

"Mehr Markt" macht nicht gesund.
Gesellschaftliche Risiken und solidarische Sicherung entsprechen einander.
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 renommierten Finanz- und Wirtschaftswissenschaftlers Wolfram Engels, der sich 1986 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 ¹.

Die Hauptströmung der deutschen Ökonomen hat die verbreiteten Vorbehalte gegen den besonderen Charakter der Arbeit inzwischen auf das Gut Gesundheit ausgedehnt. Allerdings provoziert der Vergleich die Frage, ob Bild- und Sachwelt einander ähnlich sind, und ob die Argumentation stimmt. Zum Nachdenken könnte bereits die Beobachtung anregen, dass die Feuerwehrleute nicht für einen Blumentopf, wohl aber für einen Menschen das Sprungtuch aufspannen. Offensichtlich empfinden nicht nur sie, dass zwischen Nahrungsmitteln, Industriewaren oder Aktienpaketen 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 in einem ersten Schritt darstellen, wie derzeit kommerzielle Imperative das Gesundheitswesen überformen. In einem zweiten Schritt sollen politische Infektionen genannt werden, die jene kommerziellen Imperative verstärkt haben. Welche Chancen solidarische Gegenentwürfe des Gesundheitswesens haben, will ich in einem dritten Schritt erläutern.

1. Kommerzielle Imperative

Das marktradikale Credo mit seinen drei "Glaubenssätzen" - Vertraue auf die Selbstheilungskräfte des Marktes! Der schlanke Staat ist der beste aller möglichen Staaten! Indem die Notenbank die Inflation rigoros bekämpft, sind Wachstum und Beschäftigung automatisch gesichert! - hat tendenziell die öffentlichen Einrichtungen mit jenen Funktionsregeln, die der Teilsphäre der Wirtschaft entnommen sind, überformt. Daraus wurden für das öffentliche Gesundheitswesen die Imperative des "Standortwettbewerbs" abgeleitet, nämlich die

¹ Vgl. Engels, Wolfram. Stoppsignal. In: Wirtschaftswoche 18, 25.4.1986, 144.

"Lohnnebenkosten zu senken" und die "Beitragssätze stabil zu halten". Infolgedessen wird der leidende Kranke zum mündigen Kunden umdefiniert. Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte konkurrieren miteinander, die Gesundheitsversorgung mutiert zum Gesundheitsmarkt. Therapeutische Entscheidungen folgen einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation, die medizinische Heilkunst wird dem Gewinnstreben ausgeliefert.

1.1 Mündiger Patient

Der moderne Patient, so lehren Ökonomen, sei ein wohl informierter, rational denkender Mensch, der sprichwörtliche "homo oeconomicus". Er strebe die Befriedigung eines Bündels von Bedürfnissen an, die gemäß den persönlichen Vorlieben, dem Charakter oder dem Alter auf einer Rangskala aufgereiht sind. Da die materiellen Bedürfnisse weitgehend befriedigt sind, rücke das vitale Bedürfnis, gesund zu bleiben, in den Mittelpunkt des Interesses. Der wirtschaftlich denkende Mensch 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 ihm stiftet. Jedes Individuum bestimme autonom, welchen Anteil seines Einkommens es für Nahrungsmittel, Industriewaren und für Gesundheitsdienste ausgibt. Aus der Eigenschaft des Gutes Gesundheit, unsicheren Erwartungen zu unterliegen, folge nicht, dass ein vernünftig denkender Mensch sein Gesundheitsrisiko nicht kalkulieren und einem individuellen Nutzen/Kosten-Vergleich unterziehen kann. Das Gesundheitsrisiko werde ähnlich wie das Risiko eingeschätzt, einen Autounfall zu erleiden, oder das Risiko, dass die Wohnung Feuer fängt ².

Gegen eine solche Argumentation spricht, dass auch der moderne, medizinisch aufgeklärte Mensch mit seiner Gesundheit irrational umgeht. Er schätzt seine Gesundheit nicht nach der Art eines wohl informierten, vernünftig kalkulierenden Menschen ein. Die weit verbreitete Maxime: "Gesundheit unser höchstes Gut" ist irrational. Denn es gibt in einer kontingenten Welt kein höchstes Gut. Auch die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation ist widersprüchlich - weder ein unter realistischen Bedingungen operationaler Maßstab noch ein vernünftig anzustrebendes Ziel. Jeder Mensch unterschätzt, solange er gesund ist, den Wert seiner Gesundheit und überschätzt ihn, sobald er den kleinsten Schmerz verspürt. Die emotional aufgeladene Einstellung 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.

1.2 Marktsteuerung

Hinter der Formel: "Mehr Markt im Gesundheitswesen" verbirgt sich die Absicht, dass Krankenhäuser, Ärzte und Ärztinnen sowie die Krankenkassen intensiver miteinander um

² Vgl. Breyer, Friedrich/Zweifel, Peter/Kifmann, Mathias. Gesundheitsökonomik. 5. Auflage Berlin u.a.: Springer 2005.; Lauterbach, Karl W. (Hrsg). Gesundheitsökonomik. Bern: Huber 2006.

diejenigen "Kunden" konkurrieren, die Gesundheitsgüter nachfragen. Von den Leistungsanbietern 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 öffentliche Finanzmittel Kürzungen unterliegen, 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.

Entwerten die kommerziellen Imperative die medizinische, pflegerische und therapeutische Kompetenz der Akteure oder respektieren sie diese? Die monetäre Steuerung der Behandlungspraxis kann mit dem beruflichen Ethos der Ärztinnen und Ärzte kollidieren, dass sie nämlich als Anwälte der Patienten die erste diagnostische und therapeutische Verantwortung tragen. 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, diese möglichst umfangreich auf andere zu verlagern. Der Leistungswettbewerb kann zu einem Verdrängungskampf um mehr oder weniger profitable Risiken bzw. um Versicherte in hoher oder niedriger sozialer Stellung entarten. Die Wettbewerbsappelle können nicht außer Acht lassen, dass weder Krankenhäuser, Ärzte und Krankenkassen homogene Warenanbieter noch die Patienten austauschbare Kunden mit gleichen Risikomerkmale sind³. Mit Hilfe des Risikostrukturausgleichs wird zwar versucht, die unterschiedliche Risikoverteilung des Alters und Geschlechts, der familiären Haushaltsform und der Einkommenslage auszugleichen. Aber inzwischen musste dieser um spezifische Krankheitsstrukturen nachgebessert werden. Diese Erweiterung wird nicht die letzte bleiben, der Ausgleich muss fortwährend justiert werden⁴. Offensichtlich taugt die Mikrosteuerung von Anbietern und Nachfragenden 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 der Gesundheitsprävention zu wecken. Die Antinomie zwischen dem, was für das einzelne Krankenhaus, den einzelnen Arzt und die einzelne Krankenkasse vorteilhaft ist, und dem gesellschaftlichen Interesse kann durch den Markt ebensowenig beseitigt werden, wie ein marktwirtschaftlicher Wettbewerb für die Bereitstellung des öffentlichen Guts Gesundheit tauglich ist⁵.

³ Vgl. Deppe Hans-Ulrich. Mehr Markt und Wettbewerb? Auswirkungen auf die Arzt-Patient-Beziehung. In: Gellner, Winand/ Schön, Markus (Hrsg). Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik? Baden-Baden: Nomos 2002: 153-160.

⁴ Jacobs, Klaus/Staudt, Susanne/Wasem, Jürgen. Wie kommen wir zu einem gerechten RSA? In: Soziale Sicherheit 2007; 12: 420-426.

⁵ Vgl. Kruse, Udo/Kruse, Silke. Gesetzliche Krankenversicherung: Die Kassen der Gesetzlichen Krankenversicherung im Spannungsfeld zwischen Kommerz und Sozialpolitik. In Sozialer Fortschritt 2003; 53: 108-112.

1.3 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. Behäbige 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 in Pflegeheimen. Typische Behandlungsschritte lassen sich sinnvoll von typischen Behandlungszielen her strukturieren. Nicht jede zu behandelnde Krankheit ist derart einzigartig, dass Diagnosen und Therapien nicht miteinander vergleichbar wären und standardisiertes Wissen für die Behandlung konkreter Patienten nicht abgerufen werden könnte.

Aber damit ist noch nicht ausgeschlossen, dass diagnosebezogene Behandlungsprogramme, sofern sie ausschließlich einer betriebswirtschaftlichen Rationalität folgen, die fachliche, personale und kommunikative Kompetenz von Ärztinnen, Pflegerinnen und Therapeutinnen verdrängen. Die Therapie ist nicht bloß die sozio-technische Umformung einer Diagnose, zumal multimorbide Problemlagen eine trennscharfe Unterscheidung in Haupt- und Nebendiagnose erschweren. Die spezifische Qualität personennaher Dienste lässt sich weder unter Zeitdruck und Stress noch 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 sollte, wird so entwertet. Sobald im Verlauf des angeblichen Reformprozesses qualifizierte Arbeitskräfte innerlich emigrieren oder den medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Diensten entfliehen, ist es an der Zeit, das System der betriebswirtschaftlichen Steuerung selbst einer Kosten/Nutzen-Analyse zu unterwerfen. Der Qualitätsmaßstab einer Arbeit an kranken Menschen folgt anderen Kriterien, als sie sich in der Industrie bewährt haben ⁶. 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 weder von außen abgelesen noch intern normiert, sondern nur kreativ erarbeitet und gewonnen werden, indem das Arbeitsteam selbst bei der Festlegung von Qualitätskriterien aktiv beteiligt ist ⁷.

⁶ Vgl. Müller-Kohlenberg, Hildegard/Münstermann, Klaus (Hrsg). Qualität von humanen Dienstleistungen. Evaluation und Qualitätsmanagement in Sozialer Arbeit und Gesundheitswesen. Opladen: leske+budrich 2000.

⁷ Vgl. Kühn, Hagen. Der Ethikbetrieb in der Medizin. Korrektur oder Schmiermittel der Kommerzialisierung? In: Hagemann, Ulrich/Simon, Ingeborg (Hrsg). Pharmazie im Gesundheitswesen heute, Reihe Berichte und Dokumente zur Zeitgeschichte der Medizin, Berlin 2005, 11-31; Kühn, Hagen. Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung. In: Elsner, Gine/Gerlinger, Thomas/Stegmüller, Klaus (Hrsg). Markt versus Solidarität - Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus. Hamburg: VSA 2004, 25-41; Simon, Michael. Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health P 01-205, Berlin: 2001.

2. Politische Infektionen

Kommerzielle Imperative sind weder ein Naturgesetz noch ein unvermeidbarer Zwang. Sie verhalten, sobald die politische Resonanz ausbleibt. Oder sie prallen am entschlossenen Widerstand der politisch Verantwortlichen ab. Die kommerziellen Imperative jedoch, die das Gesundheitswesen bedrängen, sind politisch mit verursacht. Denn die politischen Entscheidungsträger haben dem kommerziellen Außendruck nachgegeben, sich von ihm infizieren lassen und ihn zusätzlich bekräftigt.

2.1 Monetäre Revolution

Die Entwicklungsschübe im Umbau des Industriekapitalismus seit Mitte der 1970er Jahre, die den monetären Kreislauf tendenziell vom Güterkreislauf abgelöst haben, wurden auch gegen die solidarischen Sicherungssysteme gelenkt. Als mittelbare Folgen der Aufkündigung des Bretton-Woods-Währungssystems, der US-\$ Abwertung und der Ölpreiserhöhung expandierten die Finanzströme, Einkommensverhältnisse wurden umgeschichtet, Finanzgeschäfte und private Finanzunternehmen, nämlich Großbanken, Versicherungskonzerne und Pensionsfonds vermehrten sich explosiv. Der Finanzkapitalismus stützt sich ganz erheblich auf eine veränderte Geldfunktion. In der Nachkriegszeit verwendeten breite Bevölkerungsschichten das Geld nur dazu, den Gütertausch zu ermöglichen und zu erleichtern. Mit steigenden Einkommen und Vermögen bekam die zweite Geldfunktion ein größeres Gewicht, nämlich Vermögensgegenstand und Wertspeicher zu sein. Geld konkurriert seitdem mit anderen Vermögensarten, etwa Grund und Boden, Fabrikanlagen, Wertpapieren oder Formen der privaten Risikoabsicherung. Und schließlich wurde die Umstellung der betriebswirtschaftlichen Kalkulation von der Mengenrechnung (Tonnen von Kohle und Stahl) zur Wertrechnung, nämlich der Saldierung von Aufwand und Ertrag, durch eine weitere Stufe, nämlich die Finanzrechnung abgelöst. Unternehmen werden nicht mehr durch den Markterfolg definiert, indem sie Kundenwünsche befriedigen oder qualifizierte Arbeitskräfte beschäftigen, sondern ausschließlich durch den positiven Saldo zukünftiger Zahlungsströme, also den "shareholder value", der sich angeblich im Börsenkurs spiegelt. So wird das Unternehmen zur Vermögensmasse in den Händen der Aktionäre. Die Manager haben ausschließlich deren Interessen zu bedienen, nicht die Einkommensinteressen der Belegschaft als Grundlage von Beitragszahlungen an die solidarischen Sicherungssysteme ⁸.

2.2 Bürgerliche Kampagnen

Graf Lambsdorff und der frühere Bundeskanzler Schröder gelten im Urteil des Bundespräsidenten Köhler als zwei herausragende Gestalten bundesrepublikanischen Reformwillens. Mit einer solchen Aussage wird ein geschichtlicher Bogen von dem 1982 vorgelegten "Lambsdorff-Papier" bis zur Agenda 2010 und zum Wettbewerbsstärkungsgesetz

⁸ Vgl. Herr, Hansjörg. Währung und Unsicherheit in der globalen Ökonomie. Eine geldwirtschaftliche Theorie der Globalisierung. Berlin: Ed. Sigma 2005; Gischer, Horst/Herz, Bernhard/Menkhoff, Lukas. Geld, Kredit und Banken. Berlin u.a.: Springer 2004; Stiglitz, Joseph. Schatten der Globalisierung. Berlin: Siedler 2002; Lütz, Susanne. Der Staat und die Globalisierung von Finanzmärkten. Frankfurt am Main: Campus 2002; Frenkel, Michael/Menkhoff, Lukas. Stabile Weltfinanzen? - Die Debatte um eine neue internationale Finanzarchitektur. Berlin u.a.: Springer 2000.

der Großen Koalition angedeutet. Tatsächlich enthielt das programmatische Lambsdorff-Papier eine Reihe politischer Vorschläge, etwa die Unternehmensteuern zu senken, den Kündigungsschutz zu lockern und Tarifverträge zu flexibilisieren, die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall rückgängig zu machen, Löhne und Sozialbeiträge zu senken, die Lohnstruktur nach unten zu spreizen, Sozialleistungen zu kürzen und Zuzahlungen bei Gesundheitsleistungen auch unteren Einkommensgruppen zuzumuten. Die daran anschließende öffentliche Sozialstaatskritik konnte den Eindruck erwecken, dass die wohlhabende Dreiviertel-Gesellschaft die Solidarität mit den Bevölkerungsgruppen im unteren Einkommensbereich aufkündigt. Der Sozialstaat sei angesichts des globalen Wettbewerbs zu teuer und wegen der demographischen Entwicklung auf Dauer nicht finanzierbar. Aber selbst wenn er nicht an Finanzierungsgrenzen stößt, sei er fehlgesteuert, weil er die persönliche Zuwendung, die Hilfebedürftige erwarten, nicht leisten kann und weil er die Eigenverantwortung systematisch lähmt. Bürgerliche Kampagnen, die von Industrie- und Finanzunternehmen finanziert wurden, suchten die Bevölkerung darüber aufzuklären, wie dringlich radikale Reformen der solidarischen Sicherungssysteme seien. Neben der Initiative "Neue soziale Marktwirtschaft" hat vor allem ein "Bürgerkonvent" die solidarischen, umlagefinanzierten Sicherungssysteme verdächtigt, sie seien weder rentabel genug noch hinreichend demographiefest, während eine private, kapitalgedeckte Risikovorsorge gegen die nicht abwägbaren wirtschaftlichen Krisen besser gewappnet sei. Deshalb solle eine solidarisch steuerfinanzierte Sicherung des Existenzminimums mit einer komfortablen Privatversicherung des Gesundheitsrisikos kombiniert werden⁹.

Der überwiegende Teil der Behauptungen hält einer ernsthaften Prüfung nicht stand. Die deutsche Wirtschaft leidet nicht unter einem angeblichen Globalisierungsdruck. Sie ist nicht Opfer der Globalisierung, sondern deren treibender Motor. Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit eines Landes hängt nicht in erster Linie von der biologischen Zusammensetzung der Bevölkerung ab, sondern von Wachstumserwartungen, einem hohen Beschäftigungsstand, der Produktivitätsentwicklung und einer ausgewogenen Verteilung der Einkommen und Vermögen. Solidarische Sicherung und eigene Verantwortung lassen sich nicht gegeneinander ausspielen.

2.3 Regieren gegen das Volk

Rolf E. Breuer, der frühere Vorstandssprecher der Deutschen Bank hat zu Beginn des Jahrhunderts behauptet, die Finanzmärkte seien quasi die fünfte Gewalt in der Demokratie¹⁰. Sie würden nicht nur die Unternehmen, sondern auch nationale Regierungen kontrollieren - und zwar sensibler als die vierjährigen Parlamentswahlen. Die millionenfachen täglichen Entscheidungen der Kapitaleigner würden die Regierungen dazu bewegen, Steuern, Löhne und Sozialbeiträge zu senken, die Gewerkschaften in Schach zu halten sowie das Ausmaß und Niveau solidarischer Sicherungssysteme zu begrenzen. Kritische Intellektuelle haben

⁹ Vgl. Hartmann, Michael. Eliten und Macht in Europa. Frankfurt am Main: Campus 2007; Patzelt, Werner J. Warum regieren Politiker gegen die Bürger? In: Riedl, Rupert/Gehmacher, Ernst/Hingst, Wolfgang (Hrsg). Regieren gegen den Bürger? Frankfurt am Main: Lang 2006; Müller, Albrecht. Machtwahn. München: Droemer 2006; Crouch, Colin. Post-Democracy, Cambridge-Malden: MA 2004; Buchstein, Hubertus/Jörke, Dirk. Das Unbehagen an der Demokratietheorie. In Leviathan 2003; 31: 470-495.

¹⁰ Vgl. Breuer, Rolf-E. Die fünfte Gewalt. In: Die Zeit 24.4.2000, 21f.

einen so skizzierten Regierungsstil als postdemokratisches "Regieren gegen das Volk" gekennzeichnet. Nicht die Beteiligung des Volkes bestimme die Entscheidungen der staatlichen Organe, sondern der Schulterschluss mit den wirtschaftlichen und wissenschaftlichen Eliten. Die politische Verantwortung werde auf Kommissionen, Sachverständige, Beauftragte und Beiräte verlagert. Entscheidungen, die wirtschaftlich als vernünftig gelten, würden danach als richtig, gerecht und ohne Alternative proklamiert. Wenn das Volk sie nicht auf Anhieb versteht, müssten sie ihm erklärt und besser vermittelt werden.

Dass politische Entscheidungen von gewählten Repräsentanten in formalisierten Verfahren getroffen werden, ist nicht anfechtbar. Wohl aber, dass wissenschaftliche und politische Eliten aus einer Milieuzene heraus Gesetze erlassen, die Lichtjahre von der Alltagswelt jener Bevölkerungsgruppen entfernt ist, denen solche Gesetze dienen sollten.

2.4 Deformation der Solidarität

Die politische Klasse hat sich nicht nur das bürgerliche Meinungsklima sowie die medial gestützte Propaganda der wirtschaftlichen Eliten zu eigen gemacht. Sie hat auch vorsätzlich oder zumindest fahrlässig eine systemsprengende Deformation der Solidarität voran getrieben. Diese Deformation fand auf drei Ebenen statt:

Die erste Ebene war das Umbiegen normativer Überzeugungen. Spitzenpolitiker der Parteien haben ihre sozial- und arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen mit Debatten über die Leitbilder der Gerechtigkeit und Solidarität flankiert. Die Bevölkerung sollte sich von der Verteilungsgerechtigkeit verabschieden. Materielle Güter umzuverteilen, sei angesichts des erreichten Wohlstands nicht mehr nötig. Außerdem verfüge der Staat auch nicht über die finanziellen Mittel, diese umzuverteilen. Der neue Begriff der Gerechtigkeit heiße Chancengleichheit in Bezug auf den Erwerb von Bildungsgütern. Da die Menschen unterschiedliche Talente hätten und sich unterschiedlich anstrengen, müsse die Gesellschaft unterschiedliche Leistungen auch unterschiedlich entlohnen. Deshalb gebühre der Leistungsgerechtigkeit bzw. Marktgerechtigkeit ein Vorrang vor der Bedarfsgerechtigkeit. Die Solidarität sei keine Einbahnstraße. Niemand habe das Recht, Leistungsansprüche an die Gesellschaft und den Staat zu richten, der nicht zu einer Gegenleistung von Eigeninitiative und Selbstbeteiligung bereit sei.

Die zweite Ebene war die soziale Entsicherung der Arbeitsverhältnisse. Zwar wurde die Tarifautonomie nicht angetastet, aber ein systematischer Mikroblick hat dazu geführt, dass der besondere Kündigungsschutz als Beschäftigungsbremse und der Tarifvertrag als Insiderkartell diffamiert wurden, dem flexible und betriebsnahe Regelungen vorzuziehen seien. Wirtschaftliche Prozesse wurden ausschließlich aus einer betriebswirtschaftlichen Sicht gedeutet und die individuellen Arbeitsverhältnisse und deren Belastung mit Steuern, Löhnen und Lohnnebenkosten zur Stellgröße des Krisenmanagements erklärt. Arbeitsmarktpolitische Maßnahmen, die auf einer solchen Fehldiagnose beruhten, haben das Armutrisiko der Bevölkerung erhöht, den gesellschaftlichen Ausschluss, die materielle Entbehrung und politische Entrechtung unterer Einkommensgruppen verschärft und die soziale Entsicherung in die Sphäre der Erwerbstätigkeit getrieben, so dass sich inzwischen ein breiter Kranz atypischer Beschäftigung um die Kernbelegschaften herum gelegt hat - Teilzeitarbeit, Leiharbeit, befristete Arbeit, Scheinselbständigkeit, Mini-, Midi- und 1 €-Jobs.

Die dritte Ebene waren systemsprengende Einschnitte in die solidarischen Sicherungssysteme selbst. Zuerst sind gesellschaftliche Risiken - das sind Risiken, die nicht durch das individuelle Fehlverhalten von Individuen, sondern durch gesellschaftliche Verhältnisse verursacht sind, wie etwa Arbeitslosigkeit, Altersarmut, schwere Krankheit, Pflegebedürftigkeit - den Betroffenen direkt zugerechnet worden. Sie seien selbst wegen fehlender Motivation, Qualifikation, falscher Ernährung oder riskanter Freizeitgestaltung für ihre missliche Lage verantwortlich zu machen. Dann wurde problematisiert, ob die finanziellen Belastungen, die durch individuell verursachte Risiken entstehen, der Solidargemeinschaft aufzubürden seien. Folglich wurden Leistungen einiger solidarischer Sicherungssysteme, der gesetzlichen Alters- und Krankenversicherung sowie der Arbeitslosenversicherung tendenziell zurück genommen. Den Betroffenen wurde die private Vorsorge empfohlen und steuerlich begünstigt - für Wohlhabende kein Problem, wohl aber für diejenigen, die nicht die finanziellen Mittel einer privaten Vorsorge aufbringen können. Am Ende ist das Niveau der solidarischen Sicherung, die im Fall der Erwerbslosigkeit, bei Krankheit oder im Alter den bisherigen Lebensstandard mehr oder weniger gewährleistet hat auf das Niveau von Fürsorgeleistungen, also auf ein sozio-kulturelles Existenzminimum abgesenkt worden ¹¹. Eine mittelbare Folge dieser Einschnitte besteht darin, dass Grundrechtsansprüche gegenüber dem Sozialstaat, etwa das Recht auf eine Grundsicherung, die ein menschenwürdiges Leben ermöglicht, auf eine sinnvolle Arbeit und angemessene Entlohnung, auf Zugang zu Bildungs- und Gesundheitsgütern, in private Tauschverhältnisse überführt werden, die zwar konzeptionell auf gleicher Augenhöhe zustande kommen, aber tatsächlich unter dem Druck ungleicher Verhandlungsmacht von Arbeitslosen und Fallmanagern stehen. So wird den Armen, Kranken und Arbeitslosen die Zivilcourage, vor allem jedoch das Grundrecht geraubt, eine angebotene soziale Dienstleistung auch ablehnen zu können. Wer dazu kommerzielle Imperative und politische Infektionen zusätzlich mit einer Rhetorik der Eigenverantwortung garniert, stellt die Lastenverteilung solidarischer Verantwortung zwischen der Gesellschaft und ihren einzelnen Mitgliedern auf den Kopf ¹².

Ob die große Koalition mit dem "Wettbewerbsstärkungsgesetz" die Grundrichtung der rot-grünen Agendapolitik geändert hat, ist schwer zu beurteilen ¹³. Der Name des Gesetzes lässt ahnen, dass solidarische Bausteine des öffentlichen Gesundheitswesens weiter abgetragen wurden. Ein solcher Eindruck wird durch einzelne Regelungen des Gesetzes bekräftigt. Wenn nämlich Krankenkassen mit einzelnen Leistungsanbietern verhandeln dürfen, sind Vereinbarungen auf "gleicher Augenhöhe" nicht gewährleistet. Oder wenn Ärzte leistungsorientiert honoriert werden, ist ein Verdrängungswettbewerb bzw. ein Kampf um "bessere" Risiken nicht vermeidbar. Wahltarife gleichen die Geschäftspraxis der gesetzlichen Versicherungen an die der privaten Versicherungen an. Die Zusatzprämien bedrängter Kassen, die allgemeine Budgetkürzung der Krankenhäuser sowie die länderbezogene Deckelung des Risiko-

¹¹ Vgl. Spindler, Helga. Kranke müssen Ausgaben für notwendigen Lebensunterhalt kappen. Gesundheitsreform senkt soziales Existenzminimum bei Sozialhilfe. In: Soziale Sicherheit 2004; 53: 55-60.

¹² Vgl. Hengsbach, Friedhelm. Das Reformspektakel. 2. Auflage Freiburg: Herder 2004.

¹³ Vgl. Stapf-Finé, Heinz. Gesundheitsreform 2006/2007: Anspruch und Wirklichkeit. In: Soziale Sicherheit 2006; 55: 372-377;

strukturausgleichs ¹⁴verkörpern den marktförmigen Grundsatz der Äquivalenz angebotener Leistungen und eingeforderter Beiträge. In die Gegenrichtung deuten die allgemeine Versicherungspflicht, der kassenübergreifende einheitliche Beitragssatz, der Aufbau eines aus Beiträgen und Steuermitteln gespeisten Gesundheitsfonds, der erweiterter Risikostrukturausgleich und die Auflagen, die den Privatversicherungen für den Basistarif gemacht werden. Widersprüchlich zur Absicht, mehr Markt und Wettbewerb zu installieren, ist indessen die offenkundige Tendenz, die Kompetenz der Selbstverwaltung einzuschränken und die des Staates auszubauen ¹⁵ - indem etwa die Regierung die Höhe des Beitragssatzes und der dem Gesundheitsfond jährlich zufließenden Steuermittel festsetzt sowie den Kassen die Finanzmittel aus dem Fonds zuweist.

3. Solidarische Gegenentwürfe

Die kommerziellen Imperative und die lähmenden Infektionen, die der politischen Klasse zusetzen, verbreiten unter den Akteuren des Gesundheitssystems eine Stimmungslage der Ohnmacht und Resignation. Kann diese Stimmung in Konzepte und Orientierungen der Solidarität konvertiert werden? Ich will im Folgenden zunächst erläutern, worin das "Andere" des Gutes Gesundheit besteht. Danach soll die Korrespondenz gesellschaftlicher Risiken und einer vorrangig solidarischen Absicherung aufgezeigt werden. Und schließlich will ich einige solidarische Handlungsorientierungen skizzieren.

3.1 Gesundheit - kein Gut wie viele andere

Das "Andere" des Gutes Gesundheit besteht erstens darin, dass es zunächst einmal etwas unmittelbar Persönliches ist. Wie die Arbeit ist auch die Gesundheit 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 ist 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 in der Praxis oder im Krankenhaus eine medizinische Diagnose. Und gleichzeitig entscheiden die gesetzlichen oder privaten Krankenkassen über die Finanzierung der vorgesehenen Therapie.

¹⁴ Vgl. Stock, Stephanie/ Lungen, Markus/Lauterbach, Karl W. Der Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds .Basis für einen solidarischen Kassenwettbewerb? In: Soziale Sicherheit 2006; 55: 407-412.

¹⁵ Vgl. Paquet, Robert. Der "vorsorgende Sozialstaat" beginnt mit dem Abschied von der Sozialversicherung. In: Sozialer Fortschritt 2007; 56: 263-269; Schlegel, Rainer. Gesundheitsreform 2006/2007: GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und Selbstverwaltung aus sozialrechtlicher Sicht. In: Soziale Sicherheit 2006; 55: 378-383; Welti, Felix. Nach den Eckpunkten zur Gesundheitsreform: Selbstverwaltung in der Krankenversicherung. Anspruch und Wirklichkeit in Gegenwart und Zukunft. In: Soziale Sicherheit 2006; 55: 254-261;

In dieser verkürzten Darstellung werden mehrere Dimensionen, wie Gesundheit und Krankheit zu deuten sind, sowie der solidarische Kontext von Diagnose und Therapie bzw. der einbezogenen Akteure anschaulich.

Wie wenig die Gesundheit ein ausschließlich privates Gut ist, lässt sich auch an der schichtenspezifischen Verteilung von Krankheiten und einer entsprechenden Verteilung von Krankheitsbildern ablesen. Es gibt 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 Volkskrankheiten¹⁶. Das Gut Gesundheit gerät in die Nähe eines öffentlichen Gutes. Es ist ein quasi-öffentliches Gut, wobei die Grenzen zum öffentlichen Gut im eigentlichen Sinn fließend verlaufen. Streng genommen ist ein öffentliches Gut nämlich dadurch definiert, dass der für den Umgang mit privaten Gütern typische Ausschließungsgrundsatz nicht gilt: Diejenigen, die über das Gut verfügen und dessen Nutzen genießen, können andere nicht von der Verfügung über dasselbe Gut und von dessen Nutzung ausschließen. Jedenfalls hat das Gut Gesundheit jenseits einer derart strengen Abgrenzung jene Eigenschaft, dass der Gesundheitszustand eines individuellen Subjekts auf andere ausstrahlt bzw. die gesundheitliche Beeinträchtigung eines Mitglieds der Gesellschaft äußere Wirkungen bei anderen Mitgliedern auslöst.

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 reagieren, das sich die gewünschte Kaufkraft beschafft. 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.

¹⁶ Vgl. Klein, Thomas/Unger, Rainer. Einkommen und Mortalität im Lebensverlauf. In: Wendt, Claus/Wolf, Christof (Hrsg). Soziologie der Gesundheit. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderheft 46. Wiesbaden: VS, 2006: 144-157; In: Wendt, Claus/Wolf, Christof (Hrsg). Soziologie der Gesundheit. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderheft 46. Wiesbaden: VS, 2006: 109-124; Sigrist, Johannes/ Dragano, Nico. Berufliche Belastung und Gesundheit. Schneider, Sven. Schichtzugehörigkeit und Mortalität in der BRD: Empirische Überprüfung theoretischer Erklärungsansätze. In: Sozialer Fortschritt 2003; 52: 64-73.

3.2 Korrespondenz gesellschaftlicher Risiken und solidarischer Sicherung

Das Gut Gesundheit ist kein Gut wie viele andere. Es ist zwar untrennbar mit dem menschlichen Subjekt verbunden, ist aber kein ausschließlich privates Gut, gehört zu den Vertrauensgütern und hat den Charakter eines Grundrechts. Da das Gesundheitsrisiko zu den gesellschaftlichen Risiken gehört, ist dessen vorrangig solidarische Absicherung angemessen.

Gesellschaftliche Risiken

Ulrich Beck hat die hoch entwickelte moderne Gesellschaft als "Risikogesellschaft" ¹⁷ bezeichnet. Neben dem globalen Umweltrisiko und dem Risiko einer Politik, deren Reichweite sich auf die Staatsorgane und zahlreiche zivilgesellschaftliche Akteure erstreckt, identifiziert er eine Verlagerung gesellschaftlicher Risiken auf die Individuen, die sich aus den Bindungen der Familie, der Klasse und des Normalarbeitsverhältnisses lösen.

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. Solche gesellschaftlichen Risiken, die durch entwickelte moderne Gesellschaften erzeugt werden, hat Ulrich Beck im Blick.

Krankheit und Pflegebedürftigkeit sind zu einem erheblichen Anteil gesellschaftliche Risiken, durch gesellschaftliche Verhältnisse bedingt oder erzeugt und nicht in erster Linie durch ein fahrlässiges Handeln der Individuen verursacht. Werbekampagnen, die derzeit von Interessierten geschaltet werden, sind wohl vermehrt von der Absicht bestimmt, die gesellschaftliche Bedeutung gesundheitlicher Risiken herunter zu spielen. Sollen diejenigen, deren Lebensstil auffällig riskant ist, aus der solidarischen Sicherung hinaus gedrängt werden? Soll zunächst der Nachweis erbracht werden, dass solche Risiken nicht oder nur marginal auf gesellschaftliche Verhältnisse, in erster Linie jedoch auf individuelles Fehlverhalten zurück zu führen sind ¹⁸? Namenhafte Magazine versuchen darüber "aufzuklären", dass die Gesundheit durch bewusste Ernährung erhalten bleibt. Deren Botschaft lautet unterschwellig: "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 unterstellt, dass etwa 55 Millionen Menschen für ihre Ernährung ausschließlich individuell verantwortlich seien.

¹⁷ Beck, Ulrich. Risikogesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1986

¹⁸ Vgl. Kopetsch, Thomas. Grundsätzliche Überlegungen zur Gestaltung des deutschen Gesundheitssystems. In: Sozialer Fortschritt 2005; 54: 62-69.

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 auch durch die wachsende Vorliebe jener Bevölkerungsgruppen belegt, die zu privaten Krankenversicherungen wechseln. Da ihnen die Beitragszahlungen und Leistungsansprüche stärker individuell zugerechnet werden, bestätigen sie eine sowohl für die Mehrheit als auch für die Minderheit der Bevölkerung geltende Korrelation zwischen der Einkommenslage und dem Gesundheitsrisiko ¹⁹.

Steuerungsform "Solidarität"

Wenn Gesundheitsrisiken überwiegend den gesellschaftlichen Risiken zuzurechnen sind, ist es angemessen, diese nicht privat sondern solidarisch abzusichern.

"Solidarische Absicherung" von Gesundheitsrisiken kann indessen zum einen bedeuten, dass die persönliche Tugend der Solidarität stärker zur Geltung gebracht werden müsse. Diese äußert sich als Sympathie, Interesse, Barmherzigkeit und Mitleid individueller bzw. zivilgesellschaftlicher Akteure gegenüber den unvertretbar Anderen, den leidenden Nächsten, deren Lebenslage als herausfordernd empfunden wird. Um gesellschaftliche Risiken abzusichern, ist jedoch nicht in erster Linie der Einsatz persönlicher Tugend gefragt, sondern ein Aufbau der 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 ²⁰.

¹⁹ Vgl. Deppe Hans-Ulrich/Burkhardt, Wolfram (Hrsg.). Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zur Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin. Hamburg:VSA 2002.

²⁰ Vgl. Hondrich, Karl-Otto/Koch-Arzberger Claudia. Solidarität in der modernen Gesellschaft. Frankfurt am Main: Fischer 1994; Kaufmann Franz-Xaver. Solidarität als Steuerungsform - Erklärungsansätze bei Adam Smith. In: Kaufmann, Franz-Xaver/ Krüsselberg, Hans-Günter (Hrsg.). Markt, Staat und Solidarität bei Adam Smith.

Stellt man eine solche Solidarität der Marktsteuerung gegenüber, wird deutlich, worin beide 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 wirksam sein. 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.

Demokratische Solidarität

Die Grundlagen der Steuerungsform der Solidarität, die für das Gesundheitssystem bisher bestimmend waren, sind brüchig geworden. Eine ununterbrochene Erwerbsbiographie, die sich über 40 Jahre erstreckt, kann nicht mehr als Regelfall angesehen werden. Neben das so genannte Normalarbeitsverhältnis sind prekäre Beschäftigungsverhältnisse mit fließenden Grenzen der Teilzeitarbeit, Leiharbeit, Scheinselbständigkeit und zusätzlicher Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung (1 €-Jobs) getreten. Die Schere zwischen den Anteilen der Arbeitseinkommen und der Kapitaleinkommen am gesamten Volkseinkommen weitet sich. Die kapitalistisch-patriarchale Arbeitsteilung, die den Männern eine vollzeitige Erwerbsarbeit zuwies und die Frauen zur unentgeltlichen Haus-, Erziehungs-, Beziehungs- und Pflegearbeit dienstverpflichtete, wird von den Frauen zurückgewiesen. Sie reklamieren zu Recht für sich ein eigenständiges Leben, eigenes Einkommen, eine autonome Lebensplanung, Erwerbsbeteiligung und Alterssicherung. Und auch der Haushalt mit zwei oder mehreren Kindern kann derzeit nicht mehr als Normalfall unterstellt werden. Neben den Haushalten mit Kindern behaupten sich Haushalte ohne Kinder als Dauerform des Zusammenlebens geschlechtsverschiedener oder gleichgeschlechtlicher Partner.

Seitdem die erwerbswirtschaftlichen Grundlagen einer solidarischen Absicherung von Gesundheitsrisiken erodieren, sind erhebliche Leistungs-, Finanzierungs- und Gerechtigkeitsdefizite der Sicherungssysteme unausweichlich. Zum einen wird eine gleichzeitige Über-,

Unter- und Fehlversorgung ,beklagt. 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. Zum ändern ist die einseitige Steuer- und Beitragsbelastung der Arbeitseinkommen unzureichend, um den Finanzbedarf zu decken, und dazu auch ungerecht. Diesen Defiziten so zu begegnen, dass die Steuerungsform der Solidarität zugunsten einer Marktsteuerung eingeschnürt und an eine zunehmend private Vorsorge appelliert wird, ist unseriös und fahrlässig. Denn der Markt kann jene asymmetrische Gegenseitigkeit, die für solidarische Sicherungssysteme typisch ist, nicht bieten, weil er in strenger Gegenseitigkeit nur Signale sendet und aufnimmt, die über vorhandene Kaufkraft und Leistungsvermögen informieren. Mehr Markt allein macht weder alle gesund noch stabilisiert er ein komplexes Gesundheitssystem noch beseitigt er dessen Fehlsteuerungen.

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. Sie bietet einen anspruchsvollen Ausweg aus der Mehrklassen-Medizin, dem anachronistischen Erbe einer Feudal- und Ständegesellschaft ²¹ und ist durch folgende Merkmale bestimmt: Sie bezieht alle Personen, die im Geltungsbereich des Grundgesetzes ihren Lebensmittelpunkt haben, in die Solidargemeinschaft ein - unabhängig davon, ob die Beteiligten 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 eingebunden sind. Die Deckelung bietet den Wohlhabenden und exklusiv Reichen die Möglichkeit, sich zusätzlich privat abzusichern, wenn die Standardleistungen ihren Ansprüchen nicht genügen ²².

Das Konzept der Bürgerversicherung kommt einer solchen demokratischen Solidarität nahe ²³. Denn die Solidarität der gesundheitlich Starken mit den gesundheitlich Schwachen und die Solidarität der Wohlhabenden mit den Armen werden inklusiv, in einem einzigen selbst-

²¹ Vgl. Lauterbach, Karl. Der Zwei-Klassen-Staat. Wie die Privilegierten Deutschland ruinieren. Reinbek: rororo 2006.

²² Vgl. Hengsbach, Friedhelm. Gerechtigkeit und Solidarität im Schatten der Globalisierung. Handlungsoptionen reifer Volkswirtschaften. Policy Paper 26 der Stiftung Entwicklung und Frieden. Bonn 2007: 8; Albrecht, Martin/ Reschke, Peter/Schiffhorst Guido. Ein Modell für die Gesundheitsreform: GKV und PKV integrierendes Krankenversicherungssystem. Finanzielle Auswirkungen auf das Versicherungssystem und seine Beitragszahler. In: Soziale Sicherheit 2006; 55: 74-81

²³ Vgl. Kiefer, Gernot/Ruiss, Dirk. Gesetzliche Krankenversicherung als Bürgerversicherung - solidarisch, praktisch, realistisch? In: Sozialer Fortschritt 2004; 53: 152-159; Lauterbach Karl. Warum nur eine Bürgerversicherung die Probleme in unserem Gesundheitssystem lösen kann. In: Soziale Sicherheit 2004; 53: 420-425.

verwalteten und nicht staatlich verordneten System geregelt. Im Kontrast dazu enthält das Konzept einer Gesundheitsprämie mindestens zwei ungeschützte Flanken: Die eine besteht darin, dass die Solidarität der gesundheitlich Starken mit den gesundheitlich Schwachen in einem kollektiven Versicherungssystem und getrennt davon die Solidarität der Wohlhabenden mit den Einkommensschwachen durch das Steuersystem geregelt wird, obwohl bestimmte Krankheitsbilder mit der Einkommenslage und der gesellschaftlichen Stellung streng korrelieren ²⁴. Die andere ungeschützte Flanke besteht darin, dass das deutsche Einkommenssteuersystem nur noch begrenzt solidarisch ist, seitdem vom Grundsatz der Besteuerung nach der Leistungsfähigkeit abgewichen und die oberen Einkommen tendenziell entlastet wurden, während die mittleren und unteren Einkommen die Hauptsteuerlast aus direkten und indirekten Steuern zu tragen haben ²⁵.

3.3 Handlungsorientierungen

Mit dem üblichen Hinweis auf die globale Herausforderung lässt sich nicht behaupten, dass nationale Gesellschaften ihre Autonomie verloren hätten, unterschiedlich darüber zu entscheiden, ob die gesellschaftlich notwendige Arbeit über den Markt oder privat organisiert, durch welche Institutionen die Verteilung von Einkommen und Vermögen geregelt, zu welchen Anteilen Industriewaren und personennahe Dienste, nämlich heilende Arbeit an den Menschen angeboten, in welchem Ausmaß diese personennahen Dienste öffentlich oder privat bereitgestellt, welche Risiken privat oder solidarisch abgesichert und ob die solidarischen Sicherungssysteme durch Beiträge oder Steuern finanziert werden sollen. Eine solche Autonomie ist die Grundlage für eine vorrangige Option, das relativ komfortable Gesundheitswesen in Deutschland vorrangig solidarisch zu gestalten und den Markt und Wettbewerb darin eine nachrangige Rolle spielen zu lassen. Den kollektiven Akteuren des Gesundheitswesens möchte ich vier Handlungsorientierungen nahe legen, die sich auf den öffentlichen Gerechtigkeitsdiskurs, das politische Selbstverständnis, den Aufbau verbandlicher Gegenmacht und die Präsenz in der zivilgesellschaftlichen Öffentlichkeit beziehen.

Öffentlicher Gerechtigkeitsdiskurs

Zu Beginn des Jahrhunderts hatte Wolfgang Thierse erklärt, dass die Gerechtigkeitsfrage in die Gesellschaft zurückgekehrt sei ²⁶. Tatsächlich hat dieser normative Grundsatz das Ergebnis der vorgezogenen Bundestagswahl 2005 und die folgenden Landtagswahlen stark beeinflusst.

²⁴ Vgl. Grabka, Markus M./Leinert, Johannes/ Wagner, Gert G.. Bürgerversicherung oder Pauschalprämie? Oder beides? Die Bürgerprämie als Finanzierungsmodell für eine soziale Gesundheitssicherung. In: Soziale Sicherheit 2006; 55: 82-86; Knappe, Eckhard/ Weissberger, Doris. Wettbewerb und Solidarität im deutschen Gesundheitssystem. In: Sozialer Fortschritt 2003; 53: 102-105; Suntum, Ulrich van. Trennung von Risikoabsicherung und Umverteilung in der Sozialversicherung. In: Wirtschaftsdienst 2000; 80: 153-158.

²⁵ Vgl. Kirschner, Klaus/Schiek, Daniela. Ungleiche Gesundheitsrisiken sprechen gegen einheitliche Gesundheitsprämien. In: Soziale Sicherheit 2005; 54: 196-200; Lauterbach, Karl W. Verteilungswirkungen im Vergleich: Gesundheitsprämie und Bürgerversicherung. In: Soziale Sicherheit 2005; 54: 190-196; Heck, Reinhard. Zur Diskussion um das Gesundheitswesen - Vorschlag für einen Ausweg. In: Sozialer Fortschritt 2005; 54: 172-174..

²⁶ Vgl. Thierse, Wolfgang. "Die Gerechtigkeitsfrage ist in die Gesellschaft zurückgekehrt". In: Frankfurter Rundschau 20.6.2000, 7.

Normative Überzeugungen werden nicht im luftleeren Raum entworfen, sondern nach einem abwägenden Urteil über die situative Herausforderung kreativ angeeignet. Im Verlauf eines solchen dialogischen Wechselspiels fällt die gesellschaftliche Option entweder als gebotene Anpassung an die Situation oder als normativer Gegenentwurf im Kontrast zu der Situationsdeutung aus. Folglich ist in einer Zeit, da die Schere der Einkommen und Vermögen sowie der Lebenschancen von Menschen, die in Deutschland wohnen, zunehmend auseinanderklafft, ist ein kreativer Gegenentwurf vertretbar, der den Grundsatz der Gerechtigkeit als eine "Gleichheitsvermutung" bestimmt ²⁷.

Der Begriff der Gleichheit indiziert indessen nicht Identität, sondern die qualitative Übereinstimmung von Subjekten und Sachverhalten in einem spezifischen Merkmal. Diese verhältnismäßige Gleichheit drückt sich aus in den programmatischen Formeln: "Gleiches soll gleich, Ungleiches soll ungleich behandelt werden" oder: "Gleicher Lohn für gleiche Arbeit". In der antiken oder mittelalterlichen, feudal gegliederten Gesellschaft wurde den Individuen "das Gleiche", das ihnen zukommt, im Verhältnis zu ihren Talenten, Verdiensten, Funktionen und Positionen innerhalb einer wohlgeordneten Stadt oder Gesellschaft festgesetzt. Seit der Neuzeit gilt indessen die kopernikanische Wende in der Bestimmung verhältnismäßiger Gleichheit: Das Gleiche wird nun im Verhältnis zu sich selbst, 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. Diese 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 sowie mit einem doppelten Respekt zu würdigen, als generalisierte Andere und als unvertretbar Einzelne. Der Grundsatz moralischer Gleichheit ist zugleich als eine Verfahrensregel zur Bestimmung des Gerechten zu verstehen, nämlich als Rechtfertigungspflicht gesellschaftlicher Verhältnisse insbesondere gegenüber jenen, die am schlechtesten gestellt sind. Ihnen sollte eine Art "Vetorecht" bei der Formulierung jener Regeln gewährt werden, die bestimmen, bis zu welchem Grad eine Ungleichheit von Einkommen und Vermögen mit dem Leitbild gleicher Gerechtigkeit vereinbar ist. Ungleichheiten der Güterausstattung, Zugangsrechte und Machtpositionen sollten sich durch Gründe rechtfertigen lassen, die in persönlichen Leistungen, beruflicher Verantwortung und gesellschaftlichen Funktionen verankert sind, nicht jedoch in geschlechtsspezifischen Rollenmustern, im Einkommen und Vermögen, im Herkommen und Wohnumfeld der Eltern. Der Grundsatz realer Chancengleichheit sollte sich nicht in gleichen Startbedingungen erschöpfen. Ungeachtet unterschiedlicher Talente und Motivationen sollten die Individuen neben den gleichen Startchancen für den Lauf auch effektiv die gleichen Erfolgchancen während des Laufs behalten, indem die Zufallsergebnisse der natürlichen und gesellschaftlichen Lotterie fortlaufend ausgeglichen werden ²⁸.

²⁷ Vgl. Brink, Alexander/Eurich Johannes/Hädrich, Jürgen/Langer, Andreas/ Schröder, Peter (Hrsg). Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Sozialpolitische Schriften 88. Berlin: Duncker & Humblot 2006; Gosepath, Stefan: Gleiche Gerechtigkeit, Frankfurt am Main 2004: 128-175..

²⁸ Vgl. Hengsbach, Friedhelm. Gerechtigkeit - auf den Spuren der Gleichheit. In: Stimmen der Zeit 2006; 131: 516-530; Rauprich, Oliver/Marckmann, Georg/Vollmann, Jochen (Hrsg). Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin. Paderborn: mentis 2005.

Politische Selbstbehauptung

Eine solche nachrangige Rolle entspricht der Tatsache, dass das Spielfeld des angeblichen Gesundheitsmarkts hochgradig politisch besetzt ist, selbst wenn die beteiligten Akteure sich verstärkt auf ein Spiel, das dem Markt nachgebildet ist, einlassen möchten. Denn alle Spielzüge und Reaktionen individueller und kollektiver Akteure entrinnen nicht dem immer deutlicher markierten politischen Horizont. Dieser erklärt auch die aktuell wahrnehmbare Umschichtung der Machtverhältnisse auf der Angebots- und Nachfrageseite. Lange Zeit wurde darüber geklagt, 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 medizintechnisch-industrielle Komplex. Inzwischen breiten sich mit der Umkehrung der Machtverhältnisse kommerzielle Imperative aus, die den medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Ansprüchen Grenzen setzen. Sie werden über den Gesetzgeber und die Krankenkassen in das Gesundheitswesen eingelassen und drohen, falls sich die Kampagnen zur Stabilisierung der Beitragssätze, zur Senkung der Lohnnebenkosten, zum Kürzen, Streichen, Rationalisieren und Rationieren solidarischer Gesundheitsleistungen verfestigen, die beruflichen und fachlichen Kompetenzen der Leistungsanbieter an den Rand zu drängen. Ob sich mit solchen Imperativen die Gesundheitsziele wirksamer erreichen und die Volkskrankheiten schneller eindämmen lassen, ist unwahrscheinlich. Umso schwerer wiegt die Zivilcourage der selbstverwalteten Einrichtungen, sich gegen ökonomische Imperative zur Wehr zu setzen, die sich krebstartig in die Entscheidungsregeln der Verbandsorgane eingenistet haben.

Kollektive Gegenmacht

Um sich auf einem politischen Markt zu behaupten, müssen die "Markt"-Partner über mehr oder weniger gleichgewichtige Machtpositionen verfügen. Folglich scheint es ratsam zu sein, eine gesellschaftliche Gegenmacht medizinischer, pflegerischer und therapeutischer Kompetenz aufzubauen. Erste Anzeichen einer solchen Gegenmacht, die indessen fast ausschließlich auf monetäre Ziele zugespitzt ist und sich profiliert, indem sie die Distanz zu unteren Berufsgruppen kultiviert, entsteht in Krankenhäusern sowie in Einzel- und Gemeinschaftspraxen. Sie allein kann die ursprünglich extreme Ausbeutbarkeit derjenigen, die im medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Bereich arbeiten, wirksam bändigen. Die Assistenzärztin entschuldigt sich normalerweise für ihr unterentwickeltes kollektives Bewusstsein, wenn sie sich einer internen Initiative zur Begrenzung und vor allem kollektiven Regelung der Arbeitszeit widersetzt: "Ich kann die Patienten nicht einfach liegen lassen, ich kann die liegen gebliebene Dokumentation nicht meinem Kollegen aufbürden". 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 widerstehen könne.

Krankenkassen propagieren in erster Linie den Wettbewerb unter Ärzten, Krankenhäusern und

Pflegeeinrichtungen. Sie wollen mit einzelnen Leistungsanbietern regional und lokal verhandeln²⁹. Dass ein Bündnis der Nachfrageseite einen solchen Wunsch hegt, ist nicht verwunderlich. Aber die Ärztinnen, Pflegerinnen und Therapeutinnen als Repräsentanten beruflicher und fachlicher 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.

Makro-ökonomische Offensive

Der Mikroblick der Stabilisierung der Beitragssätze und der Senkung der Lohnnebenkosten verstellt die Aufmerksamkeit auf das ökonomische Makroregime und die Fernwirkungen von Einschnitten in das öffentliche Gesundheitswesen³⁰.

Die Optionen der politischen Klasse, die privaten und öffentlichen Unternehmen von Steuern und Sozialbeiträgen zu entlasten, blenden die Funktionsregeln und das Strukturgefüge kapitalistischer Unternehmen aus, die das Natur-, Arbeits- und Gesellschaftsvermögen - unter Einschluss des öffentlichen Gesundheitswesens - in Anspruch nehmen, ohne für deren Nutzung einen angemessenen Preis zu entrichten. Dass die Vertreter der Wirtschaft die privaten und öffentlichen Ansprüche an die unternehmerische Wertschöpfung fortwährend als zu hoch beklagen, entspricht dem Profitinteresse der Unternehmen. Sie möchten in erster Linie die vorhandene Belastung umschichten und das dadurch erzielte Einkommen vom öffentlichen in den privaten Sektor und von den abhängig Beschäftigten auf die Kapitaleigner umverteilen. Aber welche makroökonomische Logik verbirgt sich hinter der vom Standpunkt des einzelnen Unternehmers verständlichen Forderung, die Lohnnebenkosten zu senken? Die Unternehmen könnten eine Kostenentlastung, die durch sinkende Lohnnebenkosten verursacht ist, in sinkende Güterpreise weitergeben; dann würde mit dem realen Kaufkraftzuwachs die Konsumneigung zunehmen und die wirtschaftliche Wertschöpfung steigen. Eine Senkung der Beitragssätze müsste nicht zur Folge haben, dass der Anteil der solidarischen Sicherungsleistungen am Volkseinkommen sinkt. Diesem für das öffentliche Gesundheitswesen vorteilhaften Szenario stehen jedoch ungünstige Alternativen gegenüber: Den sinkenden Lohnnebenkosten könnte zum einen ein Anstieg privater Gewinneinkommen folgen, die den solidarischen Sicherungssystemen vermutlich entzogen werden. Oder die Senkung der Lohnnebenkosten könnte zum andern das Einkommen der abhängig Beschäftigten ansteigen lassen; diejenigen, die dazu in der Lage sind, würden das zusätzliche Arbeitseinkommen für die steuerbegünstigte private Vorsorge verwenden, um die negativen Folgen der Leistungskürzungen abzuwehren, zu denen die solidarischen Sicherungssysteme gedrängt werden. Oder der Staat versucht schließlich, die durch eine Senkung der Lohnnebenkosten gestiegenen Gewinne oder Löhne steuerlich abzuschöpfen. Ob die zusätzlichen Staatseinnahmen den

²⁹Vgl. Greß, Stefan u.a. Wettbewerbliche Steuerung in der GKV - Perspektiven für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit. In: Sozialer Fortschritt 2003; 53: 105-108.

³⁰ Vgl. Heine, Michael/Herr, Hansjörg/Kaiser, Cornelia. Wirtschaftspolitische Regime westlicher Industrienationen. Baden-Baden: Nomos 2006.

solidarischen Sicherungssystemen zufließen, oder bloß der Konsolidierung der öffentlichen Haushalte dienen, bleibt offen.

Wie perspektivlos das durch den Mikroblick provozierte Spar- und Kürzungsfieber der politischen Klasse wirkt und wie dringlich das Anliegen einer makroökonomischen Offensive zugunsten des öffentlichen Gesundheitswesens ist, belegen die Hinweise, dass die reifen Industrieländer an der Schwelle zum Zeitalter des Arbeitsvermögens stehen³¹. Dabei geht es nicht in erster Linie um die unternehmensnahen Dienstleistungen, die sich im wachsenden tertiären Sektor ausgebreitet haben, sondern um personennahe Dienste, die in den Bereichen Gesundheit, Bildung, Kultur, Sport und Freizeitgestaltung zusätzliche Wachstums- und Beschäftigungsfelder erschließen. Die Wendemarke des Eintritts in das Zeitalter des Arbeitsvermögens ist vergleichbar der Wendemarke, mit denen die Agrarwirtschaften vor 150 Jahren konfrontiert waren. Damals waren 80 % der Beschäftigten in der Landwirtschaft tätig. Heute sind es 2-4 %. Ähnlich 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 beschäftigt sein. Indem sich die industrielle Konsumgesellschaft in eine kulturelle Dienstleistungsgesellschaft transformiert, werden auch die bisherigen trennscharfen Konfliktlinien zwischen Exportindustrie und Binnenwirtschaft, Konzernen und kleinen bzw. mittleren Unternehmen, zwischen öffentlichen und privaten Gütern, zwischen Industriearbeit und personennahen Diensten, Männer- und Frauenarbeit sowie ihrer abweichenden Entlohnung entschärft.

Resümee

Die Absicht der politischen Klasse, die Über-, Unter- und Fehlversorgung des Gesundheitswesens einzudämmen und dessen Leistungs-, Finanzierungs- und Gerechtigkeitsdefizite zu beheben, ist begrüßenswert. Dass dazu die Verbreitung wirtschaftlichen Denkens, nämlich einer vernünftigen Verfügung über knappe Mittel gehört, um den angestrebten öffentlichen Gesundheitszielen näher zu kommen, ist unbestritten.

Bedenklich und kritikwürdig ist indessen eine Vorgehensweise, die im Rausch der Zauberworte und großen Erzählungen von "mehr Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen" mit erheblicher Energie punktuell die Spielzüge einzelner beteiligter Akteure korrigiert, ohne dabei die Architektur eines solidarischen Gesundheitssystems im Blick zu behalten. Eine solche Pragmatik hat verheerende Nebenwirkungen, die regelmäßig die beabsichtigten Ziele verfehlen und - wie auf Verschiebebahnhöfen - die eine Fehlsteuerung gegen eine andere austauschen.

Drohende Fehlleistungen mit ihren Widersprüchen lassen sich vereinfachend so skizzieren: Indem für gesellschaftliche Risiken vorwiegend individuelle Erklärungsmuster bereit liegen, gilt sozialpädagogischer Druck als ein bewährtes Mittel, um positiv oder negativ monetäre Anreize zu setzen; dabei wird die besondere Eigenart des Gutes Gesundheit ebenso übersehen wie die soziale Lage derjenigen, denen die Lasten einer privaten kapitalgedeckten Vorsorge oder die Risiken turbulenter Kapitalmärkte nicht zumutbar sind. Indem den Vertretern der Selbst-

³¹ Vgl. Cohen, Daniel. Unsere modernen Zeiten. Wie der Mensch die Zukunft überholt. Fehldiagnose Ende der Arbeit. Frankfurt am Main: Campus 2001: 98.

verwaltung die Parolen von Markt und Wettbewerb in den Ohren klingen, verbreitet sich unerschwerlich ein staatliches Regime der Gesundheitsversorgung. Indem man aus einer anfechtbaren Diagnose eine als notwendig erachtete Machtverschiebung ableitet, wird die Dominanz kollektiver Anbieter und Nachfragenden, therapeutischer und ökonomischer Interessen lediglich ausgewechselt. Indem vage Effizienz- und Qualitätskriterien als Zielmarken propagiert werden, verschlechtert sich in den Einrichtungen des Gesundheitswesens das Arbeitsklima, sinkt die Motivation bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, werden die Erwartungen vieler Patienten enttäuscht. Und indem die klassenbedingte Schieflage der Einkommens- und Vermögensverteilung gerechtfertigt bleibt, weil die Privilegierten sie als Lohn für mobilisierte Talente und Leistung vorgeben, hat eine inklusive demokratische Solidarität sowohl der Gesunden mit den Kranken als auch der Wohlhabenden mit den Einkommensschwachen eine nur geringe Chance.