

# 1 Einführung in die Angewandte Gesundheitsökonomie

*Thorsten Bücken*

## 1.1 Problemorientierter Ansatz

Einrichtungen (Organisationen) des Gesundheitswesens sind vielfältigen Kontextbedingungen ausgesetzt (vgl. Kaiser 1993). Was in den 1990er Jahren gültig war, trifft heute in aller Härte zu: Nicht nur die Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime, sondern vor allem auch ambulante Leistungserbringer von Heilmitteln (Logopädie, Ergo- und Physiotherapie als auch Motopädie) sowie Pflege (Kinder-, Erwachsenen-, Alten-, Entbindungs- und Heilerziehungspflege) stehen – bedingt durch die verschärften gesetzlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen – unter einem enormen Kosten- und Leistungsdruck.

Dieser Brennpunkt wird tagtäglich auch in der Presse verfolgt, ein situativer Blick zeigt sich beispielsweise aus der Neuen Osnabrücker Zeitung (NOZ): „[...] nun standen den Ausgaben in Höhe von 79,24 Milliarden Euro nur 78,3 Milliarden Euro Einnahmen gegenüber [...]“, oder „[...] ungeachtet aller Spargesetze und Appelle wuchsen die größten Ausgabeblöcke der Krankenversicherung weiter an. Pro Mitglied ergab sich ein Anstieg von 4,5 % [...]“ und weiter „[...] bei Leistungen der Kassenärzte betrug der Ausgabenanstieg 3,5 % (3,0), für Krankenhäuser 3,1 % (0,9), für Arzneimittel sogar 5,7 % (5,1) [...]“ (NOZ, 03.09.2008). Und das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) warnt, dass jedes dritte Krankenhaus im Jahr 2008 rote Zahlen schreibt und die wirtschaftliche Lage für Krankenhäuser für 2009 zunehmend schlechter werden wird (nur jedes dritte Krankenhaus wird einen Jahresüberschuss von rund 20 % erzielen) (vgl. DKI 2008, zit. in: Die Schwester/Der Pfleger 2008, S. 1076).

Vielfältige Einflüsse fordern geradezu ein dynamisches und offenes zeitnahes Management heraus, unter den gegebenen Kautelen sowohl Arbeitsprozesse als auch Kosten- und Leistungsstrukturen zu entwickeln, zu optimieren und zu evaluieren (vgl. Bücken 2003). Um hier aktiv und antizipativ erfolgreich agieren zu können, ist zum besseren Verständnis zunächst der Blick auf die Rahmenbedingungen zu lenken.

### 1.1.1 Rahmenbedingungen

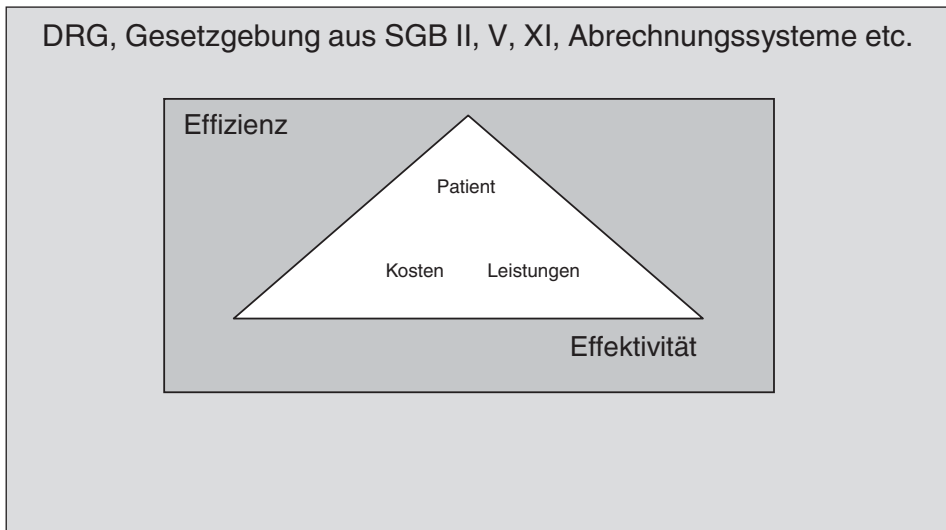
Vom System (Gesetzgeber, Krankenkassen) gewollt ist unter dem Fokus sowohl des medizinischen Fortschritts als auch gesundheitsökonomischer Gründe (Kostenexplosion) im Sinne der Rationierung und Rationalisierung ein Abbau von Überkapazitäten und Zentrierung ressourcenallokativer Gesundheitsdienstleistungen: All dieses geht einher z. B. mit Schließungen von Krankenhäusern; eine angepeilte Marke dürfte bis 2020 beim Abbau bis zu einem Bestand von ca. 1.500 Krankenhäusern bei dann 293 Betten/100.000 Einwohner liegen – bei einer stationären Verweildauer von durchschnittlich 6,2 Tagen pro Fall (vgl. Siems 2005). Doch was ist hier die Ursache?

Bislang galt für alle Sozialversicherungsträger im Gesundheitswesen das Haushaltsprinzip der sogenannten einnahmeorientierten Ausgabenpolitik. Diese bezieht sich auf das Finanzierungssystem der Krankenkassen: Einnahmen (Grundlohnsumme + Beitragssatz)

= Ausgaben (Regelleistungen + individuelle Satzungsleistungen). Zwei Faktoren spielen hierbei eine große Rolle: die Grundlohnsumme (Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen) und der Beitragssatz (Anteil des Arbeitsentgelts, der zum Zweck der sozialen Sicherung an die Sozialversicherung (in diesem Fall die Krankenversicherung (KV)) abgeführt wird). Aufgrund verschiedener Einflüsse sind diese Faktoren als Variablen für die neuen Rahmenbedingungen unter anderem der Krankenhäuser verantwortlich. Diese Rahmenbedingungen lassen sich in vier Komponenten einteilen (vgl. Bücker 2005; Haubrock 2003):

- die Beitragssatzstabilität
- das Finanzierungssystem der Krankenkassen
- die Haushaltslage der Bundesländer und
- DRG-Entgeltsystem

Der Patient mit seinen Kosten und den für ihn erbrachten Leistungen steht neben den ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringern im Spannungsfeld der Effizienz und Effektivität mit den vier oben genannten Kontextfaktoren (Umsystem). Abbildung 1 verdeutlicht diesen Zusammenhang:



**Abb. 1:** Abhängigkeit zwischen System und Umsystem

### 1.1.1.1 Die Beitragssatzstabilität

Die klassisch scherenförmige Entwicklung der Grundlohnsummen- und Ausgabeentwicklung in Deutschland, bezeichnet als Kostenexplosion, mündete als Stabilisierungs- und Entlastungsstrategie der Gesetzgebung in die Beitragssatzstabilität<sup>1</sup>. Diese strikte Orientierung der Krankenhausaufgaben an der Grundlohnsumme im Sinne der Anknüpfung der Krankenhausbudgets an die gesamtwirtschaftliche Entwicklung zeigt sich darin, dass die Realkosten der Leistungsanbieter größer als die Veränderungsrate der bei-

<sup>1</sup> Vgl. §§ 6,7 Abs. 1f, 10 und 14 Abs. 13 BpflV mit §§ 16 Abs. 2 und 17b Abs. 2 KHG.

tragspflichtigen Erträge sind (defizitäres Haushaltsprinzip). Was macht den Kostenanstieg bei hochqualitativen Gesundheitsleistungen aus? Vier Faktoren spielen hierbei eine evidente Rolle:

#### Faktoren für Kostenanstieg im Gesundheitssystem

- Demografische Entwicklung und Altersstruktur der Bevölkerung
- Technologischer Fortschritt
- Fehlende Einnahmen durch a) niedrige Geburtenrate und b) hohe Arbeitslosigkeit in der Rezessionsphase in Deutschland mit sinkenden beitragspflichtigen Einnahmen für die Krankenversicherung
- Niedrige Ressourcenallokation im Mitteleinsatz der Gesundheitsgüter vor allem durch Ärzte bei ethischem Dilemma (Ökonomie versus hippokratischer Wertevorstellung)

Volkswirtschaftlich lässt sich die Kostenexplosion im Gesundheitswesen auch als Marktversagen beschreiben über bestehende Informationsasymmetrien zwischen Anbieter (Gesundheitssystem) und Nachfrage (Patient), der mangelnden Nachfragesouveränität des Kunden (der Patient ist kein Kunde!) und dem doch oftmals irrationalen Verhalten aller Akteure (vgl. Lungen 2006).

Dabei sind in diesem Kontext die Leistungen, Standards und Qualitäten des Gesundheitssystems (vom Krankenhaus bis hin zur Logopädie als Beispiel) politisch gewollt der gesetzlichen Beitragssatzstabilität unterzuordnen (vgl. Zapp 2004).

#### 1.1.1.2 Das Finanzierungssystem der Krankenkassen

Ebenso zeigt sich, dass das Finanzierungssystem der Krankenkassen nicht der veränderten wirtschaftlichen Lage in Deutschland (hohe Arbeitslosenzahlen bedingen geringere Beitragseinnahmen v. a. in der Rezession Anfang 2009) angepasst ist. Im Hinblick auf eine wirtschaftlich optionierte und effektive Beitragssatzgestaltung wird politisch ein einheitlicher Beitragssatz im Rahmen der Gesundheitsreform für 2009 angestrebt. Was bedeutet die Gesundheitsreform?

Die Gesundheitsreform 2010 bedeutet für die Versicherten, dass der paritätisch finanzierte Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung von derzeit 14,9 auf 14,6 % im kommenden Jahr festgelegt wird. Von diesen 14,6 % müssen die deutschen Arbeitnehmer genau 7,3 und ebenso die Arbeitgeber bezahlen. Alle Beiträge der Versicherten bei nun neuer gesetzlicher Versicherungspflicht und staatliche Steuermittel fließen in den sogenannten Gesundheitsfonds und werden aus diesem an die Krankenkassen unter Beachtung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs verteilt. Krankenkassen, die in diesem Kontext unwirtschaftlich sind, können einen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern einfordern, solche aber, die mehr Mittel aus dem Gesundheitsfonds bekommen, als sie zur Deckung ihrer Ausgaben benötigen, können ihren Mitgliedern Prämien zurückerzahlen (vgl. BMG 2010). Die Krankenkassen werden mit Blick auf ihre neue Einnahmesituation verschiedene Maßnahmen im Sinne der Rationalisierung (Effizienzsteigerung durch Ressourcenallokation und Optimierung der Handlungsabläufe (Prozessperformance) und Rationierung (Nichterbringung von Gesundheitsleistungen wegen der Mittelknappheit trotz erwiesenen Nutzens) einfordern. Tabelle 1 verdeutlicht dieses.

**Tab. 1:** Einige Maßnahmen im Rahmen der Rationalisierung und Rationierung unter der gesetzlichen Beitragssatzstabilität

Rationalisierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheitsökonomische Bewertung von Maßnahmen, Mitteleinsatz und Leistungsprozessen im Gesundheitssystem</li> <li>• Vergleich und Bewertung von Behandlungsmethoden im Fokus der Evidence-based Medicine</li> <li>• Umsetzung, Entwicklung und Optimierung des Qualitätsmanagements</li> <li>• Ökonomisierung des Health Care Sektors</li> </ul>
Rationierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auslagerung von Leistungen (ambulant vor stationär) der Krankenkassen</li> <li>• Verringerung der Verordnungen für Heilmittelbringer und AHB (Krankenkassen)</li> <li>• Stringente Mengen- und Fallregulierung auf Landesebene</li> </ul>

### 1.1.1.3 Die Haushaltslage der Bundesländer

Ein weiterer wesentlicher Punkt ist die veränderte Haushaltslage der Länder, die sich im Kontext der dualistischen Krankenhausfinanzierung in Bezug zu den Investitionsausgaben widerspiegelt. Bei der dualistischen Krankenhausfinanzierung übernehmen die Krankenkassen die Betriebskosten, die Länder die sogenannten Investitionskosten (Errichtungskosten, Anschaffungskosten für Wirtschaftsgüter u. a. m.).

Die Bundesländer, deren Haushalte selbst unter starken Spar- und Konsolidierungsdruck stehen, können kaum in der Lage sein, die notwendigen Investitionsfördermittel anzuheben (restriktive ökonomische Perspektive für die Krankenhäuser). So werden z. B. die Abschreibungen im Krankenhaus nicht mehr durch die Investitionsmittel der Länder abgedeckt (vgl. Zapp 2004).

### 1.1.1.4 Das DRG-Entgeltsystem

Die bisherige Krankenhausleistungsvergütung in Form von Sonderentgelten, Abteilungs- und Basispflegesätzen ist seit Januar 2004 durch die verbindliche Einführung eines G-DRG-basierten Entgeltsystems als neues Krankenhausfinanzierungssystem nach den Vorgaben des § 17 b KHG abgelöst worden.

Hiermit wird erstmals ein einheitliches, durchgängiges, leistungsorientiertes sowie pauschalierendes Vergütungssystem für voll- und teilstationäre Leistungen im Krankenhauswesen in Deutschland implementiert, mit dem fast sämtliche Komplexitäten und Komorbiditäten abgebildet werden sollen.

In den G-DRG werden nicht nur die Hauptdiagnosen nach ICD-10 und die durchgeführten Prozeduren nach einem spezifischen Schlüssel (OPS-Version 2010) berücksichtigt, sondern auch die Erfassung von Nebendiagnosen und weiteren spezifischen Daten trägt zur Komplexitätsabbildung bei. Erst durch diese möglichst realistische Abbildung von Komplexitäten als Basis für ein fallgruppenbezogenes Vergütungssystem wird die Bildung homogener Gruppen mit niedriger Varianz ermöglicht (vgl. Hunstein 2003).

Wie das Vergütungssystem im Krankenhaus und andere Formen der Vergütung in der stationären Pflege oder bei ambulanten Leistungserbringern aussehen und sich auswirken, wird im Kapitel 2 näher beschrieben. Dort wird noch eingehender auf die Rahmenbedingungen – speziell für die nicht-ärztlichen Leistungserbringer wie z. B. die Berufsgruppe der Physiotherapie – eingegangen, und es werden Lösungsperspektiven aufgezeigt.

Der hohe Kosten- und Leistungsdruck – wie beschrieben mit den komplexen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems – fordert vom System Antworten. Neben Maßnahmen wie Qualitätsmanagement, Umstrukturierung von Gesundheitsbetrieben in Firmen, Einzug der Betriebswirtschaft in Unternehmungen im Health Care Bereich mit z. B. dem Controlling und der Kosten- und Leistungsrechnung kann auch die Gesundheitsökonomie mit ihren Methoden und Ansätzen erfolgversprechende Lösungsansätze aufzeigen.

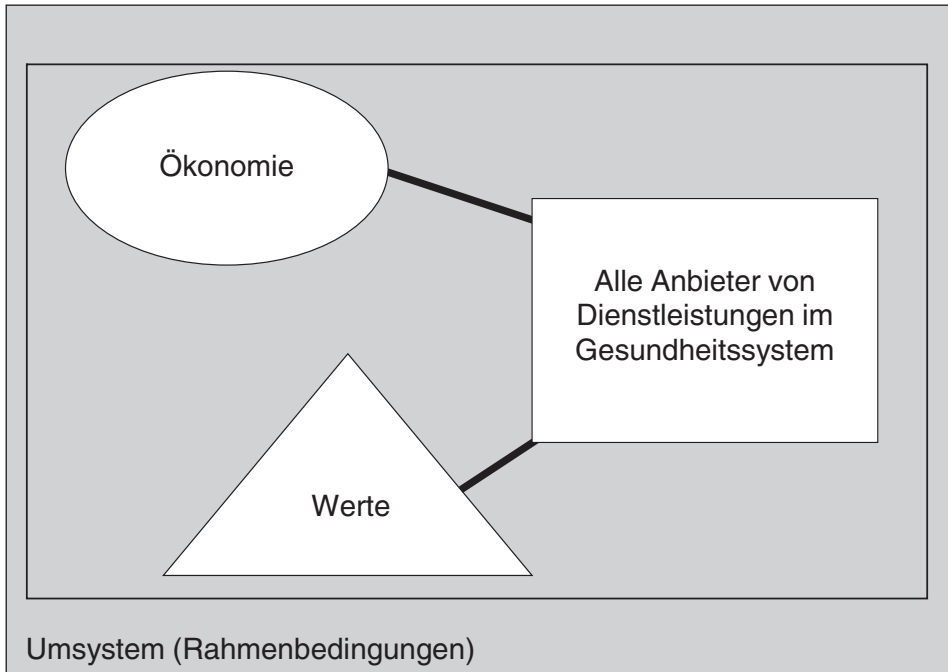
### 1.1.2 Begriff der Gesundheitsökonomie für nicht-ärztliche Leistungserbringer

Nach Oberender und Zerth ist die Gesundheitsökonomie eine eigenständige ökonomische Teildisziplin, nach der bei den Gesundheitsgütern (impliziert auch Dienstleistungen) bestimmte ökonomische Besonderheiten zu beachten sind, die sich auf die Knappheit und den Umgang damit auswirken (vgl. Oberender/Zerth 2003). Dieser allgemeine Definitionsansatz wird erweitert um die Analyse, indem v. d. Schulenberg festhält, dass die Gesundheitsökonomie einfach die Analyse der wirtschaftlichen Aspekte des Gesundheitswesens unter Verwendung von Konzepten der ökonomischen Theorie sei (vgl. v. d. Schulenberg 2008). Zu dem Aspekt der Analyse richtet sich in der nächsten Definition der Fokus auf die Kosten-Nutzen-Relation, hiernach untersucht die Gesundheitsökonomie die Allokation, Effizienz, Verteilung und Wertschöpfung von Gesundheitsleistungen auf der Grundlage des Kosten-Nutzen-Kalküls als Entscheidungsregel und Verhaltensannahme (vgl. Hajen et al. 2008). Nach Brunner widmet sich die Gesundheitsökonomie den ökonomischen Auswirkungen der medizinischen Dienstleistungen und beschäftigt sich mit der Frage nach dem verantwortlichen und gerechten Einsatz der knappen finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen. Er definiert den Begriff der Gesundheitsökonomie wie folgt, dass diese als Hilfswissenschaft im Kontext der evidenzbasierten Medizin nun Medizin und Wirtschaftswissenschaften verbindet und dass deren Methoden quantitative und vergleichende Studien zu Nutzen und Kosten medizinischer Maßnahmen beinhaltet mit dem Ziel, ökonomisch günstigere, qualitativ gleichwertigere oder bessere Versorgungsalternativen aufzuzeigen (vgl. Brunner 2006).

An dieser Stelle sei festzuhalten, dass es leider keine feste Definition für die Gesundheitsökonomie gibt. Es gibt nicht die Definition. Alles Genannte ist im Prinzip richtig. Gesundheitsökonomie als wissenschaftlicher Untersuchungsgegenstand bedarf jedoch einer Definition, dass heißt, diese muss operationalisiert werden (vgl. auch v. d. Schulenberg 2008). Es sollte schon ein Handlungsraum mit nicht zu engen Grenzen determiniert werden. Der Ansatz von Brunner mit dem Bezug auf die medizinische Perspektive ist zu eng! Auch nicht-ärztliche Leistungserbringer wie beispielsweise Pflegende sowie Physio-, Ergotherapeuten und Logopäden erstellen Gesundheitsdienstleistungen. Nur der Wertebereich ist ein anderer.

### 1.1.3 Wertebereich für Pflegende, Ergo- und Physiotherapeuten, Logo- und Motopäden sowie Hebammen

Die Definition von Brunner lässt sich erweitern um den Begriff der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen im Gesundheitssystem. Hiermit würde die rein medizinische Ebene aufgeweicht und adaptiv um die Gruppe der nicht-ärztlichen Berufsgruppe erweitert. Abbildung 2 zeigt es deutlich.



**Abb. 2:** Wertebereich für nicht-ärztliche Leistungserbringer

Die nicht-ärztlichen Leistungserbringer haben im Vergleich zu den Medizinerinnen einen divergierenden Wertebereich. Was macht eigentlich diesen aus? Zunächst ist es für ein grundlegendes Verständnis evident, die Begrifflichkeit zu klären. Die zentrale Frage dabei lautet: Was ist eigentlich Ethik oder ein Wertebereich?

Nach Pieper (2000) ist Ethik eine philosophische Disziplin und versteht sich als Wissenschaft vom moralischen Handeln. Ethik bemüht sich, Fragen nach dem sittlichen Sollen des Menschen zu klären, die sich in den Grundfragen wie „Wie soll ich leben?“ und „Was muss oder soll ich tun?“ spiegeln (vgl. Arndt 2003, S. 13). Betrachten wir den Menschen als reines Vernunftwesen (dies wäre er dann, wenn er stets rein rational und nie irrational handeln würde bzw. wäre), so ist eine Ethik überflüssig, denn demnach wäre ein vernünftiger Mensch schon immer der, der er sein soll, und es bedürfte keines Nachdenkens darüber, wie er ein guter Mensch werden kann. In der Realität kommt dieser Ansatz nicht zum Tragen, entsprechend ist eine Ethik sinnvoll, in der eine Spannung zwischen Sein und Sollen, Faktizität und Normativität besteht (vgl. Pieper 2000). Mit diesem ethischen Ansatz ist weiter zu verfahren.

Innerhalb der Ethik lassen sich drei Richtungen unterscheiden: die normative, deskriptive und die Metaethik. Die normative Ethik sucht die sittlichen Gebote und Verbote sowie die sittlichen Werturteile in einen systematischen Kontext zu bringen und auf Richtigkeit zu untersuchen (vgl. Höffe 2002). Im Gegensatz zur normativen Ethik befasst sich die Metaethik nicht unmittelbar mit dem Gegenstand der Ethik, also inhaltlich über das sittlich Gute einzelner Handlungen, ihrer Regeln oder des Kriteriums der Regeln. Sie befasst sich in einem umfassenderen Rahmen mit der Reflexion, die sich auf die Struktur der ethischen Reflexion selber als auch auf die Art und Weise bezieht, wie Ethik über ihren Gegenstand spricht (Pieper 2000). Die Metaethik ist hier als die Wissenschaftsthe-

orie mit dem Blick auf die Ethik als eigenständige Wissenschaft zu sehen, die im erkenntnistheoretischen, sprachphilosophischen sowie ontologischen Kontext die Ethik zum Gegenstand hat. Die deskriptive Ethik als beschreibende Ethik berichtet über das Werte- und Normensystem eines sozialen Systems, wobei sie sich auf tatsächlich auftretende Erscheinungen beschränkt; die Analyse findet hierbei im kontextuellen Rahmen mithilfe sozialökonomischer, politischer, psychologischer, sozialer und biologischer Grundlagen statt (vgl. v. d. Arend/Gastmans 1996).

Im Folgenden steht die deskriptive Ethik im Fokus dieses Buchs. Der anfangs skizzierte problemorientierte Ansatz eröffnet eine ethische Diskussion im Rahmen der angewandten Ethik unter organisatorischen Kautelen mit biomedizinischen und pflegerischen Bezugspunkten.

Was heißt eigentlich Organisation? Organisationen sind aus soziologischer und managementorientierter Sicht konstruierte Instrumente zur Erfüllung spezifischer Ziele oder Zwecke; es sind soziale Systeme: Das Krankenhaus als Unternehmen ist diesbezüglich z. B. eine Organisation, aber auch beispielsweise die ergotherapeutische Praxis ist entsprechend ein soziales System mit ihren Strukturen<sup>2</sup> und Prozessen<sup>3</sup> (vgl. Bahrdr 2000; Thommen/Achleitner 2003). Ein (soziales) System ist eine Menge von Elementen und Relationen (Beziehungen) untereinander (vgl. Holling/Kanning 2004). Es ist ein funktionierendes Ganzes, innerhalb dessen die Systemelemente bestimmte Aufgaben innehaben (vgl. Bahrdr 2000). In der systemtheoretischen Betrachtungsweise nach den Luhmann-Kriterien wird ein System immer mit einer Umwelt charakterisiert in Form einer sogenannten System-Umwelt-Differenz (vgl. Luhmann 1987). Hiernach übernehmen soziale Systeme die Funktion, die eher unbestimmbare Komplexität der Welt beherrschbar zu machen, indem diese die Komplexitäten reduzieren und im Prinzip handhabbar machen. Soziale Systeme bilden in diesem Kontext Prozesse und Strukturen, über die kommuniziert wird.

Individuelle und soziale Verantwortung hängen eng miteinander zusammen. Entscheidungen im Kontext von Rahmenbedingungen sind multiperspektiv, sie sind Ausdruck von Verantwortlichkeiten von Handelnden. Die Entscheidungsfindung beinhaltet demnach eine ethische Dimension.

Die Entscheidungen, das Tun dieser Führungspersönlichkeiten im Allgemeinen, hängen von eigenen sowie institutionsbezogenen Wertannahmen ab; und diesen liegt ein vorherrschendes Menschenbild zugrunde (vgl. Städtler-Mach 2001).

Es gilt ja folgende auf den Punkt zentrierende Annahme: „[...] Nicht nur jeder Philosophie, sondern jeglichem menschlichen Tun und Lassen liegt eine anthropologische Anschauung, liegt ein Bild zugrunde, das der Mensch sich von sich selber macht. Der Mensch kann nicht leben, ohne sein Leben zu deuten“ (Störig 1987, S. 610). Im anthropologischen Sinne formuliert Gehlen den Sachverhalt so: „Der Mensch lebt nicht nur, er führt sein Leben“ (Gehlen, zit. in: Störig 1987, S. 611). Dieses „Führen“ bedingt das „Deuten“ des Mensch-Seins, quasi die Dynamik des Seins. Auch die Berührung der

2 Strukturen (Regelmäßigkeiten als Herausbildung eines Systems nach Bahrdr 2000, S. 108 oder Muster nach Giddens 1999, S. 6) halten die Zeit reversibel fest, sie kann man aufheben oder ändern (z. B. als Form der Aufbauorganisation (vgl. Luhmann 1987, S. 73 f.).

3 Prozesse (Zielgerichtete Abfolge in logischen Zusammenhang stehender Einzelvorgänge nach Eichhorn 1999, S. 7) sind im Zeitbezug irreversibel; man kann diese einmal durchgeführt nicht mehr rückgängig machen und sind entsprechend vorwärtsgerichtet (vgl. auch Luhmann 1987, S. 73 f.).



Anthropologie mit der Ethik spiegelt sich hier wider, in dem sich nach dem Kantschen Prinzip das spezifisch Humane des Menschseins sich in dem zeigt, was er als frei handelndes Wesen aus sich selbst macht oder machen kann/soll (vgl. Pieper 2000).

Letztendlich ist für das Verständnis sowohl der Handlungen als auch der ethischen Entscheidungsfindung das Herausarbeiten der differenten Menschenbilder der Handelnden zu leisten: zum einen das humanistische, zum anderen auch das naturwissenschaftliche Menschenbild im organisatorischen Kontext.

### 1.1.3.1 Das humanistische Menschenbild

Das humanistische Menschenbild kristallisierte sich aus der humanistischen Psychologie heraus, die sich Ende der 1950er Jahre in den USA aus verschiedenen Ansätzen wie der europäischen Existenzphilosophie (Kierkegaard, Heidegger, Sartre), der fernöstlichen Philosophie (Zen, Taoismus) und der Psychoanalyse (Freud) formen konnte (vgl. Lege- wie/Ehlers 1994; Zimbardo 1992).

Die von Maslow, Rogers, Bühler und May in der Zeit des „kalten Krieges“ geprägte humanistische Psychologie wollte einen Gegenpol zu kultureller und zwischenmenschlicher Entfremdung, Sinnverlust und entmenschlichter Wissenschaft bilden. Dieser humanistische Ansatz hat dabei das Ziel, sich mit der Analyse von Mustern menschlicher Lebensgeschichten in sinnhafter Interaktion zu ihrer Umwelt zu befassen, die Konzentration liegt auf der vom Subjekt erlebten Welt (Phänomenologie).

Im humanistischen Menschenbild gilt die Annahme, dass die Menschen aktive Wesen sind, von Natur aus gut und fähig, ihren eigenen Weg zu gehen. Dabei sind sie sich durch Sprache und Geist ihrer selbst als handelnde Subjekte bewusst; Handlungsmaxime des Ansatzes sind ein Streben nach Selbstverwirklichung, Sinnfindung und Interaktionismus.

Die humanistische Psychologie beschreibt den Menschen in seiner Ganzheit. Dieses Menschenbild entspricht einem Handlungsmodell. Die Pflege hat z. B. hieraus mehrere konzeptuelle Pflegehandlungsmodelle entworfen, in denen sie sich auch als Therapie mit Sein- und Handlungscharakter versteht.

Nach Hoppe umfasst die Pflegeethik das sittliche Denken, Fühlen und Verhalten auf dem Gebiet dieser spezifischen Tätigkeit innerhalb der umfassenden Sorge um den Menschen (vgl. Hoppe et al. 1995, zit. in: v. Schayck 2000, S. 20). V. d. Arend beschreibt die Pflegeethik daneben als eine Reflexion über verantwortliches Handeln im Rahmen der Berufsausübung von Pflegenden und sieht sie als Berufsethik (vgl. v. d. Arend 1998). Dieser kurze Aufriss zur Pflegeethik wird nun ergänzt über einen erweiterten Ansatz von v. d. Arend und Gastmans in Bezug zum pflegerischen Handeln (Pflege) aus ethischer Sicht: Im Kontext des humanistischen Menschenbildes ist eine ethische Pflege eine Übernahme von Verantwortung und ein In-Beziehung-zum-Patienten-treten-wollen durch Pflegende aus Sorge um einen Mitmenschen (Patienten) zum Zwecke seines Wohlbefindens mit einer ganzheitlichen Zuwendung (vgl. v. d. Arend/Gastmans 1996).

### 1.1.3.2 Das medizinische Menschenbild

Descartes hat mit seinem Denken das heutige Menschenbild im ärztlichen Bereich maßgeblich geprägt. Seit dem 17. Jahrhundert bestimmten zahlreiche naturwissenschaftliche Entdeckungen und Erfindungen die Naturwissenschaften und darüber hinaus das Denken und Wissen der Menschen, was zu einem gravierenden Wandel in der Gesellschaft führte. Descartes hat in dieser Zeit Platons Dualismus von Körper und Geist aufgenommen, in dem er ein mechanistisch-rationalistisches Menschenbild in Form eines Maschinen-



modells des menschlichen Körpers entwickelt hat. „Der Mensch besteht nach Descartes aus zwei Substanzen, die zwei einander entgegengesetzten Kategorien angehören: Zum Einen aus der „*Res cogitans*“, dem denkenden Ding, in dem Geist, Seele und Verstand zusammenfallen; zum Anderen aus der „*Rex extensa*“, dem ausgedehnten Ding, das durch die äußere Körperwelt dargestellt wird.“ (Großklaus-Seidel 2002, S. 38 f., Hervorhebungen im Original).

Im naturwissenschaftlichen Menschenbild wird angenommen, dass das mechanistische Organismusmodell den Vorteil bietet, den Menschen aus der objektivierenden Betrachtungsperspektive zu erforschen und ebenso mit naturwissenschaftlich-experimentellen Methoden erklären und untersuchen zu können. Dieses Menschenbild konzentriert sich demnach auf die vom Objekt erlebte Welt.

Der Einfluss der Naturwissenschaften war enorm im Hinblick auf die Entwicklung in der Medizin. Der Mensch als „Körpermaschine“ nach Descartes hatte nichts mit Geist und Gefühl zu tun. Eine Medizin für Leib und Seele gab es nicht mehr. Der antike Ansatz der Medizin nach ganzheitlicher Diagnose und Therapie wurde bedingt der naturwissenschaftlichen Dimension der verrichtungsorientierten, eher funktional-technischen Medizin geopfert.

Die medizinische Ethik befasst sich mit der ärztlichen Tätigkeit als einer Konkretisierung allgemeiner Norm, Hilfsbedürftigen (Patienten) in angemessener Weise (Pflicht, wirksame Mittel zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit einzusetzen) zu helfen. Den Patienten nicht als eher zu reparierenden Gegenstand zu sehen sollte der neu formulierte Eid nach Hippokrates bewerkstelligen (vgl. Pieper 2000).

Trotz der zunehmenden Bemühungen der Umkehr zu mehr Menschlichkeit, das Gegenüber (Patienten) zu respektieren und eine humane Zuwendung zu gewähren, ist die Medizin heute dennoch funktionalistisch und organspezifisch (z. B. Nephrologe, Kardiologe). In der sogenannten Witten-Herdecker Schule werden heute Medizinstudenten in ihrer Ausbildung mit humanistischen und anthropologischen Ansätzen in Bezug zu ihrem ärztlichen Tun konfrontiert.

Beide Ethikansätze zeigen im Kern: Aus dem lateinischen Grundsatz „*salus et voluntas aegroti suprema lex*“ (Das Heil und der Wille des Kranken ist oberstes Gesetz) werden für medizinisches und z. B. pflegerisches Handeln die ethischen Kernprinzipien (Werte) nach Beauchamp und Childress abgeleitet wie Autonomie, Benefizienz (Gutes tun), Gerechtigkeit und Non-Malefizienz (Schaden vermeiden) (vgl. Arndt 2003).

Pflege hat andere Ziele als die Medizin, sie hat die gesamte Lebenssituation des Patienten im Blick, der freie Wille (Autonomie) und das Gute tun für jemanden (Sorge) stehen im Vordergrund der Bemühungen bei der Leistungserstellung.

Menschen lassen sich nicht mit festen anthropologischen Grundkategorien determinieren. Ein Mensch ist nicht für immer festgelegt, sodass Prozesse sein Leben bestimmen, wiederum er aber auch Prozesse des Lebens bestimmt (vgl. Städtler-Mach 2001). Im systemorientierten Denkansatz ist der Mensch quasi entwicklungs offen, als Patient ist er ein Element z. B. im Krankenhaus als offenem System, in dem die Kategorien wie Ganzheitlichkeit, Geschichtlichkeit und Gemeinschaftsbezogenheit vorkommen (Arndt 2003).

Der Kontrast zwischen Medizin und Pflege bzw. Heilmittelerbringer wird in Tabelle 2 verdeutlicht.

Es gilt hiernach nicht nur für die Pflege als nicht-ärztlichen Leistungserbringer, dass sie sich der gesamten Lebenssituation eines Patienten zuwendet und dabei die Fähigkeit entwickelt, die Perspektive des anderen Menschen einzunehmen.

Neben den Zielen der Ökonomie mit der sinnvollen Zuordnung (Allokation) knapper Mittel (Ressourcen) nicht Einzelner, sondern Aller ergibt sich für die angewandte Ge-

sundheitsökonomie für Angehörige nicht-ärztlicher Berufe über den vorgestellten Wertebereich mit dem humanistischen Menschenbild ein neuer Definitionsansatz. Hiernach könnte die angewandte Gesundheitsökonomie die Allokation, Effizienz, Effektivität und Wertschöpfung von Gesundheitsdienstleistungen auf Basis des Kosten-Nutzwert-Kalküls im ganzheitlichen Kontext analysieren und Entscheidungen entwickeln.

**Tab. 2:** Differente Menschenbilder

	Medizinischer Wertebereich	Nicht-ärztlicher Wertebereich (z. B. Pflege)
Erkenntnis	Krankheit – Funktion und Strukturen	Krank sein – Aktivitäten und Partizipation
Wesen	Paternalistisch	Phänomenologisch
Ordnung	Nosologie	Verhaltensmuster
Erkenntnisgewinn	Reduktionistisch-partiell, eher objektivierend	Interpretierend-ganzheitlich, eher subjektiv
Dynamik	Stabilität	Veränderung

Über den modifizierten Begriff für die angewandte Gesundheitsökonomie für Angehörige nicht-ärztlicher Berufe ergibt sich der folgende problemorientierte Lösungsansatz.

## 1.2 Problemorientierter Lösungsansatz

Die für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehenden Ressourcen sind knapp. Immer stellt sich z. B. für die Gesundheitsökonomie die Frage, wofür, für wen und welche Ressourcen aus dem Gesundheitssystem für die Gesellschaft eingesetzt werden sollen. Gesundheitsökonomie ist in diesem Fall der Mittler zwischen der Knappheit auf der einen und den Bedürfnissen der Menschen auf der anderen Seite.

In der Mittlerfunktion wird aus dem oben genannten Definitionsansatz die Aufgabe der Analyse und der Entscheidungsvorbereitung deutlich: Die Zielgrößen sind die Effizienz und die Nutzenmaximierung nicht aus der funktional-reduktionistischen Perspektive, sondern im ganzheitlichen und systemtheoretischen Paradigma. Das heißt, dass Effizienz und Nutzen mehrperspektivisch nicht eindimensional, sondern unter ganzheitlichen Aspekten des Systems mit seinen Strukturen und Prozessen sowie aus Patientensicht betrachtet werden wird. Der favorisierte Ansatz bildlich (Abb. 3).

Effizienz (Anspruch auf Kostenminimierung) und Nutzen (Anspruch der Maximierung) sind zwei wichtige Handlungsparameter der angewandten Gesundheitsökonomie, die in Bezug auf das System an sich und den Menschen losgelöst von der Diskussion zur Wertedebatte, Verteilungs- und Rationierungsproblematik und Marktversagen als Gegenstand der angewandten Gesundheitsökonomie im weiteren Verlauf pragmatisch vorgestellt, untersucht und entwickelt werden. Tabelle 3 zeigt den Ansatz detailliert auf, der im Folgenden vorgestellt wird.