

Thematische Hinführung

Die Frage nach der Zukunft des Gesundheits- und Sozialsystems betrifft jeden. Die bisweilen anzutreffende Emotionalität in den darum kreisenden Diskussionen überrascht deshalb wenig. Sie sollte sehr ernst genommen werden, unterstreicht sie doch umso mehr die Dringlichkeit einer sachlichen Fundierung der Argumente in komplexem Gelände.

Die Auseinandersetzung nicht nur darüber, wie Gesundheit und Pflege institutionell gestaltet und finanziert werden soll, sondern auch darüber, wie Versorgungskonzepte gestaltet werden können und wo Grenzen eines Anspruchs zur Versorgungsgestaltung liegen, macht die Bedeutung sachlicher, wissenschaftsgetriebener Argumente offensichtlich. Fragen sind etwa: Soll die Wirkungsebene von Organisations- oder Versorgungsmodellen in der Gesundheitsversorgung analysiert werden? Sind Resultate und Wirkungsindikationen zu adressieren und relevante Outcomes bei Patienten, Versicherten, Anwendern und letztendlich auch für das Gesamtsystem zu analysieren?

Rekuriert der Blick der Versorgungsgestaltung stärker auf die Frage, welche Leistungen eines sozial verorteten Gesundheitssystems wie und aus welchem Hintergrund in Anspruch genommen werden, sind Analysen des Zusammenspiels zwischen Bedarfs- und Nachfragekategorien sowie Angebotsstrukturen der Gesundheits- und Pflegeversorgung zu berücksichtigen. Jedoch sind beide Perspektiven unmittelbar verknüpft mit werteorientiertem Handeln von Akteuren, die selbst wieder eingebettet sind in einen Wertekontext eines post-industrialisierten Gesundheits- und Sozialsystems.

Eine Analyse der Gestaltung von Versorgung in einem derartig breiten Ansatz erfordert angesichts zahlreicher technischer, rechtlicher, ökonomischer, pädagogischer und ethischer Herausforderungen Antworten mit interdisziplinärer Perspektive. Die Frage, wie ein Patient oder ein Klient seine Versorgungswünsche realisieren kann und welche Rückwirkungen die verschiedenen Stakeholder in unterschiedlichen Leistungsbeziehungen dazu einnehmen, ist Grundlage der interdisziplinären Arbeit an der Wilhelm Löhe Hochschule Fürth (WLH).

Dieser Band soll daher in thematisch abgegrenzten Beiträgen zu Fragen der „Versorgungsgestaltung“ verbindende Berührungspunkte zwischen den disziplinären Brenngläsern deutlich machen und dabei auch die Idee eines wert- und werteorientierten Managementverständnisses unterstützen. Aufgegriffen wird dabei unmittelbar ein Impuls, der auch in den Zielsetzungen der Peter-Oberender-Stiftung in Erinnerung an den Gründungspräsidenten der WLH, Herrn Prof. Dr. Dr. h. c. Peter Oberender, eingebettet ist, nämlich verantwortliche Gestaltung im Gesundheitswesen als ein Miteinander ökonomischer und ethischer Perspektive zu betrachten und dabei die Befähigung sowohl der Einzelnen wie auch der institutionellen Systeme als kontinuierliche Entwicklungsaufgabe zu begreifen.

Für dieses ambitionierte Ziel stellen wir den Menschen als Person in den Fokus. Eine solche Referenz will daran erinnern, um wen es in allen komplexen Gestaltungsfragen des Gesundheitswesens letztlich geht. Gewählte Fragestellung, Zugang und personale Setzung bilden ein wesentliches Ziel der Forschung und Lehre an der WLH in Fürth ab, aus deren Reihen und Umfeld sich die Autorenschaft gefunden hat. Es finden sich in einem ersten Kapitel zunächst vier ordnungspolitische und grundlegende Positionen. Das zweite Kapitel setzt die handlungstheoretische Gestaltung mit fünf Beiträgen zur Versorgungs- und Organisationsentwicklung in den Mittelpunkt. Das dritte Kapitel zur Bedeutung menschlicher Bildung und Befähigung im Gesundheitswesen rundet mit drei Beiträgen den Band ab.

Die ordnungspolitische und grundlegende Diskussion im **ersten Kapitel** setzt ein mit einer ethischen Perspektive von *Peter Jaensch* und *Elmar Nass*, die damit die personale Sicht stark machen. Sie profilieren einen anspruchsvollen Begriff der Akzeptabilität als Modell für ethische Technikbewertung im Gesundheitswesen. Neben den relevanten Fragen technischer Machbarkeit und den Fragen zur Akzeptanz der Nutzer und zur Umsetzbarkeit neuer Technologien im Markt vermissen sie bislang eine entsprechend ausgereifte normative Diskussionskultur, in der offen gelegte Wertevorstellungen zur konkreten Entscheidungsfindung ethischer Technikbewertung im Dilemma miteinander ringen. Nach der Vorstellung der grundlegenden normativen Systematik werden im Beitrag relevante Dilemmasituationen identifiziert und mit einer christlich interpretierten Ethik bewertet. Diese perspektivische Profilierung von Akzeptabilität versteht sich als ausdrücklich streitbare Herausforderung, alternative Positionen der Akzeptabilität zu entwerfen, um so miteinander ins Gespräch zu kommen und eine anspruchsvolle normative Diskussion um ethische Technikbewertung zu eröffnen.

Der Beitrag von *Stefanie Richter* beleuchtet das auch volkswirtschaftlich relevante Problem gesundheitlicher Ungleichheit unter besonderer Berücksichtigung von Gesundheitskompetenzen der Menschen (Health Literacy). Sie arbeitet heraus, dass die nachgewiesene Ungleichheit an Gesundheit, Wohlbefinden und langem Leben korrespondiert mit individuellen Lebenslagen. Nicht allein Einkommen und Bildung sind danach verantwortlich für auch ungleiche Chancen auf Gesundheit. Auf individuelle Verantwortung setzende Präventions- und Schulungsmaßnahmen allein schaffen keine Abhilfe, weil der erwünschte Erwerb von Gesundheitskompetenzen gerade in diesem komplexen Bereich selbst wieder sozialkontextuell bedingt sei. Weil die Chancen auf Kompetenzvermögen ungleich sind, rückt die Autorin das Ziel einer verbesserten Health Literacy auch durch politische Kontextgestaltung etwa prekärer Lebensverhältnisse in den Mittelpunkt.

Die Kontexte solidarischer Wettbewerbsordnung und der darin eingebettete Leistungswettbewerb sind das Thema von *Jürgen Zerth*. In einer gesundheits- und wettbewerbsökonomischen Betrachtung steht dabei ein grundsätzliches Bekenntnis zu einem Wettbewerbsmarkt im Gesundheits-

wesen am Anfang, wobei die etwa im ‚Gut Gesundheit‘ oder in besonderen Informationsasymmetrien begründeten Eigenheiten dieses Marktes herausgestellt werden. Eine angemessene Ordnung müsse deshalb im Wettbewerbskontext eine zugleich solidarische Gesundheitsversorgung garantieren. Innerhalb dieser als legitim gesetzten Ordnung stellt sich die Frage, nicht ob, sondern wie hier Wettbewerb (etwa zwischen Krankenversicherungen und Leistungserbringern oder auch im Bereich der Langzeitpflege) gestaltet werden kann, um so Effizienz und Gerechtigkeit gleichermaßen zu erzielen. Der nur scheinbare Spagat eines regulierten Wettbewerbs wird aufgelöst in einem Ja zur Regelversorgung mit solidarischer Finanzierung der Krankenkassen, verbunden mit einem logisch gleichwertigen Ja zu einem Wettbewerb der Kontraktmodelle, in dem die Suche nach einem geregelten Innovations- und Diffusionswettbewerb zur Verbesserung der Regelversorgung im Mittelpunkt steht. An dieser Stelle eröffnen gerade auch durch Entwicklung der Digitalisierung Plattformlösungen neue Ansatzpunkte, aber auch ordnungspolitische Handlungsnotwendigkeiten. In der Kombination von homogenem Rahmen und heterogenen Ausgestaltungsfreiraumen in einem geordneten Rahmen sieht der Autor die Ansatzpunkte für eine effiziente Weiterentwicklung des Systems.

Diesen Gedanken führt *Herbert Rebscher* fort, wenn er danach fragt, was im Gesundheitswesen von einer solidarischen Wettbewerbsordnung in Zukunft noch bleiben wird. Ein kurzer Blick in die Historie macht deutlich, wie wichtig neben einer allgemein volkswirtschaftlichen eine speziell gesundheitsökonomische Perspektive für eine angemessene Gestaltung des Gesundheitswesens ist. Am Gesundheitsmarkt treffen auf der Angebotsseite grundlegend verschiedene Ordnungsprinzipien aufeinander: So etwa ein wettbewerbsorientierter Pharmamarkt, korporatistische Regelungen bei Ärzten und Apothekern, ein Gemisch in der Konkurrenz von öffentlichen, privat-gemeinnützigen und privat-gewinnorientierten Krankenhäusern. Andererseits sind in Deutschland 90 % der Bevölkerung solidarisch, also gesetzlich krankenversichert. Wieviel Regulierung ist in diesem komplexen Sammelsurium unterschiedlichster Ordnungsprinzipien hier nötig und wieviel individuelle Freiheit möglich? Als Antwort darauf wird ein breiter gesellschaftlicher Grundkonsens angenommen: Ein selbstverwaltetes, solidarisches Gesundheitssystem erreiche am besten die drei Ziele Innovation, Qualität und Effizienz, sei zudem flexibel für Herausforderungen der Digitalisierung und verhindere schädliche Marktmacht. Für die Zukunftsfähigkeit eines solchen Konsenses werden zehn Thesen vorgeschlagen, so etwa eine Fokussierung des Kassenwettbewerbs auf qualitative Versorgungsangebote, eine Liberalisierung vertragsrechtlicher Grundlagen der Leistungserbringung oder eine Stärkung selektiver Kontrahierung.

Die handlungstheoretische Diskussion im **zweiten Kapitel** setzt ein mit einer ökonomischen Positionierung zur Arbeitsteilung im Gesundheitswesen von *Michael Schneider*. Veränderte Rahmenbedingungen durch bekannte

Phänomene, wie etwa technischen Fortschritt, demographischen Wandel, Digitalisierung, veränderte Familienbilder und Verantwortungsszenarien machten allein aus Effizienz- und Effektivitätsgründen ein Neudenken der Arbeitsteilung in der Gesundheitsversorgung auch sektorenübergreifend notwendig. Hier bestehe dringender Handlungsbedarf in Deutschland, und zwar auf der Makro-, Meso- und Mikroebene. Ein wertschöpfungsorientiertes integratives Modell wird als Lösung skizziert. Hierzu werden zunächst ökonomische Grundlagen arbeitsteiligen Handelns in Erinnerung gerufen. Es folgen Status-Quo-Analysen und Bewertungen der Entwicklungschancen zur Arbeitsteilung im deutschen Gesundheitswesen auf der Makroebene, der Mesoebene (z. B. Bereichen wie Delegation, Bildung, Digitalisierung u. a.) und exemplarisch auf die Mikroebene im Krankenhaus. Hierbei werden wesentliche Zielkonflikte identifiziert, die eine sinnvolle Arbeitsteilung hemmen, so etwa auf der Makroebene eine Spannung zwischen (medizinisch und ökonomisch interpretierter) Cure- und (pflegerischer) Care-Perspektive. Der Vorschlag einer modellhaften Integration der Ziele wird auf der Mikroebene ergänzt durch praktische Empfehlungen, wie etwa einem Ausbau von Delegations- und Substitutionskultur, entsprechende Bildungsangebote und die Förderung interprofessioneller Teams.

Stefanie Popp und *Michael Garkisch* entwickeln alternative Ideen für die Hausarztgewinnung im ländlichen Raum. Am Beginn des Beitrags werden Vorstellungen hausärztlicher Versorgung im Allgemeinen und auf dem Land im Besonderen mit den je eigenen Herausforderungen illustriert. Für mögliche Lösungsideen greifen die Autoren neben umfangreicher Literatur auf die Ergebnisse eines Design-Thinking-Workshops mit 20 jungen Medizinern zurück. Da auch wegen der geringen Teilnehmerzahl kein Anspruch auf eine Verallgemeinerungsfähigkeit der so gewonnenen Resultate erhoben werden kann, liegt der Gewinn der ausführlichen Vorstellung der Methode und der Präsentation der Ergebnisse vor allem in einer Richtungsweisung zur Lösung des Problems sowie in der Einladung, vergleichbare Workshops an anderer Stelle ebenso durchzuführen, um so die Aussagekraft der Ergebnisse zu erhöhen. Die vielseitige Methodik (etwa mit Kartenabfragen oder Empathie-Maps) motivierte die Teilnehmer offenbar, kreativ wesentliche Problemstellungen, Herausforderungen und eigene Lösungsansätze zu entwerfen. Deutlich werden dabei etwa der hohe Stellenwert einer Vereinbarkeit von Familie und Beruf, der Wunsch nach Teamarbeit und ein Bedarf an betriebswirtschaftlicher Ausbildung, welche die Facharzt-Wahl junger Mediziner für oder gegen den Hausarzt auf dem Land ausmachen. Als Maßnahmen zur Gewinnung werden etwa im Studium eine Bevorzugung bei der Studienplatzvergabe, die Einführung von Tagespraktiken auf dem Land oder die Ausweitung generalistischer Studieninhalte vorgeschlagen, ebenso eine Förderung von Gemeinschaftspraxen, Landarztquoten oder kommunale Gründungen von medizinischen Versorgungszentren.

Clemens Werkmeister nimmt den Pflegeversorgungsfonds als kapitalgedeckte Kollektivkomponente der sozialen Pflegeversicherung unter die Lupe. Dieses Instrument wurde mit dem ersten Pflegestärkungsgesetz 2015 als Antwort auf die kommende Herausforderung der so genannten Babyboom-Jahrgänge im pflegebedürftigen Alter aufgelegt. Manche Kritik, die seitdem laut geworden ist, wird aufgenommen und selbst einer Prüfung unterzogen, so etwa die Befürchtung, der Fonds habe ein zu geringes Volumen, biete zu geringe Sicherheit und zu wenig Entlastung der Beitragszahler. Mit ebenso zahl- wie hilfreichen Grafiken werden insbesondere die Finanzentwicklung der Pflegeversicherung und der zusätzliche Finanzierungsbedarf durch die geburtenstarken Jahrgänge anschaulich illustriert. Es folgt eine Vorstellung der Grundideen des Fonds und der Konsequenzen aus seiner prognostizierbaren Entwicklung aus einer finanzwirtschaftlichen Perspektive. Es wird deutlich, dass in der Mindestauszahlungsphase von 2035 bis 2055 die Ausschüttung unabhängig von Zinsen und demographischer Entwicklung ist. Ob aber die Zeit des Kapitalverzehrs weiter als bis 2055 gezahlt werden kann, das hängt davon wesentlich ab. Insgesamt sieht der Autor den kollektiven Pflegeversorgungsfonds als eine sinnvolle Ergänzung zur umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung.

Tom Schaal und *Silke Geithner* schlagen einen methodischen Ansatz künftiger Personalbemessung zur Personalbedarfsermittlung in stationären Pflegeeinrichtungen vor. Kritisch in den Blick kommt hier vor allem, dass trotz aller gesetzlichen Nachbesserungen der letzten Jahre bislang kein angemessener bundesweiter Bemessungsansatz erkennbar sei. Für eine nachhaltig wirksame Lösung aus dem Dilemma müsse insbesondere auch die zunehmende Akademisierung der Pflegeberufe mit entsprechenden Folgen für die Kosten und Beitragssätze für die Pflegeversicherung berücksichtigt werden. Allein mehr Personal sei jedoch keine Lösung. Vor allem tatsächliches Bewohnerbedürfnis und Einrichtungsbezug gelte es in eine Methodik der Personalbedarfsentwicklung zu integrieren. Vorgeschlagen wird dazu ein qualitätsadjustierter Personalermittlungsansatz, der statt nach Pflege-graden mithilfe einer dokumentierten Pflegediagnose das tatsächliche Pflegebedürfnis zum Maßstab macht und dabei die Qualität der Pflege beziehungsweise Qualifizierung der Pflegenden integriert.

Peter Jaensch, Michael Schneider, Christian Heidl, Sebastian Müller und *Jürgen Zerth* stellen am Beispiel technischer Assistenzsysteme in der Langzeitpflege als gemeinsame Antwort auf die multiperspektivische Herausforderung einer Bewertung technischer Innovationen ihre eigens am Forschungsinstitut IDC der WLH dafür entwickelte Systematik SIEB vor. Zunächst werden dazu die Besonderheiten des Anwendungsbereichs skizziert, die es verbieten, einfach Bewertungsmodelle aus anderen Marktbereichen zu übernehmen. Meritorische und regulative Aspekte im Bereich Pflege beeinflussen maßgeblich die Implementierung technischer Innovationen auf diesem Quasi-Markt. Das dafür vorgeschlagene und kreativ entwickelte

Modell SIEB schlägt für die Makro-, Meso- und Mikroebene jeweils vier bewertende Perspektiven vor, die dem englisch abgeleiteten Akronym den Namen geben: Die ‚Social‘ genannte Perspektive fragt nach der Akzeptabilität und bringt dabei Fragen der Ethik, der Legalität, des Sozialen und Implikationen des Einsatzes (so genannte ELSI-Dimensionen) mit ein. Die Perspektive ‚Individual‘ beleuchtet Aspekte der Akzeptanz auf Ebene der handelnden Akteure, ‚Economic‘ die Finanzierbarkeit und den ökonomischen Nutzen einer Technologieimplementierung, ‚Business Development‘ die mit dem Technikeinsatz verbundene Wertschöpfung. Diese Perspektiven verstehen sich als Idealkategorien, die für eine Weiterentwicklung offen sind. So aber bietet das Modell schon jetzt ein ebenso übersichtliches wie handhabbares Instrumentarium an, das Produkt-, Prozess- und Organisationsebene sinnvoll miteinander in den Blick nimmt.

Das **dritte Kapitel** zu Bildung und Befähigung im Gesundheitswesen setzt an mit dem Beitrag von *Carl Heese* zur differenziellen Sozialpädagogik des Alters, die sich auf die Erforschung des Lebens von hochaltrigen Menschen bezieht. Altersforschung, die sich unter Berücksichtigung der gestiegenen Lebenserwartung auf produktive Möglichkeiten und Experimentalräume beschränkt, greife zu kurz. Gerade die Sozialpädagogik verstehe sich hier angesichts sozialer Ungleichheit als Hilfe-Institution zur Befähigung und Hilfe für diejenigen, die sich nicht selbst helfen können. Sozialpädagogische Altersforschung wird als junge, aber immer relevanter werdende Disziplin vorgestellt. Der in der Literatur vorfindbare und dokumentierte Erkenntnisstand macht deutlich, wie Sozialpädagogik sich als Lebenslaufforschung auch mit Rückgriffen auf die Psychologie das Feld des Alters nach und nach erschließt und weiter erschließen muss. Eine so verstandene differenzielle Sozialpädagogik nehme etwa unter der Hilfsperspektive Menschen im Alter in den Blick, die durch Migration, Langzeitpflege, geistige Behinderung, Wohnungslosigkeit oder Gefängnis in ihren Entfaltungschancen eingeschränkt sind. Aber auch das Alter als Künstler, als Ordensfrau und -mann sowie im ländlichen Raum werde in Zukunft je eigene Hilfebedarfe wachsen lassen, denen sich die sozialpädagogische Alterforschung stellen müsse.

Jan Schildmann und *Tanja Krones* bieten aus einer klinisch-ethischen Perspektive einen Überblick über die gesundheitliche Vorausplanung im Rahmen des sogenannten Advance Care Planning (ACP). Als Ziel wird eine Verbesserung in der Umsetzung des Patientenwillens formuliert, wenn dieser von Patientinnen und Patienten nicht ausdrücklich artikuliert werden kann. Viele Patientenverfügungen sind in der klinischen Praxis häufig nicht hinreichend, weil medizinisch relevant Aspekte nicht berücksichtigt sind oder Formulierungen nicht eindeutig ausfallen. Aus systemischer Perspektive fehlt häufig die Akzeptanz der Vorausverfügungen oder es bestehen organisatorische Probleme z. B. wenn Dokumente der Vorausplanung nicht im entscheidenden Moment vorliegen. Das ACP setzt auf zwei Ebenen an. Auf der Prozessebene sollen im Rahmen einer qualifizierten Gesprächsbegleitung

möglichst konkrete Vorausverfügungen zu gesundheitlichen Entscheidungssituationen, in denen Patienten nicht selbstbestimmungsfähig sind erstellt werden. Beteiligte am ACP Prozess sind neben dem Patienten, der Stellvertreter des Patienten, weitere Angehörige, Ärzte und andere Gesundheitsberufe. Auf systemischer Ebene soll die Umsetzung der Vorausverfügungen befördert werden. Maßnahmen in dieser Hinsicht sind die Einbeziehung regionaler Stakeholder (z.B. Rettungsdienst, Krankenhäuser, Pflegeheime) und organisatorische Vorgaben beispielsweise zur Ablage der Vorsorgedokumente in Pflegeheimen.

Bildungstheoretische Perspektiven zur organisationalen Ko-Konstruktion im Spannungsfeld zwischen Selbstsorge und Fürsorge sind das Thema des abschließenden Beitrags von *Thomas Prescher*. Nunmehr mehr personen- als ordnungsbezogen rückt damit – wie bei Stefanie Richter – wiederum die Frage nach der gesundheitlichen Kompetenzentwicklung in den Mittelpunkt. Als ein Anlass dafür sind bislang unaufgelöste Paradoxien identifiziert, so etwa, dass Depression tendenziell mehr unterdrückt als wirklich geheilt wird oder dass nach westlichem Denkmuster Gesundheit einfacher als die Abwesenheit von Krankheit definiert werde. Menschliche Haltungen und Werte werden demnach zu wenig hinterfragt. Es braucht vor allem eine Veränderung der Beziehung zum Leben zur nachhaltigen Förderung von Lebensqualität. Ganz einer systemischen Logik folgend wird Gesundheit als Teil eines ökologischen Systems verstanden. So kommen hier die Kontexte individuellen Verhaltens zum Phänomen Gesundheit in den Blick. Für das Berufsleben ergeben sich daraus eine wichtige Verantwortung zur Gesundheitsförderung von und in Organisationen. Es braucht für eine solche Bildung eine Symbiose von Selbstsorge im Sinne individueller Verantwortung und kollektiver Fürsorge im Sinne von verantwortlicher Kontextgestaltung für eine systemische Kompetenzentwicklung.

Zusammenfassend können wir sagen: Die Beiträge kreisen interdisziplinär um eine am Menschen als Person orientierte und so verantwortliche Gestaltung des Gesundheitswesens: im Ausloten der gegenwärtigen wissenschaftlichen Diskussion, im Aufdecken von Dilemmata, in Standortbestimmungen, in kritischem Abwägen, mit kreativen Vorschlägen und streitbaren Positionierungen. Dieser Band schließt mit seinen unterschiedlichen Perspektiven, Thesen und Vorschlägen bewusst auch inhaltlich kontroverse Diskussionen der Beiträge untereinander nicht aus und will stattdessen gerade im gemeinsamen Ringen um mögliche Antworten auf komplexe Fragen Brückenperspektiven eröffnen und so die wissenschaftliche Diskussion voranbringen.

Wir danken an dieser Stelle vielfältigen Unterstützern für diesen Band, zunächst dem Vorstandsvorsitzenden der Diakonie Neuendettelsau, Rektor Dr. Mathias Hartmann als Impulsgeber für diesen Band. Sein Zuspruch hat uns ermutigt, mit einer eigenständigen gemeinsamen Publikationsstrategie der WLH zu beginnen, um der eigenen, bereits vielfältigen Arbeit im und mit dem Kollegium der WLH einen öffentlichen Raum zu geben. Unser Dank gilt

weiterhin dem Präsidenten der WLH, Herrn Dr. Ingo Friedrich, der ohne Zögern das Buchprojekt als Projekt der WLH definiert hat.

Unser Dank für die vertrauensvolle Zusammenarbeit gilt dem Kohlhamer-Verlag, insbesondere Herrn Dr. Weigert, Herrn Wünsch und Frau Schüle für die stets konstruktive Zusammenarbeit. Weiterhin Dank sei Herrn Pfarrer Helbich ausgesprochen, der uns in vielerlei Hinsicht Unterstützung und Zuspruch für die Initiierung und Herausgabe des Bandes gegeben hat.

Ein Herausgeberband benötigt vielfältige Helfer, um auch ein in sich geschlossenes Werk zu erreichen. An dieser Stelle sei Frau Adam und Frau Wäldchen gedankt, die uns wesentlich bei der formalen Endredaktion unterstützt haben. Abschließend danken wir allen Autorinnen und Autoren, dass sie sich auf dieses Buchexperiment eingelassen haben und mit Ihren Beiträgen einen gemeinsamen Akzent zum Themenfeld „Versorgung gestalten“ gesetzt haben.

In diesem Sinne widmen wir diesen Band in dem Wissen, dass er einer konstruktiven und auch streitbaren akademischen Auseinandersetzung immer seine Unterstützung gegeben hätte, dem Andenken an unseren verstorbenen Gründungspräsidenten der WLH, Herrn Prof. Peter Oberender.

Fürth und Halle (Saale), im August 2018

Jürgen Zerth, Jan Schildmann und Elmar Nass

Streitbare Akzeptabilität: Modell ethischer Technik-Bewertung (nicht nur) im Gesundheitswesen und ihr christliches Profil

Peter Jaensch und Elmar Nass¹

1. Einleitung

In den bisweilen emotional geführten Debatten um den angemessenen Einsatz von Big-Data, AAL, Smart-X, Industrie 4.0 oder Robotik in Pflege, Medizin und Gesundheitswesen muss sich eine Ethik systematisch sauber mit gut begründeten Argumenten positionieren. Trotz zahlreicher ethischer Beiträge zu dem Thema machen wir hier einen grundlegenden Mangel moderner ethischer Argumentation aus, die mit dem Versuch ihrer möglichst allgemeinen Anerkennung in der gesellschaftlichen Diskussion eigene, möglicherweise umstrittene oder gar streitbare Begründungen vorschnell ausklammert. So wird die für Ethik fundamentale Forderung einer nach Max Weber transparent zu machenden weltanschaulichen Wertebasis (sei sie nun kantisch, christlich, anthroposophisch, aristotelisch, utilitaristisch, darwinistisch o. a.) umgangen und damit die Kohärenz des je eigenen Verständnisses von ethischer Legitimität verborgen. Dies gilt grundsätzlich für jede ethische Systematik, sofern diese – auch in anderen Bereichen (etwa der Wirtschafts-, Rechts-, Bio- u. a. Ethik) – ohne die Offenlegung ihrer Wertebasen das Bestreben nach messbarer Anerkennung vor möglicherweise umstrittene eigene ethische Positionierung stellt. Fruchtbare ethische Diskussion beginnt nach unserem Verständnis nicht in dem vorausseilenden Bestreben, die eigene Position von den sie profiliert ausmachenden Begründungswurzeln zu lösen und sie so in einen von ebenso nachvollziehbaren wie diskussionswürdigen Begründungen befreiten Topf scheinbar konsensualer Argumente einzuspeisen. Vielmehr müssen gerade auch die Argumente für ethische Bewertungen (etwa von Technik und ihrem Einsatz) begründet und über die zugrundeliegenden Werte diskutiert und gestritten werden. Das ist das demokratische Wesen ethischer Reflexion. Wir behaupten, dass wir von dieser Stufe der Diskussion im Bereich der Technik-

¹ Dieser Beitrag erscheint etwa zeitgleich zu dem u. a. um die Teile von Peter Jaensch erheblich gekürzten Originalbeitrag: Elmar Nass (im Erscheinen): Akzeptabilität als Kriterium ethischer Technik-Bewertung, Methodologie und eine christliche Anwendung. In: *Zeitschrift für medizinische Ethik*, Ostfildern: Schwabenverlag AG.

Ethik weit entfernt sind. Deshalb wollen wir mit unserem Beitrag einen Schritt in diese Richtung gehen und dabei vor allem den Technikeinsatz im Gesundheitswesen in den Fokus rücken.²

Bei der Erforschung neuer Versorgungskonzepte wird vielfach der Einsatz moderner Technik erwogen. Mittels Nutzerzentrierung sollen hierbei bereits in einem frühen Stadium der Entwicklung Weichen gestellt werden, die die Erfolgsaussichten für den Markteintritt erhöhen und die Etablierung einer Produkt-Dienstleistungskombination als Innovation über eine reine Invention hinaus sichern sollen.³ Viele der in diesem Kontext untersuchten Aspekte lassen sich allgemein unter dem Begriff der Akzeptanz subsummieren. Entscheidend für den Erfolg ist, dass die Technik sowohl von Nachfragern als auch von Nutzern gleichermaßen angenommen wird. So stellen sich – neben der rein technischen Machbarkeit – Fragen der Usability von Produkten, der Technikaffinität der Nutzer, aber auch der Zahlungsbereitschaft von Nachfragern, die letztlich darüber entscheidet, ob ein finanziell tragfähiges Konzept vorliegt. Neben der Frage der Akzeptanz von Produkten, Dienstleistungen oder Kombinationen daraus, stellen sich solche nach Kontextfaktoren, die im Zuge laufender und künftiger Entwicklungsprojekte einer Antwort bedürfen. Betrachtet man allein den juristischen Rahmen, in dem Entwicklung stattfindet, wird dies deutlich. So müssen beispielsweise bei geplanten Medizinprodukten eine Reihe von Regularien, Dokumentationspflichten und rechtliche Vorgaben berücksichtigt werden⁴, ohne die – unabhängig von anderen Akzeptanzfaktoren – kein Markteintritt denkbar ist. Wenn auch formal-juristische Verbindlichkeiten, die das Erlaubte im Sinne einer positiven Freiheit benennen, über den politisch-öffentlichen Diskurs und entsprechende Gesetzgebungsverfahren veränderbar sind, müssen diese im Zeitraum eines Projektes für die Produktentwicklung als nicht verhandelbar und gesetzt hingenommen werden. Innerhalb dieser Begrenzungen besteht weiterhin eine große Freiheit für Entwicklung, Dinge zu tun oder zu unterlassen, die uns den kreativen Spielraum gibt, selbst zu entscheiden, in welch einer Gesellschaft

² Dieser Fokus durchzieht unseren Beitrag und ist stets mitzudenken, wenn wir im Folgenden von ethischer Technikbewertung sprechen.

³ Entgegen der vielfach verbreiteten Verwendung des Begriffs Innovation als bloßer Neuartigkeit einer Idee oder Erfindung folgen wir hier der Definition, wie sie beispielsweise von Müller-Prothmann und Dörr (2009, S. 7) vertreten wird. Innovationen resultieren demnach erst dann, wenn nicht nur aus Ideen neue Produkte, Dienstleistungen und Verfahren entstehen, sondern diese auch tatsächlich erfolgreich Anwendung finden und im Markt ankommen: „*Innovation = Idee + Invention + Diffusion*“.

⁴ In Deutschland regeln das Medizinproduktegesetz (MPG) als bundeseinheitliche Umsetzung der EU-Richtlinien 90/385/EWG (Aktive implantierbare Medizinprodukte), 98/79/EG (In-vitro-Diagnostika) und 93/42/EWG (Sonstige Medizinprodukte) sowie zugehörige Verordnungen und Verwaltungsvorschriften die Zulassung und Kontrolle sowie das Inverkehrbringen von Medizinprodukten.