für Gesundheit als Maßstab der systemischen Organisationsentwicklung .....	27

1. Nutzung der Kompetenz der Subjekträger .....	28
2. Interaktionsroutine Profi und Klient .....	28
3. Einbezug der Lebenssituation als Basis des Leistungsangebotes – sozial adäquate oder besser lebensweltadäquate Versorgung .....	28
4. Training der Motivation – Entwicklung einer Körper-Geistkultur .....	29
5. Kulturelle Einstellungen zur Ethik in Medizin und Pflege .....	31
6. Eigene Entscheidungsfähigkeit und Potenzial zur Selbstheilung .....	31
Regionale Netzwerke und regionale Lösungskompetenz – Potenzialanalyse .....	32
1. Bewertung des bisherigen bekannten Outcomes im Verhältnis zu bewerteten Zielen – , Zielpriorisierung mit Projektpartner .....	33
2. Technokratische, aber bedarfsorientierte Lösungsmodelle unter Berücksichtigung des Rechtssystems.....	33
3. Entwicklungspotentiale auf Basis Infrastrukturbewertung .....	35
4. Bedarfsorientierte Entwicklungspfade sowohl technokratisch als auch mit Einbezug Vorstellungen Subjekträger .....	35
5. Kulturelles Fitting – kulturelle Selektion von Entwicklungspfaden – Identifikation kultureller Blockaden.....	35
6. Ökonomische Realisierungspotenziale – ökonomische Leistungsfähigkeit .....	36
7. Potenzialentwicklung .....	37
Mehrdimensionale Wirtschaftlichkeit – Realisierung .....	37
1. Irrungen und Wirrungen in der Bewertung von systemischer Wirtschaftlichkeit .....	37
2. Das Große und das Kleine .....	39
3. Was gewollt ist und was nicht gewollt ist.....	40
4. Finanzierung und Eigenfinanzierung im Zeitverlauf.....	41
5. Bewertungsdimensionen – kurzfristige und langfristige Wirtschaftlichkeit .....	43
6. Medizinischer und sozialer Erfolg (z.B. Arbeitsfähigkeit erhöhen, Selbstorganisation erhöhen, soziale Kohärenz erhöhen) .....	43
7. Senkung der Behandlungsbedürftigkeit .....	44
8. Systemischer Erfolg.....	45

## Die Ziele

Die ökonomische Orientierung in der gesundheitsökonomischen Diskussion hat dazu geführt, dass inhaltliche Ziele, die sich auf den so genannten Outcome von Gesundheitssystemen beziehen, geringe Bedeutung erfahren. Gesundheitsleistungen gehören vom Grundsatz her zu den sozialen Infrastrukturleistungen. Damit sollte eigentlich die Frage der systemischen Gestaltung im Vordergrund von Beratung und Organisation stehen. Tatsächlich jedoch stehen Fragen mit ordnungspolitischen und wettbewerbpolitischen Inhalten im Fokus der auch regionalpolitischen Diskussion. Dieses Problem der verengten Diskussionsgrundlage ist nicht nur ein deutsches, sondern auch ein europäisches, mithin Internationales Problem.

Jedes Gesundheitssystem ist geprägt durch nationale beziehungsweise regionale ökonomische und kulturelle Bedingungen, die als Ausgangspunkt für die Entwicklung, Fortentwicklung und Neugestaltung von gesundheitlichen Versorgungssystemen angesehen werden müssen. Eine quasi dogmatische und ausschließlich instrumentelle oder mit anderen Worten technokratische Betrachtung und Weiterentwicklung entspricht weder den Anforderungen der betroffenen Menschen in ihrer kulturell geprägten Lebenssituation, noch einer angemessenen Praxis unterstützender Beratung.

Ansatzpunkt einer auf menschlicher Weiterentwicklung gerichteten Beratung ist daher auch ein methodischer Ansatz, der die jeweilige regionale Ausgangssituation als Basis von Veränderungsprozessen betrachtet. Der Berater und gegebenenfalls Projektmanager hat dies nicht nur in seinem methodischen Ansatz zu beherzigen, sondern er muss dieses als Grundsatz seines methodischen Handelns begreifen.

Das Gesundheitssystem ist wie kein anderer Wirtschaftsbereich von der Notwendigkeit geprägt, dass die unterschiedlichen Sektoren, Dienstleister und Berufsgruppen beziehungsweise Berufe zusammenarbeiten müssen, um ein gemeinsames Produkt zu kreieren, d.i. die Unterstützung von Menschen bei der Erhaltung, der Herstellung oder Verbesserung ihrer Gesundheit im Falle eines positiven Verlaufs, die Unterstützung von Menschen bei der Bewältigung von Krisensituationen, wie andauerndes Leid, Sterben und Mangelsituationen bei schlimmerem Verlauf.

Dennoch gehen die meisten Dogmen und Entwicklungsprojekte zumindest in finanzstärkeren Ländern zum einen von wettbewerblichen Entwicklungskonzepten aus, die nicht nur Leistungsnehmer und Leistungsgeber gegeneinander stellen, sondern auch und vordringlich die notwendige Zusammenarbeit im Gesundheitswesen behindern, also auch die Zusammenarbeit auf der Leistungsgeberseite gegeneinander stellen. Dabei gibt es weder in der Vergangenheit feststellbare Vorteile marktwirtschaftlicher Steuerung, noch lässt sich Wettbewerb als ordnungspolitisch vorherrschendes Instrument der Ressourcensteuerung als sinnvoll ansehen.

Für eine solche Betrachtungsweise ergeben sich mehrere Gründe. Zum einen ist in akademischen und nicht zuletzt ökonomisch liberalen Kreisen Ordnungspolitik grundsätzlich Marktwirtschaftspolitik, Wettbewerbssysteme sind damit prinzipiell Referenz.

Zum anderen ist der Charakter sozialer Infrastruktur durch bestehende und dann noch wachsende Gruppeninteressen deformiert. Dieses trifft alle drei Objektfelder, d.h.

- sowohl die soziale Ausdifferenzierung auf Seiten der Leistungsnehmer, die bei leistungsstärkeren Leistungsnehmern verstärkt dazu führt, dass Konsumanteile der gesundheitlichen Leistungserbringung zunehmen und damit Gesundheitsleistungen vom prinzipiellen Bedarfscha-

rakter hin zum Statuscharakter transformieren, damit einheitliche Versicherungen für diese Gruppe nicht wünschenswert sind und auch eine Umverteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen zu Lasten der Gesamtinfrastruktur gewünscht wird,

- als auch die wettbewerbliche Orientierung von Krankenversicherungen (oder die finanzielle Absicherung des Krankheitsrisikos), die den Blick auf die Bestandssicherung der einzelnen Versicherung verlangt, was im Gesundheitswesen zum sozial gewünschten Versicherten führt. Insbesondere bei unsicheren Versicherungskarrieren, das sind geringe, schwankende Einkommenssituation, hohe berufliche und räumliche Mobilität bei mittlerem Berufsstatus, sozial bedingte Versicherteneigenschaften, die eine Krankheitslast repräsentieren, kann dieses schnell zu Vermeidungsverhalten führen, entweder durch versicherungsmathematische Instrumente, die durch temporäre Statusverluste zu außerordentlich steigenden Versicherungsprämien führt, die Teil- oder Gesamtverluste von erworbenen Versicherungsansprüchen nach sich ziehen (können), oder durch gezieltes Versichertenmarketing, dass die Austrittswahrscheinlichkeit von unerwünschten Versicherten erhöht bzw. die Eintrittswahrscheinlichkeit erwünschter Versicherter erhöht.
- und auch auf der Anbieterseite, die im Focus von ertragsorientierten Patienteneigenschaften zu einer unnötigen Mehrleistung, zu einer Falschleistung, zu einer nicht bedarfsgerechten Minderleistung oder zu Patientenshifting zu anderen Leistungserbringern führt. Die Ausdifferenzierung von Leistungserbringern kann außerdem, zu Doppelleistungen führen, zu inkompatiblen Behandlungsketten, zu volkswirtschaftlich unsinnigen Behandlungsbrüchen. Schließlich führen separierte Behandlungsketten auch zu einer tendenziellen Verlängerung der Gesamtbehandlung, mit Auswirkungen auf Heilungschancen und damit ggfs. zur Verlängerung von Krankheitszuständen und Folgekosten durch Folgebehandlungen. Insbesondere aber die Anbieterseite ist in der Lage, gesundheitspolitisch Gruppeninteressen zu formulieren und damit auch Reformen im Gesundheitswesen zugunsten der Leistungnehmer zu verzögern, zu mindern oder sogar zu verhindern.

Schließlich führt die Komplexität moderner gesundheitlicher Versorgung dazu, dass eine zentralistische politische Steuerung zumindest als undankbares Politikfeld angesehen wird, so dass die Delegation auf einen anonymen Marktprozess zu einer politischen Entlastung führt. Eine Rückdelegation einer solchen Infrastrukturaufgabe auf die subjektverkörpernden Handelnden im Gesundheitswesen ist in Deutschland bereits Tradition (soziale Selbstverwaltung), wird aber durch den politischen Rückzug auf einen Marktordnungsrahmen noch einmal entscheidend der politischen Nähe entfernt.

Es ist im Gegensatz zu dieser Entwicklung also festzuhalten, dass Gesundheitsleistungen den Charakter sozialer Infrastruktur besitzen, damit zuvörderst mit dem Ziel der nicht diskriminierenden Zugänglichkeit ausgestattet sein sollen, sie sollen entsprechend der soziokulturellen und –ökonomischen Bedingungen und Ressourcen ausreichend und an den gemeinten Bedarfen ausgerichtet sein. Jegliche Systementwicklung und deren (politik-)beratende Unterstützung ist an diesen Eckpunkten auszurichten, sie sind als Entwicklungsziele zu konkretisieren und unter Einbezug der regionalen politischen Autoritäten mit den Subjekttägern partnerschaftlich zu realisieren.

## Was ist die Region

### 1. Definition der kulturellen und wirtschaftlichen Innenbeziehungen zur Beschreibung der Versorgungsregion

Gablers Wirtschaftslexikon definiert Region als zusammenhängendes geografisches Gebiet von zumeist mittlerer Größenordnung zwischen aggregierter Volkswirtschaft und disaggregierten Raumpunkten (Lokalitäten) als Kennzeichnung einer bestimmten Maßstabsebene der räumlichen Analyse. Diese allgemeine Definition macht den offenen Charakter der Region durchaus deutlich. Die Region, auch in dem hier gebrauchten Sinne, ist eben keine politische Konstruktion, sondern eine gewachsene soziale Struktur, die sich durch unterschiedliche soziale Kohärenzen auszeichnet. Dazu gehören sowohl ethnische, wirtschaftliche, sprachliche als auch politische Bezüge.

### 2. Regionale Kohärenz

Unter Kohärenz ist allgemein zu verstehen, dass ein System (biologisch, physikalisch oder Ähnliches) in sich konsistent, das heißt widerspruchsfrei, aufeinander logisch bezogen ist.

Für den Bereich der gesundheitlichen Infrastruktur ist damit regionale Kohärenz ein nicht unwesentlicher Bezugspunkt. Gesundheitliche Infrastruktur ist nicht eine den Menschen in ihrer Lebenswelt objektiv getrennte Organisationsstruktur, sondern sie gehört als Bestandteil eines besonderen gesellschaftlichen Erlebens zu einem spezifisch kulturell geprägtem erfahrenen Raum. Mit anderen Worten: Gesundheitliche Versorgungsleistungen gehören zum Selbstverständlichen des menschlichen Alltagserlebens, wie Essen, Trinken und Schlafen, weil Leiden und Krankheit eine unvermeidliche Konsequenz des menschlichen Lebens sind. Geschichtlich gesehen gehört das Gesundheitshandwerk zu einem der frühesten "Berufe" der Menschheit. Schon zu Zeiten des Tribalismus gehörte das gesundheitliche Handeln in Form des Schamanismus oder der weisen Frauen/Hexen zum selbstverständlichen Bestandteil des Stammeslebens.

Im heutigen Erleben können wir feststellen, dass die Gesundheitsversorgung zunehmend aus diesem Alltagserleben verschwindet, einmal in der Form der ökonomischen Desintegration, der eine kulturelle Desavouierung der traditionellen medizinischen oder besser gesundheitlichen Versorgungssysteme vorausgegangen ist, zum anderen in Form der ökonomischen Separierung durch die, in weiten Teilen gewollte, Professionalisierung und, nicht immer gewollte, Kommerzialisierung der gesundheitlichen Leistungserbringung.

Bezogen auf den Stand oder besser gesagt Zustand im vorgenanntem Sinne ist die technische Entwicklung relevant für die räumliche Definition der Region und ihrer Bezüge für gesundheitliche Leistungen. So unterscheidet man etwa in der deutschen Krankenhausplanung regionale Versorgungshäuser, Schwerpunktversorgungshäuser und Krankenhäuser der Maximalversorgung. Ohne auf die de facto Planungsgrundlagen Bezug zu nehmen, macht diese Unterscheidung deutlich, dass mit der technischen Ausdifferenzierung und professionellen Spezialisierung die regionale Integration von gesundheitlichen Leistungen der persönlichen Sphäre und Wahrnehmung zunehmend entweicht. Der Begriff Region ist hier stark determiniert durch den technischen Entwicklungsstand, der wohl auch die Wahrnehmung des Einzelnen prägt. Dieses wird auch daran deutlich, dass der ökonomische Input in die Region

ebenfalls technisch bedingt zunehmend und nicht mehr regionsursprünglich ist. In Hinsicht auf die regionale Kohärenz wachsen bisher selbstständige Regionen zusammen. Kohärenz ergibt sich aus dem sinnvollen Aufbau gesundheitlicher Leistung mit Bezug auf das notwendige, ökonomisch und technisch mögliche Erfüllen der Bedürfnisse der Menschen in einer Region. Eine Region in diesem Sinne muss nicht Kriterien erfüllen, die ausschließlich auf dem Kriterium der Homogenität beruhen. Eine Gesundheitsregion kann damit deutlich kleiner sein, als das allgemeine regionale Verständnis. Umgekehrt kann sie deutlich größer sein, um das vorgenannte Kriterium der Kohärenz zu erfüllen.

### **3. Wirtschaftliche und soziale Faktoren**

Eine Region ist geprägt zum einen durch wirtschaftliche Faktoren, die einerseits in Form der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zu definieren sind, andererseits aus der wirtschaftlichen Integrität arbeitsteiligen Handelns, also des innerregionalen Bezugs von wirtschaftlichen oder Marktleistungen innerhalb des geographischen Raums. Für den Zusammenhang der gesundheitlichen Infrastruktur spielt die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit eine große Rolle. Je größer diese ist, desto eher werden gesundheitliche Versorgungsleistungen in den professionellen Sektor eingebracht und damit formal auch zu einem Wirtschaftsfaktor. Dieses Faktum nennt man üblicherweise Superiorität. Häufig wird aber der damit verbundene höhere Anteil der Aufwendungen für gesundheitliche Leistungen an der gesamten ausgewiesenen Wirtschaftsleistung eines Landes oder einer Region fehlinterpretiert als eine Wandlung des Charakters von Gesundheitsleistungen hin zu einem Konsumgut.

Tatsächlich ist aber davon auszugehen, dass der zunehmende Anteil nur zu einem sehr geringen Teil der Zunahme konsumsorientierter Aspekte gesundheitlicher Leistung geschuldet ist. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die Superiorität einerseits Gründe in der Marktentwicklung im Gesundheitswesen findet, sowohl die bekannte technische Entwicklung, als auch ein höherer Nachholbedarf bei steigenden Volkseinkommen. Bedeutsam ist aber auch die höhere berufliche und regionale Mobilität, die in modernen Gesellschaften vom Einzelnen gefordert wird. Die dadurch bedingte Auflösung von Netzwerken im Freundes-, Familien- und Nachbarschaftskreis führt dazu, dass traditionelle Unterstützung auf Gegenseitigkeit ohne volkswirtschaftliche Rechnung in ihrer Funktionalität soweit reduziert wird, dass sie ohne professionelle Ergänzung nicht mehr erfolgreich funktioniert.

Selbst für ein volkswirtschaftlich weit fortgeschrittenes Land wie Deutschland macht nach einer Studie zur Versorgung von Demenzerkrankten der tatsächliche wirtschaftliche Anteil, der von oben genannten Netzwerken geleistet wird, den deutlich überwiegenden Teil der Gesamtleistung aus. Die Bedeutung solcher paraökonomischer Leistungssysteme dürfte im Gesundheitswesen die ausgewiesenen professionellen Leistungen deutlich übersteigen.

Neben den ökonomischen Bedingungen und Beziehungen spielt aber auch ein Mindestmaß an sozialer Homogenität eine wichtige Rolle. Die Selbstidentifikation als „zusammengehörig sein“ resultiert aus gemeinsam akzeptierten und geteilten kulturellen Werten, sozialen Hierarchien und eines gewissen Maßes an ethnischer Integrität. Sowohl die sozialen Hierarchien, als auch die soziale Nivellierung haben Auswirkungen auf die Form und Struktur gesundheitlicher Leistungserbringung in der Region.

#### 4. Politische Organisation und politischer Rahmen

Die Region ist nicht gleichzusetzen mit einer spezifisch definierten politischen Institution, wie etwa einer Gebietskörperschaft (Kommune, Provinz, Bundesland etc.). Die politische Aufbauorganisation in einem Land muss nicht notwendigerweise die räumlichen Versorgungsnotwendigkeiten nachbilden oder vorgeben. Sie bilden zunächst nur die Autoritäten für eine organisatorische Planung und für die Realisation gesundheitlicher Leistungserbringung, ggfs. durch eigene Trägerschaft.

Die Handlungsfähigkeit politischer Institutionen, also etwa der Kommune oder der Gemeinde, aber auch regionaler Institutionen, hängt aber vom verfassungsmäßigen Aufbau des Staates ab. Föderal aufgebaute Staatssysteme beinhalten zumeist eigenständige organisatorische und fiskalische Spielräume für dezentrale Institutionen. Die größere Handlungsnähe ermöglicht eine höhere Bedarfsorientierung, kann aber gleichzeitig zu einer höheren regionalen Ungleichheit in der Versorgungssituation führen, wenn politische Institutionen unterschiedlich handlungsfähig sind, nicht zuletzt aufgrund finanzieller Unterschiede.

Nicht weniger bedeutend ist aber der Zustand politischer Institutionen insgesamt. GesundheitsökonomInnen sind es gewohnt, zumindest demokratische Strukturen vorauszusetzen. Die Realität in vielen Ländern der Welt sieht deutlich anders aus. Und selbst dort, wo demokratische Wahlen stattfinden, dringen die demokratischen Strukturen nicht in die Verfassung gesundheitlicher Systeme ein. Dieses kann bis dahin führen, dass ein geplanter Zugang zu Leistungserbringung im Gesundheitsbereich nicht existiert. Daraus resultiert auch, dass regionale Kompetenz für die Koordination gesundheitlicher Leistungen nicht ausreichend existiert. Im Vordergrund steht zunächst der Verwaltungsaufbau, der eine entsprechende Kompetenz besitzt, um soziale Infrastruktur sowohl zu planen und organisieren, als auch zu überwachen.

Schließlich spielt der innere Aufbau des Gesundheitssystems selbst eine Rolle. Die Systemordnung eines stärker privat oder öffentlich gesteuerten Systems auf der einen Seite, aber auch die verbandlich organisierte Leistungserbringenseite und deren Potenzial, gegebenenfalls politisch legitimiert, zur Selbstorganisation im Verhältnis zur Leistungsfinanzierungsseite auf der anderen Seite generieren die öffentliche Gestaltungsfähigkeit im Gesundheitswesen. Je mehr Eigentumsrechte im Gesundheitsbereich existieren beziehungsweise geschaffen werden, je mehr Selbstorganisation (auf der Leistungserbringenseite) herrscht oder politisch zugestanden wird, desto geringer ist der öffentliche Zugriff, reduziert sich am Ende nur darauf, nicht oder schlecht organisierte Teile des Versorgungssystems abzusichern, abhängig vom politischen Willen und politischen, fiskalischen Möglichkeiten. Bestandteil ist auch die Institution des Rechtssystems, dass die Voraussetzung für eine Dominanz anbieterseitiger Interessen, darunter auch die Versicherungen, oder den Schutz der Kranken und Hilfebedürftigen ermöglicht.



## 5. Regionaler Selbstgestaltungsrahmen und –willen

Im Zuge der Diskussion um die Globalisierung des Wirtschaftssystems ist auch das Gesundheitswesen in den Focus geraten. Das gilt nicht nur für die Zulieferer, also Medizinproduktehersteller oder Arzneimittelhersteller, sondern auch für die primären Dienstleistungen und Patienten. Auch, wenn es bei planbaren Leistungen dieses Potenzial gibt, so bleibt doch der Kern der persönlichen Dienstleistung „Gesundheitsleistungen“ an die Region gebunden. Die Gründe sind vielfältig, es bedürfte hier einer breiteren Darstellung, aber allein die Frage der räumlichen Mobilität älterer Erkrankter und von Notfallpatienten lässt, auch unter dem Gesichtspunkt der wirtschaftlichen Darstellung gesundheitlicher Infrastruktur, erkennbar werden, dass Gesundheitsleistungen regionalen Charakter behalten werden und damit auch regional gedacht werden müssen. Dies gilt erst recht, wenn für ausgewählte finanziell leistungsstarke Personengruppen eine regionale Mobilität für die Auswahl und Annahme gesundheitlicher Leistung national und international möglich ist.

Dies allein rechtfertigt keine politische Intervention, aber es macht deutlich, dass wir es nicht mit einem marktgängigen Gut zu tun haben, deren Konsum oder Nichtkonsum allein vom freien Willen des Einzelnen abhängt. Dennoch sind Gesundheitsleistungen per se keine öffentlichen Güter, da sowohl Knappheiten generiert werden können, als auch einzelne der Erkrankten mit geringer ökonomischer Leistungsfähigkeit ausgeschlossen werden können.

Die Intervention durch öffentliche Träger und Einrichtungen bedarf also einer politisch-ethischen Entscheidung. In der Regel spricht man in diesem Kontext von meritorischen Gütern, in der neueren Literatur von Almendegütern. Das zugrundeliegende Verständnis existiert in nahezu allen modernen Gesellschaften, nämlich dass die Gemeinschaft gegenüber dem Individuum Verantwortung für die Absicherung gegen das Krankheitsrisiko und zur Sicherung der Gesundheit trägt.

Dieses Verständnis ist eine der maßgebenden Orientierungen für die regionale Gestaltung im Gesundheitsbereich. Aus einem gesellschaftlichen Konsens darüber resultiert regelhaft auch ein Rechtsrahmen, der den regionalen Gestaltungsrahmen definiert, die Verantwortung der regionalen Institutionen sichert, gewährt oder zuordnet. Dieser Rechtsrahmen definiert gegebenenfalls auch, ob ein Bürger den Anspruch gegenüber den staatlichen und öffentlichen Autoritäten einklagen kann.

Deutlich ist aber, dass der gesellschaftlich übergreifende Konsens die Voraussetzung ist, dass ein regionaler Gestaltungswille durchsetzungsfähig ist. Im Rahmen einer solchen gesellschaftlichen Zielrahmens ist die regionale Planung und Gestaltung eine Konkretisierung des allgemeinen gesellschaftlichen Zielkanons. Ohne eines solchen Rahmens verbleibt das regionale Handeln subsidiär, das heißt es handelt, wo Dritte nicht oder nicht ausreichend handeln im Rahmen eines eigenen regionalen Konsenses.

## Was sind Outcome-Parameter

Ökonomen sprechen gern und häufig von Effizienz und Effektivität und meinen damit Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit. Schnell ist klar, dass es Wirtschaftlichkeit als selbstständiger Maßstab nicht geben kann. Und noch klarer wird dies, wenn wir das Wort Wirksamkeit betrachten, denn Wirksamkeit hängt immer davon ab, was wir erreichen wollen. Häufig wird synonym das Wort Output benutzt. In Kombination der Begriffe Effizienz und Effektivität geht es also um die Fragestellung größter Wirkung mit geringstem Ressourcenansatz. Danach bleibt als Charakteristikum klassischer ökonomischer Betrachtung eine vor allem quantitative Analyse übrig. Der ökonomische Blick ist überwiegend beschränkt auf Mengengrößen, die aber für die strukturellen Effekte gesundheitlicher Leistung nicht ausreichend sind. Seit einiger Zeit wird deshalb bevorzugt von Outcome gesprochen, also Ergebnisse von Systemen gesundheitlicher Leistungserbringung, die nicht nur quantitativ sondern vor allem qualitativ, aber auch das Problem der zeitlichen Bewertung, also der Nachhaltigkeit sowie gegebenenfalls spätere negative Effekte ökonomischer Tätigkeit bewerten soll. Im Rahmen eines grundsätzlich zu definierenden Zielkanons gesundheitlicher Leistungserbringung sind daher unterschiedliche Outcomeparameter zu nennen.

### **1. Sozialer Zugang zu professionellen Versorgungsangeboten, quantitativ und qualitativ**

Als ein wesentliches Erfolgskriterium ist die Zugänglichkeit zu professionellen Versorgungsangeboten auch für Menschen mit sozialen Benachteiligungen anzusehen. Damit ist gemeint, dass zum einen ein Ausschluss von solchen Menschen aufgrund mangelnder Zahlungsfähigkeit verhindert wird, dass weiterhin Diskriminierung ausgeschlossen ist, indirekt Selektion sozialer Gruppen in professionellen Einrichtungen, die sich zum Beispiel darin ausdrückt, dass Angebote schwerpunktmäßig dort zu finden sind, wo bestimmte soziale Gruppen anzutreffen sind, die als "Kunden" erwünscht sind. Damit ist also auch gemeint, dass eine ausreichende Nähe von Angeboten existiert, so dass eine Primärnachfrage durch kranke Menschen nicht schon allein dadurch verhindert wird, dass ein zwar formal vorhandenes Angebot nicht erreicht werden kann.

In diesem Zusammenhang entscheidend ist die Frage nach der Bedarfsgerechtigkeit, also die Definition, welches Angebot in welcher Menge für eine sozial adäquate Versorgung in einer Region richtig ist. Damit ist verbunden, dass die unterschiedlichen Zugangswege zu Einrichtungen des Gesundheitswesens berücksichtigt werden. Es ist bekannt, dass Menschen mit schlechterem sozialen Status beispielsweise Einrichtungen der Vorsorge nur unzureichend wahrnehmen und sich häufig deutlich weniger körperbewusst verhalten, sportlich weniger aktiv sind und Angebote zur Verbesserung der eigenen körperlichen Fitness seltener wahrnehmen, als Personen mit höherem sozialen Status. Am dramatischsten ist diese Situation bei Menschen am „untersten Rand“ der sozialen Skala, bei denen häufig sogar die Wahrnehmung professioneller Leistungen im akuten Krankheitsfall nicht stattfindet. Die Desintegration von Menschen in die Gesellschaft findet hier ihren Ausdruck, der die persönliche Situation verschärft.

## **2. Sozial differenzierte Zufriedenheit der Bewohner mit Versorgungsangeboten**

Aus der notwendigen Angemessenheit gesundheitlicher Leistungen resultiert, dass Angebote nicht per se als angemessen interpretiert werden können, allein deshalb weil sie formalen Kriterien oder professionellen Standards genügen. Auch die Orientierung an einer allgemein als angemessen bewerteten Versorgung kann als unzureichend empfunden werden, wenn der Zugang differenziert nach sozialer Stellung beeinträchtigt ist. Daher ist es bedeutsam, nicht nur als Erfolgskriterium die quantitative und im regionalen Raum adäquat verteilte Versorgungsstruktur zu bewerten, sondern auch die nach sozialen Gruppen unterschiedene Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner einer Region mit ihren Angeboten als ein Erfolgskriterium anzuerkennen.

Damit ist nicht gemeint, dass eine Erfassung nach üblichen Qualitäts-Bewertungsmaßstäben zu erfolgen hat, da dieses regelhaft nur die Inanspruchnahme des kranken Menschen bewerten kann. Zudem geht es hier in der Regel dann um das Verhältnis von Dienstleister zu Inanspruchnehmenden. Eine solche Bewertung der Qualität ist notwendig, kann sich aber nur auf die Struktur, die besteht, beziehen. Zufriedenheit drückt sich aber auch darin aus, dass eine Bewertung erfolgt, die sich auch auf das bezieht, was erwünscht, aber nicht vorhanden ist. Desweiteren ist zu bewerten, ob diese Bewertung lokal und sozial unterschiedlich ist.

## **3. Alters- und schichtenbezogene Mortalität und Morbidität =Kohortenmortalität und -morbidität**

Die Sterberate und die Erkrankungsrate sind wichtige Parameter für die Bewertung des realen Erfolgs der gesundheitlichen Versorgungsstruktur. Es sind Parameter, die zumindest quantitativ erhoben werden, allerdings in der Regel selten regelhaft schichtenspezifisch oder regionenspezifisch ausgewertet werden.

Die Bewertung der Formen der Gesundheitseinrichtungen in einer Region werden in dieser Form ausschließlich auf der Grundlage des quantitativen, wenn auch erkrankungsspezifischen Inanspruchnahmeverhaltens bewertet. Rückschlüsse auf gesundheitsstrukturelle Änderungen lassen sich daraus in der Regel nicht ausreichend ziehen. Möglicherweise notwendige Gesundheitsprogramme ließen sich nur über detailliertere Befassungen mit bewertbaren Daten, die sich mit dem Gesundheitszustand der Bevölkerung nach Alter und sozialer Schicht differenziert auseinandersetzen. Das Ziel jeglicher gesundheitlichen Versorgung muss es sein, die Morbidität und Mortalität möglichst gering zu halten, die Struktur gesundheitlicher Versorgungseinrichtungen so zu gestalten, dass sie den regionalen und örtlichen Bedingungen sozialstrukturell und -kulturell gerecht wird. Es ist dann auch nicht hinreichend, dass die Bevölkerung jeweils leistungsbezogen adäquat versorgt wird, sondern dass das Ineinandergreifen der einzelnen Angebote auf den Gesundheitszustand in der Region unmittelbar positiv wirkt.

#### **4. Allgemeine und altersgetriggerte Behandlungsbedürftigkeit, Pflegebedürftigkeit**

Ähnlich, wie bei dem Themenfeld von Mortalität und Morbidität, gibt es auch bei der Behandlungs- und Pflegebedürftigkeit Fragen des Outcome von gesundheitlichen Leistungen zu beantworten. Wie es beispielsweise im deutschen Gesetz zur Absicherung der Pflegebedürftigkeit (SGB XI) als Ziel definiert ist, ist es wichtig Pflegebedürftigkeit zu verhindern beziehungsweise vorzubeugen. Der Ort, an dem dies geschehen muss, ist der Ort des allgemeinen Erlebens jedes Einzelnen. Die Ursachen für die Entstehung von Pflegebedürftigkeit sind sehr vielfältig, so dass allgemein gültige Rezepte nicht zielführend sind. Die Spezifität des gesundheitlichen sinnvollen Handelns ergibt sich politisch auf den Voraussetzungen sozialer und sozial-kultureller Strukturen innerhalb einer Region.

Es bedarf daher zur Bewertung des Erfolgs der geeigneten Maßnahmen zur Verhütung von Pflegebedürftigkeit und zur Entwicklung gegebenenfalls neuer Hinweise, an welchen Punkten angesetzt werden muss. Deswegen ist als Maß nicht nur die Pflegebedürftigkeit zu sehen, sondern die Entstehung chronischer Erkrankungen und andauernder Behandlungsbedürftigkeit von Menschen, die in der Regel auf einen beginnenden Verlust von Autonomie und Souveränität der Lebensgestaltung des Einzelnen hindeutet. Die Ausdifferenzierung dieser Fragestellung ist sinnvoll nur auf der Grundlage geeigneter Indikatoren beziehungsweise Hinweise aus dem Segment der allgemeinen und altersgruppenspezifischen Behandlungs- und Pflegebedürftigkeit zu beantworten.

#### **5. Veränderung von Parametern im Zeitverlauf**

Für die programmatische Fortentwicklung ist ein entscheidender Hinweis die zeitliche Entwicklung von Erfolgskriterien. Diese sind nach den gleichen Kriterien zu strukturieren, wie die vorgenannten Kriterien der horizontalen Zeitebene. Es macht keinen Sinn globale Indikatoren undifferenziert fortzuschreiben, um endlich festzustellen, dass sich einzelne Parameter nicht erwartungsgemäß verändert haben, ohne eine erklärungsstarke Darstellung der bezogenen Parameter erreicht zu haben.

Wichtig ist es auch, die Bewertung von Gesundheitsprojekten und -programmen anhand relevanter Indikatoren vorzunehmen. So ist die Verbesserung etwa der Morbidität zum einen auf die programmatische relevante Personengruppe, beispielsweise bestimmte chronisch Kranke oder ältere Personen, zu beziehen, Sondereffekte, die beispielsweise aus Vorjahren oder im Beobachtungszeitraum relevant waren, zu erkennen und zu bewerten (zum Beispiel epidemische Erkrankungen innerhalb des Vergleichszeitraums). Deshalb ist es zwingend notwendig, vorweg konkrete Ziele und darauf bezogene Bewertungsparameter im Zeitverlauf zu definieren, um den Erfolg von Maßnahmen auch tatsächlich feststellbar zu machen.

Entscheidend wird es also sein, Veränderungen konkreter zu machen, das heißt erklären zu können und damit auch den Instrumenteneinsatz rational begründbar und diskutabel zu machen. Es genügt nicht, wie es in der traditionellen ökonomischen Diskussion üblich ist, aufgrund ordnungspolitischer Erwägungen Instrumente einzusetzen, die eine theorieimmanente Logik besitzen, für die aber eine praktische Konsistenz nicht begründet werden kann. Für die geisteswissenschaftliche beziehungsweise sozialwissenschaftliche Betrachtung ist damit ein

diskursiver Prozess über Instrumente zwingend, damit zum einen der theoretisch ideologische Charakter von Instrumenten minimiert werden kann und zum anderen durch eine solche diskursive Betrachtung das Instrumentenportfolio sinnvoll erweitert werden kann und sich die Zielsicherheit eingesetzter Instrumente so verbessert, dass ein zielgerichteter Einsatz a priori konsensuierbar erscheint.

## Was sind infrastrukturelle Parameter

### 1. Erreichbarkeit von Einrichtungen

Nicht nur die reine Existenz von Einrichtungen konstituiert die Infrastruktur im Gesundheitsbereich, sondern auch die Erreichbarkeit. Wie schon zuvor oben dargestellt, muss Erreichbarkeit berücksichtigen, dass es bei Menschen mit Erkrankungen und anderen körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen grundsätzlich zu Einschränkungen der Mobilität kommen kann. Mithin ist die Erreichbarkeit ein wesentliches infrastrukturelles Kriterium, dies gilt zum einen für die bedarfsgerechte Verteilung in der Region (s. o.), aber auch dafür, dass ein den Anforderungen von beeinträchtigten Menschen gerechtes Verkehrssystem zur Verfügung steht beziehungsweise ermöglicht wird.

Diese Frage gewinnt an Bedeutung, je fortgeschrittener und damit komplexer das Gesundheitswesen entwickelt ist. In der Regel nimmt nämlich in solch fortgeschrittenen Systemen die Spezialisierung der einzelnen professionellen Dienstleistung zu, so dass die regionale Verteilung bei der geringeren Anzahl der spezifischen Angebote im Widerspruch zu Erreichbarkeit tritt.

Aber auch die finanzielle Ausgestaltung eines Systems kann dazu führen, dass durch gemeinsame Nutzung von finanziell aufwändigen Anlagen beziehungsweise medizinischen Großgeräten eine Konzentration von Anbietern am Standort dieser Anlagen stattfindet, so dass auch dadurch die Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen zu einer Frage der Mobilität werden kann.

Schließlich, und dies gilt sowohl für wirtschaftlich entwickelte Länder in der Fläche, als auch für weniger entwickelte Länder allgemein, ist die Verteilung von Angeboten in weniger dicht besiedelten Gebieten und/oder Gebieten mit geringerer fiskalischer beziehungsweise finanzieller Leistungsfähigkeit ein besonderes Problem, da diese einerseits durch die räumlich bedingte Entfernung schon eine per se geringere Erreichbarkeit nach sich zieht, aber darüber hinaus durch die finanzielle Konkurrenz anderer sowohl dichter besiedelter und/oder finanziell leistungsfähiger Regionen das Leistungsangebot durch die per se geringere Leistungsdichte sowie die geringere finanzielle Leistungsfähigkeit immer beeinträchtigt wird.

Es geht dann gestalterisch um den Einfluss darauf, wie Leistungen strukturiert werden, wie Leistungen professionell dargeboten werden und von wem, schließlich welche alternativen Faktoren relevant für den Aufbau gesundheitlicher Leistungsangebote sind.

Zugänglichkeit ist kein objektives Kriterium, sondern eine Entscheidung über die Frage einer gewollten Leistungsfähigkeit im System. So ist in Notfällen die Entfernung zu einer geeigneten Einrichtung entscheidend für die Frage des individuellen Lebens, gegebenenfalls sogar Überlebens. Die Zugänglichkeit entscheidet auch darüber, ob Menschen eine professionelle Leistung häufiger oder weniger häufig in Anspruch nehmen. Die gewollte Dichte von Leistungsangeboten hat Einfluss auf die primäre Inanspruchnahme, die Notfallversorgung, die Leistungsmengen und damit auch auf den Gesundheitszustand und die Mortalität als Ganzes in der Bevölkerung.

Dabei ist an dieser Stelle durchaus darauf hinzuweisen, dass eine pauschale Aussage, die da heißt, je dichter desto teurer, unzulässig ist. So gibt es zwar Hinweise, dass eine höhere Arztdichte per se das System verteuert, entscheidender scheint aber eher die Orientierung im System zu sein, also ob ein Schwerpunkt auf erwerbswirtschaftlicher oder gemeinnütziger Orientierung liegt. Über die Dichte lässt sich die Möglichkeit der Funktionalität steigern, aber es ist nur ein Hinweis auf Funktionalität und keine Garantie.

## **2. Bestand von Einrichtungen, unternehmensmorphologische Analyse mit Unternehmenstypologie (Z.B. Trägerorientierung, Versorgungsziele der Leistungserbringer, ökonomische Handlungsfähigkeit, Kapitalausstattung, Unternehmensgröße)**

Die Dichte der Verteilung der Einrichtungen sagt auch nichts darüber aus, wie leistungsfähig eine Einrichtung ist. Auch die Anzahl von Einrichtungen sagt zunächst nichts darüber aus, wie groß die Möglichkeit zur Bewältigung von Behandlungsanforderungen ist.

Dennoch ist die Frage nach dem Bestand an Einrichtungen zur Gesundheitsversorgung fundamental. Bestand meint in diesem Zusammenhang jedoch sowohl die Menge als auch der so genannte Betriebs- oder Unternehmenstypus. In Abhängigkeit von gesundheitspolitischen Versorgungszielen ist auch die Art der Betriebe zu betrachten.

Zu einer solchen unternehmensmorphologischen Betrachtung gehört im Schwerpunkt die Betrachtung wesentlicher struktureller Eigenschaften von Unternehmen oder Betrieben. Prägend sind vor allem die Unternehmensziele, wie sie durch das Management und den Träger gesetzt werden, die innere Organisation, damit die gemeinsame Orientierung des Unternehmens und der Mitarbeiter im Besonderen. Mit Letzterem ist im Gesundheitsbereich auch gemeint, wie die berufliche Auffassung von betriebsinternen Leistungsträgern ist und sich auf die unternehmerische Performance auswirkt. Die unternehmerische Leistungsfähigkeit wird auch beeinflusst durch Sekundäreigenschaften von Unternehmen, wie beispielsweise die Unternehmensgröße, die Unternehmenshierarchie, die arbeitsrechtliche Vertragsgestaltung von Leistungsträgern, die Finanzierungsbedingungen im System allgemein sowie für das jeweilige Unternehmen, beispielsweise bei der Refinanzierung von Investitionen.

In einem System, in dem die Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung letztlich bei staatlichen oder öffentlich-rechtlichen Autoritäten liegt, sind alle Unternehmenstypen, die nicht öffentlich sind, mit zielfremden Eigensinn behaftet. So sind etwa freigemeinnützige Träger, trotz ihrer nicht erwerbswirtschaftlichen Ziele, von trägertypischen Zielen geprägt, die bei einer Übernahme öffentlicher Verantwortung zu einem Zielkonflikt führen kann. So

kann beispielsweise eine kirchliche Trägerschaft mit dem Ziel einer religiös neutralen Versorgung von Patienten in Widerspruch geraten. Dies gilt zumal, wenn Einrichtungen auch mit dem Ziel der Missionierung betrieben werden, wie es beispielsweise in den so genannten Entwicklungsländern der Fall sein kann, in denen eine öffentliche gesundheitliche Struktur, sowohl bei der Systemadministration, als auch auf der Leistungsseite nur bedingt ausgebildet ist.

Wesentlich problematischer stellt sich das Problem dar, wenn eine inhaltliche Zielorientierung deutlich nachrangig zur betriebswirtschaftlichen Funktion eines Unternehmens ist. Die Schnittstellen der Ziele zwischen dem öffentlichen Gewährsträger und dem privaten Erfüllungsgehilfen sind in diesem Falle im Wesentlichen ökonomisch verbunden. Die Entscheidung, in welcher Trägerschaft die Aufgabenerfüllung wahrgenommen wird, richtet sich damit vor allem nach der gewollten inhaltlichen Bindung der Unternehmensziele an öffentliche Aufgaben und dem intendierten Willen zur Gestaltung auf Seiten der öffentlichen Gewährsträger. So stellt beispielsweise im deutschen Recht die unternehmerische Bindung an die Gemeinnützigkeit bereits eine formale unternehmerische Anerkennung des öffentlichen Zielkanons dar, mit der Einschränkung eines reduzierten unmittelbaren öffentlichen Gestaltungswillens.

### **3. Technische Ausstattungen**

Technische Ausstattungen definieren medizinische Handlungsmöglichkeiten. Insbesondere über medizinische Technik wird medizinischer Fortschritt in das System implementiert. Diese Integration medizinischen Fortschritts in das Gesundheitswesen wird häufig als Grund angeführt, um marktwirtschaftliche Steuerung zu legitimieren. Betriebswirtschaftlich bedeutet diese Form der Ordnungspolitik aber, dass technische Ausstattungen grundsätzlich von einer infrastrukturellen Leistung zu einem betrieblichen Gemeinkostenfaktor werden, der durch entsprechende Leistungen zu refinanzieren ist. Damit wird der technische Fortschritt abhängig davon, dass eine genügende Nachfrage entsteht, mithin ausreichende Morbidität besteht. Es ist erkennbar, dass eine solche Betrachtung im Widerspruch zu allgemeinen volkswirtschaftlichen Zielen stehen muss, die auf die Verringerung von Krankheit und Behandlungsbedürftigkeit und damit -notwendigkeit gerichtet sind.

Neben diesen betriebswirtschaftlichen Erwägungen darf nicht unerwähnt bleiben, dass im Wettbewerb ein Agens für die Anschaffung medizinischer Großgeräte der Marketingsaspekt ist. Selbst wenn die potentielle Anwendung von medizinischen Geräten, planerisch mit Blick auf den tatsächlichen medizinischen Bedarf, in der Menge eine Anschaffung zunächst nicht rechtfertigt, beispielsweise weil die ausreichende Zahl eines spezifischen Medizingerätes in der Region bereits existiert, die den potentiellen Bedarf abdecken, kann eine Anschaffung betriebswirtschaftlich notwendig oder zumindest sinnvoll sein, um durch diesen demonstrierten Modernisierungsschub "Nachfrage" an sich zu binden. Aus diesem Überangebot aus wettbewerblichen Gründen resultiert zwangsläufig auch eine angebotsinduzierte Übernachfrage.

Dies hat dazu geführt, dass die Diskussion um die Aufstellung medizinischer Großgeräte in der bundesdeutschen Gesundheitspolitik ein Konfliktpotenzial dargestellt hat. Der Wider-



spruch zwischen freier unternehmerischer Betätigung und gesundheitspolitischer öffentlicher Zielorientierung ist über die traditionelle Ordnungspolitik jedenfalls nicht aufzulösen.

Es bedarf also eines Kompromisses zwischen der Förderung medizinischer Innovationen und der bedarfsgerechten Beschränkung medizinischer Intervention. Die Errichtung medizinischer technischer Ausstattungen wird aber nicht nur durch den medizinisch zudem schwer zu definierenden Rückzug auf das medizinisch Notwendige begrenzt, sondern auch durch die finanzielle Leistungsfähigkeit innerhalb der Region, durch Traditionen und kulturelle Eigenheiten medizinischer Versorgung sowie schließlich durch die rechtliche Organisation, die auch die finanzielle Seite großer Investitionen regelt.

#### **4. Struktur der Einrichtungen, horizontal, vertikal, Versorgungstiefe (=kurativ, primärpräventiv, rehabilitativ, pflegend)**

Vergleicht man das Gesundheitswesen mit anderen Wirtschaftszweigen, dann wird man feststellen, dass es sich in der Struktur deutlich von anderen Branchen unterscheidet. Während für den betroffenen Menschen die Erkrankung ein kontinuierlicher Prozess ist, stellt sich der Behandlungsprozess auf Seiten der Leistungserbringer als eine in der Regel separate einzelne Leistung im Rahmen des Gesamtbehandlungsprozesses dar. Der von mir sonst nicht sehr geschätzte Vergleich mit dem Kfz-Handwerk macht dieses Problem besonders deutlich. Für die Reparatur eines Autos wird man nur eine Werkstatt benutzen, die Werkstätte wird den Prozess der Reparatur des Fahrzeugs so organisieren, dass am Ende der Kunde sein Fahrzeug wunschgemäß zurückerhält. Anders verhält es sich im Gesundheitswesen, in dem sich der Patient schon bei weniger komplexen Behandlungen in der Regel zu mehreren Leistungsanbietern begeben muss, um sich ausreichend behandeln lassen zu können.

Diese Zersplitterung im Behandlungsprozess ist der Zersplitterung der Struktur im Gesundheitswesen geschuldet. Eine einheitliche Verantwortung für den patientenbezogenen Prozess gibt es nicht. Dieses gilt sowohl organisatorisch und rechtlich, als auch finanziell. Dies hat zum einen Auswirkungen auf den rechtlichen Konflikt um Behandlungsfehler, aber auch in Hinsicht auf die Verteilung wirtschaftlicher Lasten und wirtschaftlicher Vorteile.

Die Kritik an diesem System ist bereits Jahrzehnte alt. Der Widerspruch liegt aber in der Tradition auf der einen Seite, in der Besonderheit der persönlichen Dienstleistung auf der anderen Seite. Die Organisation insbesondere des ärztlichen Bereichs ist in den einzelnen Ländern weltweit unterschiedlich geregelt. Sie reicht von einer kompletten Zersplitterung des ambulanten Sektors über die Organisation in Form von ambulanten Gesundheitszentren bis hin zu poliklinischen Strukturen der Integration von ambulanter und stationärer Versorgung.

Die meisten Systeme sind schwerpunktmäßig kurativ ausgerichtet, im einzelnen Fall gibt es rehabilitative und präventive Schwerpunkte, selten steht die Verhinderung von Erkrankungen im Vordergrund, dann aber im Wesentlichen konzentriert auf die Krankheitsfrüherkennung und, zur Abwehr epidemischer Erkrankungen, die Impfung. In individualisierten Gesellschaften wird ansonsten ein Schwerpunkt auf den Fokus der Verhaltensprävention gelegt. Verhältnisprävention ist in der Regel die Ausnahme.



Es gilt also zu bewerten, ob die gegebene Struktur, unter Berücksichtigung tradierter kultureller Aspekte, geeignet ist, um den zukünftigen Anforderungen gerecht zu werden. Zukunftsgerecht, auch unter Berücksichtigung knapper Ressourcen, bedeutet in diesem Zusammenhang das Zusammenbringen der unterschiedlichen Akteure, die bisher im Konkurrenzverhältnis miteinander verbunden sind, sei es durch wettbewerbliche Strukturen, sei es durch Trennung der entsprechenden Sektoren untereinander.

Eine solche zu schaffende oder intensivierende Netzwerkstruktur bedeutet nicht zwangsweise, dass wir es mit unternehmerisch einheitlichen Komplexen zu tun haben. Vielmehr hat als Mindestanforderung zu gelten, dass es im System einen Mediator geben muss, der die unterschiedlichen Leistungen miteinander sinnvoll verknüpft. Diese Mediatoren können sowohl politisch institutionalisiert sein, als auch unternehmerische/wirtschaftliche Funktionalität haben.

## **5. Finanzierungsbedingungen, Zahlungsbedingungen, Investitionspotential**

Die Art der Finanzierung von Gesundheitsleistungen spielt eine nicht zu übersehende Rolle in Hinsicht darauf, wie diese Leistungen tatsächlich auf dem Markt funktionieren können. Wie Professor Thiemeyer in den 1980er Jahren aufgezeigt hat, bedingt die Art der Finanzierung tendenziell auch die Art, wie Leistungen erbracht werden. Dieses Modell, das aufzeigt wie unterschiedliche Formen auf das Verhalten wirken, setzt im Wesentlichen die ökonomische Anreizsituation in den Focus.

Dass andere Intentionen eine Bedeutung haben, wird damit nicht denunziert, es macht aber deutlich, dass Finanzierungsbedingungen ein gewünschtes Verhalten bestärken können. Die ausschließliche Betrachtung von Formen der Finanzierung auf der Grundlage von betriebswirtschaftlicher Wirtschaftlichkeit ist daher problematisch, wird damit doch auch ein ebenso globales Betrachten von volkswirtschaftlicher Wirtschaftlichkeit vorausgesetzt werden müssen, bzw. müssen die volkswirtschaftlichen Rahmenbedingungen dieser einzelwirtschaftlichen Zielsetzung angepasst werden.

Ein erwerbswirtschaftliches Unternehmen hat in der Regel die Aufgabe die Outputmenge des angebotenen Gutes zu erhöhen bei gleichzeitiger Reduktion der Gestehungskosten. Mit anderen Worten ausgedrückt: so viel wie möglich für so wenig wie möglich.

Wie zuvor bereits ausgeführt sind rein wirtschaftliche Kriterien für die Betrachtung des systemischen Erfolgs nicht ausreichend. Die Finanzierung kann daher auch nicht pauschal, sondern immer auch mit Blick auf die gewollten Ziele bewertet werden.

Ähnlich sieht es aus mit pauschalen Bewertungen in Hinsicht auf die Zahlungsbedingungen zwischen Leistungsgeber und Leistungsnehmer aus. Die weit verbreitete Ansicht, dass marktwirtschaftliche Formen des Verhältnisses zwischen Leistungsgeber und Leistungsnehmer am besten dazu geeignet seien, effiziente Strukturen im Gesundheitswesen zu erreichen, klärt auch hier die Frage des Zieles nur unzureichend.

So hat das Sachleistungsprinzip, also die Gewährung der Leistung auf Nachweis einer Versicherung ohne finanzielle Vorleistung beziehungsweise Eigenleistung, zwar keinen formalen Anreiz, dass ein Leistungsnehmer/Patient seine Nachfrage zurückhält. Diese Zurückhaltung von Nachfrage ist im Gesundheitswesen aber auch nicht grundsätzlich erwünscht, im Gegenteil kann eine zurückgehaltene Nachfrage enorme Kosten nach sich ziehen, wenn beispielsweise eine zu späte Behandlung einer Erkrankung in eine chronische Erkrankung mündet, die eine dauerhafte Behandlungsbedürftigkeit und damit dauerhafte Kosten zur Folge hat.

Zu hinterfragen ist auch, insbesondere in Gebieten mit einer wenig vermögenden Bevölkerung, ob etwa die Vorleistung zur Finanzierung einer Behandlung im Einzelfalle zu einer Nichtinanspruchnahme führt. Obwohl also in einem solchen Falle die Behandlung eigentlich bezahlt wird, kann es zur Vermeidung der Behandlung kommen, weil die Schwelle zur Vorfinanzierung zu hoch ist.

Überhaupt ist zu bezweifeln, ob durch Transparenz der Kosten bei einer Vorfinanzierung durch den Patienten überhaupt eine sinnvolle Nachfragesteuerung entstehen kann. Um dieses im formal theoretischen Sinne zu gewährleisten, müsste eine mit Preisen versehene Präferenz des Patienten existieren. Die Besonderheit des Arzt-Patientenverhältnisses, insbesondere die konkretisierende inhaltliche Bestimmung der Nachfrage durch den Anbieter, lässt hier große Zweifel aufkommen.

Eine weitere finanzielle Fragestellung ist die der Finanzierung von Investitions- beziehungsweise Anlagegütern. Wie zuvor bereits erwähnt ist eine anbieterseitige Entscheidung für ein höherwertiges Investitionsgut bei gleichzeitiger Finanzierung über die betriebsüblichen Erlöse immer damit verbunden, dass hinter einer solchen Investition auch eine gewollte Leistung steht, die über das Gerät erbracht werden muss. Im Gesundheitswesen besteht bei marktwirtschaftlicher Organisation immer die Tendenz zu einem Überangebot, das, in einem marktaberen Sinne dem Say'schen Gesetz folgend, sich seine Nachfrage sucht.

Umgekehrt besteht bei einer systemischen Unterfinanzierung aufgrund mangelhafter staatlicher oder individueller Leistungsfähigkeit der Patienten auch die Möglichkeit, dass ein Angebot nur unzureichend zustande kommt.

Und wiederum besteht die Möglichkeit, dass in einem über Preissysteme, also marktüblich gesteuerten System eine sozial differenzierte Nachfragesituation entsteht. Dies bedeutet, dass innovative Techniken mit einem zeitlichen Vorsprung für nachfragestarke Patienten eingeführt werden, wohin gegen Menschen mit geringeren ökonomischen Potenzialen auf ältere Technik verwiesen sind beziehungsweise auf „Standardmethoden“ des medizinischen Wissens.

Die Art der Finanzierung der Investitionen hat also Auswirkungen darauf, wie solche Investitionen zum Angebot werden können. Die sogenannte monistische Finanzierung, also die einheitliche Finanzierung für alle betrieblichen Ausgaben über eine Finanzierungsmethode, ist deshalb ebenso wenig die falsche Methode, wie die dualistische Finanzierung, das heißt die Trennung der Finanzierung von laufenden Betriebskosten von der Finanzierung von Investitionskosten, die richtige Methode ist. Tatsächlich bedingt die Finanzierung von Investitionen

als getrennter Vorgang zum Leistungsgeschehen ein von marktwirtschaftlichen Theoretikern ungern gesehenes Faktum, nämlich dass der Investitionslenkung. Ob man Investitionslenkung betreiben möchte ist aber eine gesundheitspolitische Grundentscheidung. Im Gesundheitswesen gibt es gute Gründe zumindest im Bereich der großen Investitionen Investitionslenkung zu betreiben.

Dabei darf aber nicht übersehen werden, dass dies zwar eine politische Entscheidung ist, die aber sachlich begründbar sein muss. Ansonsten gerät Investitionslenkung in die Gefahr, dass sie entweder bestimmte Anbieter begünstigt, oder aber zu einer wie auch immer gearteten nicht selektiven, zufälligen Verteilung von Mitteln neigt, die nicht ziel- und leistungsgerecht ist. Es ist geradezu das Dilemma der Gesundheitspolitik, dass sie zum einen eine hohe Fachkompetenz und gleichzeitig eine hohe Verantwortungsethik verlangt, im Gegenzug sich aber mit großen Anforderungen seitens beteiligter Interessen und deren Verbänden konfrontiert sieht. Dies macht sich dann insbesondere in der Frage der Investitionen und ihrer Finanzierung bemerkbar.

## 6. Professionsstruktur

Mit Professionsstruktur gemeint ist die Zusammensetzung der unterschiedlichen an der Versorgung von Menschen in der Region beteiligten Berufe. Der Begriff „Berufe“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass es eine öffentlich geregelte Berufsordnung gibt. Wie ich an anderer Stelle ausgeführt habe, ist es aber nicht entscheidend, dass man von einer bestimmten Struktur als sinnvoll und optimal ausgeht. Gesundheitliche Versorgung ist immer auch ein Wechselspiel zwischen privater Eigen- oder Selbsthilfe und professioneller Versorgung. Dieses wird besonders deutlich an drei Beispielen.

In Korea übernahmen Verwandte und Bekannte die allgemeine Pflege am Krankenbett, während die handlungsfähige und spezielle Pflege durch das Pflegepersonal übernommen wird. Es gehört also zum familialen Selbstverständnis, Verwandte auch in einem medizinischen Umfeld familiär zu versorgen.

In wirtschaftlich weniger entwickelten Staaten ist insbesondere die Versorgung mit professionellen medizinischen Leistungen in ländlichen oder ärmlichen Gegenden schwierig. Die Versorgung mit entsprechenden Heilmitteln erfolgt daher häufig durch Laienpersonen, die auf der Grundlage von Erfahrung sowohl mit Volksmitteln als auch mit Drogerieartikeln handeln.

Am deutlichsten wird das Verhältnis aber an der Umsetzung der Pflegeversicherung in Deutschland. Das SGB XI hat die Laienpflege erstmalig rechtlich geregelt. Damit ist ein parawirtschaftliches Phänomen, nämlich die nirgendwo volkswirtschaftlich erfasste Leistung im verwandtschaftlichen und nachbarschaftlichen Umfeld, erstmalig aus seinem schattenwirtschaftlichen Dasein herausgehoben worden.

Das Besondere an der medizinischen/gesundheitlichen Leistung ist also, dass sie grundsätzlich immer einen großen versteckten, das heißt wirtschaftlich nicht ausgewiesenen Anteil nicht-professioneller Leistung beinhaltet. Ohne diese kann gesundheitliche Versorgung nicht suffizient gelingen. Aus dieser Fragestellung speist sich auch der so genannte Charakter des

Gesundheitswesens als superiores Gut. Gesellschaftliche Veränderungen, insbesondere der Trend zu immer kleineren Familien und Haushalten, der zunehmenden Verstädterung mit anonymen Nachbarschaftsverhältnissen, die Bedeutungszunahme degenerativer Erkrankungen und daraus entstehender langanhaltender Pflege- und Behandlungssituationen, führen zu einer stetigen Neudefinition von Laien- und professioneller Pflege beziehungsweise Behandlung.

Die Bewertung der Struktur der Profession in einer Region ist damit eine immer wieder neu zu überprüfende Aufgabe. Wie an den oben genannten Beispielen deutlich geworden ist, ist dabei nicht nur der Stand der gesundheitswissenschaftlichen Kenntnisse entscheidend. Kulturelle Traditionen, soziale, familiale Bedingungen spielen eine wahrscheinlich enorm große Rolle, auch wenn die professionell definierte Leistung in der öffentlichen Diskussion im Vordergrund steht.

## **7. Familiäre Struktur, paraprofessionelle Versorgungskompetenz**

Damit ist abschließend die wesentliche Frage zu klären, wie leistungsfähig die familiären Strukturen in einer Region sind. Zu berücksichtigen sind traditionelle familiäre Bindungen, die Entwicklung familiärer Strukturen in Hinsicht auf die Größe der Familien und ihren Zusammenhalt, erworbene Kompetenzen der Selbsthilfe und bekannte Netzwerkstrukturen nachbarschaftlicher gesundheitlicher Organisation.

In diesem Zusammenhang bedeutsam ist es auch, das Verhältnis von paraprofessioneller Versorgung zu professioneller Versorgung nicht dadurch einseitig zu belasten, dass die Laienkompetenz grundsätzlich diskriminiert wird. Gerade in Gebieten mit sozial schwachen Strukturen ist die Selbsthilfe in einem klassischen Sinne grundsätzlich unverzichtbar. Eine Professionalisierung gesundheitlicher Strukturen in einer Region darf daher auch nicht in der Verdrängung dieser Laienkompetenz liegen, sondern professionelle Entwicklung muss sinnvoll an diesen Traditionen ansetzen.

Eine Desavouierung familiärer und nachbarschaftlicher Selbsthilfestrukturen ist auch volkswirtschaftlich kontraindiziert. So ist beispielsweise die Versorgung von Demenzerkrankten, wie schon angedeutet, ohne in diesem Sinne schattenwirtschaftliche Aktivitäten auch in entwickelten Staaten wirtschaftlich nicht denkbar.

Umgekehrt darf allerdings auch nicht durch quasi ideologische Überformung Familie, Nachbarschaft und ehrenamtliche Kompetenz so überlastet werden, dass sie in einen moralisch deformierten Zwang ausartet, der den einzelnen Menschen zu Handlungen zwingt, die nicht aus dem sozialen Selbstverständnis seines Umfeldes stammt. Als Beispiel kann gelten, wenn im Umfeld eines anonymen nachbarschaftlichen Verhältnisses eine Kleinfamilie in die Last einer situativen Pflegesituation gezwungen wird, die gegebenenfalls in der Mikrosituation zwischen Bedürftigen und betreuenden Konfliktsituationen erzeugt, die bis hin zu misshandelnder Pflege gehen können, und gleichzeitig zur sozialen Desintegration des Betreuenden führen kann, die am Ende zusätzliche soziale und gegebenenfalls gesundheitliche Probleme schaffen wird.

## Was sind kulturelle Eigenschaften

Der Begriff der Kultur spielt in der neueren wirtschaftswissenschaftlichen Diskussion eine große Rolle. Häufig wird in der Kultur nach Ursachen für wirtschaftliches Wachstum oder Unterentwicklung gesucht. Was Kultur ist, bleibt dabei häufig im Vagen.

In der Diskussion wird Kultur häufig mit Werten oder Einstellungen von Menschen in einer Region gleichgesetzt. Der Brockhaus definiert Kultur als „Gesamtheit der Lebensäußerungen der menschlichen Gesellschaft in Sprache, Religion, Wissenschaft, Kunst und anderen“. Wikipedia formuliert zum Kulturbegriff: „Je nachdem drücken sich in ihm das jeweils lebendige Selbstverständnis und der Zeitgeist einer Epoche aus, der Herrschaftsstatus oder-anspruch bestimmter Klassen oder auch wissenschaftliche und philosophisch-anthropologische Anschauungen. Die Bandbreite seiner Bedeutung ist dementsprechend groß: Sie reicht von einer rein beschreibenden (deskriptiven) Verwendung („Die Kultur jener Zeit.“) hin zu vorschreibenden (normativen), wenn bei letzterem mit dem Begriff der Kultur zu erfüllende Ansprüche verbunden werden.“ Und weiter: „der Begriff kann sich auf eine enge Gruppe von Menschen beziehen, denen allein Kultur zugesprochen wird, oder er bezeichnet das, was allen Menschen als Menschen zukommt, insofern es sie beispielsweise vom Tier unterscheidet.“

Diese beiden öffentlichen Definitionen machen deutlich, dass mit dem Kulturbegriff vieles gemeint sein kann. Zugleich machen sie deutlich, dass seine Verwendung immer in der Gefahr einer gewissen Willkürlichkeit steht. Die Gefahr ist insbesondere, dass die Verwendung des Begriffes Kultur zu einer selbstzentrierten Überhöhung der eigenen persönlichen Umwelt führt. Es wundert daher nicht, dass in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung die Dimension der Diskussion von einer historischen Betrachtungsweise hin zu einer Status quo-bezogenen Bewertung von kulturellen Eigenschaften und deren (eigenschaftsbestimmte) Auswirkung auf wirtschaftliche Erfolge genommen wird.

An dieser Stelle soll der historischen Dimension von Kultur gefolgt werden. Gleichzeitig wird der regionale Aspekt von Kultur anerkannt. Der Kernbegriff der Kultur bezieht sich in diesem Zusammenhang auf die Lebensweise, die Wertegemeinschaft und Einstellungen sowie die Selbstdefinitionen von Menschen einer Region, zur Selbstdefinition als Gruppe, Familie, Stamm, Gesellschaft. Der regionale Aspekt von Kultur in diesem Zusammenhang meint auch, die unterschiedlichen Dimensionen von Kultur als Selbstwahrnehmung von Menschen anzuerkennen. Dies meinte nichts weiter, als das kulturelle Interpretationen und Reflexionen von Menschen bereits auf einer sehr kleinen Gruppenebene stattfinden. Gleichzeitig wird anerkannt, dass Kultur und kulturelle Entwicklung nicht unabhängig von der natürlichen Lebensumwelt von Menschen gesehen werden kann.

Im Folgenden werde ich mich deshalb mit Blick auf das Thema Region und Kommune auf die manifeste Äußerung von Kultur in einem solchen geographischen Umfeld beschränken.

## 1. Religiöse Grundhaltungen

An dieser Stelle soll nicht intensiv auf das Thema Religion eingegangen werden. Die Entstehungsgeschichte, der gesellschaftliche Zweck und die Funktionalität von Religion wird nicht intensiver diskutiert. Religion und religiöse Einstellungen werden als gegeben hingenommen. Es ist anzuerkennen, dass Gesellschaften zunehmend multireligiös sind, gepaart mit areligiösen, agnostischen und atheistischen Tendenzen. Historisch gesehen bedeutet dies, dass eine Gesellschaft aus ihren dominierenden religiösen Zusammenhängen heraus zu dem geworden ist, was kulturell jetzt ist.

Religiöse Einstellungen bedingen zum einen die Frage des Umgangs mit Krankheit und Leiden. Zum anderen bedingen sie auch die Rolle von Medizin, Pflege und gesundheitlichen Leistungen in einer Gesellschaft. In diesem Kontext besteht Religion aus einem gesellschaftlichen Gesamtbild und aus einer individuellen Grundhaltung. Sie hat also zum einen systembildenden Charakter, auch für das Gesundheitswesen. Zur gleichen Zeit ist das Verständnis von religiösen Einstellungen bedeutsam für das Verhältnis von professionellem Dienstleister und Patienten im Prozess des Heilens. Der Einbezug religiösen Verstehens eines Patienten in den Heilungsprozess beeinflusst die Heilung und den Fortschritt beim Heilungsprozess unmittelbar. Allein, dass erreicht werden kann, dass die Compliance von Patienten durch einen solchen Einbezug erhöht wird, verbessert das potentielle Behandlungsergebnis. Auch der enge Zusammenhang zwischen Körper, Seele und Geist und damit physischer und geistiger Gesundheit ist elementar für einen Heilungsprozess.

Dies sei an mehreren Beispielen aufgezeigt.

In der mitteleuropäischen, vor allem deutschen Tradition beispielsweise ist der Beruf der Krankenschwester aus christlicher Tradition heraus entstanden. Krankenhäuser wurden häufig als Einrichtungen der Kirchen oder kirchlicher Verbände geführt.

Die Entwicklung der chinesischen Medizin ist unmittelbar verbunden mit den Erkenntnissen aus Buddhismus und Taoismus.

Auch der Aufschwung medizinischer Erkenntnis in islamischen Ländern um das Jahr 1000 ist unmittelbar mit den Einstellungen der jungen und frischen muslimischen Religion verbunden.

Eine Weiterentwicklung gesundheitlicher Strukturen kann damit nicht geschichtslos ohne Berücksichtigung solcher Traditionen vonstattengehen.

Dass Religionen und religiöse Institutionen Grundlage sozialer Versorgungssysteme sein können oder zumindest ein wesentlicher Teil derselben, muss Grunderkenntnis für die Weiterentwicklung sein. Denn in diesen Einrichtungen manifestiert sich auch ein Teil des gesellschaftlichen Selbstverständnisses, wie Menschen die Körperlichkeit von Erkrankungen geistig und seelisch erfahren und bewältigen. In multireligiösen Gesellschaften gerät Religiosität zu einem persönlichen Bestandteil des einzelnen Menschen, der bei der Organisation und Gestaltung gesundheitlicher Einrichtungen insofern zu berücksichtigen ist, dass die Einrichtung

einerseits religiöse Neutralität zeigt, andererseits aber die religiösen Einstellungen und Neigungen des Patienten in den Behandlungsprozess integriert.

Es kann aber auch als problematisch gelten, wenn der religiöse Charakter von Einrichtungen im Umfeld eines anderen kulturell religiösen Verständnisses etabliert wird, wie dieses im Rahmen von Entwicklungshilfeprojekten nicht selten der Fall ist. In diesem Falle besteht die Gefahr, dass die Einrichtung von einem potentiellen Ziel der Mission inhaltlich überlagert wird.

## **2. Werteinstellungen zu Krankheit und Gesundheit, Arbeitsethos**

Die Werteinstellungen zu Krankheit und Gesundheit korrespondieren in der Regel mit religiösen Einstellungen und mit Wertvorstellungen über die Bedeutung von Mensch und Arbeit. Im gesellschaftlichen Zusammenhang ist Krankheit zunächst verbunden mit der Einschränkung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. In Gesellschaften, die geprägt sind durch einen hohen Arbeitsethos, besteht die Gefahr, dass Krankheit, insbesondere dauerhafte, zu einem persönlichen Makel beziehungsweise zu einer persönlichen Schwäche wird, zur Stigmatisierung führt.

Es geht also um die Frage, ob die Begegnung mit Krankheit und Gesundheit als individuell zu bewältigendes Schicksal oder als allgemein vorhandenes Problem interpretiert wird, das auch durch gemeinsame Anstrengungen begegnet werden kann. Hierarchisch organisierte Gesellschaften tendieren dazu, Krankheit und Behinderung als persönliches Problem oder Schicksal zu interpretieren, beispielsweise in hinduistischen Gesellschaften sogar als persönlich verursachten spirituellen Makel. Dies bedeutet nicht, dass die gesundheitliche Versorgung grundsätzlich anders organisiert ist oder in jedem Fall als öffentliche Aufgabe unterbleibt. Vielmehr ist die Legitimation zur Schaffung gesundheitlicher Einrichtungen unterschiedlich, ist häufig wesentlich nutzenorientierter begründet. Als Beispiel ist zu nennen, wenn argumentiert wird, dass eine hohe Zahl von Krankheitstagen einen gesamtwirtschaftlichen Schaden nach sich zieht.

Mit individualistischen Einstellungen verbunden ist, dass bestimmte Einrichtungen und Versorgungsstrukturen, die stark auf die Behandlung, Betreuung und Lösung individueller Problemlagen orientiert sind, in der Regel nicht öffentlich zur Verfügung gestellt werden.

Es ist dann möglich, dass Einrichtungen ohne öffentliche Legitimation existieren, die durch einzelne empathische Persönlichkeiten oder Institutionen betrieben werden, in der Regel aus weltanschaulicher Überzeugung, die durch die umgebende Kultur geduldet werden.

## **3. Gewollte Umgang mit Kranken und beeinträchtigten Menschen**

Der in einer Gesellschaft gewollte Umgang mit Kranken und beeinträchtigten Menschen ist also nicht universell. Dies lässt sich auch geschichtlich feststellen. Er ist, abgesehen von den schon genannten kulturellen Faktoren, von den spezifischen wirtschaftlichen und dem Stand der medizinischen Technik entsprechenden nationalen Ressourcen und Potenzialen abhängig. In einem Land, indem beispielsweise die Ernährungssituation in der Bevölkerung unzu-



reichend ist, wird man primär einen Schwerpunkt auf die Frage der Unterernährung legen. Die Gesellschaften, die mit Hygienefaktoren und epidemischen Krankheiten konfrontiert sind, werden ebenfalls Schwerpunkte in diesem Bereich setzen. Es ist dieselbe Weisheit, die dazu führt, dass ein Land, das mit Flutkatastrophen konfrontiert ist, Vorkehrungen gegen Dürren eher als sekundär sieht. Ein Beispiel mag dieses erläutern: In Asien entstehen durch Ernährungsmangelsituationen (insbesondere Vitamin A-Mangel) Erblindungen auch schon bei jungen Menschen, denen durch Operationen und Brillen begegnet werden kann und dadurch wenigstens die Arbeitsfähigkeit der betroffenen Menschen führen.

Um eine Fortentwicklung im Gesundheitswesen zu erreichen, kann es notwendig sein, einen bisherigen gesellschaftlichen Konsens zu verändern. Dieses kann möglicherweise in Form eines Projektes geschehen, getragen von oben bereits genannten Akteuren, oder durch einen neu formulierten öffentlichen Willen. Ziel wird es dann sein, eine punktuelle Verbesserung bestimmter Lebenslagen herbeizuführen und gleichzeitig die gesellschaftliche Akzeptanz solcher Maßnahmen zu erhöhen.

#### **4. Traditionen im Umgang mit Kranken und beeinträchtigten Menschen**

Wie der Autor in Wikipedia zu Recht schreibt, ist die Tradition identitätsstiftend für die Mitglieder einer Gruppe und mit den Personen in einer Gruppe verbunden. Dies ist auch dann der Fall, wenn der Einzelne mit den Traditionen brechen möchte und dies im Einzelfall auch tut. Das macht auch deutlich, warum von außen eingebrachte neue Traditionen, beispielsweise bei der Kolonisation oder bei der Eroberung eines Landes, häufig als diskriminierende Maßnahme anzusehen sind. Dieses macht den Inhalt der Diskussion um eine westlich geprägte Wertekultur verständlich, die in bestimmten Regionen der Welt nicht als offener Austausch von Traditionen, sondern als fremdbestimmte Übernahme fremder Wertesysteme empfunden wird. Als Beispiel einer solchen Auseinandersetzung kann die afrikanische „Black Consciousness“-Bewegung in den 1950er bis 1970er Jahren genannt werden.

In der Konsequenz bedeutet das, dass bei der Implementierung von medizinischen Strukturen auf das Wissen, die Traditionen und Methoden der betroffenen Menschen in der entsprechenden Region Bezug genommen werden muss. Es bedarf also zunächst die Bezugnahme auf das, was Menschen untereinander an Unterstützung besitzen, aber auch auf Vorbehalte bezüglich der Betreuung kranker und beeinträchtigter Menschen haben.

Traditionen sind ein Bestandteil der vorherrschenden Kultur, sie sind nicht allumfassend und sie unterliegen einem ständigen Wandlungsprozess im wechselseitigen Verhältnis zur sich ebenfalls ständig verändernden Umwelt. Da Traditionen ein Haltepunkt für die eigene Persönlichkeit ebenso wie für die Gruppenintegrität darstellen, ist einerseits die Einsichtsfähigkeit in notwendige Veränderungen, als auch die daraus folgende Authentizität des Veränderungsprozesses für die betroffenen Menschen bedeutsam.

Die Besonderheit jeden Veränderungsprozesses ist, dass unterschiedliche Interessenlagen betroffen sein können. Entscheidend ist die gesundheitspolitische Äußerungsfähigkeit von Interessen und die Art und Weise, wie Bedarfsgerechtigkeit in einem so gemeinten diskursiven Prozess erreicht werden kann.



In der Regel ist es so, dass wirtschaftlich stärkere Interessen äusserungsfähiger sind, was dazu führt, dass sie insbesondere gesundheitspolitische Diskussionen führen können. Zudem lässt sich feststellen, dass bestimmte Partikularinteressen, die sich als solche verstehen, leichter zu organisieren sein. Das Besondere an Patienteninteressen ist, dass sie im Verhältnis zu diesen Partikularinteressen dem Grunde nach nicht äusserungsfähig sind. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass eine Patientensituation erst entsteht, wenn eine Krankheit vorliegt. Während also etwa die Interessen der Leistungsanbieter als Partikularinteressen dauerhaft sind, sind Patienteninteressen von einer fehlenden Kontinuität. Deshalb kann man feststellen, dass solche Patienteninteressen am besten organisierbar sind, deren Erkrankungen lang anhaltend sind, den einzelnen Menschen aber auf längere Sicht äusserungsfähig erhalten und deren Erkrankungen eine gesellschaftliche Relevanz besitzen. Allerdings ist jeweils zu beachten, dass Erkrankungen und Behinderungen immer auch potenziell der gesellschaftlichen Diskriminierung beinhalten und überdies dieser Zustand grundsätzlich schon eine Beeinträchtigung von sozialer Äusserungsfähigkeit und damit Durchsetzungsfähigkeit darstellt.

Insgesamt ist also davon auszugehen, dass die Vertretung von Patienteninteressen überwiegend nur mittelbar gesundheitspolitische Relevanz besitzt. Wenn Patienteninteresse geäußert wird, dann durch solche Menschen, die in der Regel keine Patienten sind. Von Krankheit betroffene Menschen formulieren in der Regel persönliche Bedürfnisse in Hinsicht auf ihre Krankheitssituation, aber keine politischen. Aus der spezifischen Situation im Gesundheitswesen folgt, dass es in der Regel ein Übergewicht der professionellen Akteure im gesundheitspolitischen Prozess gibt.

Eine Interessenäußerung zugunsten der Patienten kann also nur im Sinne eines „wohlverstandenen Interesse“ und mit Bezug darauf durch einen Vertreter geschehen. In den weltweit bekannten Organisationsstrukturen, die es in den unterschiedlichen Ländern gibt, ist eine solche Interessenswahrnehmung durch einen eigenen Vertreter regelhaft nicht institutionalisiert. Diese besondere Konstellation muss den politischen Akteuren in der Region bewusst sein, und sie müssen dieses Bewusstsein nicht nur bei den politischen Aushandlungsprozessen, sondern auch in der Zeit der projektierten Umsetzung von avisierten Veränderungen pflegen. Politisches Ziel muss es sein, dass im Fokus der Umsetzung und eines stetigen Veränderungsprozesses die Menschen als Adressaten von gesundheitlichen Maßnahmen, seien es präventive, kurative oder rehabilitative Maßnahmen, stehen.

Zweifellos ist der öffentliche Gewährsträger gleichzeitig der politische Stellvertreter der Gruppe von Menschen, Institutionen und Unternehmen auf Seiten von Versicherung und Gesundheitsdienstleistern. In einem weiteren Verständnis ist die öffentliche Hand und damit die Politik, gegebenenfalls als Staat, auch für die wirtschaftliche Entwicklung in der Gesundheitsbranche mit verantwortlich. In einem demokratischen Staat darf sich Wirtschaftspolitik als Industriepolitik aber per Definition nicht gegen das Interesse der Mehrheit der Menschen eines Landes richten. Wenn sie das tut verlässt sie den Pfad des wohlverstandenen Interesses, trifft eine Abwägungsentscheidung gegen das Mandat, das eine Regierung ausschließlich auf der Ebene als Vertreter des Volkes zu sehen hat. In der Totalität des Begriffes von politischer Repräsentanz kann es auch keine wirklichkeitsnähere Priorisierung von Politik geben.

## **5. Bedeutung und Stellung der Professionen im Versorgungssystem- Systemische Offenheit: Verbandlichung – Rechtssystem – Akzeptanz traditioneller Medizin – ich Integrations- bzw. Transformationsmöglichkeiten kulturell fremder Versorgungssysteme**

Dies führt zu der Fragestellung, welche spezifische Bedeutung professionelle Gesundheitsdienstleister im Versorgungssystem haben. Damit ist nicht nur die grundsätzliche politische Machtsituation gemeint, sondern im Vordergrund steht sowohl die rechtliche als auch die inhaltliche Frage, welche Aufgaben im Gesundheitswesen anerkannt von wem wie wahrgenommen werden, und wie die betroffenen Menschen sie regelhaft erwarten.

Damit ist zum einen die rechtliche Zuordnung von Aufgaben im System gemeint. Als Beispiel mag hier die Aufgabenteilung zwischen ärztlichen und pflegerischen Personal genannt sein. Dabei geht es um den Verantwortungsbereich, denen nicht ärztliche Personen rechtlich wahrnehmen dürfen. Die Aufgabenzuordnungen und Trennungslinien zwischen den einzelnen Professionen sind historisch tradiert. Das Aufgabenspektrum ist in der Welt nicht natürlich geboren, sondern entspricht einem rechtlich gegliederten System, das, wie viele Rechtssysteme, als Ergebnis eines Aushandlungssystems zu verstehen ist.

Als ein weiteres Beispiel zu nennen ist die Akzeptanz traditioneller Medizinsysteme. Es geht hier auch um die Frage überkommener medizinischer Versorgungssysteme, die von der Bevölkerung bisher akzeptiert worden sind, möglicherweise aber verdrängt werden von neueren medizinischen Verfahren und einem daraus abgeleiteten veränderten Versorgungssystem. Als modernes Thema ist die „Integration“ oder besser Kompatibilität traditioneller Naturheilverfahren mit dem in Europa und Nordamerika inzwischen ebenfalls tradierten System der sogenannten Schulmedizin.

Es wird daran deutlich, dass Vorstellungen und Wünsche an ein Versorgungssystem, die die Bevölkerung gegebenenfalls einfordert, zunächst auf ein Rechtssystem stößt, hinter denen in der Regel aber auch die Vorstellungen der bisherigen „Platzhirsche“ stehen. Gerade in diesem Falle haben wir es mit einer besonderen Problematik zu tun. Die Vorstellungen der Bevölkerung können einerseits irrational sein, aber dennoch berechtigt und gegebenenfalls richtig, dennoch steht dem die heimische und gegebenenfalls sogar global dominierende professionelle Kompetenz gegenüber. Es kann also nicht ausreichend sein, nur eine Abwägung zwischen unterschiedlichen Stellungnahmen vorzunehmen, da im Vergleich die dominierende professionelle Kompetenz immer die fachlich versierte Aussage tätigen wird. Offenheit im System verlangt einerseits die ausreichende Kompetenz der öffentlichen Gewährsträger, die Fokussierung auf Patienten, chronisch Kranke und sonstige beeinträchtigte und gefährdete Menschen und schließlich Methode und Willen zur fachlichen Weiterentwicklung des Gesundheitsbereichs und des damit verbundenen Berufsrechts.

## Selbsteilungsparadigma – Stärkung der personellen Handlungskompetenz für Gesundheit als Maßstab der systemischen Organisationsentwicklung

Wenn das Ziel, beispielsweise die Bedarfsgerechtigkeit der medizinischen/gesundheitlichen Versorgungsstruktur, geklärt ist, bedarf es trotzdem darüber hinaus noch eine paradigmatische Betrachtungsweise, die die Methode zur Einführung beeinflusst. Etwas anders ausgedrückt geht es darum, das erkorene Ziel mit Leben und Konkretion zu erfüllen. Was bedeutet es, wenn das Gesundheitswesen bedarfsgerecht, das heißt um die betroffenen Menschen, insbesondere Kranke und körperlich beziehungsweise geistig Beeinträchtigten, herum organisiert wird.

Gesundheitsleistungen bedürfen bekanntlicherweise der so genannten Compliance. Im Kern bedeutet es, dass gesundheitliche Leistung regelhaft ein Wechselspiel zwischen dem Leistungserbringer und dem Leistungsnehmer ist. Die Leistung kann nicht erbracht werden, wenn der betroffene Leistungsnehmer nicht wenigstens den Anweisungen des Leistungserbringers folgt. Erfolgreich wird eine gesundheitliche Leistung vor allem dann sein, wenn der betroffene Mensch als Leistungsnehmer in der Lage ist, aktiv mit dieser Situation umzugehen. Er muss also Maßnahmen verstehen, sie überzeugt nachvollziehen können und daraus Schlüsse für sein Handeln ziehen, die nicht im Widerspruch stehen zu den Maßnahmen des Leistungserbringers.

Aus meiner Sicht ist daher die sinnvollste Orientierung, auch vor dem Hintergrund, dass Autonomie und persönliche Gesundheit in einem Wechselspiel zu einander stehen, den Blickwinkel des professionellen Handelns daraufhin zu orientieren, die persönliche Handlungskompetenz des Leistungsnehmers zu stärken, ihm das Gefühl für die Gestaltungsfähigkeit, aber auch persönliche Verantwortung zu vermitteln, also deutlich zu machen, dass die letztliche Heilung, aber auch die Erkrankung aus seinem ganz persönlichen Potenzial entspringt.

In nichts wird dieses deutlicher, als in der Frage von Prävention und Rehabilitation, die in der personenbezogenen Anwendung immer darauf gerichtet sind, die Potenziale des Betroffenen zu stärken. Dies ist, wenn es auch zunächst sehr einfach klingt, keine Selbstverständlichkeit. Einerseits durch die professionelle Spezialisierung, andererseits durch die marktwirtschaftliche Instrumentalisierung von Leistung und Gegenleistung, wird die Bezugslosigkeit der einzelnen Leistung innerhalb des Gesundheitswesens verstärkt.

Gleichzeitig lässt sich ein solches Verständnis durchaus auch missverstehen. Mit der Orientierung auf die persönliche Handlungskompetenz des betroffenen Patienten etc. ist nicht die marktwirtschaftliche Schuldfrage, die häufig gegen ein solidarisches System vorgebracht wird (Free Rider), gemeint. Die Subjektivität des Handelns bedeutet eben nicht, dass ein normatives Konzept des Handelns anzuwenden ist. Vielmehr geht es genau um das Gegenteil, nämlich sowohl in der Betrachtung des Handlungspotenzials, als auch im Verhältnis zwischen Leistungsnehmer und Leistungsgeber (Dienstleister) die Subjektivität zuzulassen. Dies ist bei genauester Betrachtung das konkrete Gegenteil eines normativen Konzepts.

## **1. Nutzung der Kompetenz der Subjekträger**

Als Subjekträger möchte ich an dieser Stelle verstehen den Menschen mit seinem persönlichen biografischen Hintergrund, der Ausgangspunkt jeglichen gesundheitlichen Erlebens ist. Ich verstehe darunter einen Blickwinkelwechsel, der die bisherige Objektivierung der Menschen, die gesundheitliche Dienstleistungen "empfangen", in das Gegenteil verkehrt. Ich betone noch einmal, dass es hier nicht um die Wertung von Verhaltensweisen geht, im Sinne von nützlich und nutzlos, von schädlich und hilfreich oder Ähnliches, sondern vielmehr geht es hier um die Anerkennung, dass jede Erkrankung ein subjektives Erleben darstellt, dass auch Krankheits- und Gesundheitsverhalten eine Persönlichkeitskomponente sind.

Die Missachtung dieser Subjektivität und Individualität ist eine der Gründe, weshalb beispielsweise Prävention, die implizit von bestimmten biografischen Hintergründen ausgeht und darauf gründen und ein gewisses Verhalten voraussetzt, bei Personen mit anderen biografischen Hintergrund regelhaft scheitert, weil sie deren persönliche Sphäre nicht durchdringen kann und die Personen deshalb nicht erreicht. Die Folge ist sogenannte "mangelnde Compliance".

## **2. Interaktionsroutine Profi und Klient**

Die Interaktionsroutine zwischen professionellem Dienstleister und Dienstleistungsnehmer (Klient) ist, wie schon zuvor gesagt, kulturell geprägt. Kulturelle Prägung hängt nicht allein von Sprache, Landeszugehörigkeit oder ethnische Zugehörigkeit ab, sondern sie kann sich schon von Stadt zu Land, von Region zu Region unterscheiden. So kann ein anonymes städtisches Verhältnis zu einem sehr instrumentalen Beziehungsgeflecht zwischen Profi und Klient führen, während das Verhältnis zwischen Profi und Klient in einer eher agrarisch strukturierten Region oder Gesellschaft gegebenenfalls sehr persönlich strukturiert ist, damit das Verständnis der Menschen untereinander zu einem anderen Interaktionsgefüge führt. Dies kann bei einer Veränderung zu Widerständen und Widersprüchen führen, wenn beispielsweise ein städtischer Patient den Aufbau des Vertrauensverhältnisses zum Arzt wesentlich anonymer gestaltet, dadurch die Gestaltungsaufgabe des Hausarztes für ihn eher hinderlich ist.

## **3. Einbezug der Lebenssituation als Basis des Leistungsangebotes – sozial adäquate oder besser lebensweltadäquate Versorgung**

Wohnortnahe Versorgung ist ein Schlagwort, das in den letzten Jahrzehnten zumindest in Deutschland einen erheblichen Aufschwung erfahren hat. Im Grunde genommen steht es im Widerspruch zu den sonstigen Tendenzen der Globalisierung. Es wundert daher nicht, dass es als ein Konzept missbraucht werden konnte, das Kostensenkung im Gesundheitsbereich beinhaltete.

Dennoch ist die innerliche Begründung nachzuvollziehen und richtig. Eine Behandlung außerhalb des persönlichen Lebensbereichs eines Menschen ist nur dann sinnvoll, wenn die Ursache für einen Schaden in seiner persönlichen Umgebung zu suchen ist, wenn eine Behandlung ansonsten nicht ohne große Gefahr für andere oder für ihn selbst vollzogen werden müsste. Dies gilt sowohl für eine Behandlung, die beispielsweise nur außerhalb seiner Region

stattfinden kann oder innerhalb der Region nur an wenigen Orten, es gilt für den Grundsatz ambulant vor stationär, es gilt dabei nur noch eingeschränkt für die Frage, ob Pflege durch Verwandte, Bekannte oder Nachbarn der Betreuung von Professionellen vorzuziehen hat. Die wohnortnahe Versorgung gewährleistet viel mehr, als diese häufig von der Ökonomie getriebenen Schlagworte.

Genauer muss es um die Einbeziehung der Lebenswelt des Betroffenen gehen, um einerseits medizinisch zu erreichen, dass diese den Heilungsprozess unterstützt, oder andererseits dazu beizutragen, Krankheitsursachen im persönlichen Umfeld im Behandlungsprozess unmittelbar zu berücksichtigen. Ein Beispiel mag dieses erläutern: Die stationäre „Entgiftung“ von Alkoholikern hat häufig die Konsequenz, dass ohne eine Veränderung in der Lebensumwelt des Betroffenen die mentale Abhängigkeitssituation bestehen bleibt.

Mit dem Ziel einer lebensweltnahen Versorgung, eine bessere oder angemessenere Bezeichnung, ist verbunden, dass die Argumentation, die räumliche Verteilung von Einrichtungen, der Bezug der Dienstleister untereinander an stärkeren Bezug zur Lebenswelt des Patienten oder besser Klienten bekommt.

#### **4. Training der Motivation – Entwicklung einer Körper-Geistkultur**

im modernen medizinischen System besteht die Tendenz, körperliche Leiden unabhängig vom geistig seelischen Zustand zu sehen. Das mag zum einen mit der Tendenz zusammenhängen, dass die moderne medizinische Wissenschaft in Teilen den Geist primär als eine Funktion des Körpers ansieht, damit als letztlich bedingte Größe. Bedeutsamer ist aber sicherlich, dass die organisatorische Betrachtungsweise, beispielsweise feststellbar an dem Krankenhausfinanzierungssystem DRG, entweder sehr leistungsbezogen und/oder sehr organbezogen ist, bis dahin dass auch Geist und Psyche Organeigenschaften zugewiesen werden. Dieses lässt den Blick auf das medizinische Geschehen sehr punktuell werden, auf das spezifische Leiden und den daraus ableitbaren Handlungsbedarf und seine wirtschaftliche Konkretion im Abrechnungssystem gerichtet.

Diese Prägung findet sich zumindest in den entwickelten amerikanischen und europäischen Systemen. Aber auch im globalisierten Gesundheitssystem dominieren ökonomische Faktoren die praktische Betrachtung medizinischer Notwendigkeiten. Die Überformung medizinischer, gesundheitlicher Perspektiven durch ökonomische Zwänge und Zwangsgesetzlichkeiten verändert medizinische Faktoren im Inneren. Dabei geht es nicht allein um die Frage welche Leistungen angeboten werden und welche, ökonomisch begründet, überhaupt entwickelt werden, sondern es geht auch um die Betrachtungsweise der Gesundheitsdienstleister, also wie die Leistungen erbracht werden.

Man kann es auf einen verkürzten Nenner bringen: Die Motivation im Gesundheitswesen entfernt sich von den medizinischen Sachfragen und ist angekommen bei den eigentlich sachfremden wirtschaftlichen Fragen, die wie ein Korsett dem medizinischen Geschehen eine Form gibt. Mengen und Preise bestimmen die Einnahmen auf der Anbieterseite, vice versa die Ausgaben auf der Versicherungsseite, damit wird, wie uns die Ökonomie lehrt, gesteuert

und in einem marktwirtschaftlichen System über das Zwangsmittel des preisbewehrten (kein Schreibfehler!) Marktes auch erzogen.

Es ist ja die Absicht, über die administrierte Einrichtung eines solchen Systems zu steuern. Es bleibt immer die Frage, was man steuert. Über die Preis-Leistungssteuerung sucht man logisch gesehen die durchschnittlichen Gestellungskosten zu reduzieren. Man geht damit das Risiko ein, dass Leistungen durch den Anbieter beziehungsweise Leistungserbringer, dadurch dass er die Leistungen primär inhaltlich definiert, umdefiniert werden, dass Leistungen und damit Patienten wegdelegiert werden, dass Leistungen vorenthalten werden und dass Leistungen primär unter dem Gesichtspunkt der ökonomischen und nicht dem Vorrang der medizinischen Sinnhaftigkeit vorgenommen werden. Ein wirtschaftlich "vernünftig handelnder" Leistungserbringer, der gut erzogen ist, muss solche Fragestellungen zumindest erwägen und damit in Einzelfällen an die Grenze seiner eigenen Professionalität gehen. Jeder Dienstleister arbeitet tendenziell im Konflikt zwischen der eigenen professionellen Auffassung und des ihm vom wirtschaftlichen System aufoktroiertem Verhaltens.

Allerdings hat jedes Vergütungssystem Steuerungsvor- und Steuerungs Nachteile. Die Abwägung zur Einführung eines jeden Vergütungssystems ist daher sinnvoll auf Basis der Fragestellung zu ergründen, was am Ende des Systems als gewünschtes Outcome herauskommen soll. Die durch ein Preis-Leistungsvergütungssystem tendenziell angereizte selektive Leistungsausweitung ist sicherlich nicht ein primäres Ziel des Gesundheitssystems.

Solche Anreizsysteme unterstellen zudem, dass nur ökonomische Anreize Leistungsorientierung hervorbringen. Die ungezählte Anzahl von Gehältern, die ohne jegliche Anreizsysteme gezahlt werden, müsste eigentlich das Gegenteil belegen. Zudem wird vergessen, dass gerade in Gesundheitsberufen eine große intrinsische Motivation besteht. Ökonomische Anreizsysteme, wie sie gerne von Ordnungspolitikern angewandt werden, kontraindizieren prinzipiell diese Motivation.

Das Wiedererlernen eines holistischen Menschenbildes in der Medizin und im Gesundheitswesen bedarf darüber hinaus gehender anderer Anreize. Die Chance für ein Umdenken bedarf der entsprechenden Rahmenbedingungen, die politisch gestaltet werden. Aspekte eines solchen, mit dem professionellen Dienstleistern gemeinsam zu führenden Diskurses sind:

- Anreize sowohl auf der horizontalen als auch der vertikalen Ebene zusammenzuarbeiten, das heißt zwischen den Berufsgruppen und zwischen den Versorgungssektoren;
- Offenheit der unterschiedlichen Anschauungen unterschiedlicher medizinischer und gesundheitswissenschaftlicher Systeme bei der Weiterentwicklung medizinischer und sonstiger gesundheitlicher Verfahren;
- extern beratende, interne kollegiale Beratung in der Qualitätssicherung;
- ein eher fallbezogenes Vergütungssystem in der Gesamtversorgung;
- die Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstruktur durch einen geeigneten diskursiven Prozess, indem auch auf der einen Seite die Vertreter der betroffenen Bevölkerung, insbesondere diejenigen, die parawirtschaftlich aktiv an der Gesundheitsversorgung teilnehmen, so wie aber auch die breite Vertretung aller Berufe,

wobei auch traditionelle Gesundheitsberufe, wie sie beispielsweise in ländlichen Regionen in weniger entwickelten Staaten immer noch vorhanden sind und dort weiterhin eine wichtige Funktion ausfüllen, berücksichtigt werden müssen.

## 5. Kulturelle Einstellungen zur Ethik in Medizin und Pflege

Das Besondere an dem Begriff Ethik ist seine Unbestimmtheit. In einem einfachen Sinne bedeutet es nichts weiter als die Unterscheidung zwischen gut und böse, richtig und falsch. In einem konkreten Sinne bedeutet es sittliches Verhalten. Die Philosophie versucht dieses Verhältnis oder Verhalten in einem natürlichen Sinne zu erklären. Gesellschaftshistorisch gesehen wird ethisches Verhalten von einem dahinterliegenden Wertesystem getragen, nicht zuletzt religiöse Anschauungen. In einer materialistischen Welt, in der religiöse Wertesysteme an Bedeutung verlieren, wird Ethik zu einer neu zu definierenden Grundhaltung.

Das medizinische System der Neuzeit, das trotz der Trägerschaft durch Kirchen und ähnlichen Organisationen, Religion und religiöse Meinungen als unwissenschaftlich geprägt ablehnt, steht in der Tradition, das Menschsein zu objektivieren und damit zu verdinglichen. Auf diese Veränderung des Körper-Geist-Verhältnisses des Menschen begründet sich eine moderne Berufsethik. Dieses gerät schnell in Widerspruch zu den systemischen Anforderungen des Gesundheitswesens. Zwar darf man diese Berufsethik als Bestandteil des kulturellen Umfelds verstehen, dennoch resultiert daraus eben keine Widerspruchsfreiheit.

Dieses mag an zwei Beispielen erläutert werden:

- Es gibt religiös geprägte ethische Systeme, die medizinisch-interventionelle Verfahren kritisch bewerten, auch wenn diese lebensverlängernd, leidensvermindernd und schadensverhütend sind.
- Finanzierungs- und Vergütungssysteme in modernen Gesundheitssystemen implizieren standardisierte Verfahren, die im Einzelfall in Widerspruch geraten können zur gemeinten oder tatsächlichen Berufsethik.

Es wird aus diesen Beispielen deutlich, dass auch Anwendungsethik in der gesundheitlichen Versorgung nicht naturgegeben ist, sondern dem gesellschaftlichen Wandel unterliegt. Die alltagsbezogene Konkretion ethischen Handelns, das heißt des absichtsvoll moralischen Handelns, bedarf einer diskursiv führten Bestimmung. Gesellschaftliche Erwartungen an das Gesundheitssystem und seine Realität sowie der berufsethische Impetus sind in einem verfestigten Prozess zu harmonisieren.

## 6. Eigene Entscheidungsfähigkeit und Potenzial zur Selbstheilung

Unabhängig von diesen Fragen der professionellen Ethik bleibt einer der wesentlichen Kernpunkte die Akzeptanz der Autonomie (der Fähigkeit zur Selbstorganisation) des betroffenen Menschen im Fokus des gesundheitspolitischen Handelns. Wie an anderer Stelle schon gesagt, lässt die Subjektivität des Gesundheit- und Krankheitserlebens das Potenzial zur Selbstheilung als eines der wesentlichen Mittel im Behandlungsprozess werden. Als eine der wichtigsten Komponenten von Pflege und medizinischer Ethik wird die Achtung der Autonomie



des Patienten, Pflegebedürftigen oder ganz allgemein Klienten angesehen. Daraus wird deutlich, dass das Potenzial zur Selbstheilung nicht im Widerspruch zur Agenda pflegerischer, medizinischer Ethik stehen muss. Um diese ethische inhaltliche Schnittstelle herum lässt sich die Gestaltung gesundheitlicher Systeme organisieren.

Zusammenfassend bedeutet es aber trotzdem, dass es einer durchgreifenden Veränderung gesundheitlicher Strukturen, die selbstverständliche, aus der besonderen Verantwortung des Professionellen heraus resultierenden Dominanz professionellen Handelns geprägte Beziehungen nach sich ziehen, bedarf. Diese Veränderung bedarf einer besonderen Form der Schulung und Ausbildung der Professionellen in Hinsicht auf die besondere Bedeutung der Autonomie des Klienten und durch eine besondere Form der sichtbaren Integration des Interesse von Patienten und beeinträchtigten Menschen in die gesundheitspolitische Willensbildung. Inhaltlich erscheint auf der Basis des Konzepts der politischen Arena das Konzept regionaler Netzwerke für Gesundheitsleistungen geeignet, das im Folgenden vorgestellt werden soll.

## **Regionale Netzwerke und regionale Lösungskompetenz – Potenzialanalyse**

Es ist bereits deutlich geworden, dass in modernen Gesundheitssystemen ein unüberbrückbarer Widerspruch zwischen der Perspektive des einzelnen Gesundheitsdienstleisters und den Perspektiven des Kranken beziehungsweise unterstützungs-/hilfebedürftigen Menschen besteht. Dies wird teilweise dadurch ausgeglichen, dass zumindest ein Teil der Betroffenen durch Selbstorganisation in der Lage ist, das Management seines Krankheitserlebens selbst zu organisieren. Diese Kompetenz steht allerdings im umgekehrten Verhältnis zur Komplexität der Behandlung, der Schwere der Erkrankung und dem sozialen Status des Betroffenen. Mit anderen Worten, je hilfebedürftiger ein Mensch ist, desto weniger ist er in der Lage sich als Selbstorganisator seines eigenen Gesundheits- und Krankheitserlebens zu profilieren.

Mit Blick auf diese Situation bleibt der Gesundheitsdienstleister, auch in Ermangelung der üblichen Anbieter-Nachfragesituation, wie sie auf klassischen Märkten anzutreffen ist, der Bestimmer der tatsächlichen Nachfrage. Das Eigentümliche bleibt aber insbesondere, dass er, anders als bei sonstigen Dienstleistungen, nur einen Teil der gesamten Nachfrage bestimmt, und dies gilt je komplexer die Anforderungen an die gesundheitliche Dienstleistung sind. Diese Besonderheit ist selbst bei bestem Willen nicht zu vermeiden. Es ist letztlich nur durch ein Andersdenken der Organisationsstrukturen auf diesem Markt zu verändern.

Grundlage ist eine Abkehr von wettbewerblichen Strukturen hin zu kooperativen Strukturen, von der Konkurrenz zur Zusammenarbeit. Allgemein wird dieses mit dem Begriff "Vernetzung" beschrieben. Dabei kommt es nicht darauf an, dass organisatorisch zusammenhängende Unternehmensverbände entstehen, es geht nicht um Bildung oder das Entstehen von gesundheitswirtschaftlichen Konglome-



raten, sondern das durch geeignete Rahmenbedingungen die Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Dienstleistern gestärkt wird. Im Fokus stehen hier Fragen der Finanzierung, der übergreifenden Prozessbeschreibung, die Einrichtung von Arenaformen zum diskursiven Prozess der Verbesserung von Behandlung und Behandlung warten, integrative, das heißt berufsgruppenübergreifende Qualifizierungsprozesse, um nur einiges zu nennen.

Im Folgenden sollen die organisatorischen Eckpunkte aufgezeigt werden, über die im Grundsatz solche Veränderungsprozesse initialisiert werden können. Dieser Veränderungsprozess wird, wenn er als politischer Prozess initiiert werden sollte, in der Form eines Projektes durchzuführen sein.

## **1. Bewertung des bisherigen bekannten Outcomes im Verhältnis zu bewerteten Zielen – Zielpriorisierung mit Projektpartner**

Aufgrund politischer Vorgaben sind Ziele inhaltlich so zu parametrisieren, dass durch abgestimmte Outcomeparameter ihre Ergebnisdimension ausreichend beschrieben ist. Mit diesen Ergebnissen ist dann eine entsprechende Ausgangssituationen zu beschreiben. Die inhaltliche Dimension eines solchen Outcome ist allerdings auch eine qualitative, die durch entsprechende Interviews sowohl auf Seiten der Leistungserbringer, als auch auf Seiten der Leistungsnehmer sowie ihre Vertreter zu führen sind. Daraus ist auch zu ermessen, ob die politische Zielpriorisierung sinnvoll ist, gegebenenfalls zu überdenken, beziehungsweise in ihrer konkreten Fassung neu zu formulieren ist.

## **2. Technokratische, aber bedarfsorientierte Lösungsmodelle unter Berücksichtigung des Rechtssystems**

Technokratische, das heißt durch Experten entwickelte und implementierte Modelle, sind im Gesundheitswesen nicht die Ausnahme sondern die Regel. Das bedeutet im Grundsatz, dass im Vordergrund der Neuorganisation bestimmte Lehrmeinungen stehen. Technokratische Modelle erleichtern politische Entscheidungen dadurch, dass sie diesen eine zumindest scheinbare Objektivität geben. Gerade in den Gesellschaftswissenschaften, im Grundsatz gilt dies auch für Naturwissenschaften, muss man allerdings unterscheiden zwischen der sogenannten herrschenden Lehrmeinung und der davon abweichenden alternativen Meinung.

Das Wort Lehrmeinungen macht schon deutlich, dass Objektivität auch in expertenorientierten (technokratischen) Systemen nicht vorhanden sein kann. Das liegt allein schon daran, dass in Gesellschaftswissenschaften, anders als in Naturwissenschaften, bereits die Wahl der Methoden über Ergebnisse entscheidet, aber vor allem die Reproduzierbarkeit durch einen expliziten Versuchsaufbau nicht herstellbar ist.

Gesellschaften sind in ständiger Veränderung, sie sind, um es mit biologischer Begrifflichkeit auszusagen, lebende Organismen, auf die unterschiedliche Umwelteinflüsse wirken. Die Vielfältigkeit der Einflüsse, die zudem auch noch aus historischen Kontinuitäten bestehen, also der Biografie einer Gesellschaft, ist eine unüberwindbare Barriere, die eine Programmierbarkeit gesellschaftswissenschaftlicher Organisationsformen verhindert.

Die Bedeutung von Expertenwissen soll dennoch nicht unterschätzt werden. Es muss aber deutlich bleiben, dass gesellschaftswissenschaftliche Aussagen durch theorieinhärente Konsistenz Plausibilität erfahren, damit in der Umsetzung auch immer die Abwägung zwischen unterschiedlicher Plausibilität vorgeschlagener Lösungswege vorhanden sein muss. Es beginnt, wenn man beispielsweise den Begriff ‚Bedarfsgerechtigkeit‘ analysiert, allein schon damit, dass technokratische Begrifflichkeiten mit politischen Begriffen und erst recht dem allgemeinen Verständnis über Begriffe nicht deckungsgleich sind. Bedarfsgerechtigkeit in sozialwissenschaftlichen Kategorien gemessen wird in der Regel mit Lebensstandardsicherung operationalisiert. Die Wissenschaft findet also einen Rahmen, der selbst nach eigener Definition relativ ist. Sie gebraucht aber einen wesentlich konkreteren Rahmen, als es Politik oder erst recht die allgemein verbreitete Auffassung tut.

Der Gesellschaftswissenschaftler hat die Aufgabe, wenn er Lösungsmodelle vorschlägt, diesen wissenschaftlichen Standpunkt dem Auftraggeber oder dem wissenschaftlich zu Beratenden deutlich zu machen, der gegebenenfalls auch nicht getrennt werden kann von normativen Konzepten, die im Kopf des Wissenschaftlers aufgrund von Ausbildung, Zugehörigkeit zu akademischen Netzwerken und Schulen, wissenschaftlichen und biografischen Erfolgen und Erfahrungen entstanden sind, die seine Kategorienbildung beeinflussen. Es ist elementar wichtig für seine Auftraggeber, dass sie diesen Standpunkt des Wissenschaftlers, Beraters oder Experten nicht nur verstehen können, sondern ihn auch weltanschaulich einordnen können, um ihn dann im Verhältnis zum eigenen Wertesystem zu setzen. Am Ende ist es schließlich der Politiker, und nicht der Experte, der sich gegenüber den betroffenen Menschen rechtfertigen muss. Der Glaube an Expertenmeinungen ist in diesem Falle bei den Menschen geringer, als dies den Politikern zunächst erscheinen mag.

Der präferierte Ansatz für die Neuorganisation gesundheitlicher Systeme kann daher nicht allein über die wissenschaftliche Plausibilisierung geschehen. Vielmehr muss ein Abgleich geschehen zwischen dem Verständnis der Wissenschaftler und dem für den politischen Raum relevanten Verständnis von Politikern und betroffenen Menschen geschehen.

Eine weitere Barriere für technokratische Konzepte stellte auch das jeweilige Rechtssystem dar. Das Rechtssystem ist in der Regel durch die Rechtsprechung konkretisiert. Die unterschiedlichen Dimensionen, beispielsweise Sozialrecht, Verfassungsrecht oder Verwaltungsrecht, beinhalten regelhaft unterschiedliche Rechtstermini. In diesem Sinne sind die vollzogenen Prozeduren und das Rechtssystem ebenfalls historische Momentaufnahmen, jedoch soll das Rechtssystem zum Ausdruck bringen, wie bestimmte Ordnungssysteme dem Grundsatz nach gemeint sein sollen. Die sozialwissenschaftliche Beratung hat im Gegensatz dazu regelhaft die Aufgabe, Ordnungssysteme zu überdenken, theoretisch neu zu konstruieren, damit bei der Implementierung auf Rechtssysteme verändernd zu wirken.

Wir haben es also in diesem Falle mit einer vierfachen Konstellation zu tun, bestehend aus den Experten, aus den betroffenen Menschen, aus den politischen Akteuren und aus den als Ausgangslage zu definierenden Rechtssystem, das den bisherigen vorherrschenden politischen und gesellschaftlichen Willen zum Ausdruck bringt. In diesem Rahmen sind technokratische Lösungsmodelle erst sinnvoll zu erörtern.

### **3. Entwicklungspotentiale auf Basis Infrastrukturbewertung**

Um den Weg zu einem erwählten Modell aufzuzeigen, müssen Schritte definiert werden, die deutlich machen, auf welchem Wege ein solches Modell erreichbar ist, mit welchem sowohl organisatorischen, wie auch finanziellen Aufwand und so weiter. Die Basis zur Definition dieser Schritte ist die Bewertung des Status quo. Es handelt sich also um nichts weniger, als die Bewertung der infrastrukturellen Faktoren, wie sie zuvor dargestellt worden sind.

Damit lassen sich als Ausgangssituation zunächst Entwicklungspotenziale bestimmen. Hiermit ist gemeint, dass die Bewertung von Modellen nur dann sinnvoll und erfolgreich sein kann, wenn es ein realistisches Potenzial gibt, auf deren Grundlage in einer angemessenen Zeitspanne die avisierten Reformen durchgeführt werden können. Modelle für die mittelfristige Neuorganisation gesundheitlicher Leistungserbringung in einer Region sind also zunächst nicht weiter als Richtungsvorgaben. Der Schritt danach ist auf der Basis des Vorhandenen einen Weg in diese Richtung darstellbar zu machen

### **4. Bedarfsorientierte Entwicklungspfade sowohl technokratisch als auch mit Einbezug Vorstellungen Subjekträger**

Wir haben also bis zu diesem Zeitpunkt einen konsensuierten Begriff über das, was wir als bedarfsorientierte Gesundheitsversorgung zu verstehen haben. Wir haben an dieser Stelle einen konsensuierten Zielpunkt für die Neuorganisation. Wir haben die Potenziale identifiziert, um dieses Ziel zu erreichen. Der nächste Schritt wird nun sein, genau diese Potenziale in Hinsicht auf das definierte Ziel mit unterschiedlichen Möglichkeiten zur Zielerreichung zu versehen.

Insbesondere in dieser Phase des Prozesses ist sicherzustellen, dass die oben definierten Subjekträger, das heißt die Leistungserbringer und die Klientenvertreter, unmittelbar in den politischen Gestaltungs- und Willensbildungsprozess einzubinden. Diese Einbindung sollte allerdings nicht in Form von Anhörungen, wie sie in parlamentarischen Prozessen üblich sind, geschehen. Weiter oben ist schon auf das Konzept der politischen Arena hingewiesen worden. Das Konzept der politischen Arena beinhaltet ein Forum zur unmittelbaren Gestaltung und Entwicklung von politischen Programmen, das ermöglicht, dass auch nicht unmittelbar Gewählte, das heißt Personen die nicht Abgeordnete oder Parlamentarier sind, aber auch nicht als Lobbys definierte Gruppen oder Personen, an der Pfadentwicklung und damit in einem unmittelbaren Weg an der politischen Willensbildung teilhaben können.

### **5. Kulturelles Fitting – kulturelle Selektion von Entwicklungspfaden – Identifikation kultureller Blockaden**

Theoretisch beziehungsweise technokratisch erarbeitete Modelle können oder müssen sogar scheitern, wenn sie nicht in das kulturelle Umfeld passen, für das sie gedacht sind. Wider-

stände gegen Neues erwachsen insbesondere aus der zu hohen Diskrepanz gegenüber dem, was traditionell das bisherige Formwesen beeinflusst hat. Dieses Verständnis soll als ‚kulturelles Fitting‘ bezeichnet werden. Im prozessualen Handeln wird diese dadurch zum Ausdruck gebracht, dass Entwicklungspfade kulturell selektiert werden müssen, also solche Wege präferiert werden, die eine größere Nähe zum bisherigen Handeln haben.

Gleichzeitig ist allerdings an dieser Stelle die Gefahr zu identifizieren, dass, wenn eine zu starke Anbindung an bestehende Traditionen geschieht, Veränderungen und Veränderungsprozesse im Sande verlaufen, weil die Tendenz zur Rückkehr zum Gewohnten diese Veränderungsprozesse überlagert (Gummibandeffekt). Die kulturelle Selektion von Entwicklungspfaden kann deshalb auch nicht bedeuten, dass der grundsätzliche Ausgangspunkt immer das jetzige Handeln zu sein hat, sondern die Motivation und Einstellungen, die aus dem bisherigen Handeln kommen, aufzugreifen und darauf gründend die gewollten Veränderungsprozesse voranzutreiben.

## **6. Ökonomische Realisierungspotenziale – ökonomische Leistungsfähigkeit**

Ökonomische Rahmenbedingungen sind für die Neuorganisation von großer Bedeutung. So können bestimmte Entwicklungen erfolgreich nur dann vorangetrieben werden, wenn das ökonomische Potenzial dafür vorhanden ist. Wenn aufgrund großer Lohndrift gegenüber anderen Regionen oder dem Ausland nicht genügend Fachpersonal an das System gebunden werden kann, muss dieses in einem Entwicklungspfad berücksichtigt werden.

Wenn ein Entwicklungspfad bestimmte Investitionen verlangt, dann muss die Finanzierung geklärt sein. Dabei muss unterschieden werden, ob eine Investitionen aus den laufenden Einnahmen zu refinanzieren ist, oder ob sie als Vorfinanzierung ohne Gegenfinanzierung aus laufenden Einnahmen, das heißt dualistisch, getätigt werden soll. In den Fällen unterschiedlich ist jeweils der Kreditnehmer, in einem Falle entlastet der Finanzier der Investitionen als externer Sponsor (staatliche, überregionale) das Unternehmen beziehungsweise den Unternehmer vom Investitionsrisiko, im anderen Falle geht der unternehmerisch Handelnde in ein entsprechendes wirtschaftliches Risiko für die Finanzierung der Investitionen. Das ist nur dann sinnvoll, wenn die laufende Finanzsumme des Systems eine periodische Refinanzierung der Investitionen auch tatsächlich erlaubt.

Damit ist umgekehrt aber auch verbunden, dass die regionale Finanzausstattung des Gesundheitssystems a priori Gestaltungselement ist. Die Ansprüche an das System, sowohl auf der Nachfrageseite, als vor allem auch auf der Anbieterseite sind mit dem finanziellen Potenzial des Systems zu harmonisieren. Es muss hier die Faustregel gelten, dass begrenzte Mittel dorthin fließen sollen, wo sie den größten Outcome produzieren. Dieses muss konkretisiert werden. So kann bei Investitionen in medizintechnische Geräte der Stand der Technik sehr hoch angesetzt werden, auch auf Wunsch der professionellen Betreiber. Im Zweifelsfalle ist mit einer Investition in das System dann nur noch möglich, dass eine bestimmte Klientel bedient werden kann. Oder es lassen sich über diese Investitionen nur noch bestimmte Pro-

zeduren realisieren. Die Abwägung, auf welchem Stand der Technik Investitionen realisiert werden hängt dabei auch vom bisherigen Ausstattungstand ab. Es bedarf damit für diese Region einer regionalen Investitionsplanung, die den Investitionsbedarf über den Zeitverlauf abbildet.

## **7. Potenzialentwicklung**

Unter Potenzialentwicklung wird an dieser Stelle die Qualifizierung der personellen und sächlichen Mittel verstanden. Die Entwicklung des Potenzials beinhaltet mindestens drei Schritte: 1. Personalentwicklung beziehungsweise Qualifizierungsmaßnahmen; 2. Maßnahmen zur Organisationsentwicklung, hier 3. Entwicklung der baulichen und technischen Mittel.

Diese Entwicklungsmaßnahmen betreffen nicht immer die gleichen Träger bzw. die gleiche Trägerebene oder dem gleichen Gesundheitssektor. Maßnahmen zur Qualifikationsentwicklung beziehungsweise Personalentwicklung betreffen beispielsweise sowohl die betriebliche als auch die überbetriebliche Ebene. Die überbetriebliche Ebene betrifft das Zurverfügungstellen von Basisqualifikationen, die Festlegung von Qualifizierungsstandards des, das Zurverfügungstellen von entsprechenden fiskalischen oder sonstigen betrieblichen Mitteln, um gegebenenfalls betriebsnahe Qualifikation und Qualifizierung zu ermöglichen. Die Maßnahmen zur Organisationsentwicklung mit dem Schwerpunkt Netzwerkentwicklung sind als Bestandteil des politischen Arenaprozesses zu verstehen.

Betriebliche Maßnahmen sind im Wesentlichen die Entwicklung und Abwicklung von Maßnahmen zur betrieblichen Organisationsentwicklung, Durchführung und Planung von Investitionen im Rahmen des Investitions-Rahmenplans der regionalen Ebene, die stetige betriebliche Personalentwicklung zur Anpassung, Aufrüstung und zum Erhalt von Qualifikationen und die Beteiligung an der überbetrieblichen Personalentwicklung.

## **Mehrdimensionale Wirtschaftlichkeit – Realisierung**

### **1. Irrungen und Wirrungen in der Bewertung von systemischer Wirtschaftlichkeit**

Die Definition von Wirtschaftlichkeit ist in der Regel eindimensional geprägt, das heißt Wirtschaftlichkeit wird ausschließlich auf Basis monetärer Größen bemessen.

Betriebswirtschaftlich meint Wirtschaftlichkeit zum einen die Maximierung von Outputgrößen bei Minimierung von Inputgrößen. Zum anderen, und das ist für die Frage der

Unternehmenseigenschaft im Sinne eines morphologischen Verständnisses relevant, geht es hier um die Frage des unternehmerischen Erfolges im Sinne des Unternehmensergebnisses. Es geht also traditionell um Renditeerwartungen in Bezug auf unternehmerische Kenngrößen, wie Kapital oder Umsatz.

Volkswirtschaftlich wird der Wirtschaftlichkeitsbegriff ebenfalls mit Bezug auf monetäre Kenngrößen definiert. Häufig wird Wirtschaftlichkeit mit volkswirtschaftlichem Wachstum gleichgesetzt. Dahinter steht die so genannte Allokationseffizienz, das heißt die Verwendung volkswirtschaftlicher Ressourcen an dem Ort ihres optimalen Einsatzes.

Die Beschränktheit des begrifflichen Verständnisses von Wirtschaftlichkeit ist in den sechziger und siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts auf der volkswirtschaftlichen Ebene dadurch begegnet worden, dass man erweiterte Konzepte der Darstellung volkswirtschaftlicher Ergebnisse angedacht hat. Dazu gehört beispielsweise die Sozialberichterstattung oder die ökologische Berichterstattung. Die Kritik an der wachstumsorientierten Konzeptionierung der volkswirtschaftlichen Bewertung von Wirtschaftlichkeit beruht insbesondere darauf, dass bestimmte wirtschaftliche Wachstumseffekte gesellschaftlich schädlich oder unnützlich sind. So ist die mit materiellem Aufwand verbundene Beseitigung von Umweltschäden nach traditioneller Anschauung wachstumssteigernd, obwohl im Vorfeld durch wirtschaftliche Aktivitäten ein volkswirtschaftlich unsinniger Schaden entstanden ist.

Genau diese gleiche Kritik betrifft die unternehmerischen Aktivitäten. Gewinnwirtschaftliche Aktivitäten müssen zum einen volkswirtschaftlich nicht erwünscht sein, das heißt betriebswirtschaftliche Aktivitäten werden primär darauf beruhen, bei realistischer Betrachtung, Kosten weit möglichst zu vermeiden, was im Einzelfall auch bedeutet, sie zu externalisieren, entweder zeitlich oder im gleichen Zeitraum auf Dritte, beispielsweise die Gemeinschaft oder andere Unternehmen oder Einzelpersonen. Dieser grundsätzliche Widerspruch kann auch darauf beruhen, dass zum anderen auch die eigentliche wirtschaftliche Aktivität gesellschaftlich nicht gewollt sein kann, beispielsweise bei der Herstellung von Medizinprodukten oder der Entwicklung medizinischer Verfahren, die keinen medizinischen Fortschritt für die Betroffenen bringen. Ihr Einsatz ist, insbesondere bei interventionellen Verfahren, im Einzelfall sogar schädlich.

Mindestens bei Gütern, die öffentlichen Charakter besitzen, also echte öffentliche oder meritokratische Güter, ist damit ein genügendes gemeinschaftliches Interesse vorhanden, um eine staatliche Intervention bis hin zum Eingriff in private Eigentumsrechte zu rechtfertigen. Dieser Eingriff gewinnt an Rechtfertigung je bedeutsamer die Gutseigenschaft ist oder/und je mehr ungewünschte Externalisierungen mit der Produktion verbunden sind.

Der Verknüpfung von volkswirtschaftlichen, gesellschaftspolitischen, betriebswirtschaftlichen Fragestellungen ist man in den 80er Jahren nachgegangen in Konzepten zur mehrdimensionalen Wirtschaftlichkeit, insbesondere bei der Bewertung von Arbeitssystemen. Diese Konzepte haben zum Gegenstand, die Effekte wirtschaftlichen Handelns, die außerhalb des eigentlichen wirtschaftlichen Handelns entstehen, handlungsrelevant abzubilden. Die Kritik an

## 2. Das Große und das Kleine

In der Ökonomie sind wir es gewohnt von kurzfristigen und langfristigen Effekte sprechen. Eine weitere Trennung ist die betriebliche und die volkswirtschaftliche oder besser gesellschaftswirtschaftliche Ebene. Unterscheidungsmerkmale sind also zunächst die zeitliche Dimension sowie die Frage der Ableitungsebene, also die Frage, ob ich vom Großen auf das Kleine oder vom Kleinen auf das Große schließe. Auch das Thema der Externalisierungen ist in der Ökonomie durchaus nicht unbekannt. Dennoch mangelt es an konsistenten Schlussfolgerungen, durch die man in der Lage versetzt würde, ein glaubhaftes Gesamtkonzept darzulegen, das die unterschiedlichen Blickwinkel vereint und harmonisiert, damit die Widersprüche der unterschiedlichen Betrachtungsebenen auflöst.

Ein noch größerer Mangel stellt die oftmals fehlende Interdependenz der ökonomischen Betrachtung zu anderen gesellschaftspolitisch relevanten Fragestellungen und Fächern dar. Dies scheint zwar nur vordergründig richtig zu sein, da es ja solche ökonomischen Richtungen wie die (gar nicht so) neue politische Ökonomie gibt. Tatsächlich befasst sich diese Richtung der Ökonomie ausschließlich mit einer soziologisch-ökonomischen und theoretischen Erörterung politischen Handelns. Diese Form der Betrachtung bringt allerdings zum Ausdruck, dass die herrschende Ökonomie regelhaft nicht in der Lage ist, die Wechselwirkung der politischen Ebene und der gesellschaftswirtschaftlichen Ebene sinnvoll ineinander zu bringen. Wirtschaftliches Handeln vollzieht sich daher per se in einem inhaltlich luftleeren Raum, die wirtschaftswissenschaftliche Betrachtung beruht ausschließlich auf den Gegenstand selbst, alles Nichtökonomische wird als die Effizienz Minderndes, die Harmonie des ökonomischen Handelns Störendes aus der Betrachtung regelhaft ausgeklammert oder als Residualgröße behandelt.

Daraus resultiert, dass es zwar spezielle Ökonomien gibt, beispielsweise die Sozialökonomie oder die Umweltökonomie, diese aber entweder grundsätzlich Systemkonvergenz beweisen müssen oder aber als Exoten im Rahmen der ökonomischen Familie marginalisiert werden. Diese Art der Betrachtung mündet etwa in folgender Aussage: „Die beste Sozialpolitik ist eine gute Wirtschaftspolitik.“ Daran schließt sich die ordnungspolitische Aussage an, dass die beste Wirtschaftspolitik die ist, die Freiheit und damit die Funktionsfähigkeit des Marktes absichert. Als logisches Resultat meint also eine solche Behauptung, dass die beste Sozialpolitik eine funktionierende Marktwirtschaft ist. Die Katze beißt sich in den Schwanz.

Nähern wir uns den Widersprüchen der Ökonomie etwas: Wie Ökonomen zu Recht festgestellt haben, muss Wirtschaftlichkeit immer einen Bezugspunkt haben. Absolute Wirtschaftlichkeit kann es nicht geben, da jegliches gesellschaftliches Handeln interessengeleitet ist. Die Formulierung von Interessen ist eine Aufgabe der Politik. Auf der politischen Ebene findet ein Aushandlungsprozess mit Bezug auf unterschiedliche Interessenslagen statt. Auch der Wettbewerbsprozess ist ein Prozess zur Aushandlung von Interessen.

Es gibt auch andere Systeme, die auf einer anderen Form der Aushandlung basieren, beispielsweise die Lotterie, das Vereinswesen, der sportliche Wettkampf, der Krieg usw.. Es unterscheidet sich jeweils die Ebene, auf der der Aushandlungsprozess stattfindet. Damit ist auch die Einflussfähigkeit gemeint, die ein Einzelner auf einen solchen Aushandlungsprozess



hat oder mit anderen Worten, wie er selbst noch an einem solchen Prozess beteiligt werden kann. Damit scheint zunächst klar, dass der marktwirtschaftliche Prozess zunächst stärker am Menschen orientiert zu sein scheint. Bei genauerer Betrachtung ist der marktwirtschaftliche Prozess auf einer überindividuellen Ebene organisiert, so dass er eigentlich einen stärker politischen und weniger einen individualistischen Charakter besitzt. Umso kritischer ist die Ausklammerung des politischen aus der marktwirtschaftlichen Diskussion zu bewerten.

Letzteres gilt natürlich umso mehr, wenn wir uns die Entwicklung der Marktwirtschaft in den letzten 200 Jahren anschauen, die auf eine Globalisierung marktwirtschaftlicher Prinzipien hinausläuft. Die Akteure in diesem Geschehen bleiben für die meisten Menschen anonym, ein direkter Aussöhnungsprozess ist ihnen nicht möglich, damit wird deutlich, dass obwohl die marktwirtschaftliche Theorie eine individualistische zu sein scheint, die herrschende Marktwirtschaft ein lebensbestimmendes, also deterministisches System ist, dass für den Einzelnen nur über ein Kollektivsystem, wie es demokratische Systeme bereitstellen, beeinflusst werden kann.

### **3. Was gewollt ist und was nicht gewollt ist**

In einem erweiterten Wirtschaftlichkeitsbegriff wollen wir deshalb unterscheiden in das Gewollte und das Nichtgewollte. Bei diesen beiden Begriffen unterscheiden wir die unmittelbaren Effekte und die mittelbaren Effekte, dann die kurzfristigen und die mittelfristigen sowie die langfristigen Effekte.

Diese Unterscheidungen sollen an einem Beispiel, das sehr eingängig ist, erläutert werden. Um beispielsweise in einer trockenen Region über einen Brunnen landwirtschaftliche Flächen und das Dorf zu bewässern, beziehungsweise mit Trinkwasser zu versorgen, ist es notwendig das Grundwasser zu beeinträchtigen. Dies kann kurzfristig dazu führen, dass der gewünschte Effekt einer Erhöhung der Nahrungsmittelproduktion erreicht wird. Zum anderen kann es dazu führen, dass unerwünschte Effekte durch die Absenkung des Grundwasserspiegels schon kurzfristig dadurch entstehen können, dass Bodenstrukturen negativ verändert werden. Wenn überdies so viel Grundwasser entnommen wird, dass es auf Dauer nicht wieder aufgefüllt wird, kann mittel- bis langfristig die Versorgungssituation nicht nur auf ihren Ausgangspunkt zurückgefallen, sondern möglicherweise durch Versalzung der Böden die Produktivität der Landwirtschaft sogar unter das vorherige Niveau fallen.

Darüber hinaus ist zu unterscheiden, an welcher Stelle beziehungsweise auf welcher Ebene Effekte eintreten. Dies mag an einem weiteren Beispiel deutlich werden. Ein Unternehmen beschließt ein neues Produkt auf den Markt zu bringen. Die Effekte können in der Produktion auftreten, beispielsweise neue Qualifikationsanforderungen an Mitarbeiter, Verbesserung der Gewinnziele, neue Organisationsabläufe, das Produkt selbst kann Auswirkungen auf die Konsumenten haben, zum Beispiel in der Erleichterung der alltäglichen Arbeiten bei einem Haushaltsgerät, die Herstellung kann negative Umweltauswirkungen nach sich ziehen, etwa durch die Erhöhung der Abfallmengen, die Herstellung kann Auswirkungen auf Drittländer haben, wenn in diesen Ländern natürlicher Ressourcen verbraucht werden, die nicht wieder-



herstellbar sind. Man kann diese Kette sehr weit fassen. Dass es inzwischen auch Unternehmen gibt, die so weit denken, sei an dieser Stelle erwähnt, wenn der Zwang dazu auch häufig aus dem Ziel der Absatzförderung kommt.

Wenn wir also das Gewollte und das Nichtgewollte unterscheiden, dann meinen wir damit nicht nur den Blick auf den ausgedrückten Wunsch oder das ausgedrückte Ziel und das zu verändernde Sein oder das zu verhindernde Köntesein. In einer erweiterten Betrachtung von Wirtschaftlichkeit geht es auch darum, das jeweilige Handeln zu bewerten in Hinsicht auf Effekte, die bei anderen, in anderen Bereichen, zu unterschiedlichen Zeiträumen beziehungsweise Zeiten und auf anderen Ebenen ungewollt eintreten oder eintreten können.

Damit ist nicht der klassische Opportunitätskostenbegriff gemeint, wie man ihn aus der Ökonomie kennt. Dieser betrifft zwar auch das Thema mittelbare Kosten, dies aber nur im Bereich der Entscheidungsfindung, um herauszufinden, welche Kosten entstehen, wenn ich mich bei bestehenden Alternativen für die eine oder andere Alternative entscheide beziehungsweise nicht entscheide. Opportunitätskosten sind in diesem Sinne ein Teil einer erweiterten Wirtschaftlichkeitsbetrachtung, aber nicht annähernd deckungsgleich.

#### **4. Finanzierung und Eigenfinanzierung im Zeitverlauf**

Die Frage der Finanzierung ist wie an anderer Stelle schon ausgeführt elementar, weil es das Verhalten der Akteure in einem Markt, hier das Gesundheitswesen, grundsätzlich beeinflusst. Wir können an dieser Stelle unterscheiden: einerseits zwischen der Unternehmensfinanzierung und der Vergütung von Leistungen im Gesundheitswesen, andererseits der Innen- und Außenfinanzierung, schließlich der Eigen- und Fremdfinanzierung.

Die Unternehmensfinanzierung stellt das Gesamtgefüge der monetären Ströme zur Finanzierung des betriebsüblichen Prozesses dar. Dabei wird in der Regel unterschieden in die Beschaffung von Kapital zur Erneuerung, Erweiterung oder Umstellung von Anlagen, aber auch die Beschaffung von Mitteln zur Durchführung des laufenden Betriebsprozesses. Der Finanzierungsbedarf ergibt sich aus den betrieblichen Planungen und hat grundsätzlich eine monetäre und eine zeitliche Komponente.

In jedem Falle ist dafür zu sorgen, dass Mittel zur Verfügung stehen, wenn ein entsprechender Mittelabfluss erwartet wird. Der Prozess der Finanzierung stellt für das Unternehmen eine organisatorische Aufgabe dar, es muss dafür sorgen, dass Mittelzufluss und Mittelabfluss ausgeglichen sind, was bedeutet das mindestens die Mittel zur Verfügung stehen, die zur Finanzierung der unternehmerischen Aktivitäten jeweils gebraucht werden. Die Unternehmensfinanzierung ist abhängig davon, wie die Leistungsfinanzierung gestaltet ist. Die Wirkung der Finanzierung von Leistungen auf das unternehmerische Verhalten ist an anderer Stelle schon erwähnt worden. Es wird auf die Darstellung von Thiemeyer verwiesen.

Aus den Ausführungen meines Lehrers Theo Thiemeyer zu den Auswirkungen unterschiedlicher Vergütungsformen auf das Verhalten der Leistungserbringer wird die Bedeutung der Trägerschaft und der grundsätzlichen Unternehmensziele deutlich. Leistungsorientierte, das

heißt Einzelleistungsvergütung erfordert von jedem Unternehmen, egal ob es gemeinwirtschaftlich oder erwerbswirtschaftlich orientiert ist, die Sicherung der Leistungsmengen und, um die Refinanzierung unternehmerische Aktivitäten in der Zukunft zu sichern, eine überschussorientierte Betriebsführung. Mit anderen Worten ist leistungsorientierte Vergütung grundsätzlich stärker auf erwerbswirtschaftlich orientierte Unternehmen gerichtet beziehungsweise für diese grundsätzlich besser geeignet. Umgekehrt macht eine pauschale Finanzierung erwerbswirtschaftlich orientierten Unternehmen Gewinnerzielung schwieriger, führt zu selektiven Tendenzen entweder bei der Definition der Leistung, die gegebenenfalls pauschal finanziert wird, oder bei der Auswahl der Klienten oder Kunden.

Die Entscheidung über die Art der Finanzierung im System selbst ist daher auch abhängig von der gewollten Träger-oder Unternehmensstruktur im Markt. Dass dies nicht irrelevant ist sieht man daran, dass nach der Einführung der leistungsorientierten Vergütung für die Krankenhäuser in Deutschland, bei der das Land weltweit führend gewesen ist, die Zunahme privater Krankenhäuser und Krankenhausketten exorbitant hoch war. Der Anteil privater Krankenhäuser am gesamten deutschen Krankenhausmarkt hat inzwischen Dimensionen erreicht, wie man sie sonst nur noch in den USA findet.

Es geht aber auch noch andere Merkmale, die aus dem Unternehmensaufbau selbst entstehen. Wir bewegen uns nun im Feld der Unternehmensmorphologie. Ist ein Unternehmen darauf angewiesen, dass es zur Aufrechterhaltung des Betriebes stark auf die Außenfinanzierung angewiesen ist, das heißt Mittel nicht aus dem betrieblichen Prozess generieren kann, verändert dies das unternehmerische Verhalten. Die Unternehmensaktivität wird damit auch davon beeinflusst, was der Finanzgeber für Bedingungen an die Verwendung der gegebenen Finanzmittel stellt. Wenn also Mittel zur Verfügung gestellt werden, um daraus beispielsweise Medizingeräte zu finanzieren, ist davon auszugehen, dass diese Mittel zweckgebunden vergeben werden und ein bestimmtes Verhalten erwartet wird.

Dabei ist auch zu unterscheiden, wie der Charakter der gegebenen Mittel zu bewerten ist. So ist zu unterscheiden zwischen Eigenkapital, eigenkapitalähnlichen Mitteln und Fremdkapital, in der Regel Kredite oder kreditähnliche Mittel. Eigenkapital meint in diesem Zusammenhang die Finanzierung von Anlagegütern durch den Eigentümer des Unternehmens, in öffentlichen und gemeinwirtschaftlichen Unternehmen in der Regel mit Verzicht auf Verzinsung, in jedem Fall formalrechtlich ohne Zwang zur Verzinsung. Eigenkapital ähnliche Mittel sind Finanzmittel, die durch Dritte, zum Beispiel öffentliche oder staatliche Stellen, aber auch Spender, ohne Pflicht zur Verzinsung oder zur Rückzahlung gegeben werden. Abschließend wird der Unterschied zur Fremdfinanzierung deutlich. Die Fremdfinanzierung verlangt in der Regel die Verzinsung des eingesetzten Kapitals. Sie verfolgt damit formal die gleichen Absichten, wie privates Eigenkapital, das üblicherweise ebenfalls eine marktgerechte Verzinsung erwartet, aber in der Regel - sieht man einmal von Vorzugsaktien nach dem Aktienrecht ab - den Zins nicht rechtlich durchsetzen kann.

Unternehmensmorphologisch betrachtet stellt die Finanzierung im gerade dargestellten Sinne eine nicht unwesentliche Unternehmenseigenschaft dar. Zur gleichen Zeit stellt die Finanzierung in Form der Leistungsvergütung sowie der Frage der Außenfinanzierung von Unternehmen eine das Verhalten prägende systemische Rahmenbedingung dar. Sie erlaubt eine

mittelbare oder eine unmittelbare Steuerung und fördert bestimmte Unternehmenstypen. Die gestaltende Region kann in Kenntnis dieser Wirkungsweisen unterschiedlicher Formen der Finanzierung gestalterische Steuerungsaspekte wahrnehmen.

## **5. Bewertungsdimensionen – kurzfristige und langfristige Wirtschaftlichkeit**

Wenn wir Wirtschaftlichkeit bewerten wollen, dann müssen wir als grundsätzliche Dimension die Zeit beachten. Gerade im Gesundheitswesen ist die Langfristigkeit, in gewissem Sinne auch als Nachhaltigkeit zu definieren, besonders relevant. Dieses meint nicht so sehr den unternehmerischen Erfolg, sondern vielmehr den Gesamterfolg des Systems in Hinsicht auf die Performance.

Dieses mag an einem Beispiel besonders deutlich werden. Im deutschen DRG-System gibt es eine so genannte Wiederkehrerregelung im Krankenhausbereich. Ohne auf diese Regelung im Einzelnen einzugehen steht dahinter, dass man durch finanzielle Sanktionen verhindern möchte, dass Krankenhausbehandlung nicht nachhaltig ist, das heißt Patienten nur kurzfristige Besserung ohne einen abschließenden Heilungserfolg zu erfahren (Drehtüreffekt). Dieses ist eine auf die kurzfristige und in Teilen mittelfristige Betrachtung von Behandlungserfolg gerichtete Regelung. In einem systemischen Sinne gilt es aber andere Dimensionen der Zeit zu betrachten. Gemeint ist dann nicht nur die Erfolg innerhalb des einzelnen Leistungssegments, also etwa die technisch richtige Ausführung einer Leistung, sondern deren Erfolg innerhalb des Gesamtsystems, also etwa die Anschlussfähigkeit der Behandlung an andere Leistungsbereiche oder die Wirkung in Hinsicht auf den abschließenden Behandlungserfolg. Dazu gehört schließlich auch die Förderung der Emanzipation der Patienten beziehungsweise Klienten, die Förderung der körperlich-geistigen Teilhabefähigkeit des Einzelnen, die Unterstützung der Selbsthilfefähigkeit, die Senkung der allgemeinen und spezifischen Behandlungsbedürftigkeit, die Erhöhung der sozialen Zugänglichkeit zum System.

Und schließlich ist als eine besondere zeitliche Dimension auch der systemische Erfolg zu sehen. Damit ist gemeint die Nachhaltigkeit des Systems in sozialer und fachlicher Funktionalität. Die spielt insbesondere eine Rolle angesichts der in Industrieländern relevanten demographischen Entwicklung im Verhältnis zu den medizinischen Möglichkeiten. Aber auch in Ländern mit zurück gebliebener wirtschaftlicher Entwicklung, sei es nachholend und oder nicht, ist die Nachhaltigkeit insbesondere in Hinsicht auf die soziale Zugänglichkeit zu gesundheitlichen Leistungen relevant.

## **6. Medizinischer und sozialer Erfolg (z.B. Arbeitsfähigkeit erhöhen, Selbstorganisation erhöhen, soziale Kohärenz erhöhen)**

Wie zuvor angedeutet müssen wir beim Erfolg des gesundheitlichen Versorgungssystems unterscheiden zwischen der Personenebene und der Systemebene. Das Gesundheitssystem muss auf der Personenebene Beziehungen gewährleisten, die einen Erfolg der therapeutischen Maßnahmen insgesamt möglichst erreichen. Dieser Erfolg lässt sich nicht ausschließlich medizinisch erreichen und damit auch nicht ausschließlich medizinisch definieren. Als ein

Erfolg lässt sich deshalb definieren, ob die Beziehungen zwischen Gesundheitsdienstleistern und Klient beziehungsweise Patient im gemeinten Sinne entstanden sind.

Wenn wir den Erfolg dimensional zuordnen wollen, dann müssen wir folgende Ebenen unterscheiden:

1. die betriebliche Ebene. Sie kann als Ausgangspunkt von Wirtschaftlichkeitsüberlegungen und -bewertungen genommen werden. Auf dieser Ebene besteht auch die Möglichkeit Zielerreichung in den anderen Dimensionen bereits festzustellen. An der Schnittstelle zur überbetrieblichen Ebene soll eine unternehmensmorphologische Analyse erfolgen, um zu erfahren und zu bewerten, ob die Unternehmenstypen auf den Markt entstanden sind, die man meint zur Erreichung gesellschaftlicher Ziele haben zu wollen.

2. die systemische Ebene. Auf dieser Ebene ist festzustellen, ob die tatsächlichen ökonomischen Ziele, das heißt Systemkosten im Verhältnis zur Systemleistung, erreicht worden sind. Zugleich ist die Systemperformance zu bewerten. Damit ist einerseits gemeint, ob die gesundheitlichen Ziele, die definiert worden sind, erreicht worden sind. Andererseits geht es auch um die Fragestellung, ob die institutionellen Formen sowie die gewollte Marktstruktur und die geplanten infrastrukturellen Systemwerte existieren.

3. die System-Umweltebene. Dies ist die Ebene der begleitenden Wirtschaftsbereiche und systemrelevanten Einrichtungen. Dies sind die Vorlieferanten zum einen, also der Sektor der Medizinproduktehersteller, der pharmazeutischen Industrie und ähnlichem. Es ist nicht gemeint, ob die Kosten solcher medizinischen und pharmazeutischen Produkte angemessen sind, dies ist auf der systemischen Ebene zu beantworten. Vielmehr geht es darum, zu bewerten, ob die gewünschten Produkte auch tatsächlich preisgerecht zur Verfügung gestellt werden, ob die Innovationskraft ausreichend vorhanden ist.

Zum anderen sind die systemrelevanten Einrichtungen gemeint, das sind beispielsweise Forschungseinrichtungen, aber er auch Ausbildungsbetriebe und Universitäten sowie schließlich Einrichtungen zur Sicherung der Nachhaltigkeit, die sicherstellen, dass in einem diskursiven Prozess die systemische gewollte Entwicklungsdynamik beibehalten wird.

4. die gesellschaftliche Umweltebene. Es soll bewertet werden, inwieweit die sozialen Ziele sowie die gesellschaftlichen Vorgaben erreicht werden. Darunter verbergen sich Fragen nach der gesellschaftlichen Mortalität und Morbidität ebenso, wie die Frage nach der Entwicklung beziehungsweise Dynamik der gesamtgesellschaftlichen Behandlungs- und Betreuungsbedürftigkeit. Schließlich ist auch zu bewerten, ob die gewünschte soziale Adäquanz und die durch das System gewollte Erreichbarkeit sozialer Kohärenz gewährleistet werden kann. Abschließend ist auch die ökologische Kompatibilität zu hinterfragen, also die Verträglichkeit und Angemessenheit des Versorgungssystems für und mit der Lebensumwelt der betroffenen Menschen.

## **7. Senkung der Behandlungsbedürftigkeit**

Dieses Ziel wird an dieser Stelle besonders herausgestellt, da es das übergreifende Ziel des Gesamtsystems sein muss. Zudem ist es ein Ziel, das sich in allen Betrachtungsebenen wieder

findet. So ist auf der Leistungsebene, betrieblichen Ebene, das Ziel der Senkung der Behandlungsbedürftigkeit grundsätzlicher Anspruch jeglicher gesundheitlichen Dienstleistung. Damit verbunden ist auch das Ziel der Stärkung der Selbsthilfekompetenz des Einzelnen, die die Behandlungsbedürftigkeit positiv beeinträchtigt. Auf der systemischen Ebene ist die Sektorenorganisation und –performance, die die Systemstruktur abbildet, auf dieses Ziel hin zu orientieren.

Dies bedeutet, dass Entwicklungen in Hinsicht auf gesundheitliche Ziele immer unter dem Blickwinkel analysiert werden müssen, dass es Hauptziel des Gesundheitssystems sein muss, dass die Menschen der reproduktiven und rehabilitativen Leistungen so wenig wie möglich bedürfen. Auf der Systementwicklungsebene ist das Ziel, dass Entwicklungen stattfinden, die die Autonomie des Patienten beziehungsweise Klienten stärken, die nach Möglichkeit nebenwirkungsfreie Medizinprodukte und pharmazeutische Produkte sind und die darauf gerichtet sind, sich prioritär den gesundheitlichen Fragestellungen zu stellen, die gesamtgesellschaftlich relevant sind.

Die Ausbildung der Gesundheitsberufe sollte holistisch angelegt sein, das heißt trotz aller notwendigen Spezialisierung muss der Qualifizierungsgegenstand immer auf das gesamte System, den gesamten Menschen, den gesamten Behandlungs- und Betreuungsprozess gerichtet sein. In Hinsicht auf die gesellschaftliche Umweltebene ist das Ziel wesentlicher Kernbereich der Betrachtung auf dieser Ebene.

## **8. Systemischer Erfolg**

Die Komplexität des Gesundheitswesens ist eines der wesentlichen Probleme bei der politischen Handhabung. Zum einen ist das Gesundheitswesen heute eine der bedeutendsten Branchen in Industrieländern. Dieses macht es auch sehr anfällig für gewinnwirtschaftliche Interessen. Gleichzeitig ist schwer zu bemessen, wie der tatsächliche Outcome der professionellen Dienstleistungen ist. Wirtschaftliche Effizienz gemessen an der Höhe der Ausgaben beispielsweise ist maximal ein relativer Indikator. Da gesundheitliche Beeinträchtigungen national und regional von unterschiedlichen Faktoren abhängen, beispielsweise Klima, Lebensstandard, Bildungsgrad, Wohnverhältnisse, Ernährung, Arbeitsverhältnisse usw., ist die Höhe der Ausgaben oder die Ausgabenquote kein ausreichender Indikator. Hinzu kommt die Superiorität von Gesundheitsleistungen, so dass auch ein Vergleich von Wohlstandsstaaten mit Staaten mit geringerem Lebensstandard der Bevölkerung wenig ergiebig ist.

Deswegen bedarf es auch beim ökonomischen Erfolg einer gesamtgesellschaftlichen oder regionalen Zielvorgabe. Dies gilt insbesondere, wenn die soziale Struktur eines Landes noch unzureichend kohärent ist. Die soziale Kohärenz ist mithin sowohl ein Ziel gesundheitlicher Versorgung, als auch eine wesentliche Voraussetzung für ihre Weiterentwicklung. Sozial wenig kohärente Länder und Regionen tendieren zu einer Individualisierung gesundheitlicher Leistungserbringung, was in der Konsequenz zu einer sozial selektiven, disparaten Versorgungsstruktur führt. Sozial adäquate Versorgungsstrukturen für Menschen mit sozialer Benachteiligung, die in bestimmten Staaten die deutliche Mehrheit ausmachen können, werden dann

im professionellen Dienstleistungssystem nicht oder unzureichend angeboten, nicht selten durch karitative Einrichtungen.

Schnell wird man feststellen, dass systemischer Erfolg immer in Abhängigkeit politisch formulierter regionaler, gesellschaftlicher Ziele steht. Es ist eine gesellschaftsphilosophische Frage, ob es moralisch-ethisch begründete Ziele gibt, die ubiquitär sind. Für den hier geprägten Ansatz genügt es, dass es eine regionale Zielsetzung gibt. Dabei ist es durchaus relevant, dass die Träger dieser Zielsetzung nicht unbedingt öffentliche/staatliche Stellen sein müssen, sondern es können auch Einrichtungen, Institutionen, Unternehmen sein, die in der Regel eine Non-Profit-Orientierung besitzen und Projektträger in der Region sind.