

Ist seelische Gesundheit ein Wirtschaftsfaktor?

Friedhelm Hengsbach SJ., Frankfurt am Main

In einer Marktwirtschaft gelten für Gesundheit dieselben Gesetzmäßigkeiten wie für Waren. Gesundheit wird nur gekauft, wenn ihr Wert für den "Patienten" höher ist als ihr Preis. Ideologen sehen darin eine Entwürdigung des Menschen. Gesundheit, so sagen sie, sei keine Ware; für die Gesundheit dürfe nicht gelten, was für Blumentöpfe, Apfelsinen oder Aluminiumschrott gilt. Gegen Naturgesetze gibt es solchen Widerspruch nicht. Wenn ein Mensch aus dem Fenster springt, dann fällt er mit einer Beschleunigung von 9,81 m/sec und damit genau so schnell wie ein Blumentopf - ohne dass die evangelische Soziallehre das je als entwürdigend angeprangert hätte.

Dieser Text ist eine auf das Gut "Gesundheit" übertragene Äußerung des liberalen Finanz- und Wirtschaftswissenschaftlers Wolfram Engels aus dem Jahr 1986, der sich in der Wirtschaftswoche gegen die, wie er meinte, unzulässige Vorstellung wandte, dass die Arbeit etwas Besonderes und nicht als eine Ware wie jede andere zu betrachten sei.

Marktradikale Ökonomen haben inzwischen ihre Vorbehalte gegen den besonderen Charakter der Arbeit auf das Gut Gesundheit ausgedehnt. Trotzdem spannen die Feuerwehrleute nicht für einen Blumentopf, wohl aber für einen Menschen das Sprungtuch auf. Offensichtlich empfinden nicht nur sie, dass zwischen Nahrungsmitteln oder Industriewaren und dem Gut Gesundheit ein qualitativer Unterschied besteht, selbst wenn die Gesellschaft sich angewöhnt hat, von Gesundheitsmärkten zu reden sowie von den Faktoren, die das Angebot und die Nachfrage nach Gesundheitsgütern bestimmen.

Ich will im folgenden erläutern, warum das Gut Gesundheit kein Gut ist wie viele andere. Dann will ich nachweisen, dass dem Gesundheitsrisiko als einem gesellschaftlichen Risiko eine solidarische Absicherung entspricht. Daraus folgt, dass Markt und Wettbewerb für die Bereitstellung des Gutes Gesundheit nur eine zweitrangige Rolle spielen.

1. Gesundheit - kein Gut wie viele andere.

Derzeit stehen alle öffentliche Einrichtungen unter einem massiven Druck, von den Funktionsregeln, die für das Teilsystem der Wirtschaft angemessen sind, überformt zu werden. Das Diktat des "Standortwettbewerbs", die "Lohnnebenkosten zu senken" und die "Beitragssätze stabil zu halten", konfrontiert das Gesundheitswesen mit dem so genannten ökonomischen Imperialismus. Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte sollen miteinander konkurrieren, therapeutische Entscheidungen sollen sich der betriebswirtschaftlichen Kalkulation unterwerfen. Die medizinische Heilkunst verwandelt sich in eine Gesundheitsökonomie, der öffentliche Gesundheitsdienst in einen Gesundheitsmarkt, der leidende Kranke in einen mündigen Patienten und Kunden.

(1) Der "mündige Patient"

Der moderne Patient, so heißt es, sei ein durch und durch rational denkender Mensch, eben der sprichwörtliche "homo oeconomicus". Er strebe die Befriedigung eines Bündels von Bedürfnissen an, die entsprechend den persönlichen Vorlieben, dem Charakter oder dem Alter auf einer Rangskala aufgereiht sind. Nachdem die materiellen Bedürfnisse weitgehend befriedigt sind, rücke das vitale Bedürfnis, gesund zu werden und gesund zu bleiben, in den Mittelpunkt des Interesses. Die

"wellness"-Kultur verkörpere augenscheinlich, wie sich die Bedürfnisse und die Nachfrage in reifen Industriegesellschaften verlagert haben. Der ökonomisch handelnde Mensch, meint man, reihe das Bedürfnis, gesund zu sein, in das gesamte Bündel seiner Bedürfnisse ein. Er vergleiche nüchtern die Kosten des Gutes Gesundheit mit dem Nutzen, den es für seine Lebensqualität bietet. Jedes Individuum bestimme autonom, welchen Anteil seines Einkommens es für Nahrungsmittel, Industriewaren und für Gesundheitsdienste ausgibt. Folglich sei es abwegig, wenn die Gesellschaft sich anmaßt, eine Gesundheitsquote für Individuen fest zu legen. Denn niemand komme vergleichsweise auf die Idee, eine Autoquote oder bestimmte Quoten für Kühlschränke oder Mieten vorzugeben. Wenngleich das Gut Gesundheit unsicheren Erwartungen unterliegt, folge daraus nicht, dass ein vernünftig denkender Mensch sein Gesundheitsrisiko nicht kalkulieren und einem individuellen Nutzen/Kosten-Vergleich unterziehen kann. Das Individuum bewerte das Gesundheitsrisiko ähnlich, wie es das Risiko einschätzt, einen Autounfall zu erleiden, oder das Risiko, dass sein Haus Feuer fängt.

Gegen eine solche Argumentationsweise lässt sich einwenden, dass auch der moderne, medizinisch aufgeklärte Mensch mit seiner Gesundheit extrem irrational umgeht. Er schätzt seine Gesundheit nicht nach der Art eines wohlinformierten, vernünftig kalkulierenden Menschen ein. Bereits die weit verbreitete Vorstellung: "Gesundheit ist das höchste Gut" ist eine höchst irrationale Maxime. Denn es gibt kein höchstes Gut in einer von Veränderungen und Kontingenzen bestimmten Welt. Auch die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation ist widersprüchlich und irrational. Sie ist weder ein unter irdischen Bedingungen operationaler Maßstab noch ein vernünftiger Weise anzustrebendes Ziel. Jeder Mensch unterschätzt, solange er gesund ist, den Wert seiner Gesundheit. Und er überschätzt ihn, sobald er den kleinsten Schmerz verspürt. Die emotional aufgeladene Einschätzung belegt eine Anekdote, die unter Ärztinnen und Ärzten erzählt wird. Nachdem ein Arzt einen Patienten von einem lebensbedrohenden Insektenstich geheilt hat, wird er von diesem gefragt, was er ihm schulde. Der Arzt erklärt: "Ich bin zufrieden mit einem Zehntel des Honorars, das Sie mir zu geben bereit waren, als Sie in Lebensgefahr schwebten". Kranksein kann als schmerzhaftes Leiden, als brutaler Absturz und existenzielle Bedrohung erlebt werden, wodurch eingespielte Lebensweisen völlig aus dem Gleichgewicht geraten.

(2) Gesundheit - kein ausschließlich privates Gut

Patienten, die den Arzt oder die Ärztin um Rat fragen, klagen meist über ein diffuses, subjektives Befinden, dass sie sich unwohl fühlen. Kleine Kinder klagen gewöhnlich über Bauchweh. Der Arzt oder die Ärztin treffen eine medizinische Diagnose. Und gleichzeitig entscheiden die Krankenkassen als gesellschaftliche Akteure über die Finanzierung der vorgesehenen Therapie. In einer solchen Skizze werden die verschiedenen Dimensionen, wie Gesundheit und Krankheit zu deuten sind, anschaulich.

Es gibt eine schichtenspezifische Verteilung von Krankheiten und eine entsprechende Verteilung von Krankheitsbildern. Außerdem gibt es regionale und nationale Besonderheiten, welche Krankheiten gehäuft auftreten und wie mit ihnen umgegangen wird. Das kollektive Arbeits- und Freizeitverhalten, der Konsum- und Lebensstil prägen das Spektrum von Berufs- und Volkskrankheiten. Insofern kann man sagen, dass Gesundheit nicht ausschließlich ein privates Gut ist. Es hat immer auch den Charakter eines öffentlichen Gutes. Die Merkmale eines privaten und öffentlichen Gutes treffen zusammen.

Dennoch liegt es nahe, einen privaten Gesundheitsmarkt aufzubauen. Denn in reifen Industrieländern eröffnen sich für alle personennahen Dienstleistungen erhebliche Wachstumschancen. Solche Gesellschaften befinden sich an einer vergleichbaren Wendemarke wie die Agrarwirtschaften vor 150 Jahren. Bevor diese die Schwelle zur Industriegesellschaft überschritten hatten, waren 80 %

der Beschäftigten in der Landwirtschaft tätig. Heute sind es 2-4 %. Wird diese Entwicklung auf die heutigen Industriegesellschaften übertragen, ist damit zu rechnen, dass in einigen Jahrzehnten vielleicht 10 % der erwerbstätigen Bevölkerung in der Industrie - einschließlich der Banken, Versicherungen und Transportdienste - arbeiten werden. Die übrigen Erwerbstätigen, und das ist die Mehrheit, würden im Bereich personennaher Dienste wie Bildung, Gesundheit und Kultur arbeiten. Also wäre auch der private Gesundheitsmarkt ein zusätzliches Expansionsfeld für Wachstum und Beschäftigung. Derzeit indessen expandiert der "private" Gesundheitsmarkt ganz erheblich unter dem Zwang, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung eingeschränkt werden.

(3) Das "Andere" des Gesundheitsgutes

Was macht das Andere des Gesundheitsgutes aus? Ich denke, dass Gesundheit zunächst einmal etwas unmittelbar Persönliches ist. Wie die Arbeit ist sie nicht abtrennbar von denen, die das Gut nachfragen. Gesundheit ist ein elementarer Bestandteil individueller Lebensqualität. Sie ist nicht bloß negativ die Abwesenheit schwerer Gebrechen, sondern im Normalfall die notwendige Bedingung dafür, dass wir ein selbstbestimmtes Leben führen, in gelingenden Partnerschaften uns selbst verwirklichen und im Einklang mit der natürlichen Umwelt leben.

Das Gut Gesundheit gehört in die Kategorie der Vertrauensgüter. Zwischen denen, die dieses Gut anbieten, und denen, die es nachfragen, besteht ein ungleiches Verhältnis der Kompetenz und Information. Die Ärztinnen und Ärzte ergreifen in der Regel die Initiative einer komplexen Therapie, die sich über einen längeren Zeitraum hinziehen kann. Deren Qualität wird von den Patienten nicht leicht durchschaut, deren lebenswichtige Ergebnisse sind oft erst im Nachhinein erkennbar. Deshalb sind die Nachfragenden darauf angewiesen, dem Anbieter zu vertrauen. Sie brauchen eine Verhandlungsposition, damit sie nicht einfach der Marktmacht der Anbieter ausgesetzt sind. Von daher legen gute Gründe es nahe, die Organisation oder die Bereitstellung von Gesundheitsgütern öffentlich zu regeln. Damit ist nicht gesagt, dass Angebot und Nachfrage detailliert durch den Staat geregelt sein müssen.

In demokratischen Gesellschaften ist eine angemessene Ausstattung aller Bürgerinnen und Bürger mit Gesundheitsgütern ein Grundrecht. Dieses Grundrecht ist nicht an die individuelle Kaufkraft und das persönliche Leistungsvermögen gebunden. Damit zeichnet sich bereits eine Grenze der Marktsteuerung ab. Der Markt kann lediglich auf Signale der Kaufkraft und eines Leistungsvermögens, das sich Kaufkraft beschafft, reagieren. In demokratischen Gesellschaften sollen weder das eigene Einkommen noch das der Eltern den Zustand der Zähne oder den allgemeinen Gesundheitszustand der Individuen bestimmen. Von daher sind der Staat oder die Gesellschaft berechtigt, einen Teil des Volkseinkommens und des Volksvermögens zu beanspruchen und die Wirtschaftsobjekte nach ihrer Leistungsfähigkeit zu besteuern, um jene Ausgaben zu finanzieren, die für die Bereitstellung einer als notwendig erachteten, wenngleich nicht maximalen Gesundheitsversorgung für alle erforderlich sind.

2. Korrespondenz von gesellschaftlichen Risiken und solidarischer Sicherung

Nachdem erläutert wurde, warum das Gut Gesundheit kein Gut wie viele andere ist, soll nun dargelegt werden, wie sehr das Gesundheitsrisiko kein individuelles, sondern ein gesellschaftliches Risiko ist. Einem gesellschaftlichen Risiko entspricht die solidarische Form der Absicherung.

Ulrich Beck hat das charakteristische Merkmal einer hoch entwickelten modernen Gesellschaft auf den Begriff gebracht: Er bezeichnet sie als "Risikogesellschaft". Er meint damit das Umweltrisiko und die Individualisierung gesellschaftlicher Risiken, insofern sich die Individuen aus den Bindungen der

Familie, der Klasse und des Normalarbeitsverhältnisses lösen. Und er beschreibt das Risiko einer entgrenzten Politik, dass nämlich das hoheitliche Handeln im allgemeinen Interesse nicht mehr auf die Staatsorgane beschränkt bleibt, sondern auch von vor- oder außerstaatlichen, zivilgesellschaftlichen Akteuren wie Verbänden, Parteien und Verwaltungen ausgeübt wird.

(1) Gesellschaftliche Risiken

Risiken sind "negativ bewertete Ereignisse, die in der Zukunft eintreten können, aber nicht eintreten müssen". Sie beeinträchtigen die Lebensaussichten von Menschen oder Menschengruppen. Diese reagieren darauf normalerweise mit einer "Risikovorsorge". Es gibt zwei Möglichkeiten, mit Risiken planvoll umzugehen - Prävention und Schadensbegrenzung. Entweder gelingt es, den Risikofall nicht eintreten zu lassen, oder man begrenzt dessen Schäden, nachdem er eingetreten ist. Zwei Arten von Risiken lassen sich grundsätzlich unterscheiden: Risiken, die dem Handeln von Individuen als ihrer unmittelbaren und direkten Ursache zugerechnet werden können. Und Risiken, die durch gesellschaftliche Verhältnisse bedingt oder verursacht sind. Ulrich Beck hat solche gesellschaftliche Risiken im Blick, die durch entwickelte moderne Gesellschaften erzeugt werden. Vier solcher Risiken lassen sich exemplarisch so systematisieren:

Das Funktionsrisiko: Moderne Gesellschaften sind durch relativ autonome Teilsysteme charakterisiert, die nach jeweils eigenständigen Funktionsregeln operieren. Die Teilsysteme funktionieren gemäß der Theorie sozialer Systeme von Niklas Luhmann "selbstreferentiell" und "moralfrei". Moralische Kommunikationen würden lediglich eine Alarmstimmung verbreiten und den reibungslosen Systemablauf stören. Wie kann nun das Risiko entschärft werden, dass solche Gesellschaften auseinander brechen? Der Rückgriff auf eine gemeinsame Klammer etwa der Religion oder Moral ist ausgeschlossen. Ebenso der Rückgriff auf die Vorstellungen des guten Lebens, die innerhalb einer gesellschaftlichen Teilgruppe gelten. Das Risiko eines bedrohten gesellschaftlichen Zusammenhalts lässt sich nur durch einen Dialog der verschiedenen Gruppen über die allgemein verbindlichen Regeln des Zusammenlebens eingrenzen. Dieser muss allerdings getragen sein von dem Respekt einer jeden Gruppe vor dem Recht einer jeden anderen Gruppe, als Gleiche behandelt zu werden.

Das Risiko abhängiger Beschäftigung: Die Bauernbefreiung kann als ein beispielloser Befreiungsvorgang gedeutet werden. Sie hatte die freie Wahl des Wohnortes und der Partnerschaft sowie den freien Arbeitsvertrag zur Folge. Deren Kehrseite waren die Trennung der Bauern von den Produktionsmitteln, die ihnen den Lebensunterhalt gesichert hatten, das Angewiesensein der Arbeiter auf den Arbeitsvertrag, die Nötigung zur Erwerbsarbeit sowie die Einwilligung in eine abhängige Beschäftigung. Die Lebenslage abhängiger Erwerbsarbeit hat neue Risiken der Arbeitslosigkeit und der Altersarmut und dazu solcher Krankheiten, die sich auf Grund miserabler Arbeitsbedingungen ausbreiteten, erzeugt. Unter staatlicher Beteiligung sind dann die kollektiven Sicherungssysteme etabliert worden, die an die abhängige Erwerbsarbeit gekoppelt blieben.

Das Geschlechterrisiko: Die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht ist mit gesellschaftlichen Risiken verbunden, die den Entscheidungsspielraum in der beruflichen Ausbildung, die Beteiligung an der Erwerbsarbeit, die Höhe und die Dauer der Erwerbseinkommen sowie das Niveau der Alterssicherung beeinträchtigen. Diese Risiken können nicht einzelnen Frauen zugewiesen werden, wie beispielsweise die Schlagzeile einer Wochenzeitung unterstellt: "Mehr Ehrgeiz, Schwestern! - Warum sich Frauen in Deutschland so schwer tun, Karriere zu machen". Die Risiken, denen Frauen in modernen Gesellschaften ausgesetzt sind, hängen mit den fortwirkenden patriarchalen und sexistischen Rollenmustern zusammen, die den Männern die Erwerbsarbeit und den Frauen die private Betreuungsarbeit zuweisen. Selbst die aktuelle Parteiendebatte über die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie das Lamento über die niedrige Geburtenrate laden die Bewältigung solcher

gesellschaftlichen Risiken den Frauen auf, während die Männer von vergleichbaren Lasten entpflichtet bleiben.

Das Umweltrisiko: Bei der deutschen Bevölkerung wird eine widersprüchliche Einstellung registriert: Sie sortieren eifrig den Hausmüll, empören sich darüber, dass von den politisch Verantwortlichen zu wenig für den Umweltschutz getan werde, aber sind nicht bereit, für umweltfreundliche Produkte, insbesondere für Autos und Bahnreisen höhere Preise zu akzeptieren. Die offenkundigen Widersprüche lassen sich auflösen, indem man bedenkt, dass das Gut einer intakten Umwelt gemeinsam erstellt und genutzt wird, also ein öffentliches Gut ist. Folglich muss das Umweltrisiko in erster Linie den systemischen Steuerungsdefiziten der Wirtschaft und der Gesellschaft zugerechnet werden, nicht jedoch individuellem Fehlverhalten. Das Umweltrisiko ist ein gesellschaftliches Risiko.

(2) Gesundheitsrisiken

Krankheit und Pflegebedürftigkeit gehören zu jenen Risiken, die zu einem erheblichen Anteil durch gesellschaftliche Verhältnisse bedingt oder erzeugt sind. Sie werden nicht in erster Linie durch ein fahrlässiges Handeln der Individuen verursacht. Werbekampagnen, die derzeit von den Krankenkassen geschaltet werden, scheinen vermehrt von der Absicht bestimmt zu sein, die gesellschaftliche Bedeutung gesundheitlicher Risiken herunter zu spielen. Das unterschwellige Interesse besteht darin, dass diejenigen, deren Lebensstil auffällig riskant ist, aus der solidarischen Sicherung hinaus gedrängt werden. Ein solches Interesse lässt sich politisch durchsetzen, sobald der Nachweis gelingt, dass diese Risiken oder deren größerer Anteil nicht auf gesellschaftliche Verhältnisse, sondern auf individuelles Fehlverhalten zurück zu führen sind. Namhafte Magazine versuchen darüber "aufzuklären", dass die Gesundheit durch bewusste Ernährung erhalten bleibt. Deren Botschaft lautet außerdem: "Ernähre Dich richtig und gesund, damit das Gesundheitssystem finanzierbar bleibt!" Ein solcher Rat mag einzelnen Leserinnen und Lesern unmittelbar einleuchten. Er klingt jedoch nicht plausibel angesichts der Tatsache, dass zwei Drittel der deutschen Bevölkerung Ernährungsweisen bevorzugen, die erhebliche Gesundheitsrisiken zur Folge haben. Und er leuchtet schon gar nicht ein, wenn er voraussetzt, dass etwa 55 Millionen Menschen für ihre Ernährung ausschließlich individuell verantwortlich seien.

Der größere Anteil der Gesundheitsrisiken ist gesellschaftlich zu verorten. Chemiarbeiter und Schweißer sind anderen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt als Krankenschwestern, Ärzte oder Verwaltungsbeamte. So genannte "Volkskrankheiten", etwa Herz-Kreislaufstörungen, Beschwerden des Bewegungs- und Stützapparats, Erkrankungen der Atemwege, Diabetes und Krebs werden raum- und zeitabhängig registriert. Die öffentliche Debatte über Lebens-, Arbeits- und Konsumstile, über Berufskrankheiten, schichten- und einkommensabhängige Krankheitsbilder, über verbreitete Volkskrankheiten sowie das Konzept von "Public Health" bekräftigen die Hypothese, dass Gesundheitsrisiken weithin gesellschaftlich bedingt oder verursacht sind. Diese Hypothese wird selbst noch durch die gestiegene Option bestimmter Bevölkerungsgruppen, sich für private Krankenversicherungen zu entscheiden, belegt. Denn indem diese die Beitragszahlungen und Leistungsansprüche stärker individuell zurechnen, bestätigen sie eine sowohl für die Mehrheit als auch für die Minderheit der Bevölkerung geltende Regel einkommensabhängiger Krankheitsbilder.

(3) Steuerungsform der Solidarität

Wenn die Hypothese gesellschaftlicher Gesundheitsrisiken zutrifft, scheint es angemessen, diese nicht privat, sondern solidarisch abzusichern.

"Solidarische Absicherung" gesellschaftlich bedingter oder verursachter Gesundheitsrisiken kann

zum einen bedeuten, dass die persönliche Tugend der Solidarität stärker zur Geltung gebracht werden müsse. Die Tugend der Solidarität äußert sich als Sympathie, Interesse, Barmherzigkeit und Mitleid individueller bzw. zivilgesellschaftlicher Akteure gegenüber den unvertretbar Anderen, den leidenden Nächsten, deren miserable Situation als herausfordernd empfunden wird. Gesellschaftlichen Risiken entspricht jedoch in erster Linie die Steuerungsform oder Kooperationsregel der Solidarität.

Die Solidarität ist eine gesellschaftliche Steuerungsform, vergleichbar der Liebe in der Partnerschaft, dem Geld in der Wirtschaft oder der Macht in der politischen Sphäre. Gegenüber der Marktsteuerung ist sie dadurch gekennzeichnet, dass eine abgrenzbare Gruppe von Menschen eine gemeinsame Grundlage ihres Handelns - etwa der Klasse, des Geschlechts, der Sprache, Kultur oder Geschichte - anerkennen, die sie verbindet. Trotz dieser gemeinsamen Bindung sind die einzelnen Gruppenmitglieder von den großen Lebensrisiken sehr unterschiedlich betroffen. Aber diese Differenzen werden als geringer gewichtet als die gemeinsame Grundlage. So kommt es zu einer rechtsverbindlichen, vertraglichen Vereinbarung, die auf einer asymmetrischen Gegenseitigkeit beruht, dass nämlich die Solidaritätsbeiträge gemäß der individuellen Leistungsfähigkeit entrichtet werden, die Solidaritätsansprüche jedoch gemäß der individuellen Notlage. Wenn es um Beiträge geht, sind die Pflichten gemäß dem Grundsatz der Leistungsgerechtigkeit definiert, wenn es dagegen um die Notlage geht, entsprechen die Rechtsansprüche dem Grundsatz der Bedarfsgerechtigkeit.

Stellt man eine solche Solidarität der Marktsteuerung gegenüber, wird deutlich, worin beide Steuerungsformen übereinstimmen und worin sie voneinander abweichen. Sowohl die Marktsteuerung als auch die Solidarität regeln einen Interessenkonflikt. Der Markt tut dies anonym, die Solidarität in überschaubaren oder in abgegrenzten Einheiten. Der Markt ist nicht exklusiv, solange die Tauschpartner angemessen mit Kaufkraft oder Leistungsvermögen ausgestattet sind. Die Steuerungsform der Solidarität wirkt innerhalb eindeutig identifizierbarer und streng gezogener Grenzen. Nur diejenigen, die sich auf Grund eines gemeinsamen Merkmals als grundlegend gleich begreifen, erkennen eine solidarische Verpflichtung an. Solche Merkmale sind keine rein objektive Tatsache, sondern ein gesellschaftliches Konstrukt. Nur wenn sich Menschen als miteinander verbunden deuten und fühlen, kann die Solidarität als gesellschaftliche Steuerungsform entstehen. Gegenseitigkeit gibt es in der Steuerungsform des Marktes ebenso wie in der Steuerungsform der Solidarität. Auf dem Markt herrscht eine strenge Gegenseitigkeit zum gleichen Zeitpunkt oder in einem eindeutig abgesteckten Zeitraum. Bei der Solidarität ist die Gegenseitigkeit durch einen Erwartungswert verbunden, der weit in die Zukunft hineinreicht. Dieser ist sehr subjektiv mit überwiegend skeptischen Erwartungen eingefärbt, dass die Not und die Krankheitsbilder, die ich bei meinen Nachbarn erblicke, auch mich in Zukunft treffen werden. Aus einer solchen Einschätzung ergibt sich die für die Solidarität typische "asymmetrische" Gegenseitigkeit, dass nämlich Solidaritätsbeiträge gemäß der Leistungsfähigkeit (den erzielten Einkommen oder vorhandenen Vermögen) entrichtet werden und der Solidaritätsanspruch gemäß dem Bedarf im Risikofall (der konkreten Notlage und nicht der vorhandenen Kaufkraft) angemeldet wird. Darin liegt das "Geheimnis" der Solidarität. Dazu ist eine Marktsteuerung nicht in der Lage.

(4) Erosion der Solidarität

Die herkömmliche Steuerungsform der Solidarität, die für das Gesundheitssystem bestimmend ist, scheint brüchig zu werden. Dafür können drei Gründe benannt werden.

Die *gesellschaftlichen Grundlagen* sind erodiert. Die solidarische Absicherung gesellschaftlicher Risiken wie schwere Krankheit und Pflegebedürftigkeit war erstens an eine ununterbrochene Erwerbsbiografie gekoppelt. Inzwischen sind neben das so genannte Normalarbeitsverhältnis prekäre Beschäftigungsverhältnisse mit fließenden Grenzen getreten: Teilzeitarbeit, Leiharbeit,

Scheinselbständigkeit, geringfügige Beschäftigung, Mini-Jobs, Ich-AGs, zusätzliche Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung. Eine zweite Grundlage war die sexistische Arbeitsteilung. Den Männern wurde die Erwerbsarbeit zugewiesen, die Frauen waren zur unentgeltlichen Haus-, Erziehungs-, Beziehungs- und Pflegearbeit dienstverpflichtet. Zu Recht melden sie heute das Recht auf ein eigenständiges Leben, eigenes Einkommen, autonome Lebensplanung, Erwerbsbeteiligung und Alterssicherung an. Aus der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung lässt sich als dritte Grundlage die Normalität eines Haushaltes mit zwei oder mehreren Kindern folgern. Eine solche Unterstellung kann heutzutage nicht mehr aufrechterhalten werden. Neben den Haushalten mit Kindern behaupten sich Haushalte ohne Kinder als Dauerform des Zusammenlebens geschlechtsverschiedener oder gleichgeschlechtlicher Partner.

Eine *marktradikale öffentliche Sozialstaatskritik* war darauf gerichtet, das Arbeitsrecht, die Tarifautonomie, die solidarischen Sicherungssysteme und vor allem das Gesundheitssystem schlecht zu reden. Sie würden eine Mentalität der Selbstbedienung zum Nulltarif begünstigen und den Leistungsmissbrauch fördern. Um dies zu verhindern, seien Praxisgebühren und Zuzahlungen zu den Medikamenten auch für Haushalte mit geringem Einkommen zumutbar. Seit der Jahrhundertwende haben bürgerliche Eliten mit finanzieller Unterstützung der Wirtschaft versucht, die Bevölkerung darüber aufzuklären, wie dringlich radikale Reformen der solidarischen Sicherungssysteme seien. So warb eine Initiative "Neue soziale Marktwirtschaft" für eine neue Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik. Ein Bürgerkonvent wertete die solidarischen, umlagefinanzierten Gesundheits- und Rentensysteme zugunsten einer privaten, kapitalgedeckten Risikoversorge ab. Eine Gemeinschaftsaktion deutscher Fernsehsender, Verlage und Werbeunternehmen: "Deutschland packt's an" bemühte sich darum, die depressive Einstellung der Bevölkerung aufzuhellen und eine Aufbruchsstimmung zu erzeugen. Eine Initiative von Werbeagenturen: "Marke Deutschland" nahm sich vor, der Bevölkerung zu einem tatkräftigen, zupackenden und vorwärts gerichteten Selbstbild zu verhelfen. Deutschland sollte als Marke repräsentiert und veränderungswillig gemacht werden. Unter dem Namen: "Konvent für Deutschland" trat eine Protestgruppe auf, die eine radikale Neuordnung der föderalen und demokratischen Ordnung anstrebte. In einem solchen Milieu waren auch prominente Katholiken beheimatet, die sich mit einem Impulspapier an die Öffentlichkeit wandten, das eine heftige Sozialstaatsschelte enthielt. Der Sozialstaat sei finanziell überfordert und bürokratisch verkrustet. Er habe die Betroffenen entmündigt, zivilgesellschaftliche Solidaritäten verdrängt und in den Familien den Willen zum Kind untergraben.

Die *politische Deformation der Solidarität* durch die Agenda 2010 und die Hartz-Gesetze war dann eine wenngleich halbherzige Reaktion auf den Außendruck dieser wirtschaftlichen Führungskräfte, wissenschaftlichen Experten und bürgerlichen Eliten. Die rot-grüne Koalition hat einen systemischen Bruch vollzogen, indem sie das Niveau der Absicherung von Lebensrisiken, das dem Lebensstandard entsprach, der durch eigene Erwerbsarbeit gewonnen wurde, absenkte und so die Solidarität der Gesunden mit den Kranken und der Wohlhabenden mit den Armen tendenziell aufkündigte. Die Deformation der Solidarität bestand darin, dass gesellschaftliche Risiken tendenziell individualisiert wurden und dass die solidarische Absicherung, die eine angemessene und rentable Reaktion auf gesellschaftliche Risiken ist, tendenziell der privaten Vorsorge überlassen wurde. Diese mag für Wohlhabende und exklusiv Reiche problemlos gelingen, nicht jedoch für solche Bevölkerungsgruppen, deren Einkommen weder eine angemessene Vermögensbildung noch eine private Alters- oder Gesundheitsvorsorge zulassen. Damit sind Grundrechtsansprüche etwa auf Arbeit, existenzsichernden Lebensunterhalt und allgemeinen Zugang zu Gesundheitsgütern tendenziell in marktwirtschaftliche Tauschverhältnisse überführt worden.

(5) Erweiterte Solidarität

Solange die Grundlagen einer solidarischen Absicherung gesellschaftlicher Risiken, die an die

(abhängige) Erwerbsarbeit gekoppelt ist, brüchig bleiben, sind erhebliche Leistungs-, Finanzierungs- und Gerechtigkeitsdefizite unausweichlich. Auf diese Defizite haben die politisch Verantwortlichen sowohl einer konservativ-liberalen als auch einer rot-grünen Koalition reagiert, indem sie die Steuerungsform der Solidarität zugunsten einer Marktsteuerung weiter einschnürten und an eine zunehmend private Vorsorge appellierten. Eine solche Reaktion ist jedoch unseriös und fahrlässig.

Eine ernsthafte politische Alternative zur Marktsteuerung und zur halbherzigen Reparatur der erwerbswirtschaftlichen Solidarität ist eine Solidarität auf erweiterter Grundlage, und zwar auf der Grundlage der Verfassung. Eine solche "demokratische Solidarität" ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet: Sie bezieht alle Personen, die im Geltungsbereich des Grundgesetzes ihren Lebensmittelpunkt haben, in die Solidargemeinschaft ein - unabhängig davon, ob sie Beamte, Angestellte, Arbeiter, Bischöfe, Abgeordnete, Richter, Soldaten, Landwirte oder Selbständige sind. Alle Einkommen, die im Geltungsbereich der Verfassung entstehen, sind beitragspflichtig. Die Grenzen der Beitragsbemessung und auch der Versicherungspflicht werden aufgehoben. Privatversicherungen sind bloße Zusatzeinrichtungen. Mit dem Grundsatz einer demokratischen Solidarität ist es nicht vereinbar, dass sich wie bisher Wohlhabende und exklusiv Reiche der Solidaritätspflicht entziehen können. Die solidarischen Leistungen bewegen sich in einem Korridor, der von unten her gesockelt und von oben her gedeckelt ist. Die Sockelung bewirkt, dass alle im Geltungsbereich der Verfassung Lebenden, auch diejenigen, die über kein eigenes Einkommen verfügen, in die Solidargemeinschaft einbezogen sind. Die Deckelung bietet den Wohlhabenden und exklusiv Reichen die Möglichkeit, sich zusätzlich privat abzusichern, wenn die Standardleistungen ihren Ansprüchen nicht gerecht werden.

Innerhalb der großen Koalition ist noch kontrovers, ob die gesellschaftlichen Lebensrisiken getrennt von den Einkommensrisiken oder mit ihnen verbunden geregelt werden sollen. In dem Konzept, das in der SPD diskutiert wurde, ist die Solidarität beispielsweise der gesundheitlich Starken mit den gesundheitlich Schwachen und die Solidarität der Wohlhabenden mit den weniger gut Situierten in einem einzigen System der so genannten Bürgerversicherung geregelt. In dem von der CDU/CSU ursprünglich favorisierten Konzept der Gesundheitsprämie wird die Solidarität der gesundheitlich Starken mit den gesundheitlich Schwachen in einem kollektiven Versicherungssystem und die Solidarität der wohlhabenden Haushalte mit den einkommensschwachen bzw. armen Haushalten im Rahmen des Steuersystems geregelt. Gegen dieses Konzept sprechen zwei Tatsachen: Erstens sind bestimmte Krankheitsbilder mit der Einkommenslage und der gesellschaftlichen Stellung streng korreliert. Und zweitens ist das deutsche System der Einkommensteuer inzwischen ziemlich deformiert. Es ist vom Grundsatz der Besteuerung nach der Leistungsfähigkeit abgewichen und hat die oberen Einkommen tendenziell entlastet, während die mittleren und unteren Einkommen die Hauptsteuerlast, die sich aus direkten und indirekten Steuern zusammensetzt, zu tragen.

3. Nachrangige Marktsteuerung des Gesundheitswesens

Das solidarische Gesundheitssystem in Deutschland gilt im internationalen Vergleich als leistungsstark. Dennoch wird über eine gleichzeitige Über-, Unter- und Fehlversorgung geklagt. Das Unbehagen konzentriert sich auf das Übergewicht der kurativen Medizin, den im Vergleich mit anderen Ländern überdurchschnittlich langen Aufenthalt in den Krankenhäusern, das Übermaß an Diagnostik, die mangelhafte Abstimmung von stationärer und ambulanter Behandlung sowie die Abwertung der Psychotherapie. Trotzdem kann die Maxime: "Mehr Markt im Gesundheitswesen", die als Kampfformel einer vermehrt betriebswirtschaftlichen Steuerung in den Einrichtungen und eines verstärkten Wettbewerbs zwischen den Einrichtungen gegen die Steuerungsform der Solidarität in Stellung gebracht wird, allenfalls eine nachrangige Rolle spielen.

(1) Betriebswirtschaftliche Steuerung

Die Einführung betriebswirtschaftlicher Steuerungsformen soll die Akteure und Einrichtungen dazu nötigen, einzelne Therapieschritte den präzise definierten Behandlungszielen oder abgegrenzte Kostenelemente den bestimmten Leistungseinheiten direkt zuzuordnen. Standardisierte Diagnosen und Therapien nach dem aktuellen Stand der medizinischen Forschung sollen die Entscheidungsprozesse des verantwortlichen Personals beschleunigen, ohne dass die Besonderheiten des Einzelfalls übersehen werden. An die Stelle bürokratischer Administration soll ein unternehmerischer Führungsstil treten. Verwaltungsbeamte oder mild gestimmte Verwaltungsbeamte sollen ihre Sessel für dynamische Konzernmanager räumen.

Wirtschaftliches Handeln ist zweifellos ein Kennzeichen vernünftigen Handelns, ein "Faktum der Vernunft" - im Krankenhaus, in der ärztlichen Praxis und auch in anderen Einrichtungen. Typische Behandlungsschritte lassen sich sinnvoll von typischen Behandlungszielen her strukturieren. Nicht jeder Fall, der zu behandeln ist, trägt derart einzigartige Züge, dass Diagnosen und Therapien nicht miteinander vergleichbar wären und standardisiertes Wissen für die Behandlung konkreter Patienten nicht abgerufen werden könnte.

Umgekehrt ist jedoch nicht ausgeschlossen, dass diagnosebezogene Behandlungsprogramme, sofern sie ausschließlich einer betriebswirtschaftlichen Rationalität folgen, die fachliche, personale und kommunikative Kompetenz von Ärztinnen, Pflegerinnen und Therapeutinnen verdrängen. Therapien sind eben nicht bloß die sozio-technische Umformung von Diagnosen, zumal wenn multimorbide Problemlagen eine trennscharfe Unterscheidung in Haupt- und Nebendiagnose erschweren. Die spezifische Qualität personennaher Dienste lässt sich nicht unter Zeitdruck und Stress sowie mit unterdurchschnittlicher Entlohnung gewinnen, wie sie derzeit in Krankenhäusern, in Arztpraxen und auch in den Büros der Krankenkassen zu beobachten sind. Qualifiziertes Arbeitsvermögen, das kultiviert und veredelt werden müsste, wird so in eine Abwärtsspirale der Entwertung hineingetrieben. Sollte im Verlauf des so genannten Reformprozesses eine innere Emigration oder eine Fluchtbewegung aus den medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Diensten einsetzen, wäre es an der Zeit, das System der betrieblichen Steuerung selbst einer Kosten/Nutzen-Analyse zu unterwerfen. Der Qualitätsmaßstab einer Arbeit am kranken Menschen folgt anderen Kriterien, als sie sich in der Industrie bewährt haben. So sollte sich eine den personennahen Diensten angemessene Qualitätssicherung weniger an der Produktivität des "Zählens, Wiegens und Messens" orientieren, sondern an den humanen und kommunikativen Kompetenzen des "Heilens, Beratens, Helfens, Aufrichtens und Begleitens". Eine solche Qualität kann nicht so sehr von außen konstruiert werden. Sie kann nur gewonnen werden, wenn das Arbeitsteam bei der Bestimmung der Qualitätskriterien aktiv wirksam eingeschaltet wird.

(2) Markt und Wettbewerb

Hinter der Zauberformel: "Mehr Markt im Gesundheitswesen" verbirgt sich die politische Absicht, dass Krankenhäuser, Ärzte und Ärztinnen sowie die Krankenkassen intensiver miteinander um diejenigen "Kunden", die Gesundheitsgüter nachfragen, konkurrieren sollen. Von allen Gesundheitseinrichtungen wird erwartet, dass sie sich spezialisieren, ein unverwechselbares Profil gewinnen und für Gesundheitsleistungen zusätzliche Märkte erschließen, auf denen Kunden mit hoher Kaufkraft zu gewinnen sind. Während der Staat sein finanzielles Engagement zurück nimmt, sollen private Sponsoren und Patenschaften eingeworben werden. Der Wettbewerb zwischen den Ärzten soll die Transparenz der Entscheidungen sowie die Widersprüche der Behandlungsprozesse durchsichtig machen. Auch die Kassen sollen den Druck des Wettbewerbs zu spüren bekommen, um den Vorwurf zu entkräften, sie seien bürokratisch verkrustet, hätten die Patienten und Versicherten entmündigt und schöpften die schlummernden Effizienzreserven nicht aus.

Die Frage ist berechtigt, ob durch die stärkere Verwirtschaftung des Gesundheitswesens die medizinische, pflegerische und therapeutische Kompetenz der Akteure respektiert bleibt oder entwertet wird. Die monetäre Steuerung der Behandlungspraxis kann mit dem beruflichen Ethos der Ärztinnen und Ärzte, dass sie nämlich als Anwälte der Patienten eine in erster Linie diagnostische und therapeutische Verantwortung tragen, kollidieren. Die Anpassung der Gesundheitsleistungen an Kundenwünsche kann deren Folgekosten auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, auf unbeteiligte Dritte oder auf die Allgemeinheit abwälzen, wie dies in der privaten Wirtschaft üblich ist, wenn die Rationalität der Kostensenkung darin besteht, möglichst viele Kosten auf andere zu verlagern. Der Leistungswettbewerb kann in einen Verteilungskampf um mehr oder weniger profitable Risiken bzw. um Versicherte in hoher oder niedriger sozialer Stellung entarten. Mit den Wettbewerbsappellen wurde offenbar übersehen, dass weder Krankenhäuser, Ärzte und Krankenkassen in homogene Warenanbieter noch die Patienten in austauschbare Kunden mit gleichen Risikomerkmale sortiert werden können. Mit Hilfe des Risikostrukturausgleichs wurde zwar versucht, die unterschiedliche Risikoverteilung des Alters und Geschlechts, der familiären Haushaltsform und der Einkommenslage auszugleichen. Aber inzwischen mussten die Komponenten des Risikostrukturausgleichs um spezifische Krankheitsstrukturen nachgebessert werden. Die erste Erweiterung wird nicht die letzte bleiben, der Ausgleich muss fortwährend justiert werden. Offensichtlich taugen die Selbstheilungskräfte des Marktes nur begrenzt, um die Bevölkerung optimal mit dem Gut Gesundheit zu versorgen und deren Lebensqualität zu verbessern, die angestrebten Gesundheitsziele zu erreichen und ein breites Interesse an Gesundheitsprävention zu wecken. Die Antinomie zwischen dem, was für das einzelne Krankenhaus, den einzelnen Arzt und die einzelne Krankenkasse vorteilhaft ist, und dem gesamtgesellschaftlichen Vorteil wird durch den Markt nicht beseitigt. Offen bleibt auch, in welchen Grenzen ein marktwirtschaftlicher Wettbewerb für das öffentliche Gut Gesundheit überhaupt anwendbar ist.

(3) Weitgehend politischer Markt

Die Beschwörung der betriebswirtschaftlichen Steuerung und des Wettbewerbs können das Eingeständnis nicht erzwingen, der Bereich des Gesundheitswesens sei ein Markt wie jeder andere. Selbst wenn das Spiel des Marktes unbedingt gespielt werden soll, bleibt das Spielfeld dennoch ein hochgradig politischer Markt. Das bedeutet, dass alle Reaktionen, Orientierungen und Handlungen individueller und kollektiver Akteure in einem politischen Horizont gesehen werden müssen. Dieser ist für das Gesundheitswesen weithin ein Horizont kollektiver Solidarität.

Wie stark der angeblich marktwirtschaftliche Wettbewerb politisch gesteuert wird, ist an der Umschichtung der Machtverhältnisse auf diesem angeblichen Markt abzulesen. Man hat längere Zeit davon gesprochen, dass die Übermacht der Anbieterseite das deutsche Gesundheitswesen implodieren lasse. Als Anbieterseite galten die Krankenhäuser, die niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Pharmaindustrie und der so genannte medizinisch-industrielle Komplex. Inzwischen scheinen sich die Machtverhältnisse umgekehrt zu haben. Statt der Dominanz medizinischer Kompetenz breitet sich der Druck ökonomischer Kategorien aus. Es sind die Standortkonkurrenz eines Landes, das strukturelle Leistungsbilanzüberschüsse erwirtschaftet und als Weltexportmeister gilt, die Globalisierung und der demographische Wandel, die ökonomische Rationalität. Diese Drucksysteme werden derzeit über den Gesetzgeber und die Krankenkassen in das Gesundheitswesen eingelassen. Die Nachfrageübermacht der Krankenkassen, des Gesetzgebers und der deutschen Wirtschaft drängen die medizinische, pflegerische und therapeutische Kompetenz an den Rand. Dass die Akteure auf der Nachfrageseite die Gesundheitsziele und insbesondere die Beseitigung der Volkskrankheiten schneller und wirksamer erreichen, scheint ihre Entscheidungen nicht vorrangig zu lenken. Denn in erster Linie geht es um Kostensenkung, Sparen, Kürzen und Streichen, um Rationalisieren und Rationieren.

Gesundheitsfremde Ziele und ökonomische Maßstäbe haben sich krebstartig in die Entscheidungsregeln der Selbstverwaltungsorgane eingenistet.

Um sich auf einem politischen Markt zu behaupten, müssen die "Markt"-Partner über mehr oder weniger gleichgewichtige Machtpositionen verfügen. Derzeit scheint es wichtig zu sein, eine solidarische Gegenmacht medizinischer, pflegerischer und therapeutischer Kompetenz aufzubauen. Diese Gegenmacht entsteht in Krankenhäusern sowie in Einzel- und Gemeinschaftspraxen. Ursprünglich sind nämlich diejenigen, die im medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Bereich arbeiten, extrem ausbeutbar. Die Assistenzärztin entschuldigt sich beispielsweise für ihre defizitäre solidarische Einstellung, die sie darin ausgedrückt sieht, dass sie sich einer internen Initiative zur Begrenzung und vor allem kollektiven Regelung der Arbeitszeit nicht anschließt: "Ich kann die Patienten nicht einfach liegen lassen, ich kann die liegen gebliebene Dokumentation nicht meinem Kollegen aufbürden". Solidarische, kollektive Vereinbarungen scheinen mit dem moralisch aufgeladenen Berufsbild von Ärzten, Therapeutinnen und Pflegern zu kollidieren. So kommt es fortdauernd zu individueller Überforderung, Unzufriedenheit und sinkender Motivation. Aber nicht nur in Krankenhäusern ist das solidarische, politische Bewusstsein unterentwickelt. Zahlreiche Ärztinnen und Ärzte überziehen die Kassenärztlichen Vereinigungen mit einer Kritik, die sich auch aus dem wirklichkeitsfremden Traum nährt, dass der einzelne Arzt oder die einzelne Ärztin der konzentrierten Macht der Krankenkassen und wirtschaftlicher Interessen ebenbürtig begegnen könne.

Die Krankenkassen propagieren gern den Wettbewerb unter den Ärzten. Sie wollen mit einzelnen Ärzten und Ärztegruppen regional und lokal verhandeln. Dass ein Nachfragekartell einen solchen Wunsch hegt, ist nicht verwunderlich. Aber die Ärztinnen, Pflegerinnen und Therapeutinnen als Repräsentanten medizinischer, pflegerischer und therapeutischer Kompetenz sollten auf die stärker organisierte Gegenseite mit einer ähnlich wirksamen solidarischen Interessenvertretung reagieren. Denn nur so können sie auf gleicher Augenhöhe verhandeln und sich der politischen Propaganda betriebs-, industrie- und marktwirtschaftlicher Steuerungsformen des Gesundheitswesens entgegen stemmen. Diese werden von der anderen Seite womöglich nur als Alibi vorgeschoben, um Tarifverhandlungen im Gesundheitswesen als politische Formen friedlicher Konfliktregelung zu umgehen.

"Mehr Markt im Gesundheitswesen" reicht nicht, um die Steuerungsform der Solidarität zu ersetzen. Auf Grund des besonderen Profils der Gesundheitsgüter erweist sich die Steuerungsform der Solidarität als eine angemessene Absicherung von Gesundheitsrisiken, die weithin gesellschaftliche Risiken sind. Selbst wenn in die Steuerungsform der Solidarität Marktelemente spielerisch eingefügt werden, bleibt deren Rolle infolge der politischen Merkmale des Gesundheitswesens dennoch nachrangig.

