

Sozialstaatsgebot und Wettbewerbsorientierung

Wettbewerb im Gesundheitswesen: Ist noch Platz für Gleichheit und Gerechtigkeit?

PROF. DR. FRIEDHELM HENGSBACH SJ, NELL-BREUNING-INSTITUT



Das Thema meines Referats ist ein Ensemble abstrakter Begriffe wie Gesundheitssystem, Gleichheit, Gerechtigkeit sowie von Vorstellungen individueller oder kollektiver Akteure. Indem ich diese Totalität zu entflechten versuche, stoße ich in einem ersten Schritt auf Ansprüche von Patienten, die zugleich gesetzlich oder privat Versicherte sind. Diese richten sich auf ein Gesundheitssystem, das auf verschiedenen Ebenen ausdifferenziert ist, auf der staatlichen Ebene etwa in Bund, Ländern und kommunaler Verwaltung, auf der Ebene der Selbstverwaltung unter anderem in Verbände, Vereinigungen, Gesellschaften und Kammern sowie auf der unteren Ebene in Patientinnen und Patienten bzw. Krankenhäuser, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte und Angehörige der Heilberufe. Veränderungen, die sich in diesem komplexen System seit Beginn des Jahrhunderts haben beobachten lassen, will ich in einem zweiten Schritt erläutern. In einem dritten Schritt soll geprüft werden, welche normativen Überzeugungen als Antwort auf den Wechsel von Ansprüchen der Versicherten und Patienten sowie auf den politischen Umbau des Gesundheitssystems vertretbar sind.

1. Ansprüche von Versicherten und Patienten

In Deutschland werden durchschnittlich 80 Prozent der Gesundheitsleistungen von 20 Prozent der Versicherten in Anspruch genommen. Das bedeutet, dass gesunde Versicherte eher gegen ein allgemeines Krankheitsrisiko geschützt sein wollen, während Patienten, die episodenhaft, chronisch oder akut krank sind, die Heilung von einem konkreten Leiden anstreben.

1.1 Traditionelle Anspruchsmuster

In der Nachkriegszeit legte ein Patient, der den Arzt aufsuchte, sein Unwohlsein vertrauensvoll in die Hände des Experten. Er akzeptierte die Informations- und Kompetenzasymmetrie zwischen diesem und sich. Mit der eingespielten Arbeitsteilung von Primär- und Fachärzten, ambulanten und stationärer Versorgung sowie Diagnostik, Therapie und solidarischer Finanzierung war er einverstanden.

1.2 Ökonomisch aufgeklärte Narrative

In den 1980er Jahren hatten sich ausgehend von den USA ökonomische Narrative verbreitet, die den kommerziellen Tausch und den marktwirtschaftlichen Wettbewerb zur Grundnorm menschlicher Beziehungen erklärten und dessen hegemoniale Geltung auch für das Gesundheitswesen beanspruchten.

Im ökonomischen Narrativ ist der individuelle Konsument, der „König Kunde“ die zentrale Stellgröße des wirtschaftlichen Kreislaufs. Er wird als mündig unterstellt, kennt seine authentischen Bedürfnisse, die eine suggestive Werbung nicht manipulieren kann. Er ordnet sie in eine eindeutige Skala ein, und wägt ab, wie wertvoll ihm

Ökonomisch aufgeklärte Narrative

König Kunde

- Bedürfnisskala
- Wohlinformiert
- Abwägen der Alternativen
- Entscheiden gemäß der Präferenzen

Der mündige Patient

- Vitale Bedürfnisse, Gesundheitsgüter
- Erworbenes Wissen
- Präzise Erwartungen
- Autonome Auswahl

Aquivalenzbewusstsein

Prävention in eigener Regie

Quelle: Nell-Breuning-Institut



Im ökonomischen Narrativ ist „König Kunde“ die zentrale Stellgröße des wirtschaftlichen Kreislaufs.

die Gesundheitsgüter im Verhältnis zu anderen Gütern sind. Gemäß seinen individuellen Präferenzen entscheidet er, welchen Anteil seines verfügbaren Einkommens er für das Gut Gesundheit und für andere Güter reserviert. Die Anbieter von Gesundheitsleistungen können also mit mündigen Patienten rechnen, welche in der Lage sind, die Kosten einer medizinischen oder therapeutischen Behandlung mit deren Nutzen zu vergleichen.

Der Transfer des ökonomischen Narrativs auf das Gesundheitssystem hat zur Folge, dass aus dem ahnungslosen

Patienten ein informierter, selbstbewusster und mündiger „Kunde“ wird. Als durch und durch rational denkender „homo oeconomicus“ vergleicht er nüchtern die Kosten des Gutes Gesundheit mit dem Nutzen, den es für sein persönliches Empfinden und seine Lebensqualität bietet. Er unterwirft auch den Erwerb dieses Gutes der Nutzenoptimierung und bestimmt autonom, welchen Anteil seines Einkommens er bereit ist, diesem Nutzen zu widmen. Folglich wehrt er sich gegen die Entscheidung der politisch Verantwortlichen, mit der Entscheidung für eine Beitragsatzstabilität eine Gesundheitsquote für die Individuen zu fixieren. Niemand könne sich vorstellen, dass der Staat den Haushalten eine Autoquote oder eine Quote für Kühlschränke und Fernsehgeräte festlegen würde.

Dass Gesundheit ein Gut ist, das weit in die Zukunft hineinreicht und unsicheren Erwartungen unterliegt, ist selbst noch kein Grund, es der Risikokalkulation eines ökonomisch denkenden Individuums zu entziehen. Denn das Gesundheitsrisiko ist vor allem davon abhängig, wie die einzelnen gesundheitlich riskant oder gesundheitsbewusst leben. Folglich unterliegt der Umgang mit ihm einem individuellen Nutzen/Kosten-Vergleich. Dieser folgt nicht anderen Kriterien, als sie für das Risiko gelten, einen Autounfall zu erleiden, oder jenes Risiko, das eigene Haus abbrennen zu sehen.

Der mündige Kunde von Gesundheitsleistungen gehört einer höheren Einkommensschicht an; während die Befriedigung seiner materiellen Bedürfnisse einen Sättigungsgrad erreicht hat, ist das Gut Gesundheit in der Bedürfnisskala aufgestiegen. Zudem spürt der „Kunde“ sensibler die Regungen und Rhythmen des eigenen Körpers, registriert bereits eher geringfügige Abweichungen.

Er tritt den professionellen Anbietern von Gesundheitsdiensten mit präzisen Erwartungen, häufig auch mit einer fordernden Besserwisserei und Arroganz gegenüber, nachdem er sich in den Printmedien und im Internet über deren Profil, ihre Behandlungsmethoden und darüber, wie sie von anderen Kunden bewertet werden, erkundigt hat. In der Wahl der Ärzte, des Krankenhauses und auch der

*Gesundheit ist ein persönliches Gut.
Es kann von der Person, die gesund
oder krank ist, nicht abgetrennt werden.*

Krankenkasse entwickelt er ein ausgesprochenes Äquivalenzbewusstsein, indem er den Saldo zwischen den bisher gezahlten Solidarbeiträgen und den bisher beanspruchten gesundheitlichen Leistungen kühl kalkuliert.

1.3 Realitätsnahe Beobachtungen

Gegen das Narrativ eines mündigen Patienten spricht, dass auch der moderne, medizinisch aufgeklärte Mensch mit seiner Gesundheit sehr irrational umgeht. Ärzte und Pflegekräfte im Krankenhaus können dies bestätigen. Die meisten Menschen unterschätzen, solange sie gesund sind, den Wert ihrer Gesundheit. Und sie überschätzen ihn, sobald sie das kleinste Wehwehchen verspüren. Diese subjektive Einschätzung belegt eine Anekdote aus der Antike: Nachdem ein wohlhabender Patient von einem lebensbedrohenden Insektenstich geheilt worden ist, fragt er den behandelnden Arzt, was er ihm schulde. Der Arzt erklärt: „Ich bin zufrieden mit zehn Prozent des Honorars, das Sie mir zu geben bereit waren, als Sie in Lebensgefahr schwebten.“

Gesundheit ist ein persönliches Gut. Es kann von der Person, die gesund oder krank ist, nicht abgelöst oder gar getrennt werden. In der alltäglichen Routine eines Krankenhauses mögen Ärztinnen und Pflegekräfte vom Magen auf Zimmer 7 oder von der Hüfte auf Station 3a sprechen. Aber spätestens bei der Visite und im persönlichen Gespräch mit dem Patienten werden sie daran erinnert, dass sie es mit leidenden Menschen zu tun haben, deren Würde nicht teilbar und in Körperquanten zerlegbar ist.

Gesundheit ist kein ausschließlich privates, sondern ein quasi-öffentliches Gut. Für öffentliche Güter gelten die Grundsätze der Ausschließlichkeit und Rivalität nicht. Wer ein privates Gut erwirbt, ist berechtigt und in der Lage, andere von deren Nutzung auszuschließen. Und in der Konkurrenz um ein knappes Gut wird es derjenige

erhalten, der den höchsten Preis dafür bietet. Öffentliche Güter werden gemeinsam genutzt und durch öffentliche Entscheidungen bereitgestellt. Zudem werden dem Gut Gesundheit äußere Wirkungen zugesprochen. Gesunde Menschen üben eine positive Ausstrahlung auf andere aus. Sich krank empfinden wirkt ansteckend. Die Initiativen von „Health Care“ und gesellschaftlicher Prävention sind aus solchen Einsichten entstanden. Gesundheitliche Risiken können den Individuen nicht ausschließlich zugerechnet werden. Notorsche Krankheiten sind schichtenspezifisch gestreut. Armut macht krank. Arme Menschen haben eine deutlich geringere Lebenserwartung.

Die Häufigkeit psychosomatischer Störungen hat sich in den letzten 20 Jahren verdoppelt. Arbeitslos oder prekär beschäftigt zu sein, in brüchigen Partnerschaften und in Haushalten mit mehreren Kindern zu leben, verursacht ein überdurchschnittliches Krankheitsrisiko. Spezifische Krankheitsformen treten regional und national ebenso abweichend auf wie die Art und Weise, sie zu behandeln. Ein kollektiv bestimmter Konsumstil oder ein spezifisches Arbeits- und Freizeitverhalten verursachen spezifische Krankheitsbilder.

Das Gut Gesundheit ist der Kategorie der Vertrauensgüter zuzuordnen. Zwischen den Akteuren, die Gesundheitsdienste insbesondere mit Merkmalen multipler Morbidität anbieten, und denen, die sie nachfragen, existiert ein ungleiches Verhältnis der Kompetenz und Information. Patienten sind darauf angewiesen, dem Anbieter zu vertrauen. Gesundheitlich beeinträchtigte Menschen brauchen eine Verhandlungsposition, damit sie nicht einfach der Marktmacht des Anbieters ausgesetzt sind. Von daher legen gute Gründe es nahe, die Organisation oder die Bereitstellung von Gesundheitsgütern öffentlich zu regeln. Damit ist nicht gesagt, dass der Staat ausschließlich selbst Gesundheitsdienste anbieten oder nachfragen müsste, wohl aber, dass gesundheitlich beeinträchtigte Menschen, die nicht über eine angemessene Kaufkraft und ein überdurchschnittliches Sachwissen verfügen, ohne eine verlässliche öffentliche Regulierung des Gesundheitswesens unangemessen benachteiligt würden.

In demokratischen Gesellschaften wird eine angemessene Ausstattung aller Bürgerinnen und Bürger mit solchen Gesundheitsgütern, die notwendig sind, um eine sozio-kulturelle Beteiligung am gesellschaftlichen Leben zu gewährleisten, als Grundrecht anerkannt, das nicht an die individuelle Kaufkraft und das persönliche Leistungs-

vermögen gebunden ist. In demokratischen Gesellschaften sollen weder das eigene Einkommen noch das der Eltern den Zustand der Zähne oder den allgemeinen Gesundheitszustand der Gesellschaftsmitglieder bestimmen. Von daher sind der Staat oder die Gesellschaft berechtigt, einen Teil des Volkseinkommens und des Volksvermögens zu beanspruchen, um jene Ausgaben zu finanzieren, die der Bereitstellung einer als notwendig erachteten Gesundheitsversorgung aller Bürgerinnen und Bürger dienen.

2. Vom Sozialstaat zum Wettbewerbsstaat

Versicherte und Patienten adressieren spezifische Ansprüche an das Gesundheitssystem. Das komplexe deutsche Gesundheitssystem enthält unterschiedliche Steuerungsformen – die staatliche Regelung, die kollektive Verhandlung und das individuelle Regime von Angebot und Nachfrage. Im Folgenden sollen das real existierende aktuelle Gesundheitssystem und dessen Konstruktionslinien skizziert werden.

2.1 Ordoliberalismus und Christliche Sozialethik

Vertreter eines dogmatisch nicht verfestigten Ordoliberalismus der Freiburger Schule und Vertreter einer Christlichen Sozialethik verbindet eine gemeinsame Überzeugung, dass eine Marktwirtschaft vier offene Flanken aufweist, die durch einen rechtlichen und politischen Rahmen zu ordnen sind: Der Wettbewerb regelt und sichert sich nicht selbst, die Geldverfassung lässt sich nicht allein durch private Konkurrenz regeln, öffentliche Güter werden privatwirtschaftlich nicht angeboten, der soziale Ausgleich bedarf einer öffentlichen Intervention.

I. Vom Sozialstaat zum Wettbewerbsstaat

Ordoliberalismus / Christliche Sozialethik

- Vier offene Flanken der Marktsteuerung
- Marktanalyse ↔ Dessen Voraussetzungen
- Haushalte / Produktionsprozess
- Wirtschaftliche Machtverhältnisse
- Ungleiche Lebensrisiken

Quelle: Nell-Breuning-Institut



Gemeinsame Überzeugung beider Ansätze ist, dass der Wettbewerb sich nicht selbst regelt und sichert.

Abweichungen in der wirtschaftsethischen Beurteilung bestehen darin, dass Ordoliberele eine Intervention des Staates nicht zulassen, wenn diese die Funktionsfähigkeit des Marktes beeinträchtigt oder gar außer Kraft setzt, während christliche Sozialethiker auch eine Korrektur von Marktergebnissen rechtfertigen, damit sozial befriedigende Ergebnisse erzielt werden. Zudem argwöhnen christliche Sozialethiker, dass die Ordoliberalen sich nur auf die Funktionsebene des Marktes beschränken und die Ebenen der Haushalte und der Produktionssphäre ausblenden. Dabei seien die Verbraucherhaushalte unterschiedlich mit Kaufkraft ausgestattet, um sich als gleichrangige Tauschpartner auf dem Markt zu behaupten. Und innerhalb der Haushalte lebten kranke, schwache und ältere Personen, die nicht markt-, erwerbs- und geldwirtschaftlich für sich sorgen können.

Zudem lasse sich in der Produktionssphäre nicht ausblenden, unter welchen Machtverhältnissen die Produkte einschließlich der Gesundheitsgüter hergestellt werden, bevor sie auf den Markt gelangen. Die konzeptionellen Reflexionen der Ordoliberalen seien verkürzt auf das Leitbild einer reinen „Händlergesellschaft“ fixiert. Aber die Lebenslage

Die Konstruktionslinien der GKV folgen mehr als in der Arbeitslosen- oder Rentenversicherung dem Grundsatz der Solidarität.

abhängiger Arbeit setzt die unselbständig Erwerbstätigen gesellschaftlichen Risiken und insbesondere Gesundheitsrisiken aus, die mit den miserablen Arbeitsverhältnissen der frühen Industrialisierung verbunden waren. Um sich gegen solche Risiken solidarisch abzusichern, haben Arbeiter ursprünglich freie Hilfsvereine und Hilfskassen eingerichtet. Mit der gesetzlichen Krankenversicherung unter Bismarck wurden sie staatlich überformt. Als Bestandteil der paritätischen Selbstverwaltung behauptet die solidarische Krankenversicherung den Rest eines zivilgesellschaftlichen Anscheins, steht jedoch unter dem verfassungsrechtlichen Schutz des Sozialstaats.

2.2 Steuerungsform der Solidarität

Die Konstruktionslinien der gesetzlichen Krankenversicherung folgen mehr als die der Arbeitslosen- oder Rentenversicherung dem Grundsatz der Solidarität. Diese ist eine gesellschaftliche Steuerung, die vergleichbar der Liebe in der Partnerschaft, der Zahlungsfähigkeit in der Wirtschaft oder der Macht in der Politik das Handeln von Individuen

wechselseitig aufeinander abstimmt und einen Ausgleich ungleicher gesellschaftlicher Risiken oder Interessen herstellt. Die charakteristischen Merkmale der Solidarität sind erstens eine gemeinsame Grundlage, für die es zwar objektive Anhaltspunkte gibt, die aber eine gesellschaftliche Option darstellt und in erster Linie, gefühlt, empfunden sowie absichtlich anerkannt wird. Eine solche Grundlage können die Klasse oder das Geschlecht, die gemeinsame Abstammung, Geschichte, Sprache, Kultur, Religion oder ein kollektiv erlittenes Schicksal sein. Trotz der gemeinsamen Grundlage sind zweitens im nationalen Rahmen die großen Lebensrisiken etwa der Altersarmut, Krankheit und Pflegebedürftigkeit sowie im transnationalen Rahmen die der sozio-ökonomischen Lebensverhältnisse und

Der Markt ist eine anonyme Form des Interessenausgleichs. Auf ihm herrscht Gegenseitigkeit von Leistung und Gegenleistung.

der Männer und Frauen extrem ungleich verteilt. Drittens werden gegenseitige Rechte und Pflichten für den Interessenausgleich durch die Verfassung oder internationale Verträge (rechts-)verbindlich festgelegt. Und viertens folgt aus der gemeinsamen Grundlage und den unterschiedlichen Lebensrisiken eine asymmetrische Gegenseitigkeit: Beiträge werden gemäß der Leistungsfähigkeit entrichtet, Hilfeansprüche gemäß dem akuten Bedarf.

Das Besondere der Solidarität als Steuerungsform lässt sich verdeutlichen, indem sie der Marktsteuerung gegenüber gestellt wird. Der Markt ist eine entgrenzte, anonyme Form des Interessenausgleichs. Auf ihm herrscht strenge Gegenseitigkeit von Leistung und Gegenleistung – und zwar sofort oder zumindest in einer berechenbaren Periode. Die Solidarität dagegen regelt den Interessenausgleich innerhalb einer abgegrenzten Gruppe. Sie ist exklusiv. Die Gegenseitigkeit von Beitrag und Hilfeanspruch ist durch einen Erwartungswert verknüpft, der weit in die Zukunft hineinreicht und einem subjektiven Urteil unterliegt. Das „Geheimnis“ der Solidarität besteht in einer asymmetrischen Beziehung, dass die weniger Schwachen für die Schwächeren, die weniger Armen für die Ärmeren und die seltener Kranken für die häufiger Kranken eintreten.

2.3 Erosion solidarischer Sicherungen

Zu Beginn der 1980er Jahre erreichte ein marktradikales wirtschaftsliberales Credo, das in den USA und in Groß-

britannien politisch Fuß gefasst hatte, die Bundesrepublik. Seine drei Glaubenssätze lassen sich so formulieren: Vertrauen auf die Selbstheilungskräfte des Marktes, der schlanke Staat ist der beste aller möglichen Staaten, und eine autonome Zentralbank, die rigoros die Inflation der Güterpreise bekämpft, macht eine Wirtschaftspolitik unter staatlicher Regie überflüssig. Ein bürgerlicher Feldzug attackierte den Sozialstaat, dessen umlagefinanzierte, solidarische Sicherung sei zu teuer, angesichts der demographischen Entwicklung auf Dauer nicht finanzierbar und zudem fehlgeleitet, weil er die herkömmliche familiäre Solidarität unterwandert. Aus solchen Legenden wurden die Forderungen abgeleitet, die unteren Lohngruppen und die Sozialleistungen abzusenken, die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall zu beseitigen und die Bevölkerung anzuleiten, beim Arztbesuch und während des Krankenhausaufenthalts private Zuzahlungen zu leisten.

Die rot-grüne Koalition unter Gerhard Schröder kündigte mit der so genannten Agenda 2010 drastische soziale Einschnitte an und verankerte sie in Gesetzesform. Solidarische Sicherungssysteme wurden deformiert, Arbeitsverhältnisse entregelt, so dass sich atypische Arbeitsformen wie ein Krebsgeschwür ausbreiten konnten, und eine Transformation der so genannten sozialen Marktwirtschaft in einen Finanzkapitalismus vorbereitet, der den Finanzmärkten als „5. Gewalt in der Demokratie“ eine quasi-religiöse Weihe verlieh.

Die Nationalstaaten gaben offensichtlich dem Drängen der Großbanken und Industriekonzerne nach und ließen sich auf eine Art „Rattenrennen“ um Wettbewerbsvorteile ein. Sie wirkten wie Getriebene wirtschaftlicher und finan-

II. Vom Sozialstaat zum Wettbewerbsstaat

Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen

- Das narrative Umfeld
 - Marktradikale Parolen
 - Staatenkonkurrenz
 - Regierung als „Territoriumsunternehmer“
- Stärkung der Wettbewerbs Elemente in der staatl. Planung / im Verhandlungssystem

Quelle: Nell-Breuning-Institut



Zu Beginn der 1980er Jahre wurden in den USA und Großbritannien die Grundlagen für „neoliberales“ Denken gelegt.

zieller Interessen, um den nationalen Standort im rauen Wind des globalen Marktes wettbewerbsfähig zu halten. Der Leistungswille eines orientierungslosen, schwach motivierten Teils der Bevölkerung sollte gefordert und gefördert werden. Das Verhältnis von Rechten und Pflichten des Staates und bedürftiger Bürgerinnen und Bürgern wurde auf den Kopf gestellt: Während der Sozialstaat der Nachkriegszeit jedem bedürftigen Mitglied der Gesellschaft das Recht zugestand, ein sozio-kulturelles Existenzminimum zu beanspruchen, forderte der „aktivierende Sozialstaat“ nun von arbeitssuchenden bedürftigen Mitgliedern eine Vorleistung, bevor sie eine finanzielle Leistung beanspruchen durften. Der Sozialstaat mutierte in einen „Territoriums-Unternehmer“.

2.4 Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen

Dem deutschen Gesundheitssystem, das mit drei abweichenden Steuerungsformen ausgestattet ist, sind marktwirtschaftlicher Wettbewerb und infolgedessen kommerzielle Elemente nicht fremd. Es gab bereits einen begrenzten marktähnlichen Wettbewerb zwischen privaten und gesetzlichen Krankenkassen, zwischen niedergelassenen Ärzten oder Ärztinnen, zwischen Hausärzten und Fachärzten, zwischen ambulanten und stationären Behandlungen, zwischen den Apotheken, zwischen den Pharma-Unternehmen oder zwischen den Firmen, die medizinisch-technische Geräte herstellen.

Das eigentlich Neue der lauter gewordenen Forderung nach „mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen“ besteht meiner Meinung nach in einer fahrlässigen Entscheidung des Gesetzgebers (I), in der kommerziellen Landnahme insbesondere von Krankenhäusern „nach außen“ (II) wie „nach innen“ (III). Der Begriff der „kommerziellen Land-

„Kommerzialisierung“ ist durch marktwirtschaftlichen Wettbewerb und betriebswirtschaftliche Kalkulation charakterisiert.

nahme“ oder „kommerziellen Steuerung“ ist nicht identisch mit dem Begriff der „Ökonomisierung“. Ökonomisches Handeln besteht nämlich darin, ein bestimmtes Ziel mit möglichst geringem Mitteleinsatz zu erreichen, oder umgekehrt: mit begrenzt vorhandenen Mitteln einen möglichst hohen Zielerreichungsgrad zu realisieren. Wirtschaftliches Handeln ist mit vernunftgemäßem Handeln identisch. Diese Logik wirtschaftlichen Handelns gilt für Gesundheits-

Pflege- oder Therapie-Einrichtungen unabhängig davon, ob sie privat- oder gemeinwirtschaftlich organisiert sind. „Kommerzialisierung“ dagegen ist durch marktwirtschaftlichen Wettbewerb (Makro-Kommerzialisierung) und betriebswirtschaftliche Kalkulation (Mikro-Kommerzialisierung) charakterisiert.

- I. Der markanteste Einschnitt zugunsten der kommerziellen Landnahme von Krankenhäusern erfolgte unter Arbeits- und Sozialminister Norbert Blüm. Als 1995 die Pflegeversicherung eingeführt wurde, beugten sich die politisch Verantwortlichen dem Drängen interessierter Lobbyisten und marktradikaler Ökonomen. Sie kündigten die privilegierte Kooperation der sechs großen freien gemeinnützigen Wohlfahrtsverbände mit dem Sozialstaat auf. Diesen war vorgeworfen worden, dass sie sich zu bürokratisch verkrusteten Kartellen entwickelt hätten, ineffizient wirtschafteten und sich Leistungen vom Staat finanziell erstatten ließen, die sie nie erbracht hatten. Daraufhin wurden neben den gemeinnützigen Wohlfahrtsverbänden private Anbieter für Pflege- und Gesundheitsdienste zugelassen, die versprachen, solche Dienstleistungen „kundennäher“ und dazu kostengünstiger anzubieten. Nach knapp zehn Jahren wurde das System der öffentlichen Finanzierung und Abrechnung umgestellt. Während vorher den Wohlfahrtsverbänden die entstandenen Ausgaben voll refinanziert wurden, definierten nun der Staat und die sozialen Selbstverwaltungen spezifische Leistungen bzw. Leistungskomplexe, denen feste Entgelte zugeordnet waren.
- II. Die kommerzielle Landnahme insbesondere von Krankenhäusern nach außen sollte mit einer offensiven Markterschließung verbunden sein. Man erwartete einen international explosiv wachsenden Gesundheitsmarkt, der einer rentablen Verwertung privaten Finanzkapitals unermessliche Chancen bietet. Einer offensiven Markterschließung stünden zahlreiche Facetten offen: Krankenhäuser sollten im Wettbewerb unverwechselbare Profile ausbilden, sich spezialisieren und auf ein so genanntes Kerngeschäft verlegen. Sie sollten sich bewährter Werbemittel bedienen – mit der exzellenten Kompetenz einzelner Ärzte oder eines Ärzteteams, mit medizinischer Hochleistungstechnik, zahlenmäßigen Erfolgen komplizierter Operationen und mit komfortablen Privatabteilungen für exklusiv reiche Ausländer. Pflegeeinrichtungen sollten das Angebot an Einzelzimmern, abwechselnder Unter-

III. Vom Sozialstaat zum Wettbewerbsstaat

Resümee: Kommerzielle Übergriffe

- Markterschließung / Markterweiterung
 - Wachsende Anteile der Privaten
 - Zielloses Wachstum
 - Medizinsch-technisch-therapeutische Zuspitzung
 - Nebenarena: Ganzheitliche Heilung
 - Selektion von Angebotsmärkten
 - Verdrängungswettbewerb

Quelle: Nell-Breuning-Institut



Eine stärkere wettbewerbliche Orientierung zieht eine Vielzahl von Verhaltensänderungen bei den Anbietern nach sich.

haltung und anregenden Aktivierungsprogrammen ausweiten. In ansprechenden Broschüren sollten ihre Entscheidungsprozesse transparent, Widersprüche in der Behandlung von Patienten öffentlich zugänglich und bürokratische Reibungsverluste innerhalb der Organisation aufgedeckt werden.

III. Die Innenseite der kommerziellen Landnahme, die betriebswirtschaftliche Kalkulation, hat den Arbeits- und Umgangsstil des Gesundheitssystems insbesondere der Krankenhäuser tiefgreifend verändert. Alle Einsatzfaktoren (Input) sind streng auf das Ergebnis (Output) hin instrumentalisiert worden. Betriebswirtschaftlich ausgebildete Geschäftsführer haben die Stellen von Chefarzten eingenommen, die in erster Linie medizinisch, pflegerisch oder sozial sensibilisiert waren. Exakt definierte Therapieverfahren (diagnosebezogene Behandlungsprogramme) wurden präzisen Therapieresultaten zugeordnet und über so genannte Fallpauschalen refinanziert. Sie orientieren sich an einem durchschnittlichen Aufwand. Weicht der konkrete Aufwand davon ab, entstehen Verluste oder Zusatzgewinne. Je komplizierter eine Diagnose beim Zusammentreffen verschiedener Symptome ausfällt, umso größer ist die Versuchung, bei der Abrechnung zu manipulieren.

Die Empfehlung, sich auf ein Kerngeschäft zu spezialisieren, verstärkt die Tendenz, profitable Behandlungen auszuwählen, private Patienten den gesetzlich Versicherten vorzuziehen, Mengeneffekte auszunützen, standardisierte Behandlungen oder komplizierte Fälle an andere Häuser oder Einrichtungen weiterzureichen. Eine Angebotsverdichtung in den urbanen Zentren wird gegen räumliche

Nähe, technisch-medizinische Praxis gegen Gesprächstherapie, betriebswirtschaftlicher Nutzen gegen medizinisch-pflegerische Kompetenz ausgespielt. In der Pflege werden für bestimmte Einzelleistungen eng bemessene Zeitquanten vorgegeben, so dass sich inzwischen die Parole von der „Pflege im Minutentakt“ herumgesprochen hat. Umsatzsteigerung und die Überprüfung steigender Zielmarken stehen im Konflikt mit dem Berufsethos von Ärzten, Krankenschwestern und Pflegern, die innerlich emigrieren oder ihren Beruf aufgeben. Die Schlüsselgröße der Kostensenkung wurde den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen auferlegt.

2.5 Resümee

Ein Vergleich zwischen der zunehmenden kommerziellen Landnahme und der Konstellation des Gesundheitssystems am Ende des vorigen Jahrhunderts trifft auf erhebliche methodische Barrieren. Vergleiche machen nämlich neugierig, bestätigen jedoch auch vorhandene Vorurteile, stochern in jedem Fall im Nebel. Nur das lässt sich vergleichen, was vergleichbar ist. Ein ganzes System ist gar nicht, allenfalls einzelne seiner Komponenten sind vergleichbar. Aber was gilt als Vergleichsmaßstab? Die Wahl dessen, was abzählbar ist, klingt trivial. Beim analogen Vergleich ist die Unähnlichkeit jedoch immer größer als die Ähnlichkeit. Unter einem solchen Vorbehalt kann ein behutsamer Vergleich erfolgen, können schwerwiegende, aber vermeidbare Fehlentwicklungen identifiziert und Korrekturen verlangt werden.

1. Dazu gehört erstens jener ruinöse Verdrängungswettbewerb, der zwischen frei-gemeinnützigen, öffentlichen und privaten Anbietern um profitable Serviceleistungen, Behandlungsmethoden und Patienten, Auszubildende und Investoren entfesselt ist und auf dem Rücken der abhängig Beschäftigten ausgetragen wird. Er verlangt eine staatliche Intervention; diese muss gleiche Marktbedingungen und gleiche Arbeitsbedingungen, insbesondere soziale und ökologische Mindeststandards bei allen Einrichtungen, die Gesundheitsdienste anbieten, für die sie öffentlich refinanziert werden, sicherstellen. Durch eine Bindung aller Unternehmen an einen Branchentarifvertrag, der für alle Einrichtungen des Gesundheitswesens gilt und durch eine staatliche Allgemeinverbindlichkeitserklärung abgesichert wird, ließe sich der Konkurrenzkampf der Krankenhäuser entschärfen.

2. Zweitens ist der Sog, durch zielloses Wachstum zusätzliche Marktmacht und Rentabilitätsgewinne zu erzielen, volkswirtschaftlich destruktiv und deshalb zu unterbinden. Der Anstieg des Bruttoinlandsprodukts ist kein Gradmesser erhöhter Lebensqualität.
3. Drittens ist der öffentliche blinde Fleck gegenüber dem Engagement, das von Krankenschwestern, Pflegekräften, Therapeutinnen, technischem Personal und Reinigungskräften für die Wertschöpfung einer Einrichtung erbracht wird, demotivierend und ungerecht. Die wiederholt beschworene „Kunden“-Orientierung verlangt von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen zusätzliche Anstrengungen, die in der Regel ohne Aufstockung des Personals nicht zu leisten sind. Bisher jedenfalls werden Rentabilitätsgewinne und die Steigerung der Effizienz eher über erhöhten Zeitdruck und die Arbeitsverdichtung auf die Belegschaft abgewälzt. Die sich vertiefende Spaltung der Belegschaft in hegemoniale Ärzteteams, in extern und intern entwertetes Pflege- und therapeutisches Personal sowie in Kollegen und Kolleginnen, die bei ausgelagerten Firmen mit abweichender Entlohnung beschäftigt sind, wirkt sich negativ auf das Betriebsklima und den sozialen Zusammenhalt aus, sie untergräbt die Identifizierung der Kolleginnen und Kollegen mit der Einrichtung.
4. Viertens ist die Übernahme industrieller Produktivitätskennzahlen und tayloristischer Effizienzkriterien für personennahe Gesundheitsdienste nur begrenzt oder überhaupt nicht geeignet, auch wenn private Krankenhauskonzerne zum Teil ein profitables und wettbewerbsfähiges Geschäftsmodell darauf aufbauen. Denn

die Dienste des Heilens, Helfens, Pflegens, Begleitens und Aufrichtens setzen nicht in erster Linie eine funktional-technisch getaktete Kooperation derer, die sie anbieten, und derer, die sie nachfragen, voraus. Sie gelingen nur dann, wenn es zu einer wechselseitig sensiblen Verständigung und einer gleichzeitigen Beteiligung der Patienten, Pflegekräfte und Ärzte kommt. Zudem sind Gesundheits- und Pflegedienste keine homogenen Güter, ihre Adressaten nicht austauschbar und die Risiken und die Zeitdauer der Begleitung etwa bei Multimorbidität oder psychosomatischen Beeinträchtigungen nicht exakt vorhersehbar.

5. Deshalb sind fünftens die propagierten Qualitätskriterien der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen personennahen Dienste entschlossen vom Merkmal technisch-industrieller Produktivität zu befreien. Die „Strukturqualität“ ist für eine angemessene Bewertung des Behandlungserfolgs wenig aussagefähig. Die „Prozessqualität“ einer Behandlung und Begleitung kann nicht von außen oder von oben, schon gar nicht durch rein betriebswirtschaftliche Kennziffern, sondern eher unter aktiver Mitwirkung und Zustimmung der an diesem Prozess direkt Beteiligten ermittelt werden. Ebenso kann die „Ergebnisqualität“ eines komplexen Behandlungsverfahrens, etwa nach längerer Krankheit ein eigenständiges Leben trotz leichter gesundheitlicher Beeinträchtigung führen zu können, wohl nur nach Ablauf eines längeren Zeitraums festgestellt werden.
6. Sechstens ist zu verhindern, dass diagnosebezogene Behandlungsprogramme, sofern sie ausschließlich einer betriebswirtschaftlichen Rationalität folgen, die fachliche, personale und kommunikative Kompetenz von Ärztinnen, Pflegerinnen und Therapeutinnen verdrängen. Die spezifische Qualität personennaher Dienste lässt sich nicht unter einem Regime von Beschleunigung und Arbeitsverdichtung gewinnen, wie sie derzeit in Krankenhäusern zu beobachten ist. 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 kommerziellen Landnahme selbst einer Kosten-/Nutzen-Analyse zu unterwerfen.

IV. Vom Sozialstaat zum Wettbewerbsstaat

- Betriebswirtschaftliche Kalkulation
 - Ausschöpfung von Effizienzressourcen
 - Tayloristisch-industrielle Produktivitätsmaße
 - Effizienzkomponenten: Personal / Zeit
 - Weiterwälzen von Kosten-, Zeitdruck
 - Spaltung der Belegschaft: Ärzte / Pflegekräfte
 - Auslagerung von Teilbetrieben
 - Selektive Qualitätsmaßstäbe



Quelle: Nell-Breuning-Institut

Die Übernahme tayloristischer Effizienzkriterien ist für den Bereich personennaher Gesundheitsdienste untauglich.

3. Der normative Grundsatz gleicher Gerechtigkeit

Nach der Diagnose des paradigmatischen Wechsels individueller Ansprüche von Versicherten bzw. Patienten an das Gesundheitssystem wurden die gravierenden Veränderungen des real existierenden deutschen Gesundheitssystems und dessen Konstruktionslinien skizziert. Vor allem seit dem Ende des vergangenen Jahrhunderts konnte ein Prioritätenwechsel beobachtet werden – von der solidarischen zur kommerziellen Steuerung, von der öffentlichen Bereitstellung zur privaten Vorsorge, von der umlagefinanzierten zur kapitalgedeckten Finanzierung von Gesundheitsleistungen, deren ambivalente Folgen zunehmend erkannt und diskutiert werden. Welche Rolle spielen normative Überzeugungen gleicher Gerechtigkeit angesichts der veränderten individuellen Selbstdeutungen und Anspruchshaltungen sowie angesichts eines hegemonialen Trends zunehmender kommerzieller Steuerung des Gesundheitssystems?

3.1 Gerechtigkeit im Parteiendiskurs

Zu Beginn des neuen Jahrhunderts warben führende Parteienvertreter der SPD und der CDU mit einer normativ aufgeladenen Rhetorik für sozialpolitische Reformen, die sie anstrebten. Die herkömmlichen Begriffe der Gerechtigkeit seien den globalen und säkularen Herausforderungen nicht mehr gewachsen. Die Deutschen sollten sich von der Verteilungsgerechtigkeit verabschieden, weil diese auf die Umverteilung materieller Güter oder finanzieller Mittel sowie die Gleichheit der Ergebnisse fixiert sei. Der neue Name für Gerechtigkeit: sei „Chancengleichheit“.

Jeder Person müssten gleiche Startbedingungen und ein gleicher Zugang zu den gesellschaftlichen Grundgütern garantiert sein. Da die Talente und der Leistungswille der Menschen unterschiedlich sind, sei es gerecht, diese stärker anzuerkennen und zu fördern. Davon hänge entscheidend die Wettbewerbsfähigkeit einer Wirtschaft ab. Die Gerechtigkeit, die unterschiedliche Begabungen und Leistungen berücksichtigt, heiße Leistungsgerechtigkeit. Und die ihr gemäße Steuerungsform sei der Markt. Deshalb sollte der Markt- oder Tauschgerechtigkeit der Vorrang vor der Bedarfs- und Verteilungsgerechtigkeit eingeräumt werden.

3.2 Normative Überzeugungen im Dialog mit der Situation

Aus der nachgezeichneten parteipolitischen Debatte lassen sich drei Einsichten gewinnen: Erstens unterliegt die

Frage der Gerechtigkeit als politischer Ordnungsform einer gesellschaftlichen Verständigung. Es gibt keinen außenstehenden neutralen Schiedsrichter, dem das Urteil über das, was gerecht ist, überlassen werden kann. Es können auch nicht die Angehörigen einer Teilgruppe der Gesellschaft die eigenen Vorstellungen gelingenden Lebens allen Gesellschaftsmitgliedern verpflichtend vorschreiben. Vielmehr sind die Mitglieder moderner Gesellschaften gehalten, sich gemeinsam über das, was sie einander schulden, zu verständigen.

Zweitens fallen normative Grundsätze nicht vom Himmel, sie werden kollektiv entworfen, situativ ausgelegt und kreativ angewendet. Die Güterverteilung in der antiken Stadt, die Empörung der Bürger über die Freiheitsberaubung durch absolute Monarchen oder der Protest notleidender Arbeiter gegen die Übermacht kapitalisti-

Die Frage der Gerechtigkeit als politischer Ordnungsform unterliegt einer gesellschaftlichen Verständigung.

scher Unternehmer sind ein Beleg dafür, dass normative Grundsätze auf eine jeweils andere gesellschaftliche Situation antworten, die das kollektive Handeln herausfordert.

Drittens ist die Formulierung normativer Grundsätze ein Ausdruck gesellschaftlicher Entscheidungsfreiheit; sie lässt die souveräne Wahl einer Anpassung an die Situation oder eines normativen Gegenentwurfs zu dieser Situation offen. Die Ausgangsfrage, ob unsere Vorstellungen von Gleichheit und Gerechtigkeit noch realitätskonform sind, löst die Gegenfrage aus: Sind die bloße Anpassung an die Situation oder ein kreativer Gegenentwurf dazu eher „realitätskonform“? Angesichts wachsender sozialer Ungleichheit und gesellschaftlicher Polarisierung, die das Risiko gewaltsamer Konflikte in sich bergen, hat der Grundsatz gleicher Gerechtigkeit gegenüber der Option für mehr Wettbewerb im Gesundheitssystem wohl eine höhere Priorität.

3.3 Gerechtigkeit als Gleichheitsvermutung

Gegen die Behauptung, der Gerechtigkeitsbegriff enthalte im Kern eine Gleichheitsvermutung, werden starke Einwände erhoben. Erstens sei jeder Mensch einzigartig. Die Kompetenzen und Interessen, die ihm zu eigen sind, sowie seine elementaren Bedürfnisse an denen anderer zu messen, sei nicht zulässig. Folglich habe er das Recht, differenzierte gesellschaftliche Positionen zu beanspruchen, die er sich

auf Grund eigener Talente und Anstrengungen erworben hat. Zweitens sei die Gesellschaft nicht die Eigentümerin eines verborgenen Reservoirs, aus dem sie alle individuellen Kompetenzen schöpfen kann. Drittens könne eine aufwendige sozialstaatliche Bürokratie die Gleichheit aller Bürger nicht herstellen. Sie würde die weniger Talentierten im Rennen um gesellschaftliche Positionen nur in eine aussichtslose Aufholjagd treiben, die auf einen Ausgleich zielt, der nie erreicht wird. Viertens habe die Gesellschaft kein Mandat, das ihr gestattet, das Schicksal zu korrigieren.

Solchen Einwänden kann mit dem formalen Hinweis begegnet werden, dass der Begriff der Gerechtigkeit immer den Bezug zu anderen enthält und den Vergleich mit anderen zulässt. Der empirische Begriff der Gleichheit bedeutet nicht Identität: Selbst Zwillinge sind gleich, aber nicht identisch. Gleichheit ist die qualitative Übereinstimmung von Subjekten oder Sachverhalten in einem Merkmal, während andere Merkmale verschieden sind. In welcher Hinsicht sind zwei Subjekte gleich? Beispielsweise hinsichtlich musischer Talente oder technischer Begabung, hinsichtlich der Herkunft aus einer Region oder hinsichtlich ihrer Kleidung.

Verhältnismäßige Gleichheit ist also eine erste Präzision der Gleichheitsvermutung. In der Forderung „Gleicher Lohn für gleiche Arbeit“ drückt sich diese Einsicht aus. In der wohlgeordneten antiken Stadt oder in der mittelalterlichen, feudal gegliederten Gesellschaft wurde den einzelnen Mitgliedern „das Gleiche“ im Verhältnis zu ihren Talenten, Verdiensten, Funktionen oder Positionen zugewiesen. Seit der Neuzeit ist „das Gleiche“ im Verhältnis zu sich selbst bestimmt – zum selbstbewussten, selbstbestimmten individuellen Subjekt und seiner Absicht, sich als Person selbst zu verwirklichen und darin eine eigenständige Identität zu finden. Die Gleichheitsvermutung legt sich daraufhin als Grundsatz moralischer Gleichheit aus.

3.4 Moralische Gleichheit

Moralische Gleichheit besagt, dass jede Person einen moralischen Anspruch darauf hat, mit der gleichen Rücksicht und Achtung behandelt zu werden wie jede andere. Sie ist von einem Standpunkt der Unparteilichkeit und der Allgemeinheit als autonomes Lebewesen zu achten und als Gleiche – nicht gleich – zu behandeln und zu respektieren. Der Grundsatz moralischer Gleichheit ist zugleich eine Verfahrensregel, um die real existierenden gesellschaftlichen Verhältnisse daraufhin zu überprüfen, ob sie vom Standpunkt der Unparteilichkeit und Allgemeinheit gerechtfertigt

werden können. Gemäß einer solchen Verfahrensregel ist die Gerechtigkeit einer Gesellschaft daran zu messen, dass ihre Gerechtigkeitsnormen gegenüber jedem Mitglied der Gesellschaft und insbesondere gegenüber den am wenigsten begünstigten Mitgliedern, die von ihrer Geltung betroffen sind, angemessen begründet und gerechtfertigt werden können.

3.5 Egalitäre Auslegung der Menschenrechte

Aus dem Grundsatz moralischer Gleichheit lässt sich nicht direkt und unmittelbar eine Gleichheitsvermutung für die Verteilung gesundheitlicher Grundgüter ableiten. Wer dies versuchen wollte, stolpert in eine politische Moralfalle. Dennoch kann eine Korrespondenz von moralischer Gleichheit und der tendenziell gleichmäßigen Verteilung von Gesundheitsgütern angenommen werden – und zwar auf dem Umweg über die egalitäre Auslegung gleicher Menschenrechte.

Folgt man einer solchen Methodik, steht bei der Proklamation der Menschenrechte den politischen Beteiligungsrechten der erste Rang zu. „Beteiligung“ als politische Dimension der Gerechtigkeit meint das gleiche Recht eines jeden Bürgers, sich an den Prozessen der gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Meinungsbildung und Entscheidungsfindung aktiv zu beteiligen und darin selbst zu vertreten. Beteiligungsgerechtigkeit wird zu einer Suchbewegung auf diejenigen hin, denen die Mitwirkung an politischen Entscheidungen versagt ist, und eine Parteinahme zugunsten der Schwächeren am Rand der Gesellschaft. Um das Beteiligungsrecht zu sichern, ist der gleiche Mindestanteil einer Grundausstattung an Gesundheitsgütern zu garantieren. Der sozio-ökonomische und

Um das Beteiligungsrecht zu sichern, ist der gleiche Mindestanteil einer Grundausstattung an Gesundheitsgütern zu garantieren.

kulturelle Anspruch einer gesundheitlichen Grundsicherung verhindert den Ausschluss der Menschen von jenen Gütern, die für eine Gesellschaft als unverzichtbar gelten.

Wie kann das magische Dreieck von moralischer Gleichheit, gleicher Rechte auf politische Beteiligung und einer tendenziell gleichmäßigen Verteilung von Gesundheitsgütern aufgelöst werden? Da die erwerbswirtschaftliche Grundlage einer solidarischen Absicherung von Gesundheitsrisiken brüchig geworden ist, bietet sich eine

erweiterte, „demokratische“ Grundlage an, die das feudale Erbe einer nach Berufsständen und Klassen gegliederten Vielfalt von Gesundheitskassen sprengt und alle Personen einschließt, die im Geltungsbereich der Verfassung ihren Lebensmittelpunkt haben, und alle Einkommen, die dort entstehen, beitragspflichtig werden lässt. Die solidarischen Leistungen bewegen sich in einem Korridor, der von unten her gesockelt und von oben her gedeckelt ist. Damit sind auch diejenigen, die über kein eigenes Einkommen verfügen, in die Solidargemeinschaft einbezogen, während sich die Wohlhabenden zusätzlich privat absichern können, falls ihnen die Standardleistungen nicht genügen.

Es sieht so aus, als müsse die Eingangsfrage umgestellt werden: Sind das real existierende Gesundheitssystem und die Ansprüche von Versicherten und Patienten,

Der Ruf nach mehr Markt und Wettbewerb erzeugt das paradoxe Resultat verschärfter staatlicher Regulation.

die an dieses System gerichtet sind, mit den Gerechtigkeitsvorstellungen einer Gesellschaft konform, deren Verfassung auf der Anerkennung gleicher Menschenrechte gründet? Die Antwort enthält ein methodisches und ein inhaltliches Urteil.

1. Methodisch kommt es erstens darauf an, einen individualistischen Fehlschluss zu vermeiden. Der Wechsel der Ansprüche von Versicherten und Patienten ist nämlich nicht die Schlüsselgröße jener strukturellen Veränderungen, denen ein solidarisches Gesundheitssystem seit den 1980er Jahren in zwei Schüben gefolgt ist. Die solidaritätskritische Mentalität individueller Subjekte ist als abgeleitete „rationale“ Reaktion auf den beherrschenden Trend der Kommerzialisierung aller Lebensbereiche zu begreifen.
2. Zweitens sollte ein moralischer Fehlschluss vermieden werden. Die strukturellen Veränderungen des Gesundheitssystems, die aus jenen Kampagnen hervorgegangen sind, die mehr Wettbewerb auf ihre Fahne geschrieben hatten, lassen sich nämlich nicht einfach als absoluter Kontrast zum Grundsatz der Solidarität als dem Anderen der Gerechtigkeit stilisieren. Denn schon vorher gab es auf allen Ebenen Wettbewerbselemente. Erst recht würde eine totale Unterwerfung von Wettbewerbsregeln unter ein ausschließlich normatives Regime gleicher Gerechtigkeit der Balance eines dia-

logischen Wechselspiels von Situationsdeutung und normativen Überzeugungen widersprechen.

Innerhalb dieses methodischen Rahmens ist ein inhaltlich kritisches Urteil über die beobachtbaren Wettbewerbs-Prioritäten vertretbar:

1. Erstens verletzt jenes Mehr an Wettbewerb, dem sich insbesondere Krankenhäuser auf einem so genannten Gesundheitsmarkt aussetzen, das von wirtschaftlicher Konzentration, Konzernbildung, oligopolistischen Strukturen und Marktbeherrschung begleitet ist und in einen ruinösen Verdrängungswettbewerb mündet, die Grundsätze gleicher Gerechtigkeit und Solidarität. Zudem erzeugt der Ruf nach mehr Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen die paradoxen Resultate verschärfter staatlicher Regulation und asymmetrischer Verhandlungsmacht der Anbieter auf der korporativen Verhandlungsebene. Dabei ist nicht zu übersehen, dass der verstärkte Ruf nach einer Regulation durch den Staat dessen Organe dem Einfluss mächtiger privater medizinisch-technisch-pharmazeutischer Lobbyisten ausliefert. So werden die bereits knapp gehaltenen Finanzmittel innerhalb des Gesundheitssystems umverteilt. Noch stärker ist der Einfluss der Industrie- und Finanzlobbyisten auf den Gesetzgeber und die Exekutive, die den Ehrgeiz entwickeln, ein naturwissenschaftlich und technisch orientiertes Bildungssystem sowie die Exportindustrie global wettbewerbsfähig zu machen, diese Segmente zu subventionieren und dem Gesundheitssystem jene finanziellen Ressourcen zu entziehen, die Versicherte und Patienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Recht beanspruchen.
2. Zweitens kollidieren die Rentabilitäts- und Profitorientierung mancher Krankenhauskonzerne mit dem Berufsethos sowohl der Chef- und Assistenzärzte als auch der Pflegekräfte, Küchenangestellten und Reinigungsdienste. Sie erwarten Beteiligungsgerechtigkeit, sind jedoch faktisch ausgeschlossen von einer Mitbestimmung in einer beteiligungsgerechten Unternehmensverfassung.
3. Drittens beeinträchtigt die betriebswirtschaftliche Logik der Effizienzsteigerung die Grundsätze der Beteiligungsgerechtigkeit und der Solidarität, da Ärzte ihre Hegemonie gegenüber den übrigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter behaupten können und einen Teil des finanziellen und personellen Drucks auf sie weiter wälzen. Andererseits verhindert die Neigung zur Selbstausbeutung, die den Trägerinnen und Trägern

medizinischer, pädagogischer und religiös aufgeladener Berufsbilder anhaftet, dass diese sich solidarisch verbinden und um ihre Beteiligungsrechte kämpfen, indem sie Bündnispartner in der Branche suchen, mit denen sie gemeinsam die politisch Verantwortlichen unter Druck setzen können, die öffentlichen Haushalte zugunsten des Gesundheitssystems umzusteuern. Denn die häufig beschworenen Knappheitsbedingungen des Gesundheitssystems sind politisch verursacht und gewollt.

4. Viertens werden die Grundsätze gleicher Gerechtigkeit und demokratischer Solidarität entwertet, solange der Trend der Privatisierung des Gesundheitsrisikos infolge der wachsenden Ungleichheit der Anteile von Kapital- und Arbeitseinkommen an der gesamten Wertschöpfung, die staatlich begünstigt wird, ungebrochen bleibt. Dieser Trend ließe sich mit einer Versicherung umbiegen, die alle Bürgerinnen und Bürger einschließt sowie alle Einkommen zur Finanzierung heranzieht.

Literatur beim Autor

E-Mail-Kontakt: hengsbach@jesuiten.org

.....
PROF. DR. FRIEDHELM HENGSBACH SJ



Friedhelm Hengsbach SJ, Prof. em. Dr. oec., Jahrgang 1937, hat Philosophie, Theologie und Wirtschaftswissenschaft in München, Frankfurt und Bochum studiert. Er promovierte über die Assoziierung afrikanischer Staaten an die EG und habilitierte sich über das Thema Arbeitsethik. Von 1977 bis 2005 lehrte er im Fach Christliche Gesellschaftsethik an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Sankt Georgen in Frankfurt am Main. Von 1992 bis 2006 leitete Hengsbach das Nell-Breuning Institut für Wirtschafts- und Gesellschaftsethik. Er lebt und arbeitet seit 2009 im Heinrich Pesch-Haus – Katholische Akademie Rhein-Neckar in Ludwigshafen.

