

„Gesundheit als System“

„Systemtheoretische Betrachtungen der Gesundheitssysteme
Irlands und Deutschlands“

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Sciences (B.Sc.)
Gesundheitsmanagement

vorgelegt
an

der Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften
der Westsächsischen Hochschule Zwickau

bei

Frau Prof. Dr. paed. Ute Rosenbaum (1. Prüfer)

und

Herrn Prof. Dr. paed. habil. Lothar Rausch (2. Prüfer)

von

Alexander Braun
Matrikelnummer: 30163
Lehrgangsnummer: 102232

Zwickau, 22. August 2013

Gewidmet
Lorenz Schenk

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
1.Einleitung.....	5
2.Systemtheorie	7
2.1 Gesundheit als System.....	8
2.1.1 Sozialer Code.....	14
2.1.2 Funktion.....	21
2.1.3 Programme.....	25
2.1.4 Medien.....	29
2.2 Anspruchsinflation im Gesundheitssystem.....	32
3.Methoden der Gesundheitssystemforschung	43
4.Politik und Ökonomie als Bezugssysteme.....	47
4.1 Gesundheitspolitik – Ideologische Differenzierung.....	49
4.2 Ökonomie in struktureller Kopplung	54
4.2.1 Der Celtic Tiger	55
4.2.2 Situation in Deutschland	57
4.2.3 Diskussion	59
4.3 Auswirkungen auf die seelische Gesundheit.....	61
5.Fazit und Quo vadis?	68
Literaturverzeichnis.....	70
Online Quellen:	77
Anlagen.....	79
Glossar.....	89
Eigenständigkeitserklärung.....	90

„Die Schwierigkeit ist nicht neue Ideen zu finden, sondern den alten zu entkommen...“

John Maynard Keynes

„Die Kranken, das sind die Gesunden. Und die Gesunden, das sind in Wirklichkeit die Kranken.“

Erich Fromm

Vorwort

Viele Jahre intensiven Studiums liegen nun hinter mir. Viele alte Ideen wurden überholt und durch neue Ideen ersetzt. Niemals hätte ich gedacht, dass sich die Sicht auf die Dinge, in meinem Fall das Gesundheitssystem, so gravierend ändern. Gesundheit aus systemtheoretischer Sicht zu betrachten wirft viele Fragen auf, die vorher noch gar nicht da waren. Die folgende Bachelorarbeit erhebt keinesfalls den Anspruch einen umfassenden Abriss des Gesundheitssystems und der Gesundheitssystemforschung zu geben. Sie versucht nur, die Konzepte der Systemtheorie als soziologisches Werkzeug zur Erklärung des Phänomens Gesundheit und die aus der Systembildung resultierenden Problematiken zu nutzen.

An dieser Stelle möchte ich zuerst Karsten Berger für die Diskussionen über Systemtheorie und die Anregung für diese Arbeit danken. Ich danke auch Maximilian G. Vollmer und Simon D. Klein für die philosophischen und politischen Diskurse und meinen Eltern sowie Tanten und Onkeln für die jahrelange Unterstützung. All meinen Freunden möchte ich danken für alle prägenden Momente.

Dr. Jens Becker, Prof. Dr. G.G. Voss und der Hans-Böckler-Stiftung danke ich für die finanzielle und ideelle Unterstützung, Dr. Martha Baume für die lektorische Überarbeitung. Dara Seán Ó Cinnéide gebührt ebenfalls größter Dank für seine Augen öffnende Persönlichkeit. Danken möchte ich auch Susanne Baume, Doris Holzapfel, Lukas Kaiser, Helmut Hallbauer und Felix Rakusa.

Besonderer Dank gilt meinen beiden Betreuern Prof. Dr. Ute Rosenbaum und Prof. Dr. habil. Lothar Rausch.

Als letztes möchte ich mich bei S.H. 17. Karmapa Trinley Thaye Dorje und allen Lehrern der Karma Kagyü Schule bedanken, die unermülich zum Wohle aller fühlenden Wesen arbeiten.

In diesem Text wird der Einfachheit halber nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

1. Einleitung

Europa wächst zusammen. Aus vielen Nationalstaaten wurde eine politische Instanz, die auf der Welt als Einheit wahrgenommen wird. Dabei wurde nicht nur ein gemeinsamer Wirtschafts- und Währungsraum geschaffen, sondern auch eine gemeinsame Identität. 28 Länder mit unterschiedlichen Kulturen, unterschiedlichen politischen Strukturen und unterschiedlichen Ideen von gesellschaftlichem Zusammenleben. Europa ist Eins, aber gleichzeitig ist Europa auch vielseitig. 766 Abgeordnete aus 28 Ländern sitzen im Europäischen Parlament. Dabei werden Entscheidungen getroffen, die alle 28 Mitgliedsländer betreffen. 28 nationale Parlamente, die wiederum vertreten in der europäischen Kommission und im Europarat werden. Dies bedeutet 28 unterschiedliche politische Konstellationen, 28 unterschiedliche Verfassungen und 28 unterschiedliche Sozialsysteme. All diese Unterschiede kann man vergleichen.

Warum aber vergleichen? Diese Frage stellt sich jedoch zu Beginn. Und vorallem warum. Und warum das ganze Gesundheitssystem und nicht nur Institutionen?

In der Gesundheitswissenschaften wird Benchmarking sowohl in der Betrachtung von Organisationen wie Krankenhäusern, Pflegeheimen und anderen Gesundheitsinstitutionen vorgenommen, aber auch aus makroökonomischer, -soziologischer, -politischer und -ökologischer Sicht wird verglichen. Der Vergleich unterschiedlicher Systeme hat einen Vorteil: Probleme, die fremden Systemen immanent sind, können dadurch besser herausgearbeitet werden. Aber auch die eigenen systemimmanenten Fehler können durch einen Systemvergleich besser zu Tage treten. Um es präziser auszudrücken: Jeder Vergleich ist gleichzeitig eine Stärken-Schwächen-Analyse der betreffenden Gesundheitssysteme. Es zeigt, wie unterschiedlich gesundheitliche Probleme sein können und wie unterschiedlich die Lösungsansätze für die Problembewältigung sein können.

Diese Art des Vergleichs hat jedoch in der Gesundheitswissenschaft bisher eher eine untergeordnete Rolle gespielt. In der gesundheitsökonomischen Betrachtung und durch die Schaffung der OECD wurden zwar Ausgabenproblematiken und die weltweite Lösung

dieser verglichen und entsprechend vorher definierter Kriterien anhand ihrer Performance eingestuft. Die medizinische bzw. gesundheitssoziologische Betrachtung von Gesundheitssystemen erfuhr daher erst in den letzten Jahren einen Aufschwung (WENDT, 2005: 2). Dies macht einen soziologischen Vergleich der Gesundheitssysteme etwas schwierig.

Auch kann nicht alles verglichen werden und es ist auch nicht jeder Vergleich sinnvoll. Als im Jahr 2000 die WHO Gesundheitssysteme aufgrund von vier Vergleichsparametern¹ verglichen und eingestuft hat, gab es eine große Opposition gegenüber diesem Benchmark. Die deutsche Ärzteschaft bezeichnete diesen Versuch mit einem Vergleich von Äpfeln und Birnen². Und auch NAVARRO (2000) kritisiert die quantitative Herangehensweise der WHO in ihrem World Health Report 2000. Für NAVARRO (ebd.) ist die Bildung von einheitlichen und singulär-synthetischen Indikatoren zur Vergleichbarkeit ungeeignet und auch viele Schlussfolgerungen des Reports sind aus seiner Sicht nicht evident. In manchen Fällen geht dieser Bericht auch von konträren wissenschaftlichen Erkenntnissen aus. Dies lag unter anderem daran, dass sozioökonomische und kulturelle Einflüsse nicht oder nur unzureichend berücksichtigt wurden.

Kann man diese Äpfel mit Birnen vergleichen und wenn ja wie? Hierfür sollte jedoch zuerst geklärt werden, was Gesundheitssysteme überhaupt sind und welche Gemeinsamkeiten diese haben, um danach die Unterschiede vergleichbar zu machen. Diese Fragen versucht diese Arbeit zu beantworten. Dafür sollen die beiden Gesundheitssysteme Irlands und Deutschlands genutzt werden. Diese beiden Länder sind gute Stellvertreter des europäischen Gedankens und symbolisch für die europäische Integration. Während Deutschland zu den wirtschaftlich stärkeren Partnern der EU gehört, bildet Irland das Schlusslicht und kämpft aktuell mit den Nachwehen der Finanzkrise. Dieser Unterschied macht einen Vergleich der beiden Gesundheitssysteme interessant. Dafür sollte jedoch zuerst geklärt werden, was Gesundheitssysteme überhaupt sind. Darum werden im Kapitel 2 dieser Arbeit die systemimmanenten Gemeinsamkeiten aller bekannten Gesundheitssysteme anhand der Systemtheorie Niklas Luhmanns erarbeitet. Hierbei werden Gesundheitssysteme als selbstreferentielle und funktional-differenzierte Funktionssysteme betrachtet. Diese besitzen Grundstrukturen, die alle sozialen Systeme

1 Anm.: Der WHO Report stufte Gesundheitssysteme nach den vier Kriterien (i) Finanzierung (ii) Verwaltung (iii) Versorgung und (iv) Ressourcen-Generierung ein. (vgl. WHO, 2000)

2 Vgl. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/41646/Ranking-von-Gesundheitssystemen-Aepfel-mit-Birnen-verglichen> – Zugriff am: 21.03.2013

aufweisen und verdeutlichen theoretische Annahmen von Grundzügen der Gesundheitssysteme. Diese Herangehensweise ermöglicht es verschiedene systemische und gesundheitswissenschaftliche Theorien zu kombinieren, um Hypothesen zu verifizieren und falsifizieren. z.B. neigen Gesundheitssysteme zu einer Expansion? Die Systemtheorie geht davon aus, dass es aufgrund der Systemerhaltung zu einer Anspruchsinflation im Gesundheitssystem kommt. Dieser Hypothese wird ebenfalls in der vorliegenden Arbeit nachgegangen.

Hierzu werden im Kapitel 3 aufgrund der methodologischen Annahme des radikalen Konstruktivismus Methoden entwickelt die einen Vergleich aufgrund der Unterschiede der Gesundheitssysteme ermöglichen. Es werden auch Methoden zur Analyse des Outcomes des irischen Gesundheitssystems und die Auswirkungen auf die mentale Gesundheit beschrieben, die im Kapitel 4 diskutiert werden.

Kapitel 5 umfasst eine Diskussion der aus Kapitel 2 und 4 entwickelten Hypothesen und Ergebnisse, welche im Kapitel 6 mit einem Fazit und einem Ausblick ihr Ende finden.

2. Systemtheorie

Niklas Luhmann und die von ihm entwickelte Systemtheorie werden häufig diskutiert. Sein Buch „Gesellschaft der Gesellschaft“ und die Schriftenreihe „Soziologische Aufklärung“ lieferten ein weitreichendes und vielfältiges Begriffsinstrumentarium zur Beschreibung sozialer Phänomene. Gleichzeitig schuf Luhmann eine umfassende Theorie der modernen Gesellschaft. Seine Systemtheorie erhebt den Anspruch, gesellschaftliches und soziales Miteinander umfassend zu erklären ohne den Mensch selbst in diesem sozialen Gefüge zu erwähnen, oder ein abstraktes Menschenbild zu schaffen. Wie kann nun diese soziologische Theorie einen Beitrag für die Beschreibung von Gesundheitssystemen liefern? Ist das Gesundheitssystem überhaupt ein funktional-differenziertes, autopoetisches und selbstreferentielles System? Und wenn ja, wie erfindet oder erfand sich dieses System selbst? Was ist Sinn, Funktion und Aufgabe dieses Systems? Diese Fragen sollen im Folgenden diskutiert werden, beginnend mit der Beantwortung der Frage, warum die Systemtheorie überhaupt einen Beitrag für einen Vergleich von Gesundheitssystemen liefern kann.

2.1 Gesundheit als System

Gesundheit ist ein zentraler Begriff nicht nur der Gesundheitswissenschaft sondern auch in der Soziologie. Er ist manigfaltig und schwierig zu greifen. Gesundheit ist kein einfach zu definierender Begriff, der in knappen Sätzen erklärt werden kann. Ebenfalls das Wort *System* ist eine solche Begrifflichkeit. Nichtsdestotrotz werden beide Begriffe oft verwendet, mal einzeln, mal kombiniert. Was jedoch ist *Gesundheit*, was ist ein *System*? Und was ist ein *Gesundheitssystem* und wie kann Gesundheit ein System sein? Diese Fragen führt unweigerlich zur Systemtheorie und zu soziologischen Theorien der Medizinsoziologie.

Eine Fülle von Vergleichsparametern, Definitionen und empirischer Arbeiten liegt hierzu vor. Entwickelt aus der Wohlfahrtstaatsforschung, entstanden Mitte der 1990er Jahre verschiedene Methoden Gesundheitssysteme zu beschreiben und zu vergleichen. Für diesen Vergleich wurden Operatoren und Parameter entwickelt, um die Vielfalt der Gesundheitssysteme, bzw. Krankheitssysteme abbilden zu können. Mit diesen kann man diese Systeme entweder vergleichen oder beschreiben. Vergleichen kann man über Ausgaben und Einnahmen, anhand von Institutionen, anhand der Distribution von Leistungen, über die Leistungserbringung an und für sich und über die Forschung.

Man kann politische Systeme, Kulturen, historische Entwicklungen oder soziale Phänomene vergleichen, jedoch ist nicht jeder Vergleich sinnvoll. Und oftmals sollte man verschiedene Faktoren, die Einfluss auf das Phänomen Gesundheitssystem haben, kombiniert betrachten. Jedoch sollte man beachten, dass zwar durch statistische Vergleichsberechnungen auch oftmals eine scheinbare Vergleichbarkeit entstehen kann. Um dies zu vermeiden sollten einheitliche Theorien genutzt werden, die den Vergleich und die Kombination der Operatoren und Parametern sinnvoll erklären und zu verknüpfen vermögen.

Claus WENDT (2005, 3f.) beschreibt dafür vier größere Wissenschaftstheorien, die sich für einen Vergleich des abstrakten Gesundheitssystems eignen: (i) Gesundheitsökonomik (ii) Systemtheorie (iii) Theorie staatlicher Steuerung und die (iv) Institutionentheorie.

Jede dieser Theorien steht gleichbedeutend nebeneinander. Für diese Arbeit wird im Folgenden die zweite Theorie genutzt werden. Die Systemtheorie liefert eine breite Palette an deskriptiven Werkzeugen. Sie erklärt soziale Phänomene und die Konsequenzen die

aus der Systembildung derselben entstehen, sie bietet durch ihre Universalität auch einen Einschluss der anderen drei Wissenschaftsdisziplinen und adaptiert ökonomische, politische und wohlfahrtstaatliche Phänomene ohne diese zu verfremden.

Was versteht man nun aus dieser theoretischen Sicht unter einem *sozialen System*?

Dies kann am besten mit der deskriptiven Beschreibung der LUHMANNschen (1973) Theorie vom Helfen beginnen:

Geschichtliche Faktoren und die darauf bezogenen sozialen Interaktionen haben das Gemeinwesen evolutionär verändert. Diese evolutionäre Sicht fußt auf der Betrachtung sozialer Entwicklungen und der daraus resultierenden Arbeitsteilung. Einfache und triviale gruppensoziologische Phänomene in *archaischen* Gesellschaften wurden, nach LUHMANN (1973), zuerst durch *Hochkultur*, dann durch die *modern* Gesellschaft abgelöst. Diese Evolution entstand durch ein zunehmendes Maß an Komplexität. Am Beispiel des *Helfens*, das als reziproke Form sozialer Phänomene definiert wird, zeigt sich die systemische Deskription.

So wurde in archaischen Kulturen die Erbringung von Hilfe noch segmentär (auf Basis von Kleingruppen), quer durch die horizontale Arbeitsteilung differenziert. Diese segmentäre Differenzierung drückt eine gruppen- oder stammesdeterminierte Rollenerwartung aus. Es kommt zu keiner speziellen Hierarchiebildung, sondern *Hilfe* erfolgt auf Augenhöhe.

Im Unterschied hierzu entwickeln *hochkultivierte* Gesellschaften schon Professionen, die Schichtenrollen konstruieren. So übernimmt der Hilfeebringer in seiner Funktion schon spezifische Rollenerwartungen und es entsteht eine Hierarchie. Dies macht das soziale Gefüge schon komplexer und wird durch Standesdenken erklärbar. In der modernen Gesellschaft nimmt das Maß an Komplexität noch weiter zu. Es kommt zu einer hochkomplexen Struktur in der die einzelnen Elemente nicht mehr mit jedem anderen Element verknüpfbar sind (KRAUSE, 2005: 178).

Es entstehen infolgedessen soziale Systeme zur Komplexitätsreduktion. Diese Komplexitätsreduktion erfolgt wie auch in den anderen Kulturen durch Differenzierung – nach dieser Theorie durch *Funktionsdifferenzierung*. Zuerst steht in diesem Fall die Differenzierung in *System* und *Umwelt* im Vordergrund. Es kommt zu einer Interdependenzunterbrechung, in der das System eigene Funktionen und somit *System-Umwelt-Grenzen* bildet. Für LUHMANN (1987.: 12f) sind diese *System-Umwelt-Grenzen*

als Sinn Grenzen definiert, die aufgrund von sinnhafter Kommunikation ihre Funktion erfüllen (STAUBMANN, 2001: 221).

Systeme entstehen somit aus sich selbst (sie sind autopoetisch) da die gesellschaftlichen Formationen zu abstrakt, zu komplex sind, sodass eine Differenzierung über Segmente oder über Professionalisierung nicht mehr möglich ist (LUHMANN, 1973: 29).

Diese Differenzierung soll helfen in einer Abstraktivität sinnvoll zu operieren zu können, um die Welt verständlicher zu machen (um die abstrakte Welt in eine Kontingenz zu überführen, sie soll dazu führen dass das System trivialer als seine Umwelt ist) (LUHMANN, 1973: 29). Das geschieht jedoch nur dadurch, dass sich diese Systeme *immanent beschränken* (ebd.). Diese Beschränkung ermöglicht die operationale Schließung des Systems, die Grenzziehung vom System zur Umwelt. Es kommt zu einer *System-in-Umwelt-Beziehung*. Diese Beschränkung ist für das System zwingende Voraussetzung für Erleben und Handeln. Dieses Erleben und Handeln und damit die Welt viabel machen, ist für das System notwendig. Da sie nicht von komplett von ihrer Umwelt getrennt sind, sondern in ihr agieren müssen.

Betrachtet man Systeme aus dieser Sicht, sind sie nichts weiter als *rekursiv vernetzte Kommunikationszusammenhänge* (SCHMIDT, 2005: 407). Diese Rekursivität ist selbst Grund für die operative Schließung von Systemen (ebd.). Sie kommunizieren somit nicht nur nach außen, sondern bestehen selbst lediglich aus Kommunikation. Sie sind somit mehr als die Summe ihrer Elemente und bestehen aus Kommunikationszusammenhänge, die gegenseitig Anschluss zueinander suchen. Angenommen wird dabei, dass Kommunikation aus Zufall selbst entsteht, indem zwei psychische Systeme aufeinandertreffen (EGO und ALTER). Systeme generieren sich somit selbst. Hierzu Niklas LUHMANN (1987: 65):

„Autopoetische Systeme sind Systeme, die nicht nur ihre Strukturen, sondern auch die Elemente, aus denen sie bestehen, im Netzwerk eben dieser Elemente selbst erzeugen.“

Es ist also entscheidend, wie Systeme selbst kommunizieren. Um dies herausarbeiten zu können, soll nun auf den Begriff *Kommunikation* eingegangen werden.

Aus systemtheoretischer Sicht besteht Kommunikation aus: *„[mehreren] Selektionsketten von Information, Mitteilung und Verstehen“* (KOPFSGUTER, 2013: 102).

Diese Selektionsketten sind jedoch nicht freischwebend. Sie entstehen durch Zufall und

beim aufeinandertreffen von zwei Systemen (EGO und ALTER) (KRAUSE, 2005: 18f). Treffen zwei Systeme aufeinander, begegnen sich diese als *black boxes* – es kommt zu einer s.g. *doppelten Kontingenz* (ebd.). Dies bedeutet, dass Systeme aufgrund ihrer immanenten Beschränkung nie hundertprozentig wissen, was das andere System denkt und was dieses erlebt. Nur durch den kommunikativen Austausch erschließt sich dem System die Welt des anderen Systems. Dazu benötigen beide jedoch eines: Eine gemeinsame Sprache. Epistemologisch bedeutet das, dass (HEJL, 2010: 127f):

1. jedes lebende System (als Teil des sozialen Systems) in seinem kognitiven Subsystem einen anknüpfbaren Zustand ausgebildet hat, den das interagierende lebende System (alle anderen Gruppenmitglieder) mit seinem kognitiven System vergleichen kann [gleiche Kommunikationsformen und gleiches Handeln] und dass
2. die Systeme auf diese gleichen Zustände mit Bezug und aus ihrer Wirklichkeit darauf interagieren müssen.

Diese anknüpfbaren Zustände sind *Medien* oder präziser ausgedrückt symbolisch generalisierte Kommunikationsmedien (STAUBMANN, 2001: 223f / KRAUSE, 2005: 45). Sie bestehen aus Symbolen wie Sprache, Artefakte usw., die von beiden Systemen verstanden und genutzt werden. Sie schaffen somit gemeinsame Symbole, die reflexiv Anschluss aneinander suchen und für beide verständlich sind. Die Entwicklung von Kommunikationsmedien begründet LUHMANN (1998: 191ff), mittels evolutionsbiologischer Annahmen. Er beschreibt die Entwicklung von Kommunikation als neurophysiologische Systembildung der Lebewesen (psychische Systeme), die er als Entwicklung von Übertragungsprozessen definiert (LUHMANN, 1998: 194f). Diese neurophysiologische Systembildung – auch Kommunikationssysteme – „*konstituieren sich selbst mit Hilfe einer Unterscheidung von Medium und Form.*“ (ebd.: 195). Der Unterschied zwischen diesen beiden Begriffen ist, dass

- das mediale Substrat, lose gekoppelte Elemente hat und
- Form die strikte Kopplung von Handlungen ist.

„Sie lenken damit die Fokussierung von Sinn auf das, was jeweils geschieht und Anschluß sucht. [...]“ Gemeint ist dabei: „Auch der alte Sinn von „communicatio“, der Sinn des Herstellens von „Gemeinsamkeit“ des Erlebens“ (LUHMANN, 1998: 201).

Dieses gemeinsame Erleben kann aber nur in einem bestimmten Rahmen geschehen. Kommunikation der Kommunikation wegen wäre zwar möglich, ist aber nicht systemgenerierend. Dieser Rahmen bildet sinnhafte und zielführende Kommunikation. Die Funktion ist für soziale Systeme ihr selbstgegebener Sinn. Diese Funktion ist quasi die Aufgabe des Systems, die das System legitimiert, eine Aufgabe, die spezifisch nur von diesem einen System erfüllt wird. Kein anderes System übernimmt diese systemimmanente Aufgabe (BAUCH, 2013: 5). Diese untersteht einem Ziel, das im systemischen Duktus als *Kontingenzformel* bezeichnet wird. Diese *Kontingenzformel* soll die dem Funktionssystem inhärenten Symbole in eine Kontingenz überführen (KRAUSE, 2005: 182). Sie ist somit das Ziel, bzw. die übergeordnete Instanz die dem Funktionssystem einen übergeordneten Sinn gibt.

Um dieses Ziel zu erreichen, operieren Funktionssysteme. Sie teilen die Welt auf, machen sie viabel. Dieses Gangbarmachen geschieht durch Selektion. Sie kann funktionieren, da Systeme Leitdifferenzen, die Luhmann als *binäre Codes* bezeichnet, bilden (STAUBMANN, 2001: 233). Diese binären Codes bestehen zum einen aus einem *Präferenzwert (auch Designationswert oder Zielwert)*. Dieser zeigt die Präferenz oder auch das Ziel des Systems an. Ihm gegenüber steht der *Reflexionswert*, der sich stets rückbeziehend, auf den Präferenzwert auswirkt. Diese binäre Codierung sind operative Momente, des gemeinsamen Erlebens. Sie zeigen was zielerreichend für das System ist (Siehe 2.1.1).

Wie diese Ziele erreicht werden, dafür entwickeln Systeme Programme, die „ausgeschlossene Dritte“ in das System inkludieren, um die Funktion erfüllen zu können. Sie nutzen damit den binären Code, um festzulegen, wie für den Präferenzwert die Kommunikation verlaufen muss, um das Ziel zu erfüllen (KRAUSE, 2005: 209). Systeme operieren somit wie Computer, in denen Programme den Input für das Verarbeiten von Informationen nutzen (Siehe 2.1.3).

Welche Bedingungen müssen aber bei dieser Betrachtung von operativer Schließung und autopoetischer Selbstreferenzialität geschehen sein? Es gibt drei hinreichende und notwendige Bedingungen aus dieser Betrachtungsweise (BAUCH, 2012: 5):

- (i) Systeme sind von außen nicht steuerbar (absolute Autonomie und Umweltresistenz),
- (ii) jedes Funktionssystem hat seine eigene Funktion, die kein anderes System übernimmt und
- (iii) somit hat jedes Funktionssystem einen binären Schematismus ausdifferenziert.

Die Autonomie der Funktionssysteme, ist dabei nicht nur strukturell sondern auch operativ zu verstehen (LUHMANN, 1998: 67). Dies bedeutet, dass andere Systeme oder nicht dem System angehörige Elemente keinen Einfluss auf das System nehmen können. Systeme sind somit im höchsten Maße umweltresistent (FUCHS, 2013).

Aufgrund dieser notwendigen Bedingungen lässt sich festhalten, dass Systeme aus Kommunikation bestehen, die durch Medien, soziale Codes und Programme sinnhafte Funktionen ausdifferenzieren und sich ähnlich wie biologische Systeme selbst schaffen und ähnlich verhalten.

Der Frage, ob sich das System Gesundheit zu einem eigenständigen ausdifferenziertes Funktionssystem entwickelt hat, geht diese Arbeit nach. Dazu sollen die auch von KRAUSE (2005: 51) und REESE-SCHÄFER³ genutzten Kategorien angewendet werden. Diese sind:

- (i) Kontingenzformel
- (ii) sozialer Code
- (iii) Programme
- (iv) Medien
- (v) Funktion

Somit kann deduktiv herausgearbeitet werden, ob sich das System Gesundheit wie andere

³ Vgl. <http://www.humboldtgesellschaft.de/inhalt.php?name=luhmann#D>. - Zugriff am: 18.06.2013

Systeme verhält.

Die Systemtheorie dient hierbei weitergehend als Methode des Beobachtens.

Beobachten bedeutet in diesem Fall die Selektion in Beobachten *erster* und *zweiter* Ordnung. Wobei Beobachten *erster* Ordnung dem Vorgang des Unterscheidens und Bezeichnens meint und Beobachten *zweiter* Ordnung: „*die Unterscheidungen und Bezeichnungen eines anderen Beobachters [zu] unterscheide(n) und bezeichne(n)*“ (KOPFSGUTER, 2013: 104f).

Dieses Beobachten *erster* Ordnung heißt im Fall des Systems, seine *Funktion* erfüllen. Als *Funktion* sozialer Systeme, wird die Beobachtung aller im System vorkommenden Subsysteme bezeichnet, auf die später noch eingegangen wird. Man beobachtet somit das System bei seiner Funktionserfüllung und beschreibt diese. Als den Ziel des Gesundheitswesens soll nun vorab angenommen werden, dass die Kontingenzformel des Gesundheitssystems **Gesundheit** selbst ist (FUCHS, 2013: 33). Dies ermöglicht einen sinnvollen Einstieg in die Beobachtung zweiter Ordnung, des Gesundheitssystems selbst.

2.1.1 Sozialer Code

Betrachtet man aus systemtheoretischer Perspektive Gesundheit bzw. Krankheit kann man die Entstehung von Funktionssystemen ebenfalls anhand evolutionärer Prozesse feststellen. Jost BAUCH (1996) beschreibt in seiner Habilitationsschrift anhand der drei Stufen LUHMANNs (1973) die Entwicklung des Medizinalwesens.

Bis weit in das 18. Jahrhundert war Medizin mehr eine philosophische, als eine historisch-empirische Disziplin (FOCAULT, 1996: 21). In der Antike über das Mittelalter bis zur frühen Neuzeit, beschäftigten sich Philosophen, Seher, Heiler oder andere Weise mit Gesundheit und Krankheit. Sie entwickelten abstrakte Gedanken- und Erklärungsmodelle über die Entstehung von Krankheiten. Philosophen wie Sokrates, Aristoteles und vor allem die griechischen Vorfahren der medizinischen Wissenschaft, wie Hippokrates und Galenos von Pergamon beschäftigten sich mit der Entstehung von Krankheiten deren Behandlung. Bis weit in das späte Mittelalter gehörten die *Methodi medendi* und die von Galenos entwickelte Vier-Säfte-Lehre zur *lege artis* der medizinischen Heilkunst, die von Hippokrates durch die empirische Betrachtung von Symptomen erweitert wurde. (LABISCH/WOELK, 1998: 51f). Diese philosophisch-hellenische Herangehensweise

verdeutlicht, die erste bewusste Ablösung vom religiös-metaphysischen Charakter der medizinischen Heilkunst. Zuvor war die Krankheit eine Strafe Gottes, dämonisch und/oder Hexerei. Nur durch Priester oder durch Teufelsaustreibung, magischer Gewürze und Kräuter wurde versucht die Krankheit zu vertreiben.

Erst die Entdeckung der Mikrobiologie von Robert-Koch 1876 hob die Medizin endgültig zu einer Wissenschaft, die sich mit wissenschaftlich-fundierten Methoden der Krankenbehandlung annehmen konnte. Sie entwickelte sich von einer Geisteswissenschaft zu einer Naturwissenschaft, die sich mit den biologischen und physikalischen Gesetzen im menschlichen Körper beschäftigte.

Es kam zu einer Professionalisierung der ärztlichen Leistungserbringer. Schon im Jahr 1241/51 war die Grundausbildung von Ärzten durch die *liber principalis* in die universitäre Ausbildung integriert worden (ebd. 53). Administrative Hoheitsgewalt über die Bekämpfung von Krankheiten sollten im 18. Jahrhundert die Nationalstaaten bekommen. Vertreter wie Johann Peter Frank entwickelten dafür ein öffentliches Modell für die Bekämpfung von Krankheiten, das als Staatswissenschaft und Staatsaufgabe in die Hand einer *Gesundheitspolicey* überführt werden sollte (ebd.). Diese Entwicklung hin zur Medizin als Aufgabe des Staates, so sieht es BAUCH (1996: 33), führte zu einer Professionalisierung der Mediziner und zeigte die Aufwertung der Ärzteschaft zu Experten, die sich eine eigene gesellschaftliche Stellung mit bestimmter Rollenerwartung erarbeiteten. Die Medizin als neue Wissenschaftsdisziplin sollte jedoch im 19. Jahrhundert, vor allem durch die Medizinalreformbewegung von einer staatlichen Pflicht zu einer Institutionenmedizin werden (BAUCH, 1996: 39). Es kam zu einer Selbsthypostatisierung der Gesundheit. Diese Überführung war der entscheidende Schritt des Medizinsystems in die funktionelle Ausdifferenzierung. Für LUHMANN (1998: 76) stellt jedoch diese funktionelle Ausdifferenzierung, die Exklusion des Funktionssystems aus der Umwelt durch den binären sozialen Code eine entscheidende Grundvoraussetzung dar. Diese binäre Codierung ist die Aufgabe, die Funktion, des Systems.

Wenn das Medizinalwesen eine Funktion erfüllt, dann ist es die Beseitigung von Krankheit. Michel FOCAULT (1996: 26) beschreibt diese Funktion folgendermaßen:

„Hat die Krankheit ihre wesentlichen Koordinaten auf dem Tableau, so findet sie ihre sinnliche Erscheinung im Körper. [...] indem sie die festen Teile, die Bewegungen und Funktionen verändert [...] hier und dort das Spiel der Symptome auslöst und sich dadurch

auf einen ungünstigen Ausgang zubewegt.“

Das Medizinalwesen und alle Ärzte sind auf die Diagnostik eben dieser körperlichen Erscheinungen, Symptome und deren Verlaufsformen angewiesen. Sie operieren mit pathogenetischen, verfremdeten Körperfunktionen und erhalten ihren Arbeitsauftrag durch eben diese. Der Designationswert, der Positivwert oder auch der Zielwert, so sieht es auch LUHMANN (1990), ist somit *krank*. Dies zeigt sich bis heute an der Vergütung von Ärzten: Eine Besoldung oder Vergütung von staatlichen Institutionen wird bis heute an Diagnosen und der daraus resultierenden Therapie, nicht an der vollständigen Heilung bzw. an der Minderung der Symptome festgemacht.

Es kommt dazu, „dass die Behandlung von Kranken und nicht die Behandlung von Gesunden zur Systembildung führt.“ (VOGD, 2005: 238)

Aber bei dieser Betrachtung gibt es ein großes Problem, dessen sich LUHMANN (1990) sehr bewusst war. Wenn im Gegensatz zu anderen Sozialsystemen das Krankensystem seinen Handlungsauftrag von einer negativen Codierung erhält, kann sich keine Reflexionstheorie im System entwickeln (BAUCH, 1996: 77). Denn durch diese absonderliche Verkehrung des Zielwertes durch ein negatives Topoi reflektiert das Medizinsystem durch eine extreme Umweltorientierung (LUHMANN, 1990).

BAUCH (1996.: 77) zeigt, wieso dies ein Problem darstellt:

„Gesundheit ist selbstevident, wird als Fehlen von Krankheit definiert oder wie bei Leriche als „Schweigen der Organe“. Gesundheit löst als Reflexionswert keine Reflexionen aus“

Dies bedeutet, dass Gesundheit nicht ohne Krankheit bestehen kann und diese ist eben durch die Fehlfunktion von Organen determiniert. Das Medizinsystem sucht sich seine Kranken, um diese aus Selbsterhaltung in das System zu inkludieren. Dies kommt unter anderem aus der pathogenetischen Betrachtung der Körperfunktionen. Woher kommt diese pathogenetische, körperliche Betrachtungsweise des Patienten, des Leidenden?

FOCAULT (1996: 104f) beschreibt es so:

„In der medizinischen Tradition des 18. Jahrhunderts zeigt sich die Krankheit dem Beobachter in Symptomen und Zeichen. [...] Jenseits der Symptome gibt es keine pathologische Wesenheit mehr.“

Gesundheit ist aus dieser verkörperlichten Sicht, eben der reine Gegenpol zur Krankheit

und die Diagnostik dieser Krankheiten ein Maß an Qualität der ärztlichen Profession (HURRELMANN/LAASER, 1998: 22). Bis heute zieht sich diese Betrachtung durch die Codierung in der International Classification of Diseases (ICD), in den Diagnosis Related Groups (DRG) oder im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM).

Es gibt umfangreiche Kataloge, um Krankheiten zu diagnostizieren, sie zu beschreiben, deren Verläufe vorherzusagen und mit entsprechender Therapie entgegen zu wirken. Auch für die seelische Gesundheit gibt es ähnliche Herangehensweisen. FROMM (2009: 17f) geht hierbei davon aus, dass es für die seelische Gesundheit zwei Auffassungen geben kann:

- die relativistische, gesellschaftliche Auffassung. Diese geht davon aus, dass man dann von seelischer Gesundheit des Individuums sprechen kann, wenn sie der seelischen Gesundheit der Gesellschaft entspricht (Anpassungstheorie).
- die objektive, humanistische Auffassung, die davon ausgeht, dass es hinter gesellschaftlicher Anpassung, objektive Werturteile gibt, die jenseits von gutem Geschmack und Glauben sind.

Verfremdet wäre für die Anpassungstheorie derjenige, der sich an die gesellschaftlichen Wertvorstellungen nicht genügend anpassen kann. FROMM (ebd.) zitiert hierbei stets die Geschichte H.G. Wells (1925) *The Country of the Blind*⁴. Da aber auch ganze Gesellschaften krank sein können, kann es dazu kommen dass der *Normale* derjenige ist der als krank erscheint obwohl alle anderen krank sind (Erfahrungen der Shoa). Wegen dieser Erfahrungen und den Gräueltaten des Nationalsozialismus sollte sich die Auffassung von der *mens sana in corpore sano* auch zu einer *mens sana in societate sano* weiterentwickeln (ebd.113f). Die Schrecken der Shoa und die Entfremdung vom hippokratischen Eid im Nationalsozialismus, erschütterten die Gesundheitswissenschaften und Medizin in ihren Grundfesten. Grausames und menschenverachtende Prozeduren für die Schaffung einer „Herrenrasse“ im Namen der selektiven Auslese aufgrund biologischer Überlegenheit wurden von renommierten Wissenschaftlern begründet und erforscht. Erst im Laufe der Nachkriegszeit entwickelten sich die Gesundheitswissenschaften weiter. Die

4 Anm. Es handelt sich dabei um die Geschichte eines jungen Mannes, der sich in eine Stammesgesellschaft verirrt, in der jeder an angeborener Blindheit leidet. Aufgrund seiner Andersartigkeit entschließen die Bewohner des Stammes, ihn dem weisesten Medizinmann vorzustellen. Dieser diagnostiziert einen Wahnsinn, der von der Sehfähigkeit des jungen Mannes ausgeht und schlägt als Therapie, die Entfernung seiner Augen vor.

Idee des gesunden Volkskörpers der Nationalsozialisten, der vor Überfremdung und Degeneration geschützt werden sollte, wurde vollkommen zurückgedrängt und die Medizin und Gesundheitswissenschaften kehrten zu ihrem humanistischen Auftrag zurück. Im Zuge dieser Rückbesinnung auf die hippokratischen Werte entwickelten sich neue Verständnisse von Gesundheit und Krankheit.

Einer der Pioniere, der die Gesundheit von ihrer begrifflichen Umklammerung der Krankheit löste war Aaron ANTONOWSKY (1997). Aufgrund seiner Forschung der Entstehung von Gesundheit entwickelte er ein neues Gesundheitsmodell, die Salutogenese (*aus: lat. saulus: Genesung und griechisch. genesis: Ursprung*). Dieses revolutionierte das bisherige Gesundheitsbild grundlegend. Durch verschiedene Parameter und neuer Theoriekonzepte (wie bspw. *sence of coherence* und Resilienz) wurde das sehr auf Körperlichkeit und Pathogenese ausgerichtete Krankheits-Gesundheits-Modell weiterentwickelt. Für ANTONOWSKY (ebd.) ist Krankheit, entgegen der physisch-pathogenetischen Ansicht, ein bipolares Modell, welches dynamisch zwischen Krankheit und Gesundheit verläuft. Krankheit und Gesundheit ist somit ein Prozess und kein Zustand (ebd.).

Für ANTONOWSKY (ebd.) spielten psychische Komponenten eine ebenso große Rolle, wie körperliche. Die Weltgesundheitsorganisation griff dieses Modell auf und erstellte zu ihrem Selbstverständnis und zur klaren Definition von Krankheit und Gesundheit ein bio-psycho-soziales Modell, das neben physischen auch biologische (wie genetische Aspekte), psychologische (kognitive Grundeinstellungen) und auch soziale Faktoren (wie Bildung, Infrastruktur) als Einflussgrößen auf die Gesundheit der Menschen sieht (HURRELMANN/LAASER, 2008: 24).

Welche Konsequenzen hat dieser veränderte Duktus? Es kam zu einem Bruch der Medizin von ihrer klassischen Auffassung, der Symptombekämpfung. Die Medizin wurde von einer defektorientierten Heilwissenschaft zu einer herstellbaren und somit zu einer zu konsumierenden Entität. Dies geschah durch die in den Wohlstandsgesellschaftenden eintretenden Ansprüchen auf ein gutes und gesundes Leben. In der Gesundheitsförderung setzte sich immer mehr die Auffassung der befähigenden Ressourcen durch. Diese sollen durch die individuelle Befähigung (Empowerment) von potentiellen Patienten schon vor Auftreten der Symptome so gestärkt sein, dass es nicht zu einem Ausbruch der Krankheit kommt. Gesundheit sollte somit herstellbar werden. Dies bedeutet aber auch, dass sich

Patient und Arzt auf Augenhöhe bewegen, um gemeinsam Gesundheit zu generieren. Die paternalistische Aufgabe des Arztes, entwickelte sich zu einer kaufmännischen Aufgabe bei der ein Patient auch gleichzeitig Kunde wurde.

Krankheit wurde zum Besitz indem „[...] die Menschen dazu neigen, von ihrem Arzt, ihrem Zahnarzt [...] zu sprechen. [...] sie sprechen von ihren Krankheiten, ihren Operationen, ihren Behandlungen, ihrer Diät, ihren Medikamenten.“ (FROMM, 2007: 94)

Durch diesen Wandel in der Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit zu einem Konsumgut verwandelte sich die binäre Codierung des Gesundheitswesens weg von krank / gesund, zu **gesundheitsförderlich** / **gesundheitshinderlich** (oder auch lebensförderlich / lebehinderlich) ⁵.

Gesundheit wurde zu einem ubiquitären Gut, das im Gesundheitssystem als primäre Zielvorstellung geschaffen wurde. Diese neue Codierung bietet dem Gesundheitssystem zwei entscheidende Vorteile bei der Funktionserfüllung. Zum einen fungiert *gesundheitsförderlich* als Supercode, der einer Expansion des Gesundheitssystems dient. Der Präferenzwert löst sich von der physischen Komponente des bio-medizinischen Modells und nimmt salutogenetische als auch degenerativ-chronische Krankheitsbilder mit auf (BAUCH, 1995: 80f). Auf der anderen Seite, löst *gesundheitshinderlich* weitere Reflexionen im Gesundheitssystem aus. Dabei wird nicht nur die Lebenszeitverlängerung als Operation generiert, vielmehr übernimmt diese Codierung die Funktion der generischen qualitativen Lebenszeit.

ROBERTZ-GROSSMANN / BAUCH (2013: 173f) stellen jedoch fest, dass dabei aber auch eine Neigung zur Moralisierung der Gesundheit als hedonistisches Ziel besteht. Gesundheit wird als *machbar* betrachtet. Und jeder, der sich diesem Diktat nicht fügt, kann vom System exkludiert werden. Da für das System die Bildung von Gesundheit Voraussetzung ist und alle Operationen für die Zielerreichung notwendig sind, werden

5 Anm.: Hier wird entgegen der Luhmannschen Annahme, dass das Medizinsystem in seinem negativen Präferenzcode krank(Präferenzwert) seinen Handlungsauftrag erhält, angenommen, dass die Kontingenzformel des Gesundheitswesens Gesundheit selbst ist (FUCHS, 2013: 33) und somit die binäre Selektion im positiven Präferenzcode *gesundheitsförderlich/ lebensförderlich* und negativen Code *gesundheitshinderlich / lebehinderlich* vornimmt (BAUCH, 1996 / 2013: 9). Dies gründet vor allem darin, dass diese Betrachtung dazu führt, dass sowohl präventive/gesundheitsförderliche Maßnahmen als auch Behandlung chronisch-degenerativer Erkrankungen berücksichtigt werden (BAUCH, 2013: 8f). Das Problem stellt hierbei nur die Multicodierung, diverser Subsysteme und die Zielkomplexität bzw. Schnittstellenproblematik einzelner Elemente/Subsysteme im Gesundheitssystem (wie bspw. Krankenhäuser, die sowohl das Pflegesystem (pflegefähig / pflegeunfähig (HOHM, 2002: 141), als auch das Medizinsystem (krank / gesund (LUHMANN, 1990: 186) beinhalten) dar.

Menschen, die sich der *gesundheitsförderlichen* Lebenseinstellung verweigern, durch Leistungsausschlüsse, Risikozuschläge oder gar durch die Nichtversicherung aus dem System gedrängt (vor allem im privaten Krankenversicherungssektor, jedoch auch im öffentlichen Gesundheitssektor als Subsidiaritätsprinzip). Dies zeigt sich speziell in Deutschland durch die Ausweitung von Ausschlusskriterien nach den §§ 52, 52a und 53 SGB V, und durch Leistungskürzungen, Leistungsausschlüssen oder Boni für den Verzicht auf ärztliche Leistungen (Selbstbehaltstarife) o.ä.

Des Weiteren neigt diese Betrachtung des Gesundheitsbegriffes auch dazu, Gesundheit als vorzeigbares Objekt zu kreieren (Schlankheitswelle, Anti-Aging, Fitnesswahn).

Auf der anderen Seite besteht die Medizin, die als Subsystem nach wie vor existiert und immernoch in seiner alten Form operiert. Sie übernimmt weiterhin die Behandlung Kranker, um diese wieder gesund zu machen. Es muss sich als Krankenbehandlungssystem, in seiner neuen Rolle als Subsystem, mit einer verkehrten Codierung (Vertauschung des Ziel- und Reflexionswerts) an das Gesundheitssystem anpassen. Dabei muss sich dieses Subsystem der neuen Codierung unterordnen um dem Hauptsystem die Autopoiesis zu ermöglichen.

Für die pathogenetische Schulmedizin ist somit die Krankenbehandlung, weiterhin Präferenzwert. Selbst für Präventionsmedizin ist die Bearbeitung von Gesundheit ein pathogener Vorgang, denn *“[...] Prävention selbst, die das vom System nicht Bearbeitbare (Gesundheit) in die Zukunft auslagert und damit einschließt und zugleich ausschließt”* (FUCHS, 2013: 37f) ist keine Arbeit direkt an *Gesundheit*.

Halten wir fest: Aufgrund geschichtlicher Evolution entwickelte sich ein Gesundheitssystem, das als Kontingenzformel *Gesundheit* hat. Durch die Entwicklung und Ausweitung salutogenetischer Gesundheitsmodelle transformierte sich das Krankenbehandlungssystem (mit dem binären Code: krank/gesund) zu einem Subsystem des Gesundheitssystem, dessen Codierung gesundheitsförderlich /gesundheitshinderlich ist. Dieser Code hat zwei Vorteile: Einerseits fungiert als Supercode der Eingriffsmöglichkeiten in andere Sozialsysteme bietet. Beispielsweise in die politische Entscheidungsstruktur im Parlament, wie Gesetze zur Gesundheitsförderung geschaffen werden. Oder in die Ökonomie in der Produkte, mit weniger *Low Density Lipoproteinen* (LDL-Cholesterin) hergestellt werden, da diese einen größeren Umsatz versprechen (oder

auch Diätprodukte, Biosiegel,...).

Andererseits ermöglicht dieser Code aber auch weitere Sub-Codes zu generieren. Darum ist auch die *absonderliche* Codierung des Subsystems Medizin überhaupts möglich.

2.1.2 Funktion

Wie eben gezeigt, gibt es ein von der Umwelt exkludiertes Funktionssystem Gesundheit. Ein binärer Code, der die Aufgabe des Systems festlegt, ist vorhanden. Doch welche Aufgabe hat das Gesundheitswesen?

Nach wie vor ist eine klare Festlegung von Gesundheit schwierig. Eine objektive Kriterienfindung ist nahezu unmöglich. Während Krankheit einem *uno-actu-Prinzip*⁶ folgt, ist Gesundheit zu diffus. Im vorigen Abschnitt wurde von einem bipolaren und salutogenetischen Gesundheitsbegriff ausgegangen, jedoch kann Gesundheit auch als orthogonales oder dichotomes Konzept verstanden werden (FRANKE, 2008). Bei allen Modellen muss es aber auch eine andere Frage mit einbeziehen: Was ist Kranksein und Krankheit? NAIDOO/WILLS (2009: 6) entwickelten dazu eine Vierfelder-Matrix, die beiden

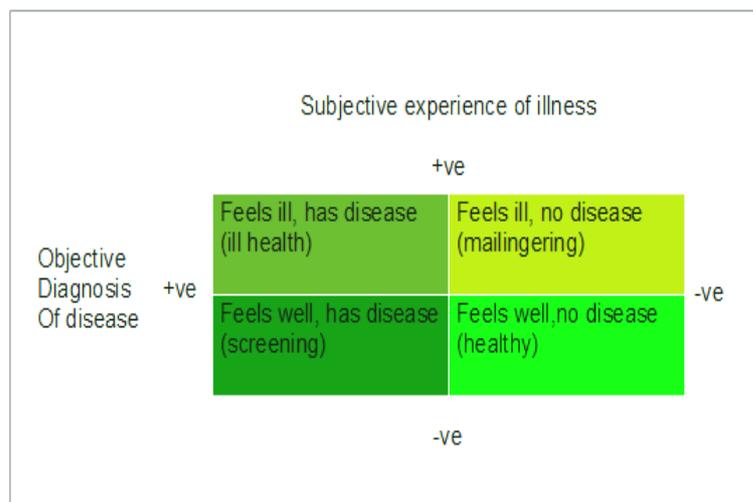


Abbildung 1: Die Beziehung zwischen Diagnose und Krankheit nach NAIDOO/WILLS (2009: 6)

6 Anm.: Das uno-actu-Prinzip meint einen Konsum von medizinischen Leistungen zum Zeitpunkt des Auftretts der Krankheit. Aufgrund des Leidensdruck der Krankheit, wird der Kranke zum Patienten. Er begibt sich in die Hände des Mediziners und wird somit sofort Teil des Medizinsystems. Ein abweichendes Verhalten ist kaum möglich. Im Gegensatz zu den meisten anderen Funktionssystemen. Ein Mensch kann sich obwohl das Rechtssystem nach recht/unrecht differenziert, entgegen des Rechts verhalten und dies ohne bestraft zu werden. Diese Möglichkeit ist im Medizinsystem meistens nicht gegeben. (BAUCH, 2013: 168)

Dimensionen *subjektives Empfinden von Kranksein* und die *objektive Diagnose von Krankheit* überlappt (vgl. Abb.1).

Dieses Modell erlaubt eine klarere Definition von Krankheit und Gesundheit. Es abstrahiert beide Ebenen von *Krankheit* und *Kranksein* und bildet daraus eine Annäherung an den Gesundheitsbegriff. Erst wer nach medizinisch diagnostischen Verfahren und dem subjektiven Empfinden von der Abweichung der Körperfunktionen krank ist, muss behandelt werden.

Das Modell weist nur zwei gravierende Mängel auf: Auch hier wird erstens von einem abweichenden Verhalten der Körper- bzw. Mentalfunktionen ausgegangen. Es kommt wieder zu einer pathogenetischen Betrachtung. Zweitens sind die objektiven Kriterien zur Einstufung von Krankheiten auch subjektiven Kriterien unterworfen.

Diese subjektive Empirie wird in den letzten Jahrzehnten von der Gesundheitswissenschaften und Gesundheitspolitik durch externe Evidenz zu objektivieren versucht. Durch die *evidenz based medicine* (EBM) wird versucht die ärztliche Professionalisierung zunehmend zu verwissenschaftlichen (VOGD, 2005: 242). Durch die EBM werden Leitlinien und Kriterien geschaffen, die zu einer Objektivierung führen sollen. Jedoch hat diese Objektivierung auch zwei negative Seiten. Zum einen kommt es zu einer Objektivierung des Subjekts. Im Falle der medizinischen Profession entsteht eine Beziehung, die sich von einer sprechenden Medizin zu einer Geräte- und Leitlinienmedizin entwickelt. Medizin wird zu einem Hochleistungsbetrieb, in dem die Behandlung nur 3-5 Minuten dauert (VOGD, 2005: 246). Der Arzt wird zu einer Art *homo faber*, der seine medizinische Kunst an technische Anlagen auslagert. Aus dem Patienten, wird eine Person die objektiv Krankheiten *hat*. Es werden Symptome, nicht mehr Patienten behandelt. Dies hat zur Folge, dass die Entscheidung durch das s.g. *informed decision making* an den Patienten abgegeben wird. Der Arzt wird zur Diagnosemaschine und der Patient zum Entscheidungsträger. Die Beziehung verkehrt sich ebenfalls in eine objektive Tatsache, die rationaler Entscheidungen bedarf (ebd.: 242). Der Arzt bietet aufgrund seines Wissens ein *Angebot* der Diagnostik und diverser Behandlungsmöglichkeiten, die der Patient nach *rational-choice*-Kriterien nachfragt. Nach Erich FROMM (2007: 98f) hat diese Objektivierung eine Konsequenz, die er als *Existenzweise des Habens bezeichnet*:

„Die Existenzweise des Habens wird nicht durch einen lebendigen, produktiven Prozeß zwischen Subjekt und Objekt hergestellt. Sie macht Subjekt und Objekt zu Dingen. Die

Beziehung ist tot, nicht lebendig.“

Deutlich wird dies auch in der täglichen Praxis. Durch die Änderung des *Einheitlichen-Bewertungsmaßstabes (EBM)* oder der Einführung von DRG wird einer Prozedur, einer Verschreibung, einer Diagnostik eine bestimmte Zeiteinheit einberaumt, in der diese erledigt sein muss. Für das Patienten-Arzt-Gespräch gibt es nur noch eine Quartalspauschale (vgl. KBV⁷ - EBM: Versicherten- Grund- und Konsiliarpauschale).

Auf der anderen Seite wird vor allem im US-amerikanischen Raum eine andere Kritik laut, durch die Überarbeitung des DSM Fassung IV aus dem Jahre 1994. Die *American Psychiatric Association (APA)* erarbeite aufgrund neuer medizinischer Kenntnisse einen neuen Diagnosekatalog – die DSM-V.

Veränderungen in dieser neuen Fassung, die weltweiten Einfluss auf die Einstufung von psychiatrischen Störungsbildern hat, sind⁸:

- Neue Kategorien für Lernstörungen und eine einheitliche Kategorie für Autismus
- Gleichsetzung von Spielsucht mit Substanzabhängigkeiten
- Diagnostik von Substanzabhängigkeiten differenziert nach Substanzen
- Zwei getrennte Suizidfragebögen für Erwachsene und Jugendliche
- Risikoerkennung für Psychosen zur Früherkennung und Behandlungen
- Risikoerkennung für Demenz
- Ausbau der Diagnoseschlüssel für anorexia nervosa und „Heisshungerstörung“

Diese Neufassung des DSM wird jedoch von einigen Psychiatern stark kritisiert. Vorallem der emirierte Psychiatrieprofessor Allen FRANCES (2013) kritisiert am neuen Manual eine Ausweitung psychischer Störungen hinein in normales Verhalten^{9,10}. Er sieht den Grund vieler Änderungen im DSM-V als von der Pharmaindustrie bestimmten

7 Vgl. <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=44d795d8c2c6f1f61fbaf0143334f364&DocId=003751341&Page=1> – Zugriff am 13.08.2013

8 Vgl.: <http://www.dsm5.org/Newsroom/Documents/Diag%20%20Criteria%20General%20FINAL%20202.05.pdf> – Zugriff am: 22.06.2013

9 Vgl. http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/two-fatal-technical-flaws_b_3337009.html - Zugriff am: 22.06.2013

10 Vgl. http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/jon-ronson-ted-talk_b_2978686.html – Zugriff am: 22.06.2013

Finanzinteressen, die an einer Ausdehnung der psychiatrischen Krankheitsbilder Interesse haben. Diese verdeutlicht er besonders bei den statistischen Änderungen der *Attention Deficit Disorders (ADD)* oder bei der Diagnose Depression nach dem Tod naher Angehöriger (die in der IV-Fassung frühestens zwei Monate nach dem Tod diagnostiziert werden durfte, in der V-Fassung schon nach zwei Wochen). Die Diagnose von ADD, die Feldstudien zufolge nur um 15 % hätte steigen dürfen, verdreifachte sie sich. Diesen Trend verknüpft FRANCES mit der Entwicklung neuer pharmazeutischer Möglichkeiten und der direkten Werbung an die Patienten¹¹. Diese Ausdehnung sieht FRANCES (2013: 128f) als bedenklich an.

Er diagnostiziert:

„Diagnostic inflation and misallocation of resources are bad enough now and will be made worse by DSM V -- the new diagnostic system to be published in two months. DSM V is a travesty of careless suggestions that will likely turn our current diagnostic inflation into hyperinflation.“¹²

Ob es tatsächlich zu dieser Anspruchsinflation durch das neue DSM-V kommen wird, kann zum jetzigen Zeitpunkt nur spekuliert werden. Auch wenn die Diagnosekriterien darauf hindeuten, dass es zu einer Expansion verschiedener Diagnosetypen kommt, hängt es zunächst einmal von den Psychiatern und Psychologen an, ob diese so stringent diagnostizieren. Auch die Bereitschaft der Patienten zu einem Psychiater zu gehen, ist ein entscheidender Faktor.

Betrachtet man jedoch die Veränderungen nach zum Vorgänger Manuals: DSM-IV, dann zeigt sich, dass sich in den USA Krankheitsbilder wie z.B. Demenz von 2000 bis 2010 um 68%¹³, Autismus jährlich 10 -17 %¹⁴ oder die *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)* innerhalb von 4 Jahren¹⁵ von 2003-2007 um ganze 21,8% zunahm. Inwieweit diese Entwicklung jedoch auf das neue Manual zurückzuführen ist, kann in dieser Arbeit nicht geklärt werden. Es verdeutlicht jedoch, dass die objektiven Diagnosekriterien nicht

11 a.a.O

Anm. Ein Direktmarketing ist in Deutschland nicht erlaubt und bezieht sich bei FRANCES (2013) auf den US-amerikanischen Markt.

12 a.a.O

13 Vgl. http://www.alz.org/downloads/facts_figures_2013.pdf – Zugriff am: 24.06.2013

14 Vgl. <http://www.autism-society.org/about-autism/facts-and-statistics.html> – Zugriff am: 24.06.2013

15 Vgl. http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5944a3.htm?s_cid=mm5944a3_w – Zugriff am: 24.06.2013

immer störungsfrei sind und dass ein subjektive Fundament, vorallem schwer greifbarer Diagnosen verdeutlicht.

Das Modell von NAIDOO und WILLS verdeutlicht, dass Krankheit und Gesundheit nicht nur ein Zustand objektiver, sondern eben auch subjektiver Wahrnehmung ist. Speziell bei psychischen Störungsbildern, bei denen objektive Kriterien immer einer subjektiver Einschätzung von Fachleuten bedarf. Es ist aber auch zu beachten, dass dies nicht nur bei psychiatrischen Störungsbildern festzustellen ist (siehe hierzu Kapitel 2.2).

Ob es im Gesundheitswesen aufgrund dieses Dilemmas zu einer Expansion kommt soll im Kapitel 3 genauer analysiert werden. Hier soll festgehalten werden, dass die Begriffe Gesundheit und Krankheit stets subjektiven und objektiven Kriterien unterliegen. Beide sind Irrtümern und Fehleinschätzungen unterworfen. Für ein System, dass seine Aufgabe erfüllt, ist jedoch aufgrund seines binären Codes eines wichtig: Funktionserfüllung. Somit könnte die Funktion trotz aller Schwierigkeiten der klaren Definition davon was Gesundheit genau ist, **Salutogenese** die Funktion eines Gesundheitssystems sein. Ob hierbei die Herstellung von Gesundheit, durch das Vorhandensein von homöostatischen, orthagonalen Faktorenüberschüssen oder eine hypostatische Station auf einem dynamischen Verlauf zwischen Krankheit und Gesundheit ist, spielt hierbei vorrangig keine Rolle. Das System versucht Gesundheit zu generieren, egal mit welchen Mitteln und welchen Anschauungen der einzelnen Professionen.

Dem System ist zuerst die Kommunikation und seine eigene Beobachtung, die Beobachtung erster Ordnung, wichtig. Welche Fehler sich hier einschleichen, stellt für das System kein Problem dar, solange es sich autopoetisch und selbstreferentiell immer wieder neu kreieren und aufrechterhalten kann. Interessant ist nur, wie das System kommuniziert, welche systeminternen Medien es symbolisiert und welche Programme zur Funktionserfüllung es nutzt.

2.1.3 Programme

Programme von Systemen „*markieren den Wiedereintritt eines ausgeschlossenen Dritten in das autopoetische System*“ (KRAUSE, 2005: 209). Sie machen das System operativ handlungsfähig. Es wird operiert und das heißt für das Gesundheitssystem, dass der abstrakte Gesundheitsbegriff so trivialisiert wird, dass er bearbeitbar wird.

Wer aber ist nun der ausgeschlossene Dritte? Da es in der Systemtheorie keine einzelnen Menschen oder Individuen gibt, sondern nur Systeme geht diese Arbeit nun von unterschiedlichen Systemen aus: psychische und lebende Systeme, als auch Organisationssysteme.

Im Gesundheitssystem gelten sowohl Institutionen als auch Patienten als systemrelevant. Festzuhalten ist dass es sich aus systemischer Sicht nicht um Menschen oder Gebäude oder räumlich abgegrenzte Gebilde handelt – Es handelt sich vielmehr ebenfalls um Systeme die den gleichen Regeln und Gesetzmäßigkeiten sozialer Funktionssysteme unterliegen. Und die Systeme, die in erster Linie nicht automatisch Teil des Systems sind, sondern vom System inkludiert werden müssen damit dieses an ihnen operieren zu kann, sind diese ausgeschlossenen Dritten.

Was sind nun diese Systeme im Gesundheitswesen? Wenn **Salutogenese** die Funktion ist, und im Medizinsystem die Krankenbehandlung im Vordergrund steht, wäre ein Krankenhaus zweifelos eine Institution des Gesundheitssystems. Legaldefinitiorisch sind Krankenhäuser in Deutschland Einrichtungen zur Krankenhausbehandlung, die ständiges medizinisch und pflegerisches Personal vorhalten und Patienten unterbringen können (vgl. Text 1). Die Krankenhausbehandlung ist somit Teil der Linderung von Krankheiten, einer medizinischen Behandlung und deswegen Teil des Krankenbehandlungssystems (SCHMIDT, 2005: 410). In Krankenhäusern werden jedoch nicht nur Krankenbehandlung durchgeführt. In Privatkliniken wird durch die Krankenbehandlung die Funktion des Wirtschaftssystems *materielle Reproduktion* durch *zahlen / nicht zahlen* vorgenommen. Oder was geschieht in Universitätskliniken, die der wissenschaftlichen Forschung der *Produktion neuer Erkenntnisse* durch den sozialen Code *wahr / nicht wahr* verpflichtet sind (ebd.).

(1) Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen
4. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

Text 1: Gesetzesauszug der Legaldefinition eines Krankenhauses nach §107 SGB V (aktuellste Fassung)

Es kommt zu einer Interpenetration von anderen Funktionssystemen und auch zu strukturellen Kopplung (siehe auch, Kapitel 4). Aber auch Patienten sind lebende Systeme, die für die Systemerhaltung absolut unverzichtbar sind. Alle psychischen, lebenden oder organisatorischen Systeme sind somit diejenigen, die für die Systemoperation notwendig sind um sinnvoll operieren zu können. Um die Systemkommunikation richtig zu lenken, benötigt das Gesundheitssystem Programme. Diese zeigen sich am deutlichsten, wenn man sich eben die Institutionen des Systems betrachtet.

Versucht man die Wirkungsweise des Gesundheitssystem auf ihre Grundzüge zu fokussieren zeigt sich, dass die Behandlung von Krankheitsbildern und die Herstellung von Gesundheit in allen Institutionen des Gesundheitssystems im Vordergrund steht. Wie oben gezeigt, ist jedoch Gesundheit ohne Krankheit nicht zu trivialisieren und auch die WHO (2009) bezieht sich in ihrer Verfassung auf ein Zusammenhang dieser:

„Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“

Für eine Trivialisierung von Gesundheit eignet sich diese Definition gut. Denn diese beschreibt Gesundheit durch das biopsychosoziale Modell und zeigt alle möglichen Faktoren von Gesundheitspromotion. Aufgrund dieses neuen Verständnisses für Gesundheit, die nicht nur physiologischen sondern ebenso sehr sozialen Faktoren unterliegt, entwickelten DAHLGREN und WHITEHEAD (1991) das Regenbogenmodell (vgl. Abb. 2). Dieses Modell zeigt die sozialen Einflussgrößen auf die Gesundheit auf. Während es unveränderliche Faktoren, wie Alter, Geschlecht und Konstitution (wie Erbgut) gibt, sollen für die Promotion von Gesundheit alle anderen Level ebenfalls berücksichtigt werden. Sie sind alle kommunikationsleitend und generieren Programme des subjektiven Wohlbefindens.

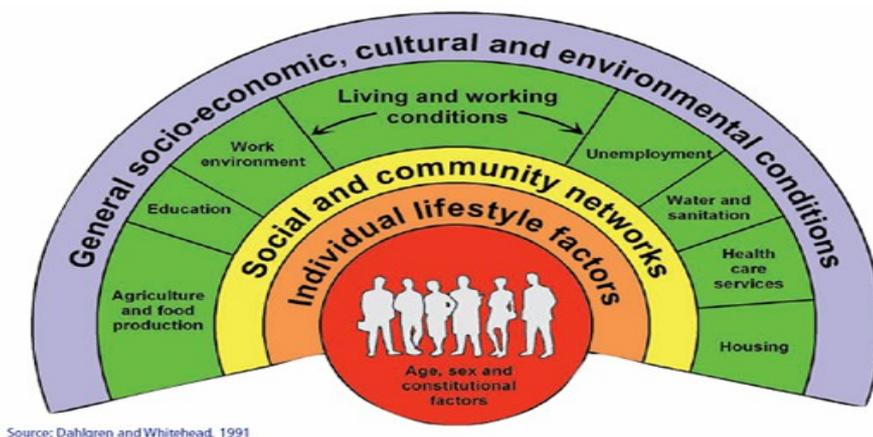


Abbildung 2: Das soziale Modell nach DAHLGREN & WHITEHEAD (1991)

Quelle:

<https://interactive.stockport.gov.uk/IAS/Custom/Resources/Determinants.PNG>

Dieses Wohlbefinden drückt sich in der konstruierten Wirklichkeit des Individuums aus. Was für den einen krank ist, ist für jemanden anderen gesund (siehe auch, Kapitel 2.2). Geht man hiervon als inkludierendes Moment des Gesundheitswesens aus, könnten dessen Programme **körperliches, geistiges und soziales Wohlergehen** sein. Es umfasst alle Faktoren, die jenseits von Schmerz und Gebrechen liegen, was im Gesundheits- als auch im Krankenbehandlungssystem Ziel ist. Und sie ermöglichen den ständigen Wiedereintritt der für die Systembildung notwendigen Systeme. Wohlergehen

inkludiert alle psychischen, lebenden oder sozialen Systeme und operiert mit ihnen.

2.1.4 Medien

Komplementär zu diesen Programmen sind in Systemen die Medien. Diese sind symbolisch-generalisierte Kommunikationen, im Grunde gemeinsame Sprache, die durch Sozialisation erlernt wird. Medien sind Ausdruck, geformte Interaktion im System. Sie schaffen den Raum für Erleben und Handeln. Jedes Teil des Systems, weiß diese zu interpretieren und sich dementsprechend darauf zu verhalten. Medien machen aus losgekoppelten Zusammenhängen Strukturen und sie dienen der Kommunikation im System. Wie dieses Kommunizieren jedoch von sich aus selbst entsteht und wieso diese Selektion geschieht, begründet LUHMANN (1998: 191ff) mittels evolutionsbiologischer Annahmen. Er beschreibt die Entstehung von Kommunikation als neurophysiologische Systembildung der Lebewesen (psychische Systeme), die er als Entwicklung von Übertragungsprozessen definiert (ebd. 194f).

Für das Gesundheitserleben der psychischen und lebenden Systemen muss dies somit einheitliches Erleben und *Sich-darauf-Beziehen* bedeuten. Gibt es ein gemeinsames Erleben im Gesundheitssystem? Haben sich hier symbolische Medien ausdifferenziert? Hierzu gibt es aus Sicht der Systemtheorie zwei Annahmen:

1. Ja, das Krankenversorgungssystem hat eigene Medien herausgebildet (Diese Auffassung vertreten LUHMANN (1990) und FUCHS (2013))
2. Nein, das Gesundheitssystem hat aufgrund seiner starken Umweltorientierung und der daraus resultierenden fehlenden Reflexionstheorie keine eigenständigen Medien ausdifferenziert und bedient sich der medialen Kommunikation von anderen Funktionssystemen (BAUCH, 1996: 165).

Beide Ansichten stehen weniger konträr gegenüber, als es den Anschein hat. Für BAUCH (1996: 165ff) sind viele medialen Strukturen aus anderen Systemen entliehen und es kommt deshalb zu einem symbiotischen Miteinander. Diese Herangehensweise ergibt insoweit Sinn, als dass aufgrund der hohen umweltorientierten Selbstreflexion das Gesundheitswesen sehr oft andere Funktionen verwendet. BAUCH (ebd.) verdeutlicht dies

anhand zweier Beispiele:

1. symbiotische Verbindung mit Politiksystem (Medium: Macht)
= Zwangseinweisung und Fixierung in Psychiatrie und/oder Pflegeheimen
2. symbiotische Verbindung mit Rechtssystem (Medium: Entscheidungen)
= Sozialgesetzgebung

Erweitert man dies um die Annahmen von SCHMIDT (2005: 410):

3. symbiotische Verbindung mit Wirtschaftssystem (Medium: Geld/Eigentum)
= Privatkliniken und private Krankenversicherung
4. symbiotische Verbindung mit Wissenschaftssystem (Medium: wissenschaftliche Erkenntnisse) = Universitätskliniken

verdeutlicht sich diese Theorie.

LUHMANN (1990) und FUCHS (2013: 37) sehen also für das Medizinsystem eigene ausdifferenzierte Medien. LUHMANN sieht die Behandlung und Therapie als formierte Medien und FUCHS Krankheit selbst. Alle drei Möglichkeiten der medialen Differenzierung sind sinnvoll. Denn weder die Behandlung und Therapie als Form der Linderung von Krankheiten, als auch Krankheit sind mediales Substrat eines anderen Funktionssystems und eignen sich hervorragend zur Fremdbeschreibung aller bekannten Krankenversorgungssysteme.

In dieser Arbeit jedoch soll das Gesundheitssystem aus einer weiteren, nämlich der salutogenetischen Seite betrachtet werden. Ausgehend von einem bipolaren und biopsychosozialen Gesundheitsbegriff ist Gesundheit kein körperlicher Idealzustand sondern ein dynamischer Prozess zur Herstellung von Gesundheit. Hierzu gibt es ein großes Spektrum unterschiedlicher Definitionen und Beschreibungen. So wird bspw. *Remission* (lat. *remissio* = *nachlassen*) als ein Nachlassen von Akutsymptomen beschrieben. Was aber passiert, wenn es keine Akutsymptome gibt? Wenn es zu chronisch-degenerativen Verlaufsformen, zu Defektheilungen oder zu Behinderungen kommt? Da Gesundheitsherstellung multidimensionaler ist und es mehrere Abstufungen gibt, ist *Remission* ein zu enger Begriff. Er kann unter dieser entwickelten Herangehensweise kein ausdifferenziertes Medium sein.

Das aus dem Lateinischen kommende *Restitutio ad integrum* (von lat. = restitutio *Wiederherstellung*; ad = *bei*; integritas = *Unversehrtheit*) bietet begrifflich einen Ansatz. Jedoch geht diese im Gegensatz zur *Remission* von etwas Absolutem aus. Gesundheitswiederherstellung kann und sollte aber nicht von einem absoluten Ideal ausgehen. Ein Ideal von Gesundheit gibt es nicht und würde zu einer Stigmatisierung *Nichtheilbarer* führen.

Aufgrund dieser etymologischen Lesarten eignen sich die klassischen Begriffe der **Genesung, curatio** oder **Heilung (Lateinisch: Rekonvaleszenz** – *reconvalescere*: „wieder kräftiger“, „wieder stark werden“). Genesung oder Heilung sind kollektive Erfahrung und verdeutlichen die dynamischen Verläufe von Krankheit zur Gesundheit am besten. Sie gehen nicht von reiner defizitären Ansichten aus, sondern bieten gute mediale Kommunikationsmuster zur Beschreibung von Gesundheit.

Welche Schlussfolgerungen lässt nun diese Kategorisierung zu?

Zum einen kann Gesundheit als System nach funktional-differenzierten Kriterien analysiert werden. Der Begriff Gesundheit differenzierte aufgrund evolutionärer Prozesse Funktionen heraus, die sich vom rein naturwissenschaftlich, defizitär-pathologischen Medizinverständnis lösten. Medizin als wichtige Institution zur Behandlung von Krankheiten und zur Linderung von Schmerzen ist jedoch nach wie vor untrennbar mit dem Gesundheitssystem verbunden. Gesundheit kann eben nicht ohne Krankheit gesehen werden und das macht die Systembildung für Gesundheit schwierig. Unterschiedliche Autoren versuchten dieses Problem mit zu starker Umweltorientierung, einer fehlenden Reflexionstheorie zu erklären. Wenn es ein Gesundheitssystem als Hauptsystem mit dem Subsystem Medizin gibt, dann

„liegt [dies]– um nochmals zu wiederholen – darin, dass bei ihr nur die negative Seite des Codes anschlussfähig ist und dass es sich im Angesicht von bedrohlicher Krankheit, verbietet zu fragen, ob es gesund sei, Krankheit zu behandeln.“, (VOGD, 2005: 269)

Es könnte somit zu einer entgegengesetzten Codierung kommen, die unterschiedliche Kräfte entwickeln (vgl. Tabelle 1). Das führt einerseits zur Bildung eines Sozialeudämonismus von Gesundheit, der zu Hypermoralisierung neigt (GEHLEN, 1981). Andererseits zur Medikalisierung durch die Konsumierbarkeit von Gesundheit (ILLICH,

2007). Wie jedes Funktionssystem wäre auch das Gesundheitssystem expansorisch.

Tabelle 1: Darstellung der Funktionsweise von Gesundheit, Medizin und Pflege

	Binäre Codierung	Programm(e)	Medium	Funktion
Gesundheitssystem	gesundheitsförderlich/gesundheitsshinderlich	körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden	Curatio/Rekonvaleszenz	Salutogenese
Subsystem Medizin (nach LUHMANN)	krank/gesund	Hippokratischer Eid	Behandlung/Therapie	Gesundheitsfürsorge
Krankenversorgungssystem (nach FUCHS, 2013: 37)	krank/gesund	Thanatosymbolik	Krankheit	Gesundheit
Subsystem Pflege	pflegefähig/pflegeunfähig			

Quelle: Eigene Darstellung nach REESE-SCHÄFER¹⁶ und KRAUSE (2005:51)

2.2 Anspruchsinflation im Gesundheitssystem

Schon 1975 zeichnete Ivan ILLICH (2007) die Medikalisierung der Gesellschaft auf. Und ein Artikel Luhmanns der 1983 erschien trug den Titel: „Anspruchsinflation im Krankheitssystem“. Jost BAUCH (1996) fügte seiner Habilitationsschrift den Untertitel „Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft“ hinzu. Und 2013 startete das *British Medical Journal (BMJ)* eine Kampagne „*Too Much Medicine*“ (MOYNIHAN, 2013). Kommt es aufgrund der von der Systemtheorie angenommenen absoluten Umweltresistenz zu einer Expansion von Gesundheit (FUCHS, 2013)?

LUHMANNs (1983: 49) These ist, dass jede mögliche medizinische-technische Innovation auf lange Frist auch durchgesetzt wird. Jede Verbesserung der Lebensqualität wird aus gesundheitsökonomischer Sicht irgendwann politisch und finanziell legitimiert und somit durchgeführt werden. Alles, was die Lebensqualität verbessern kann und sei es noch so kostenintensiv, schafft sich seinen eigenen Markt und wird dort angeboten werden. Dies muss nicht zwangsläufig über die öffentlichen Sicherungssysteme geschehen, sondern vor allem auch durch die private Finanzierung (so bspw. Individuelle Gesundheitsleistungen – IgeL) (WENDT, 2005: 88). Diese Inflation ist jedoch nicht nur monetär zu begreifen. Auch durch moralisch-ethische Aspekte, kann Gesundheit inflationär werden. Wie oben gezeigt, gibt es zwei unterschiedene Ausrichtungen im Gesundheitssystem, die beide

16 Vgl. <http://www.humboldtgesellschaft.de/inhalt.php?name=luhmann#D>. - Zugriff am: 18.06.2013

unterschiedliche Anspruchsgrundlagen besitzen. Einmal das Gesundheitssystem welches von in *gesundheitsförderlich / gesundheitshinderlich* und das Medizinsystem das von *krank zu gesund* operiert.

Beide Systeme erzeugen auf ihre individuelle Art und Weise Ansprüche, die inflationär werden können. Aus systemischer Sicht heißt inflationär jedoch nicht nur Expansion durch Ausdehnung und Inklusion, sondern vielmehr auch Expansion durch Exklusion.

In dieser Arbeit werden diese Kräfte in die beiden Topoi *Hypermoral*¹⁷ und *Medikalisierung* (ILLICH, 2007) subsumiert werden. Während Hypermoral die Gesundheit als ubiquitäres Ziel aller gesellschaftlichen Aktionen und Verhaltensweisen zu deklarieren versucht, ist die Medikalisierung ein Substrat der Konsumierbarkeit von Gesundheit (ROBERTZ-GROSSMANN/BAUCH, 2013: 163 / BAUCH, 1996: 62). Dieser Trend zum *Sozialeudämonismus* Gesundheit ist qualitativ zu begreifen und drückt sich vor allem dadurch aus:

„Mit der Emanzipation der Sozialsysteme aus der Restriktivität menschlicher Körperlichkeit und der Instrumentierung des Körpers für den Selbstlauf der Sozialsysteme nahm kontinuierlich die sozialmanipulative Einflußnahme der Sozialsysteme auf Körperprozesse zu. Zu nennen ist hier die zunehmende Unterwerfung des Körpers unter das Mode-Diktat moderner Gesellschaften (Schlankheitswelle, Fitnessbewegung), aber auch die wissenschaftlich medizinische Forschung und damit letztlich die Beherrsch- und Beeinflußbarkeit von Körperprozessen.“ (BAUCH, 1996: 62)

Die Expansion von Systemen kann man auf verschiedene Weise charakterisieren. So gibt es Veränderungen durch die Bildung neuer Strukturen, durch neue Aufgabengenerierung oder bei biologischen Systemen durch die Herausbildung neuer Organe oder Zellen – Dieses Wachstum ist endogen. Soziale Systeme haben jedoch auch noch andere Möglichkeiten ihr System zu vergrößern: Sie bedienen sich ihrer Umwelt – sie wachsen exogen. Dabei können sich Systeme neue Elemente einverleiben indem sie sich diese selbst neu schaffen oder vorhandene Strukturen an ihre Systemwirklichkeit adaptieren - sie inkludieren. Andererseits ist auch das Prinzip des Thanatos, d.h. dass aus dem System

17 Anm. In Anlehnung an den Begriff Arnold GEHLENS (1981), der Moderne die Entinstitutionalisierung wegen Fehlen von funktionellen Autoritäten sah. Für GEHLEN (1981: 65f) war die Abkehr von ethischen Institutionen (wie Ehe, Familie, Gruppe) ein Trend hin zu einem von ihm festgestellten utilitaristischen Massenlebenswert. Dieser Massenlebenswert ist ein moralisches Substrat von Wohlbefinden, Genuss und privat definierten Freiheiten (ROBERTZ-GROSSMANN /BAUCH, 2013: 171). Und auch Gesundheit wird damit als ein durch Sozialeudämonismus reguliertes Moralpostulat betrachtet (ebd.).

Ausscheiden oder Sterben, für die Expansion von Systemen notwendig. Dies geschieht durch Exklusion aus dem System.

All dies geschieht aus systemerhaltenden Tendenzen und kann mittels einer Vierfelder-Tafel in seiner Ganzheit abgebildet werden (vgl. Abb. 3).

Inklusiv vs. Exklusiv

Endogen vs. Exogen	Endogen und Inklusiv (Ausdehnung von Diagnosekriterien und neue Diagnosen Vgl. FRANCES, 2013/MOYNIHAN, 2003)	Endogen und Exklusiv (Leistungsausschlüsse Vgl. ROBERTZ-GROSSMANN/BAUCH, 2013)
	(soziale Iatrogenesis Vgl. ILLICH, 2007)	
	Exogen und Inklusiv (Vergesellschaftung der Gesundheit durch Gesetze Vgl. BAUCH, 1996) (Wachstumsmarkt Gesundheit Vgl. Oberender/Hebborn/Zerth, 2006)	Exogen und Exklusiv Schlankheitswelle, Anti-Aging, Fitnessbewegung (Vgl. Bauch, 1996)

Abbildung 3: Vier Felder der Ausdehnung von Gesundheit

Quelle: Eigene Darstellung

Diese Matrix zeigt, dass die endogenen Expansionskriterien überwiegend das Medizinsystem und die exogenen das Gesundheitssystem betreffen.

Im Folgenden soll diese Matrix mit Beispielen der Gesundheitswissenschaften verdeutlicht werden.

Endogenität und Inklusivität

Die Ausdehnung durch endogene-inklusive Einflüsse kann durch den Sonderstatus der Medizin erklärt werden. Die explizite Rollenerwartung des heilenden Arztes, bzw. die ehrfurchtgebietende medizinische Technik verleitet dazu dem Mediziner zu vertrauen (ILLICH, 2007: 21f). Jedoch sind viele medizinische Errungenschaften nicht so erwähnenswert, wie sie anscheinend sind. Dies soll nicht bedeuten, dass medizinische Fortschritte und die Entdeckung der Erregerimmunsierung durch Impfungen oder der Zufallsfund des Penicilins keinen Effekt auf die Lebensqualität hätten. Die Forschungsreihe von MCKEOWNS zeigte aber (1982) dass viele große Krankheitsbilder wie Tuberkolose, Keuchhusten, Pocken uvm. schon vor der Entdeckung des Erregers und

der Entwicklung einer entsprechenden Therapie stark zurück gegangen waren [Anlage 1]. Dies schlossen die Gesundheitswissenschaften vor allem darauf, dass die öffentliche Hygiene (wie Abwasserentsorgung) und die Verbesserung der Ernährung vermutlich einen höheren Einfluss als medizinisch-technische Errungenschaften und als die individualmedizinische Entdeckungen und Interventionen hatten (ROSENBROCK/GERLINGER, 2009: 30).

Dies belegt keineswegs eine Ausdehnung aus quantitativer Perspektive, zeigt aber eine Tendenz der Bewertung von medizinischen Leistungen. Es unterstreicht die systemische Annahme das medizinische Innovationen auf lange Frist aufgrund der Lebensqualitätsverbesserung obwohl evidenterer makrologischer Trends trotzdem der Medizin zugesprochen werden, obwohl diese Technologie nur einen kleinen Teil zur Lebensverbesserung beiträgt. Ivan ILLICH (2007: 31ff) geht sogar soweit, diese Entwicklung als *soziale Iatrogenesis* (*lat. Iatros = vom Arzt; genesis = Ursprung*) zu bezeichnen. Diese begründet er einerseits mit der Ausdehnung der pharmakologischen Medikalisation. Aber auch mit der Möglichkeit alle Krankheiten, in irgendeiner Art und Weise behandeln zu können. ILLICH (2007: 56) sieht eine lebenslange ärztliche Beaufsichtigung, die Krankheiten generiert obwohl sie auch ohne oder nur mit wenig Eingriffen gut behandelbar seien als Problem. So schreibt er:

„Die meisten Leiden des Menschen sind akute oder gutartige Erkrankungen, die entweder von selbst vorüber gehen, oder aber mit ein paar Routine-Eingriffen unter Kontrolle zu halten sind. Für eine ganze Reihe von Krankheitszuständen gilt, daß die, bei denen am wenigsten eingegriffen wird, den besten Verlauf nehmen.“ (ebd.: 57)

Betrachtet man die Ausgabenentwicklung der OECD Staaten von 1990 bis 2009, stellt man fest, dass die Ausgaben für pharmazeutische Produkte im Mittel um 335,8 % (preisbereinigt) gestiegen sind (Daten: OECD Health Data 2013: Median 335,8, SAW: 115,5) [Anlage 2]. Dies zeigt einen Trend zur Medikalisation der Industrienationen durch die Pharmazie.

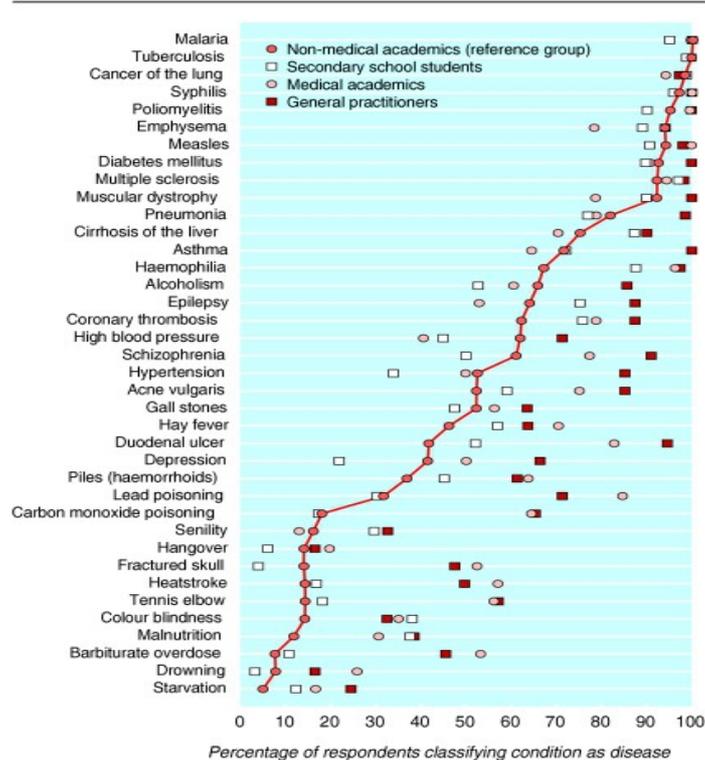


Abbildung 4: Klassifikation von Körperzuständen als Krankheit

Quelle: CAMPBELL /SCADDING / ROBERTS (1979: 759)

Auch die in 2.1.4 aufgezeigte Ausweitung von objektiven Kriterien durch subjektive Kräfte kann dazu aufgeführt werden. Der ärztliche Blick ist leider nicht immer objektiv, sondern kann ebenfalls BIAS erzeugen. So zeigten CAMPBELL/SCADDING/ROBERTS (1979: 759 – vgl. Abb. 4) dass Hausärzte bei 38 verschiedenen körperlichen Zuständen signifikant häufiger eine Krankheit diagnostizierten als andere – auch medizinisch ausgebildete Akademiker oder z.B. auch Sekundarschüler.

Dieses Phänomen beschreibt die Gesundheitsökonomie als *angebotsinduzierte Nachfrage* (HAJEN/PAETKOW/SCHUMACHER, 2011: 68) und die Systemtheorie als *einseitig informationsraffend* (FUCHS, 2013: 28f). Die ärztliche Profession kann ihren Informationsvorsprung den sie gegenüber dem Patienten hat, zu ihrem Gunsten ausnutzen und Krankheiten diagnostizieren, die im schlimmsten Fall nicht behandlungsbedürftig wären und iatrogenetische Folgen haben könnten. Im stationären Bereich wird diese diagnostische Ausdehnung *Roemer-Effekt* („a built bed is a filled bed“) genannt (HAJEN/PAETKOW/SCHUMACHER, 2011: 68). Hier findet auch die Kritik FRANCES (2013) ihren Ansatzpunkt. Es kommt zu einer Ausweitung von Diagnosen

hinein in den normalen und gesunden Bereich. Normale körperliche und psychische Zustände werden durch bestehende Diagnosen anders bewertet.

Eine gänzlich andere Möglichkeiten der Expansion des Medizinsystems ist die Erfindung / Entdeckung neuer Krankheitsbilder oder Medikamente. Die Entdeckung neuer Krankheiten und die Kategorisierung und Abgrenzung zu anderen Krankheiten, ist für jeden wissenschaftlichen Mediziner eine Auszeichnung. Jedoch gibt es hierbei auch eine Problemstellung, die zu diskutieren ist: Wie grenzt man Entdeckungen von Erfindungen ab? Und wieviel pathogene Substanz ist in dem abnormen Körperzustand, der eine pharmakologische Therapie begründet, die jenseits von ökonomischem Profitstreben steht?

So beispielsweise nach der Entwicklung des Medikamentes *Sildenafil* (1998), gegen erektile Dysfunktion (F52). Durch die Entdeckung dieses Medikamentes, entstand gleichzeitig ein Markt für den Verkauf zur Linderung der erektilen Dysfunktion. Diese Ausweitung durch einen neuen Markt, der überwiegend privat finanziert ist, kommt es zu einer Ausdehnung des Gesundheitssystems durch die Expansion der Diagnose erektile Dysfunktion. Aufgrund der neuen pharmakologischen Therapie gibt es die Diagnose zur Verschreibung des Medikaments häufiger. Die Diagnostik folgt somit dem medizinischen Fortschritt und dem neuen ökonomischen Markt.

Aber auch der Bereich scheinbar pathologischer Erkenntnisse geht in eine ähnliche Richtung. So wurde in der JAMA Studie die weibliche sexuelle Dysfunktion (*female sexual dysfunction*) unter der 1999 schätzungsweise 43 % der Frauen (Stichpunktsprävalenz) litten neu definiert (LAUMANN/PAIK/ROSEN, 1999). MOYNIHAN (2003) bestritt jedoch in seinem BMJ Artikel, dass die Beschwerden, die durch die JAMA Studie pathologisch festgelegt wurden, überhaupt pathologischer Natur wären. Er bezeichnete diese Krankheit als erfunden (ebd.). Dies begründete er damit, dass es in diesem Fall zu großen finanziellen Interessenskollisionen durch die Pharmaindustrie gekommen war. Er nahm an, dass die Pharmaindustrie eine Kategorie für diese neue Krankheit vorantrieb um einen Markt für die von ihr selbst entwickelten Medikamenten zu schaffen. Diese Annahme, dass die Pharmaindustrie die medizinische Sicht beeinflusst, untermauerte eine weitere im gleichen Jahr veröffentlichte Metastudie im BMJ (LEXCHIN/BERO/DJULBEGOVIĆ/CLARK, 2003). Diese untersuchte das Outcome und die Qualität pharmazeutischer Studien und das Sponsoring durch die Pharmaindustrie. Die

Forscher ermittelten mittels Datenbankanalyse und darauffolgender Metaanalyse 30 große pharmazeutische Studien (6 pharmaökonomische Reports, zwei Metaanalysen und 22 clinical trials) die für das Studiendesign geeignet waren. Sie fanden heraus, dass es eine 405-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit gab [Odds-Ratio: 4.05 95%-KI: 2.98 – 5.51], dass die Ergebnisse veröffentlicht wurden, wenn diese durch die Pharmaindustrie finanziert worden waren. Dabei war auffallend, dass fast alle pharmafinanzierten Studien eigene Medikamente erforschten, die einen deutlich positiven Effekt auf den jeweiligen Krankheitsverlauf haben sollten. Es ist davon auszugehen, dass diese erhöhte Publikationswahrscheinlichkeit teilweise Ausdruck der Marketingstrategien von Pharmafirmen ist, um ihre Medikamente gegenüber den Mitbewerbern abzuheben. Dies könnte ein Indiz für die These MOYNIHANS sein, dass es hierbei um die Bildung neuer synthetisch erzeugter Märkte handelt, die eine häufigere Diagnose und Verschreibung des betreffenden Medikamentes bewirken sollen.

All diese Expansionsmöglichkeiten zeigen wie das medizinische System durch systeminterne Mechanismen zunimmt. Neue Elemente werden in sich selbst auf endogene Weise inkludiert, indem neue Kriterien und Methoden generiert werden.

Endogenität und Exklusivität

Das System exkludiert andererseits Elemente aus dem Funktionssystem, da ansonsten die Autopoiesis gefährdet wäre. Es kommt zu einer Verschiebung gesellschaftlicher Übereinstimmungen und Konventionen, wenn psychische oder lebende Systeme sich abweichend von der vereinbarten Kommunikation und den Regeln verhalten. Sie moralisieren Gesundheit als oberstes Postulat und Subsidiarität. Dies ist beispielsweise der Fall von Leistungsausschlüssen bei Selbstverschulden, oder wegen Kosten-Nutzen-Kalkulationen. Hier werden die Betroffenen aus der klassischen Gesundheitsversorgung ausgeschlossen und vom System exkludiert.

Dieses exklusive Phänomen zeigt auch der Ausschluss von Leistungen aus dem GKV-Katalog der letzten 20 Jahre (wie bspw. Sterbegeld, Entbindungsgeld, nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel, Arzneimittel zur Verbesserung der Lebensqualität, Kassenzuschuss für Brillen, Fahrkostenerstattung, Sterilisation ohne medizinische Indikation (ROSENBROCK/GERLINGER, 2009: 105). Aber auch die Ausweitung der Zuzahlungen im gesetzlichen System dienen der Expansion durch Exklusion.

Ein Zurückkommen in das System ist hier zwar möglich, jedoch nur durch den Einbezug anderer Funktionssysteme, wie z.B. des Ökonomiesystems. Hier werden Strukturen beider Systeme genutzt, um die Funktionserfüllung wieder herzustellen, bspw. durch private Zusatzversicherungen oder *out-of-pocket-payments*.

Bestimmte Krankheitsbilder werden aber auch durch Stigmatisierung oder Funktionseinschränkungen (entweder weil es dafür keine Behandlung gibt oder deren Prävalenz zu niedrig ist) vom Gesundheitssystem exkludiert. Der Wiedereintritt oft nur durch die eigene Bildung von eigenen Netzwerken, wie Selbsthilfegruppen, teilweise wieder möglich.

Exogenität und Inklusion

LUHMANNs Kritik (1983) bezieht sich hauptsächlich darauf, dass das Gesundheitssystem durch die Inklusion umweltinterner Faktoren ausgedehnt wird. Die Finanzierung erfolgt nicht durch die GKV oder staatliche Finanzierungssysteme, sondern wegen des medizintechnischen Fortschritts überwiegend privat. Die Gesundheitsökonomik bildete aufgrund solcher Finanzierungsmodelle eine neue Subdisziplin heraus: Die Gesundheitswirtschaft. Da handelt es sich durch die Inklusion von Faktoren, die der Systemumwelt angehören, um zum Bsp. touristische Einrichtungen, Vitalangebote oder Thermalbäder. Gesundheit wird zum ubiquitären Gut für das es zwar eine unbegrenzte Nachfrage gibt, das aber von ökonomischer Knappheit gekennzeichnet ist. OBERENDER/HEBBORN/ZERTH (2006) entwickelten aus der ökonomischen Annahme der Güterknappheit und der Veränderung der Nachfragefunktion in der Gesundheitswirtschaft ein *Zwiebelmodell* (Anlage 3). Hierbei wird angenommen, dass durch die Finanzierung der GKV aufgrund ihrer Deckelung zum Nachteil der Prosperität des Gesundheitsmarktes (das normalen marktwirtschaftlichen Angebots-und-Nachfrage-Gleichgewichten folgt) strukturelle Probleme verursacht und die Marktkräfte damit behindert werden (OBERENDER/ZERTH, 2008: 16f). Die von der GKV ausgeschlossenen bzw. nicht inkludierten Leistungen sind trotz allem normalen wirtschaftlichen Funktionsmechanismen unterworfen und unterliegen somit den Wachstumsmechanismen jedes normalen Marktes (ebd.) Hierbei gehen OBERENDER und ZERTH (ebd.) was den Gesundheitsmarkt betrifft von der Morbiditätskompressionsthese, welche nachrückende Generationen sinkende körperliche Einschränkungen zusagt, für sozioökonomisch höher Situierte (höhere Bildungsabschluss und höheres Einkommen) aus. Bei sozioökonomischen Schwächeren wurde von einer

Tendenz hin zur Medikalisierungsthese ausgegangen. Beide Ansätze erhöhen die Nachfrage und sichern somit der Gesundheitswirtschaft jährliche Wachstumsraten von 8-10% zu (ebd.). In manchen ökonomischen Hypothesen verdichtet sich sogar ein neuer Kondratieff-Zyklus, der die Informationstechnologie als 6. Zyklus ablösen wird (HÄNDELER, 2008).

Aus soziologischer Sicht wird diese Expansion, die sich von außersystemischen Elementen speist auch anders betrachtet und liefert ein gutes Beispiel für exogene und inkludierende Expansion. So sieht es die soziologische Seite:

„Health and understanding of what it is have mutated and been transformed such that health is now a central focus of all parts of our lives“ (CHEEK, 2008: 974)

Mit dem Wort *healthism* wird dieser Standpunkt am besten beschrieben. Die Bildung von Gesundheit und steigende Lebenserwartung ohne Funktionseinbußen werden zur Hypermoral ganzer Gesellschaften (vgl. GEHLEN, 1981/ROBERTZ-GROSSMANN/BAUCH, 2013).

Diese Betrachtung von Gesundheit als höchstem Gut, zeigt auch eine EMNID Umfrage von 1.001 Personen, die zu 80% Gesundheit als wichtigstem Faktor für Lebensqualität sahen¹⁸. Hierbei verdeutlicht sich, dass sich die anderen Systeme, die der Systemumwelt zugehörig sind, ebenfalls des Gesundheitssystems inhärenten Funktion bedienen. Es kommt bspw. zu einer Ausdehnung, durch die Schaffung von gesundheitspolitischen Entscheidungen, bis in die Politik hinein und bringt Gesundheit auf eines der oberen Tagesordnungspunkte. Als Beispiele können dabei: Gesundheitsziele, Gesundheitsberichterstattung, Public Health oder Gesundheitsstrategien genannt werden (BAUCH, 1996: 19). Gesundheit wird zum öffentlichen Gut und wird auch im Rechtssystem durch die Schaffung neuer Gesetze (wie Verbraucher- und im Umweltschutz) genutzt.

Exogenität und Exklusivität

Mit Slogans wie: *„Einfach gut aussehen“*¹⁹ oder mit Sätzen wie *„Schönheit ist ein wichtiges Gut für das Leben, schöne Menschen haben bessere berufliche Chancen, sie fühlen sich wohler, sind ausgeglichener, leiden seltener an seelischen Krankheiten, kommen leichter*

18 Vgl. <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/163877/umfrage/umfrage-wichtige-faktoren-fuer-die-lebensqualitaet/> - Zugriff am: 16.07.2013

19 Vgl. <http://www.mcfite.com> – Zugriff am: 30.06.2013

mit anderen in Kontakt und können daher leichter neue Freunde finden.²⁰ werben Fitnessstudios oder Kliniken für plastische Chirurgie um neue Kunden. Fitness und jugendliches Aussehen sind Schönheitsideale. Wer fit ist, wer gut aussieht ist gesund, so die Annahme. Sport und Chirurgie werden zu Instrumenten der Schönheitswelle. Gesundheit wird zur Avantgard einer jungen, sexy Generation von sportlichen und gutaussehenden Menschen jeden Alters. Fitness ist Selbstzweck und Symbol von Gesundheit. Selbstverständlich kommt es in Fitnessstudios und bei der plastischen Chirurgie zur Schaffung von Gesundheit. Per se ist jedoch oftmals die Formung perfekter Körper vorrangig. Es gibt Kardiogruppen in Fitnessstudios und auch die plastische Chirurgie vollbringt Eingriffe, die einen kranken Körper wieder gesund machen.

Gesundheit ist zwar vorrangig erklärtes Ziel, jedoch so bezeichnet es auch die Studie *Fitnesswirtschaft 2011*, haben die meisten Betreiber einen „[...]ausgewogenen Mix aus Fitness [und] Wellness verbunden mit »Wohlfühlangeboten« [...]“²¹ als Produktpalette.

Nach einer Umfrage des Bundesverbandes Deutscher Apothekerverbände gaben 95% der 3.372 Befragten über 16. Jahren an Sport aus gesundheitlichen Gründen zu treiben, und Gewichtsreduktion gaben immerhin 37 % als Grund der Befragten an²². Sport im Fitnessstudio, Wellness und Wohlfühlangebote können gesundheitsförderlich sein, sind aber nicht per se Leistungen des Gesundheits- oder Krankheitssystems. Auch wenn die Umfrage des Apothekerverbandes Gesundheit und Gewichtsreduktion als häufigste Ziele nennt, zeigt dies zuerst einmal eine Expansion des moralischen Denkens im Sinne einer gesunden Gesellschaft. Ein Bewusstsein dafür liegt also vor und nimmt de facto auch zu. So zeigen sowohl die Anzahl der Fitnessstudios als auch die Mitgliederzahlen (49% Steigerung von 2005 – 2010: aktuell 7,6 Mio. Mitglieder) starke Zuwächse (Anlage 4).

Ähnlich gelagert ist die Situation in der plastischen Chirurgie. Medizinische Leistungen aus diesem Bereich sind zunächst nicht unbedingt gesundheitsorientiert, wenn man an die klassischen Leistungen wie Brustvergrößerungen, Fettabsaugen und Nasenkorrekturen denkt. Aber auch hier gibt es medizinische Eingriffe, die im klassischen Sinne gesundheitsförderlich sind. Chirurgische Eingriffe der plastischen Chirurgie können beides sein, sowohl ästhetisch als auch medizinisch indiziert. Dies haben der Fitnessmark und auch die plastische Chirurgie gemein. Alle ästhetischen Korrekturen und Wünsche, die

20 Vgl. <http://www.bc-klinik.de/home/frau/willkommen.html> – Zugriff am: 30.06.2013

21 Vgl. http://www.creditreform.de/Deutsch/Creditreform/Presse/Archiv/Branchenreport_Fitnesswirtschaft/2011/Branchenreport_Fitnesswirtschaft_2011.pdf – Zugriff am 30.06.2013

22 Vgl. <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/1675/umfrage/gruende-fuer-sport/> - Zugriff am: 30.06.2013

beides zu erfüllen versuchen, sind aber keine Leistung des Gesundheitssystems. Sie möchten nur Gesundheit suggerieren, indem sie schöne und gesunde Körper erzeugen. Beide Methoden sind im massiven Wachstum begriffen. So nahmen die Krankenhausbetten für plastische Chirurgie 1993-2003 über 60 %²³ zu. Wieweit Menschen nur aus ästhetischen Gründen Fitnessstudios oder plastische Chirurgen aufsuchen kann aufgrund der fehlenden Datenlage hier nicht analysiert werden. Jedoch kann man aufgrund der Werbemechanismen der beiden großen Sektoren einen eindeutigen Trend hin zu einem ästhetischen Körper und bestimmten Gesundheitsvorstellungen feststellen. Diese sind per definitionem keine Funktion des Gesundheitswesens, sie agieren außerhalb davon, inkludieren nicht in das System, sondern expandieren *in sich* und außerhalb des Gesundheitssystems. Diese Kategorie unterscheidet sich von der exogenen aber inkludierenden Expansion dadurch, dass es nicht konkret zur Code-Nutzung kommt, sondern diese nur als Diffusionsstrategie für andere soziale Systeme genutzt wird.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Expansion oder gar eine Inflation im Gesundheitswesen nicht nur ein wachsender Wirtschaftszweig ist, sondern auch dass durch Ausschluss auch eine Kostenreduktion stattfinden kann, die aus systemischer Sicht expansorisch ist. Für eine Schlussfolgerung, ob es tatsächlich zu einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen kommt, bietet die Arbeit von Claus WENDT (2005: 13ff) ein gutes Fazit. WENDT (ebd.) berechnete aufgrund der Daten von 23 OECD-Staaten die jährlichen Gesundheitsausgabensteigerungen und stellte fest, dass die Kosten eher konstant sind bzw. moderat anwachsen. Auch eine Verlagerung von öffentlichen Gesundheitsausgaben hin zu privaten Finanzierungsformen konnte er nur bedingt erkennen ($r = -.34$). Aufgrund der OECD Statistiken 2004, konnte WENDT (ebd.) feststellen, dass es zu einer massiven Zunahme von medizinisch-technischen Großgeräten (wie Computer-Tomographen und Magnetresonanz-Tomographen) gekommen ist. Dies bestätigt auch die in 2.1.2 getroffene Hypothese, nämlich die Verlagerung hin zu einer Großgerätemedizin. Es kommt also nicht nur zu einer Ausdehnung des Gesundheitssystems im Sinne gesundheitsökonomischer Größen, sondern lässt sich auch eine Vergesellschaftung und Moralisation der Gesellschaft durch das Gesundheitssystem zumindest tendenziell feststellen. Wieweit diese Expansion Ausdruck in negativen Faktoren, wie bspw. Diskriminierung Kranker,

23 Vgl. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheitsbericht_kurzfassung.pdf?__blob=publicationFile S. 12 – Zugriff am: 30.06.2013

Übergewichtiger und Menschen mit Behinderung findet sollte weiter betrachtet und wissenschaftlich analysiert werden. Für einen folgenden Vergleich von Gesundheitssystemen sollen nun jedoch Parameter der Vergleichbarkeit gesucht werden.

3. Methoden der Gesundheitssystemforschung

Die aus Teil 2 dieser Arbeit entwickelten Fragen: Gibt es einen Rahmen der die Anspruchsinflation im Gesundheitswesen unterbindet? Und die „ökonomische Realität hat einen Einfluss auf die Gesundheitsversorgung“, sollen nun unter der methodologischen Annahme des *radikalen Konstruktivismus* betrachtet werden. Diese epistemologische Wissenschaftstheorie kann die Systemtheorie komplementieren. Dabei sollen psychische und soziale Systeme epistemologisch als geschlossen betrachtet werden. Sie sind keine trivialen Maschinen, die durch einfachen kybernetischen Input eine gewünschte Reaktion produzieren, sondern eher hyperkomplex und nicht steuerbar. Der radikale Konstruktivismus bietet dabei ein Erklärungsmodell, das die Systemwirklichkeit beschreiben soll. Begründet durch den Erkenntnisphilosophen und Biologen Jean Piaget, kann angenommen werden, dass sich die Wirklichkeit an die äußeren Bedingungen des psychischen Systems anpasst (NEUHÄUSER, 2003: 17ff). Aufgrund unterschiedlicher Erfahrungen und Betrachtungen des Systems kann es zu keiner allgemeingültigen Wirklichkeit *a priori* kommen. Das kognitive Wissen ist dabei aber nicht die Kopie der Wirklichkeit, sondern die Anpassung des Organismus an seine Umwelt (von GLASERSFELD, 2010: 29). Wirklichkeit entsteht somit aus der Wiederholung von Erlebnissen und wird infolgedessen vom Organismus selbst konstruiert. Der Weg, so von GLASERSFELD (ebd.: 28), der für den Organismus am viabelsten (gangbarsten, wahrscheinlichsten) ist, ist somit die Erlebenswelt (ebd.:33). Betrachtet man aus dieser Annahme Gesundheitssysteme, sollte man sich dieser Tatsache bewusst sein. Die folgenden Methoden, Analysen und Interpretationen folgen subjektiven Erklärungsmodellen, die am viabelsten aus systemischer Sicht sind. Die Auswahl der zu vergleichenden Länder sowie die Auswahl der Vergleichparameter sind somit nicht objektiven, sondern rational-subjektiven Auswahlkriterien unterworfen. Das daraus entstehende Bild kann entweder falsch oder richtig sein, aber dies lässt sich unter der Perspektive des radikalen Konstruktivismus nie mit 100% Wahrscheinlichkeit beantworten (FLICK, 2012: 103). Um jedoch die Wahrscheinlichkeit der richtigen Fragen und Antworten

zu erhöhen, sollen sowohl qualitativ-argumentative (wie im ersten Teil dieser Arbeit) als auch quantitativ-nummerologische Verfahren trianguliert werden. Und auch durch die Darlegung methodischer Auswahlkriterien ermöglicht es die Viabilität zu verdeutlichen.

Länderauswahl

Vergleichsländer sollen im Folgenden die Gesundheitssysteme Deutschlands und Irlands sein. Diese beiden Länder bieten eine gute Vergleichsmöglichkeit, wie unterschiedlich Gesundheit betrachtet werden kann. Beide Länder weisen bestimmte Überschneidungspunkte auf, die einen Vergleich sinnvoll und möglich machen. So sind beide Teil der Europäischen Union und spielen für den europäischen Integrationsweg eine entscheidende Rolle. Hierbei soll die aktuelle Aufgabe Irlands als EU-Ratspräsident und die starke Rolle Deutschlands bei fiskal- und finanzpolitischen Weichenstellungen der Europäischen Union erwähnt werden.

Zwischen Irland und Deutschland kann man aber auch Unterschiede beobachten, die einen Vergleich interessant machen. Zum einen gibt es das, neben Großbritannien und Frankreich prosperitär gut aufgestellte Deutschland, das von der Finanzkrise 2008 kaum getroffen wurde und Irland das als erstes Land Mittel aus dem EFSM in Anspruch nehmen musste. Zum anderen gibt es Differenzen in Finanzierungsfragen und der Grundausrichtung beider Länder. Während Irland einem staatlich gestützten Beveridge-Modell der Absicherung der Gesamtbevölkerung folgt und dessen Finanzierung komplett über Fiskalmittel aufgebracht wird, organisiert Deutschland seine Gesundheit nach idealtypischen Vorstellungen über ein Sozialversicherungsmodell, das weltweit als Bismarck-System bekannt ist (SCHÖLKOPF, 2010: 3f). Auch die Bevölkerungszahlen der beiden Länder und die infrastrukturellen Indifferenzen machen einen Vergleich interessant.

Für die Analyse wurden zwei Hauptansätze gewählt. Einerseits die Kategorisierung der Grundströmungen und Leitdifferenzen der beiden Systeme in gesundheitspolitischer Hinsicht andererseits die wirtschaftliche und gesundheitsökonomische Realität. Diese beiden Ansätze sollen aufzeigen, wie der Begriff Gesundheit sich anhand dieser beiden Gesundheitssysteme unterschiedlich gesehen wird und ob sich das Gesundheitssystem von anderen Funktionssystemen wie der Ökonomie irritieren lässt. Vor allem die letzten beiden Jahrzehnte liefern dazu eindeutige Vergleichsmöglichkeiten. Beide Länder hatten in den letzten zwei Dekaden Aufgaben zu bewältigen, die auch in der Gesundheitspolitik Veränderungen gebracht haben. In Irland die ökonomische Boomphase des Celtic Tigers

und Deutschland die Wiedervereinigung und Transformation der beiden Gesundheitssysteme BRD und DDR zu Beginn der 1990er Jahre.

Methoden der Unterscheidung

Um die Gesundheitssysteme Irlands und Deutschlands miteinander vergleichen zu können, bietet sich ein Ansatz aus der Wohlfahrtsstaatenforschung an. Dafür sollen sowohl statistische Verfahren, qualitative Literaturquellen als auch Methoden des Institutionenvergleichs genutzt werden (KAUFMANN, 2003 :18f.).

Ein Methodenmix aus Wohlfahrtsstaatenforschung und Gesundheitssystemforschung ist für diesen Vergleich am sinnvollsten. Da Gesundheitssysteme jedoch im allgemeinen sehr umfangreich sind, werden nachfolgend die beiden Bereiche Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie getrennt betrachtet.

Was die Gesundheitspolitik betrifft, soll zuerst eine Kategorisierung der Gesundheitssysteme durch die unterschiedlichen politischen Ideologien, die hinter der Systembildung stehen, vorgenommen werden. Dies hat den entscheidenden Vorteil, die Grundzüge und Fundamente der politischen Steuerung freizulegen, die die gesundheitsökonomischen Strömungen prägen. Dazu dient die Kategorisierung von ESPING-ANDERSEN (1998) und die soziologische Gesundheitssystemforschung (vgl. WENDT, 2005, 2009b) als geeignetes Methodenwerkzeug.

Die Gesundheitsökonomie soll mittels quantitativer Verfahren und einem Institutionenvergleich (KAUFMANN, 2003) beleuchtet werden.

Statistische Verfahren und Datenmaterial

Zur quantitativen Analyse und Diskussion der Hypothesen wird eine Sekundärdatenanalyse durchgeführt. Als Datenmaterial wird von den OECD Health Data 2012, WHO World Health Data 2012, der Happy Planet Index 2012 und den DoHC Health Stats 2005, 2008 und 2011 bezogen.

Für die Darstellung von Statistiken und Grafiken wurde das openoffice 3.4.1 mit openoffice calc genutzt. Die statistischen Berechnungen und Darstellungen wie scatterboxes die deskriptive, bivariate Statistik und Mittelwertvergleiche erfolgten über das PASW Statistics 18 (SPSS).

Nicht vorliegende Werte wurden in der Datenauswertung als *missing-values* angesehen und fielen daher nicht in die Berechnungen mit ein.

Statistische Signifikanz war in allen Fällen bei einem Alpha-Wert von unter .05 erreicht.

Korrelationskoeffizienten von $<.4$ waren in dieser Arbeit als nicht voneinander abhängig gesehen. Das Bestimmtheitsmaß R^2 wurde folgendermaßen betrachtet: $.0 \leq .2$ = kein Trend, $.2 \leq .4$ = leichter Trend, $.4 \leq .6$ = mittlerer Trend, $.6 \leq .8$ = starker Trend, $.8 - 1.0$ = vollkommener Trend.

Induktive Verallgemeinerungen

Um allgemeingültigere Statistiken herzustellen, die eine Analyse begründen wurden Daten von 22 OECD Mitgliedsländern sowie Malta und Zypern verwendet.

(Diese sind somit: Australien, Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Kanada, Island, Irland, Italien, Luxemburg, Malta, Niederlande, Neuseeland, Norwegen, Portugal, Spanien, Schweden, USA, Vereinigtes Königreich und Zypern)

Diese Methode wurde gewählt, da es sich hier um vergleichbare Länder handelt, die alle valide und reliable Daten an die OECD liefern und sowohl demokratisch gewählte Parlamente, freiheitliche Grundwerte, als auch kapitalistisch-marktwirtschaftliche Ökonomien haben.

Ökonometrische Datenauswahl

Für die statistischen Auswertungen der Gesamtausgaben und der Gesamtgesundheitsausgaben wurden die Daten des destatis(Inlandsproduktberechnung 2013), sowie des Central Statistics Office (<http://www.cso.ie/en/index.html>) und des DoHC (2005,2008, 2011:Sektion L) genutzt. Die Jahre 1990-1992 wurden vom Statistischen Bundesamt nicht aufbereitet, sodass diese als *n/a* bezeichnet und nicht in die statistische Auswertung aufgenommen wurden. Für die Nutzung der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung wurde das *GNP* (*Gross National Product*: Bruttonationaleinkommen) herangezogen. Dieses folgt dem Inländerkonzept und umfasst alle im Land gemeldeten Einwohner, die auch außerhalb des eigenen Landes wertschöpfend tätig waren. Das *GNP* umfasst somit alle wertschöpfenden Bilanzen und eignet sich für einen Vergleich besser als das BIP. Zur Berechnung der Korrelationskoeffizienten zwischen Gesamtgesundheitsausgaben und GNP von Irland und Deutschland wurden Werte von 1997 genutzt, da diese als open source vorlagen. Für Irland gab es jedoch keine Werte der Gesamtgesundheitsausgaben für die Jahre 2004 und 2005, sowie der Jahre 2010 und

2011. Aus diesem Grunde wurde neben der Berechnung des Korrelationskoeffizienten (Gesamtgesundheitsausgaben/GNP) die Korrelation zwischen GNP und *Public Expenditure* herangezogen, da dieser weitgehender Angaben hatte. Datengrundlage war hier die DoHC Health Statistic 2005, 2008 und 2011 (Angaben für die Jahre 2004 (Schätzung), 2010 (tatsächlicher Wert) und 2011 (Schätzung)).

Auswirkungen auf Gesundheit

Im Teil 4.3 geht diese Arbeit vor allem auf psychische Störungsbilder ein: Einerseits aufgrund der klaren Korrelation zwischen wirtschaftlicher Prosperität und dem psychischen Wohlbefinden der Bevölkerung (vgl. WICH/LEWIS, 1998), andererseits aufgrund der Vermutung, dass sich dabei eine soziale Komponente am schnellsten widerspiegelt. Hier liegt der Fokus auf Irland, da es dort wegen dem starken *take off* im Zuge der Finanzkrise 2008 zu einer rabiaten wirtschaftlichen Änderung kam.

Für die Betrachtung psychischer Störungsbilder eignen sich aufgrund der guten Vergleichbarkeit und der validen und reliablen Datenerhebung die Krankheitsbilder Depression, Alkoholgebrauch/-abhängigkeit, Suizide/selbstverletzendes Verhalten und Schizophrenie. Diese Daten werden sauber erhoben und ermöglichen somit einen guten Zugang.

Um jedoch nicht nur eine pathogenetische Seite von psychischen Störungen zu betrachten, wurde auch das *experienced-well-being* in der Datenauswertung berücksichtigt. Dazu wurde der Happy Planet Index herangezogen, der als Teil der Berechnung das *experienced-well-being* abgefragt hat, unter der Benutzung der Lebensleiter von *Gallup World Poll*. In dieser sollten die Befragten in einer ordinalskalierten Variablen angeben, wie sie ihr Leben sehen [0 = „schlecht möglichstes Leben“, 10 = „bestmögliches Leben“] (NEF, 2012: 5f). Da diese Daten jedoch aus dem Jahr 2012 stammen und für 2012 noch keine OECD-Daten vorlagen, wurden aus dem OECD Datensatz die aktuellsten Werte genommen (dies waren Werte aus dem Jahr 2010).

4. Politik und Ökonomie als Bezugssysteme

Das Gesundheitssystem könnte wie oben festgestellt ein Funktionssystem sein. Auch die Möglichkeit einer Anspruchsinflation könnte teilweise bestehen, was zwar nicht unmittelbar

an den Gesundheitsausgaben ersichtlich, jedoch unter Einbeziehung anderer sozialer Systeme festgestellt werden kann. Wie schon erwähnt, sind Systeme zwar operativgeschlossen, müssen aber ihre Funktion in der Gesellschaft mit anderen sozialen Systemen zusammen erfüllen, wie z.B. der Gesundheitswirtschaft, Gesundheitspolitik oder Sozialgesetzgebung. Wie aber funktioniert diese Zusammenarbeit? Luhmann nennt dieses Zusammenwirken *Kopplung*. Dabei unterscheidet die Systemtheorie drei Beziehungsmuster [Anlage 5]:

1. Funktionale Beziehungen
2. Reflexionsbeziehungen
3. Leistungsbeziehungen

Diese Beziehungsmuster dienen unterschiedlichen Beschreibungen von s.g. *System-zu-Beziehungen*. Während die *System-Umwelt-Beziehung* durch die Exklusion aus der Umwelt, das System konstituiert, ist die *System-zu-sich-selbst-Beziehung* immer reflexiv.

Für die Beantwortung des empirischen Teils dieser Arbeit ist jedoch die *System-zu-System-Beziehung* wichtig. Dafür gibt es in der Systemtheorie den festen Begriff der strukturellen und operativen Kopplung. Diese Begriffe sollen die Interaktion mehrerer sozialer Systeme beschreiben.

Niklas LUHMANN (1998: 779/1987: 92) ging davon aus, dass eine *strukturelle Kopplung* zwischen einzelnen Funktionssystemen stets vorliegt, da diese schon parallel zueinander bestehen und somit automatisch miteinander interagieren. Dies kann, und das ist die Notwendigkeit aller Kommunikation aber nur geschehen, wenn beide Systeme mit einem gleichen Medium kommunizieren, das heißt gleiche Kommunikationsformen entwickeln.

Dieses Medium haben alle sozialen Systeme ausdifferenziert und wird *Sinn* genannt. Sinn ist hierbei als endloser, also unbestimmbarer Verweisungszusammenhang der jeweils von den Systemoperationen aktualisiert wird, zu verstehen. *Sinn* wird vom Funktionssystem selbst reproduziert und aktualisiert sich selbst um dem System selbst quasi den Zugang zur Welt zu ermöglichen (Luhmann, 1987: 93 / 1998; 49f). Dabei nutzen die Systeme die Strukturen und Operationen anderer Systeme. Das System selbst ist jedoch als strikt autonom zu betrachten.

„Sie [die strukturelle Kopplung] bezeichnet die strukturgeführte und strukturführende Selbstanpassung eines Systems an seine Umwelten, und zwar im Sinne der Selbstermöglichung eines Systems gegenüber denjenigen Umwelten, denen gegenüber oder im Widerstand gegen die es sich ermöglicht.“ (KRAUSE, 2005: 70)

Wegen dieser Annahme ist es interessant, wie diese Kopplung mit anderen Systemen, bei einer absoluten Autonomie des Gesundheitssystems, von anderen Systemen beeinflussbar ist.

Der folgende Teil soll nun anhand des politischen Systems die Differenzierungskategorien und Einflüsse politischer Rahmenbedingung mittels Ideologien erarbeiten und eine Kategorisierung der beiden Gesundheitssysteme Irlands und Deutschlands liefern.

Diese Kategorien ermöglichen eine Antwort auf die Frage, wie weit die in Kapitel 2.4 herausgearbeitete Expansion, durch restriktive Wirtschaftsvorgaben (Austeritätspolitik), beeinflussbar oder allgemeiner ausgedrückt *„wie das Gesundheitswesen durch die allgemeine Wirtschaftsentwicklung irritierbar ist“* (BAUCH, 2013: 11).

4.1 Gesundheitspolitik – Ideologische Differenzierung

Politik gilt aus systemtheoretischer Sicht als voll ausdifferenziertes Funktionssystem. Es operiert in Regierung und Opposition und differenziert sich aufgrund unterschiedlicher Ideologien und politischer Ideen. Und Politik hat die Funktion der Macht. Der Teil der Gesellschaft, der sich in der Regierung befindet, hat die Macht, und die wird in der Reflexion zur Opposition ausgeübt. Gesundheit ist Teil dieses Machtsystems. Durch Gesetze und Verordnungen entstanden Krankenversicherungen und Gesundheitsservices, wie die GKV oder die HSE. Gesetze und Verordnungen sind zwar Begrifflichkeiten, mit denen das Rechtssystem operiert, doch für die legislativen Entscheidungen ist die Politik zuständig. Wie das Gesundheitssystem vom Politiksystem irritierbar ist, bzw. wie politische Entscheidungen das Gesundheitssystem konstituieren, soll im Folgenden diskutiert werden.

Um die Gesundheitspolitik verstehen zu können, soll zuerst die Entstehung politischer Ideologien im Laufe des 18. und 19. Jahrhunderts beschrieben werden. Dazu entwickelte die Politikwissenschaft verschiedene Theorien. Auf die Kategorisierung von Ideologien nach *Cleavages* (Kluffen, Spaltungen) soll ebenfalls eingegangen werden.

Die *Cleavage-Classification* (LIPSET/ROKKAN: 1967) beschreibt Parteien und Ideologiebildung anhand von vier Krisenlinien im 19. Jahrhundert. Diese sind:

1. **Kapital gegen Arbeit:** Entstanden durch Industrialisierung und Verelendung von großen Teilen der „modernen“ Industriearbeiter
2. **Staat gegen Kirche:** Durch Säkularisierungsprozesse, die ehemalige Aufgaben der Kirche in Aufgaben des Staates überführte
3. **Stadt gegen Land:** Ebenfalls durch Industrialisierung, wobei hier der Konflikt zwischen primären und sekundären Wirtschaftssektoren bestand
4. **Zentrum gegen Peripherie:** Durch die Bildung von Nationalstaaten entstand ein Konflikt über die zentrale oder dezentrale Steuerung und Verwaltung

Diese Kategorisierung zeigt auf, wie im Laufe des 19. Jahrhunderts verschiedene politische Ideen und Ideologien gebildet wurden. Jede zentraleuropäische Partei entwickelte als Ausdruck politischer Willensbildung die ihre eigene Parteistruktur und Zielsetzung anhand dieser *Cleavages*. Und auch Gesundheitspolitik differenziert sich aufgrund dieser *Cleavages* aus. Überschneidungen einzelner Parteien sind möglich und in pluralistischen Mehrparteiensystemen auch notwendig, um in Regierungsverantwortung zu kommen.

Betrachtet man unter diesem gesamtpolitischen Aspekt die Sozialpolitik, unter der die Gesundheitspolitik subsumiert wird, dann stellt sich heraus, dass vor allem das erste *Cleavage* im 19. und 20. Jahrhundert einen großen Einfluss auf die Schaffung der Versorgung Kranker und der Verstaatlichung der Gesundheits- bzw. Krankenversorgungssysteme hatte.

So verkündete die Kaiserliche Botschaft 1881, als Gründungsgesetz der deutschen Krankenversicherung, dass:

„[...] die Heilung der sozialen Schäden nicht ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf dem der positiven Förderung des Wohles der Arbeiter zu suchen sein werde.“²⁴

und schuf durch die Einführung der Krankenversicherung in Deutschland die erste einem staatlich regulierten Versicherungsprinzip unterworfenen Solidargemeinschaft. Dies passierte jedoch hauptsächlich aufgrund der Furcht des deutschen Kaiserreiches vor sozialdemokratischen und sozialistischen Ausschreitungen.

Die Wohlfahrtsstaatenforschung entwickelte aufgrund verschiedener theoretischer Ansätze Modelle um die idealtypischen Grundrisse von Sozialstaatssystemen zu beschreiben (ESPING-ANDERSEN, 1998: 21ff). Gleichzeitig können die politischen Ideologien, die hinter der Sozialstaatlichkeit stecken, herausgearbeitet werden. Für ESPING-ANDERSEN (ebd.) sind das der *Konservatismus*, *Sozialismus* und *Liberalismus*.

Nicht die parteipolitische Entscheidung und Einführung von sozialen Gesetzen, sondern diese Ideologien, die hinter der Einführung stehen, sind entscheidend; wobei einzelne Länder unterschiedlich beeinflusst worden sind:

- *Liberalismus*: Großbritannien und die Beveridge-Gesetzgebung der 1950er Jahre
- *Konservatismus*: Deutschland / Österreich mit Sozialversicherungsmodellen
- *Sozialismus*: Skandinavische Modelle des Wohlfahrtsstaates

Somit fällt die Kategorisierung Deutschlands aus gesundheitspolitischer Perspektive relativ einfach (SCHÖLKOPF, 2010: 5). Für die irische Sozialpolitik bedarf es weiterer Ansätze, beispielsweise von FANNING (2004: 6). Er versucht induktiv die irische Sozialpolitik durch die systembestimmenden Einflussfaktoren zu beschreiben und geht davon aus, dass sowohl der britische Liberalismus, die katholische Kirche als auch die neoliberale Wirtschaftsphase des Celtic Tigers systembildend waren. Somit tendiert die irische Sozialpolitik zum Liberalismus. Deziert erarbeitet BÖHM et. al. (2012: 19) auf Basis der Grundlagenforschung von WENDT (2009b) und WENDT/FRISINA/ROTHGANG

24 Vgl. http://www.reichstagsprotokolle.de/Blatt3_k5_bsb00018436_00051.html – Zugriff am 10.07.2013

(2009) eine Kategorisierung der Gesundheitssysteme. Sie unterschieden dabei 27 Typen, die sich aus den drei Vergleichsparametern Regulierung, Finanzierung und Leistungserbringung konstruieren. Irland wurde dabei in die Gruppe der *National Health Insurance* - Systeme eingruppiert, da die Leistungserbringung, im Unterschied zum Idealmodell Großbritanniens, vermehrt von selbständig niedergelassenen Ärzten vorgenommen wird. Die Finanzierung wird jedoch fast ausschließlich durch Steuermittel mit einem hohen Anteil privater *out-of-pocket-Zahlungen* und privater Versicherungen erfolgt [Anlage 6].

Für die Regulierung der Leistungen eignet sich ein Vergleich der beiden Institutionen HSE und GKV.

Institutionenvergleich HSE und GKV

Nach § 4 SGB V sind Krankenkassen Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Sie sind somit per definitionem mittelbare Staatsverwaltung (SIMON, 2010: 131) und Exekutive zur Umsetzung der Gesetze des SGB V (und als Träger der Pflegeversicherung auch des SGB XI). Sie folgen dem Prinzip der Solidargemeinschaft, indem sie entlang dem Erwerbsleben ihrer Mitglieder ihre Mittel paritätisch (arbeitgeber- und arbeitnehmerfinanziert) aufbringt. Dabei werden Mitglieder all diejenigen, die nach dem SGB als schützenswert angesehen werden. So definiert der § 5 Abs. 1 SGB V alle, die Mitglieder einer Krankenkasse werden müssen (Versicherungspflicht). Dies umfasst nach Nr. 1, „*Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen ein Entgelt beschäftigt werden*“ (Vgl. § 5 Abs.1 Nr. 1 SGB V – *aktuellste Fassung*).

Entscheidend ist, dass Selbständigen, Beamten und verschiedenen anderen Personengruppen wie Geistlichen, Landwirten, Künstlern und Seefahrern eine besondere Stellung zugesprochen wird. Die abhängige Beschäftigung gegen Entgelt ist jedoch grundsätzlich versicherungspflichtig und löst damit eine Mitgliedschaft nach §§ 186ff. SGB V aus. Personen, deren Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAE) im Jahr 2013 47.250 EUR übersteigt (nach jährlicher Anpassung im § 6 SGB V, werden versicherungsfrei und müssen sich nicht weiter gesetzlich krankenversichern. Diese Personengruppe sowie alle, die per se nicht versicherungspflichtig sind, können sich über den § 9 SGB V, freiwillig gesetzlich krankenversichern oder privat selbst absichern (PKV sowie Selbstzahler). Personen in s.g. Mini-Jobs, werden bei einem monatlichen Einkommen unter 450 EUR (Anpassung zum 01.01.2013), ebenfalls nicht versicherungspflichtig, können aber evtl.

über die Familienversicherung (§10 SGB V) versichert werden. Der Solidargemeinschaft wird dabei in Deutschland eine schützenswerte Eigenschaft zugeschrieben (dies zeigt sich vor allem dadurch, dass die Rückkehr von der PKV hin zur GKV mit hohen Hürden belegt ist [bspw. Altersgrenze 55. Lebensjahr, § 6 Abs.3a SGB V, oder Ausschluss einer Familienversicherung für Kinder bei denen ein Elternteil die die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreiten]). Demgegenüber hat Irland eine komplett andere Herangehensweise an die Gesundheitsversorgung ihrer Bürger.

Im Jahr 2005 führte die irische Regierung die Health Service Executive (HSE) als zentrale Institution für die Krankenversorgung der Republik Irland ein. Dieser Service baut auf dem egalitären Grundgedanken des Beveridgemodells auf. Eine Kopplung und Anspruchsgrundlage für die Erwerbsbevölkerung wie im deutschen System ist nicht vorgesehen. Zielgruppe für Leistungen der HSE, ist in Irland die gesamte (Wohn-)Bevölkerung (WENDT, 2009: 79). Dies bedeutet, dass jeder in Irland gemeldete Einwohner Anspruch auf die Versorgung von HSE-Leistungen hat. Dabei hat die HSE nicht nur Aufgaben, die vergleichbar mit der deutschen GKV sind. Die HSE übernimmt die komplette Versorgungsstruktur, wie Mitteldistribution (durch Steuern), Leistungserbringung und Beschäftigung von medizinischem und pflegerischem Personal in der stationären Versorgung. Nur die ambulante Hausarztversorgung erfolgt in Form der selbständigen Hausärzte. Niedergelassene Fachärzte wie in Deutschland gibt es nicht (Doppelte Facharztschiene).

Da jedoch die Mittel über die allgemeinen Steuern distribuiert werden, gibt es für die Leistungsallokation zwei verschiedene Kategorien in der HSE. Diese werden strikt nach Einkommensgrenzen vergeben. Jede Person, die unter einem gewissen wöchentlichen Einkommen liegt (Single-Personen unter 66 Jahren: 184 EUR wöchentlich), erhält eine Medical-Card, die einen kostenfreien Hausarztbesuch abdeckt. (*Leistungsvergleich zwischen GKV, Medical-Card und non-Medical-Card-Holdern, vgl. Tab. 2*). Für alle Personen über der Grenze gibt es nur eine Basisabsicherung, was dazu führt, dass viele Iren sich zusätzlich privat krankenversichern. Dies weckt aber auch viele Kritiker des Systems. So schreibt Sara BURKE (2009: 111):

„The result of this two-tier system of care is that incentives are in place to privilege private patients over public patients.“

Diese Grundausrichtung der Finanzierungsmodelle hat auch unterschiedliche Konsequenzen für die Fundamente der Systeme.

HAJEN/PAETKOW/SCHUMACHER (2011: 251) zeigen, dass die Steuerfinanzierung eine andere Absicherung gegenüber schwierigen ökonomischen Verhältnissen hat als die Beitragsfinanzierung. Denn durch die Institutionenbildung eines Gesundheitsservice wie die HSE, verbleiben die Eigentumsressourcen der Leistungen beim Staat und diese werden durch Planung und Regulierung allokiert. Im Beitragsfinanzierungssystem sind die Beitragsmittel non-profit-orientiert und werden durch kooperatistische Verhandlungen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern verteilt. Dies bedeutet, dass vor allem durch die Beitragssätze in Deutschland, steuerunabhängig Mittel in das System gebracht, oder von diesem herausgezogen werden können. Dies ist in Irland nicht möglich. Welche Konsequenzen dies wirtschaftlich hat, soll nun aufgezeigt werden.

Tabelle 2: Vergleich Leistungen GKV und HSE

GKV	HSE	
	Medical-Card	Non-Medical-Card
Ärztliche und zahnärztliche Versorgung	Freie Hausarztwahl+Zahnarzt und Augenarzt	Nur mit GP-visit-card (oder privat)
Versorgung mit Arznei-, Verband-, Hilfs- und Heilmitteln	Medikamentenversorgung	Medikamentenversorgung
Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe		
Krankenhausbehandlung	Freie Krankenhausversorgung (In-Patient-Care)	In-patient-Care
Medizinische Leistungen zur Rehabilitation	Disability service	
Krankengeld	Illness benefit	
Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft	Schwangerschaftsbetreuung, Mutterschaftsgeld	Geburtshilfe und Sozialarbeiter
Hilfe zur Familienplanung	Crisis Pregnancy Counselling Service (Verbot von Schwangerschaftsabbrüchen), Fertility services	

Quelle: Eigene Darstellung nach § 21 SGB V und <http://www.citizensinformation.ie> -Zugriff am 19.07.2013

4.2 Ökonomie in struktureller Kopplung

Seit der Ölkrise und dem daraus resultierenden Kampf der traditionellen ökonomischen Schulen, nämlich der angebots- oder nachfrageorientierte Wirtschaftspolitik, wurde die

Kostenreduzierung in allen Bereichen ein wichtiger Faktor. Diese Praxis der Kostenreduzierung übernahm auch die Gesundheitspolitik: Seit 1990 wurden in Deutschland 5 große Gesundheitsreformen zur Kostendämpfung durchgeführt. Im Zuge dessen wurden Wettbewerbsstrukturen, ein Gesetz zur Beitragssatzstabilität sowie mehrere partielle Veränderungen in der Mittelaufbringung eingeführt. Auch in Irland wurden Prozesse optimiert und Gesetzesnovellen verabschiedet um die Gesundheitsversorgung kosteneffektiver zu machen. Die Frage wie Gesundheitsversorgung unter *rational-choice-Kriterien* effektiver werden kann, wird von der Gesundheitsökonomik zu beantworten versucht. Wie aber beeinflusst die ökonomische Prosperität die wirtschaftliche Entwicklung, die Gesundheitsversorgung? Das ist die zentrale Frage die sich aufgrund der systemtheoretischen Annahme ergibt. Dabei sind die ökonomischen Voraussetzungen Irlands und Deutschlands zum Vergleich gut geeignet.

Betrachtet man beide ökonomischen Verhältnisse und deren Korrelation mit den Gesundheitsausgaben, zeigt sich, dass letztere stark mit der wirtschaftlichen Entwicklung zusammenhängen [Anlage 7: Korrelationskoeffizienten: zwischen .927 (Irland: öffentliche Gesundheitsausgaben und BNE) und .960 (Deutschland: Gesamtgesundheitsausgaben und BNE) bei Signifikanzniveaus unter .001]. Das ist nicht verwunderlich, weil beide Finanzierungsmodelle strikt an die wirtschaftliche Lage gekoppelt sind. So korreliert in Irland die Finanzierung aus Fiskalmitteln mit den wirtschaftlichen Abgaben. Und die Kopplung der Sozialversicherungsbeiträge an die Erwerbseinkommen wie in Deutschland ist von den Lohnverhandlungen der Gewerkschaften sowie dem Beschäftigungsstand abhängig. Somit bedeutet Prosperität für beide Systeme einen Zulauf an Finanzmitteln, die ausgegeben werden können und werden. Paradoxerweise ist es aber so, dass in wirtschaftlich guten Zeiten die Krankenstandsrate zunimmt, während sie sich in Krisenzeiten reduziert.

4.2.1 Der Celtic Tiger

Irland hat ökonomisch gesehen eine interessante Geschichte. Als Agrarstaat bis weit in das 20. Jahrhundert hatte Irland kaum wirtschaftlichen Aufschwung zu verbuchen. In der Nachkriegszeit 1951-1958 verzeichnete das Land ein Wirtschaftswachstum von 1% pro Jahr, 1960-1986 durchschnittlich 3 % (McKEVITT, 1998: 34). 1961 entschloss sich die

Regierung der noch jungen eigenständigen Republik zum Beitritt in die Europäische Gemeinschaft. Als 1992 die Kriterien des Maastrichtvertrages mit dem Stabilisierung- und Wachstumspakt weitergeführt wurden, um einen einheitlichen Währungsraum zu schaffen, konnte die Republik Irland ohne weiteres Mitglied des Euro-Raumes werden. 1994 bis 1998 wuchs die irische Wirtschaft durchschnittlich um ganze 8,3% und läutete den s.g. *Celtic Tiger* ein (ebd.). Bis 1987 regulierte die Fine Gael/Labour-Regierung die Wirtschaft und den Haushalt mit hohen Steuern, hohen Fiskalausgaben (keynsianische Sicht) und einer Erhöhung der Mehrwertsteuer. Nachdem 1987 Fianna Fáil die Regierung übernommen hatte, wurde eine austeritär-neoliberale Wirtschaftspolitik eingeleitet. So wurden Finanzziele festgehalten, öffentliche Ausgaben reduziert und Steuern, vor allem zum Anreiz für die Dienstleistungsindustrie, gesenkt. Der Staatshaushalt wurde überwiegend durch Exporte und durch ausländische Direktinvestitionen finanziert (ebd.). Diese wurde parallel durch die Finanzwirtschaft in Irland unterstützt. So erlebte Irland auch ein Wachstum durch den immer größer werdenden Immobilienmarkt. In dieser Zeit stiegen gleichzeitig die Mittel für die Gesundheitsversorgung durchschnittlich um 9,2 % pro Jahr (vgl. Abb. 5).

„The economic growth witness in Ireland has meant that for more resources have been available for investment in health care and the sector has been increased spending on a grand scale[...] The economic boom has enabled Ireland to devote substantially more resources to the health sector, and Ireland now spends about the OECD average on health.“ (FAHEY/RUSSEL/WHEALAN, 2007: 113ff)

Nachdem 2007 die Welt in eine Wirtschaftskrise rutschte, kam besonders Irland in eine massive Krise, die sich vor allem in Zahlungsschwierigkeiten der Privatgläubiger ausdrückte (HORN, 2012). Ökonomisch gesehen war Irland quasi zahlungsunfähig und benötigte als erstes Land in Europa Finanzmittel des EFSF (*European Financial Stability Facility*). Beginn dieser Krise war der Sommer 2007 in den USA die Zunahme der Zahlungsausfälle von Gläubigern wegen fehlender Bonität und der daraus resultierenden Neubewertung von Krediten²⁵. Diese Krise wird auch *Subprimekrise* genannt und fand ihren Höhepunkt im Zusammenbruch der Investmentbank *Lehmann-Brothers* im Herbst 2008. Diese *Subprimekrise* löste speziell in Irland eine starke Rezession aus. Im Herbst

25 Vgl. <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/subprime-krise.html> – Zugriff am: 24.07.2013

2010 erhielt Irland Finanzmittel um aus der Kreditklemme herauszukommen und beschritt gleichzeitig einen austeritären Sparkurs. Dieser zeigte sich auch im Rückgang der Gesundheitsausgaben pro Kopf um -5,7% (2010 zu 2009). Gleichzeitig stieg die Zahl der *Medical-Holder* stark [Anlage 8]. Besonders zu erwähnen ist dabei, dass der genannte Rückgang überwiegend auf die geringeren öffentlichen Gesundheitsausgaben bei einem gleichzeitigen Anstieg der privaten Ausgaben basierte [Anlage 9].

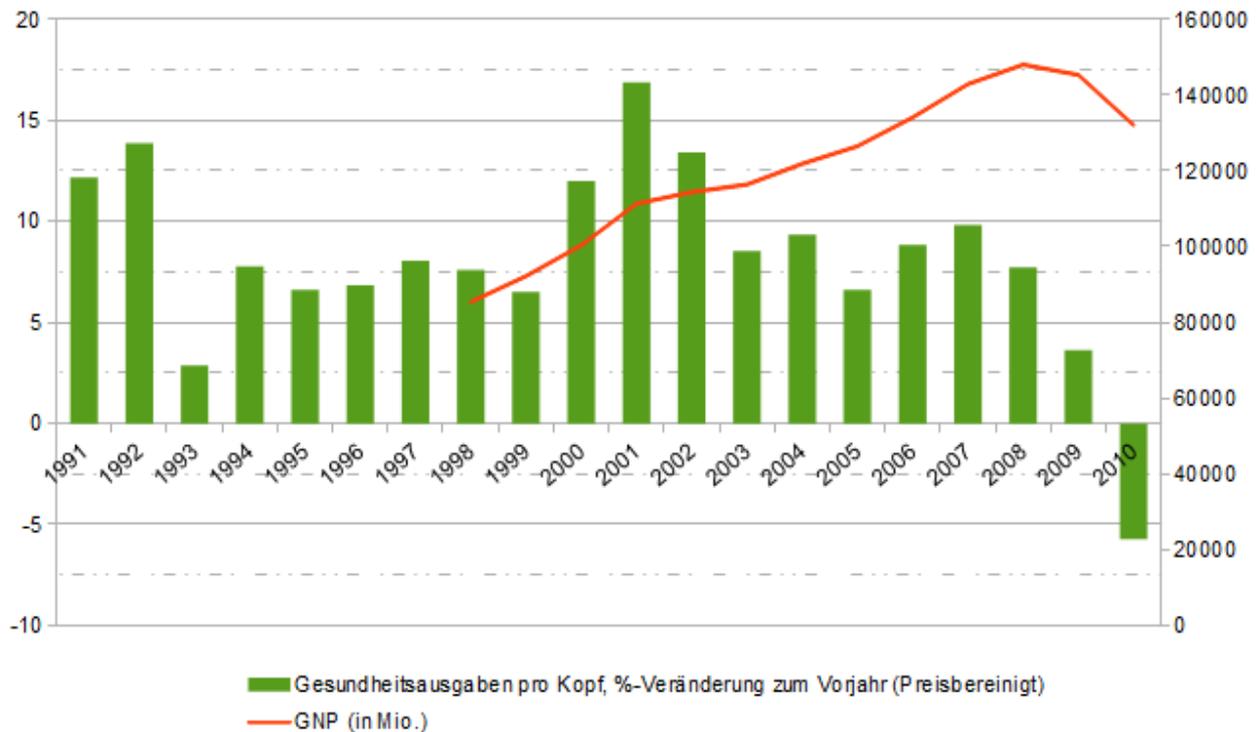


Abbildung 5: %-Veränderungen Irlands zum Vorjahr der pro Kopf-Gesundheitsausgaben (preisbereinigt) mit Bruttonationaleinkommen

Quelle: Eigene Darstellung – OECD Health Data 2012, COS 2013

4.2.2 Situation in Deutschland

Deutschlands Situation ist eine andere, da die Mittelaufbringung durch Beitragssätze an das Erwerbseinkommen gekoppelt ist und im Vergleich zum Gesamtvolumen (1-3. Quartal 2010: 174.583 Mio. EUR) des Gesundheitsfonds der Bundeszuschuss nur 15.535 Mio. EURO beträgt²⁶. Damit ist zwar die Finanzierung der GKV über den Gesundheitsfond vom

²⁶Vgl. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KV45_4.Quartal_2010.pdf – Zugriff am: 25.07.2013

Steueraufkommen abhängig, aber nicht im gleichen Umfang wie die HSE in Irland. Auch ökonomisch gesehen ist Deutschland weit besser durch die Suprimekrise gekommen als Irland. Aber auch in Deutschland brach die Wirtschaft vom Jahr 2009 auf das Jahr 2010 um -2,8 % ein. Trotzdem stiegen die Gesundheitsausgaben im selben Zeitraum um 2,7%. Auffallend ist jedoch im Verlauf, dass der Zuwachs an Gesundheitsausgaben unterschiedlich stark anstieg (*niedrige Werte in den Jahren 1993, 1997, 2004, 2007 und 2010 - vgl. Abb. 6*).

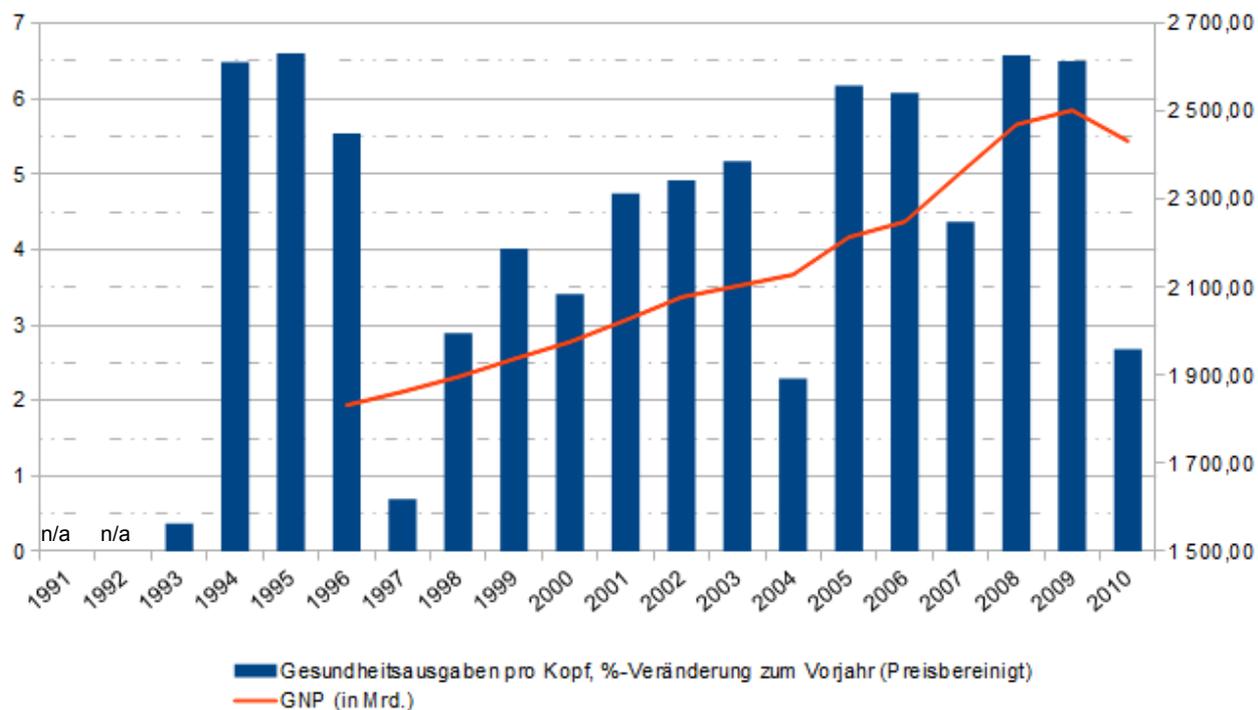


Abbildung 6: %-Veränderungen Deutschlands zum Vorjahr der pro Kopf-Gesundheitsausgaben (preisbereinigt) mit Bruttonationaleinkommen

Quelle: Eigene Darstellung – OECD Health Data 2012, GBE-Bund 2013

Diese geringeren Zuwächse sind teilweise durch die verschiedensten Gesundheitsreformen seit 1990 determiniert. HAJEN/PAETOW/SCHUMACHER (2011: 287) sehen dabei zwei große Reformschritte: 1. 1993 Die Festsetzung der Beitragssatzstabilität im SGB V sowie 2. 1998 die Ablösung des Primärkassenprinzips (durch Wettbewerbsöffnung im Krankenversicherungsmarkt, bei Beibehaltung des Kontrahierungszwanges). Betrachtet man die großen Gesundheitsreformen (vgl. Tab. 3) aus der Perspektive der Kostenreduzierung und Effizienzsteigerung, dann zeigt sich, dass ein vermutlich nicht unwesentlicher Teil der zögerlicheren Ausgabensteigerung auf diesen beruht. Dies zeigt auch Anlage 8, die dem deutschen Gesundheitssystem trotz der

Finanzkrise und allen ökonomischer Problemen der letzten 20 Jahre, eine relative Konstanz des *Public-Private-Mix* der Gesundheitsausgaben bescheinigt.

Tabelle 3: Gesundheitsreformen und deren Auswirkungen

Jahr	Gesetzesreform	Beitragsregulierung / Änderungen Leistungskatalog
1992	2. Stufe Gesundheitsreformgesetz	Beitragsregulierung: Budgetierung (Ärztgehonorierung), Grundlohnbindung, RSA, Umstrukturierung Kassen Leistungskatalog: Zuzahlungsregelungen, Ausgrenzung von Leistungen (Pflegeversicherung: 1995)
1997	3. Stufe Gesundheitsreformgesetz	
2003	2003: Beitragsstabilisierungsgesetz	Beitragsregulierung: Anhebung Versicherungspflichtgrenze, Verbot Erhöhung Beitragssatz Leistungskatalog: Nullrunde für Leistungserbringer, Preisregulierung Arzneimittel
2004	GKV-Modernisierungsgesetz	Leistungskatalog: Anhebung Zuzahlungen (Praxisgebühr), Ausschluss von Fahrtkosten, Brillenzuschuss, Neuregelung Zahnersatz, Selbstbehalte, Wahltarife Versorgungsformen: mVZ, KH-begrenzte amb. Befugnisse, DMP
2007	GKV-Wettbewerbssteigerungsgesetz	Beitragsregulierung: Öffnung Kassen, kassenübergreifende Fusionen, Insolvenzfähigkeit von Kassen
2009	Einführung Gesundheitsfond	Beitragsregulierung: Mitteldistribution zentral bei BVA, Steuermittel in Gesundheitsfond

Quelle: Eigene Darstellung nach HAJEN/PAETOW/SCHUMACHER, 2011 & BÄCKER/NAEGELE et. al, 2008

4.2.3 Diskussion

Die Ergebnisse aus 4.2.1 und 4.2.2 zeigen, dass das Gesundheitssystem durch andere Systeme irritierbar ist. Dies kann durch den starken Umweltbezug des Gesundheitssystems begründet sein. Vor allem die politische Grundhaltung, hinter der ideologischen Ausrichtung hat einen großen Einfluss auf die Ausgestaltung der Institutionen und die Absicherung vor Krankheit. Deutschland verfolgt dabei schon wie bei der Begründung der Gesetzlichen Krankenversicherung die Idee der schützenswerten Solidargemeinschaft, bei der von Erwerbstätigen zu Erwerbslosen, von Reich zu Arm, von Gesund zu Krank, von Jung zu Alt umverteilt wird. Irland folgt dabei dem Prinzip der

Absicherung der gesamten Wohnbevölkerung, bei der sozioökonomisch Schwachen ein besonderer Schutz zugebilligt wird, der sich in den zwei Kategorien der *Medical-Card* ausdrückt. Ökonomisch sind beide Systeme stark von der wirtschaftlichen Lage abhängig, Irland über die abgeführten Steuern, die den Fiskalhaushalt determinieren und Deutschland über die Erwerbstätigen, die nach der Höhe ihre Einkommens Beiträge abführen. Für Irland hatte die *Suprimekrise* 2007 und die Abhängigkeit von den Finanzmitteln aus dem EFSF eine so gravierende Auswirkung, dass sich die Ausgaben für die Gesundheit in absoluten Werten verminderten. Abhängig zum BIP (vgl. Abb. 7) verliefen beide Kurven nach dem Zusammenbruch der Investmentbank *Lehmann Brother's* nahezu simultan (vgl. Abb. 7). In Irland sanken die Gesamtausgaben steiler als in Deutschland. Dabei fällt aber auch auf, dass es in Irland zu einer Verlagerung von öffentlichen zu privaten Ausgaben kam [Anlage 9]. Dabei liegt der Anteil der privaten Gesundheitsausgaben (*private Krankenversicherung und out-of-pocket-payments*) in Irland bei 30 %. Dies sind 5 %- Punkte über dem OECD-Durchschnitt und 7%-Punkte über denen Deutschlands [Anlage 6]. Auffallend für die Ausgabenentwicklung in Deutschland ist dabei, dass die Dekomodifizierung weit niedriger ist als in Irland und dort somit eine private Zusatzversicherung in Irland notwendiger ist. In Deutschland übernimmt die GKV weitgehend alle notwendigen Leistungen, sodass eine private Zusatzversicherung komplementärer ist. In Irland substituiert die private Krankenversicherung weitgehend alle Leistungen der HSE. Beide Systeme werden dabei stark von der Legislativen beeinflusst, was vor allem in Deutschland mit dem zögerlichen Ausgabenanstieg bei Gesundheitsreformen deutlich wird. Wie weit jedoch die ökonomische Situation Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung hat, soll nun diskutiert werden. Dabei ist speziell Irland Gegenstand des Erkenntnisinteresses. Dies liegt darin begründet, dass der ökonomische *take off* viel rabiater war als in Deutschland. Die Begründung bzgl. des Fokus auf *seelische Gesundheit* wurde im Methodenteil angesprochen.

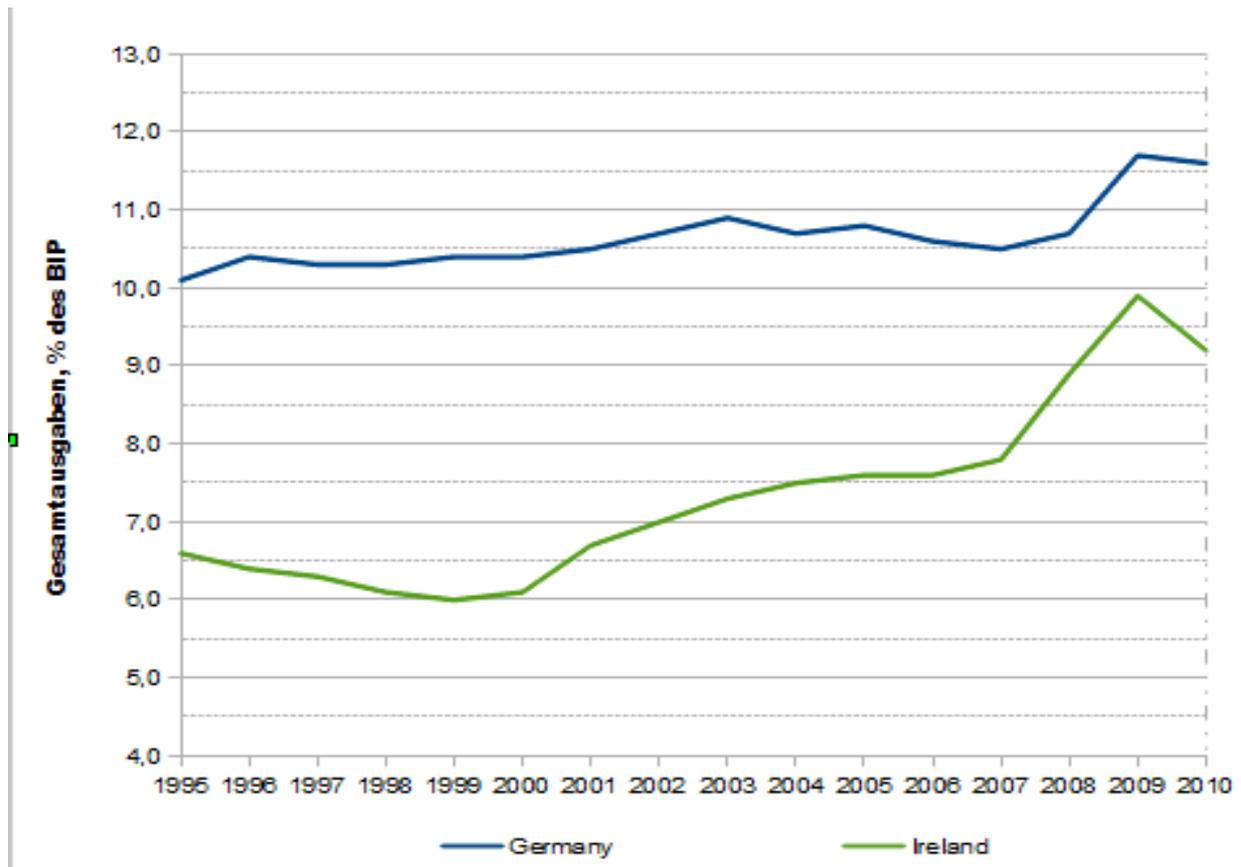


Abbildung 7: Abb. :Gesamtausgaben für Gesundheit, %-zum BIP von 1995 bis 2010

Quelle: OECD - Health Data 2012

4.3 Auswirkungen auf die seelische Gesundheit

Focault beschrieb Wahnhaftigkeit damit, dass die Gesellschaft mit den Irren nicht mehr kommuniziert. Die Gesellschaft übt auf das Individuum einen physischen und moralischen Zwang zur Konformität auf, den die Gruppe selbst als Ordnung betrachtet (FOCAULT, 1969: 8). Diese Annahme beschreibt die grundsätzliche Betrachtung seelischer Gesundheit aus der Anpassungstheorie. Damit wird aber auch angenommen dass Verrückte nicht mehr in der Lage sind, mit der restlichen Gesellschaft zu kommunizieren. Die wissenschaftliche Frage, wie die Kausalkette verläuft ist aber schwierig zu formulieren. Die Frage könnte lauten: Kommuniziert die Gesellschaft nicht mehr mit dem Verrückten, da er sich nicht mehr anpassen kann, oder will sich der Verrückte nicht an eine verrückte Gesellschaft anpassen und kommuniziert deswegen nicht mehr mit ihr? Diese Frage ohne

dogmatisches Weltbild zu beantworten erweist sich als schwierig. Jedoch eignen sich seelische Störungen und mentale Krankheiten gut zur Betrachtung inwieweit andere Funktionssysteme, das Gesundheitssystem irritieren.

So zeigt sich, dass persönliche Finanzprobleme oft einen signifikanten Einfluss auf die psychische Gesundheit haben. WICH und LEWIS (1998) belegten mittels einer Kohortenstudie in England, Wales und Schottland, dass Erwerbslosigkeit, Finanzprobleme und Armut ein 86-fach erhöhtes Risiko [95%-KI: 1,18; 2,94] für die Aufrechterhaltung von mentalen Problemen bedeuten und dass Personen mit Finanzproblemen 57mal häufiger [Odds-Ratio: 1,57; 95%-KI: 1,19;2,07] an mentalen Störungen leiden. Da gerade in Irland seit 2008 das Phänomen der privaten Verschuldung zugleich mit der restriktiven Austeritätspolitik der EU, EZB und des IWF auftritt (HORN et al., 2012: 2), eignet sich dieses Land gut für die Betrachtung der Entwicklung seelischer Krankheiten und im Gegensatz dazu Wohlbefinden.

Da diese jedoch nach wie vor starker Stigmatisierungen unterworfen ist und die ambulante Behandlung psychischer Störungen und mentaler Krankheiten statistisch nur unzureichend erhoben wird, muss man sich anderer Parameter bedienen.

In einer landesweiten Studie wurden 1.000 Probanden über 18 Jahren zur mentalen Gesundheit befragt (HSE, 2007). Diese Studie zeigte, dass die Iren zu 56% Alkoholismus, 55% Depressionen und 45% Suizide als große, von der Gesellschaft zu bekämpfende, Probleme ansehen (ebd.: 22). Daher sollen uns diese drei großen seelischen und gesellschaftlichen Probleme beschäftigen, zumal die OECD hierzu eine gute Datenlage liefert. Analysiert man die Mortalitätsstatistik von Suiziden und die Zahl der Toten durch selbstverletzendes Verhalten stellt man fest, dass in Irland die Fallzahlen stark schwanken (vgl. Abb. 8). Im Verlauf der letzten 20 Jahre gab es jedoch keinen signifikanten Trend, der einen Anstieg der Suizidtoten zeigt ($R^2 = .004$) und auch aus dem aktuellsten Wert, aus dem Jahr 2010 zeigt, dass Irland mit 11,9 Suizidtoten pro 100.000 Einwohnern unter dem OECD Durchschnitt von 12,9 Suizidalen pro 100.000 liegt. Auffallend ist jedoch der Anstieg von 2007 auf 2008 um 10,6 %. Diese Zunahme kann mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf die Finanzkrise zurückgeführt werden. Schaut man aber auf den Alkoholgebrauch der Iren in den letzten beiden Jahrzehnten, zeigt sich dass es tendenziell zu einem sehr leichten Anstieg des Alkoholgenusses kam (vgl. Abb. 9: $R^2 = .2$). Im Zuge einer Gesetzesnovelle konnte der Wert deutlich gesenkt werden. Aber

auch hier ist ein Knick nach dem Eintritt der Finanzkrise erkennbar (dieser ist jedoch mit 5,3 % von 2009 zu 2010, weniger auffällig wie der Anstieg der Suizidopfer).

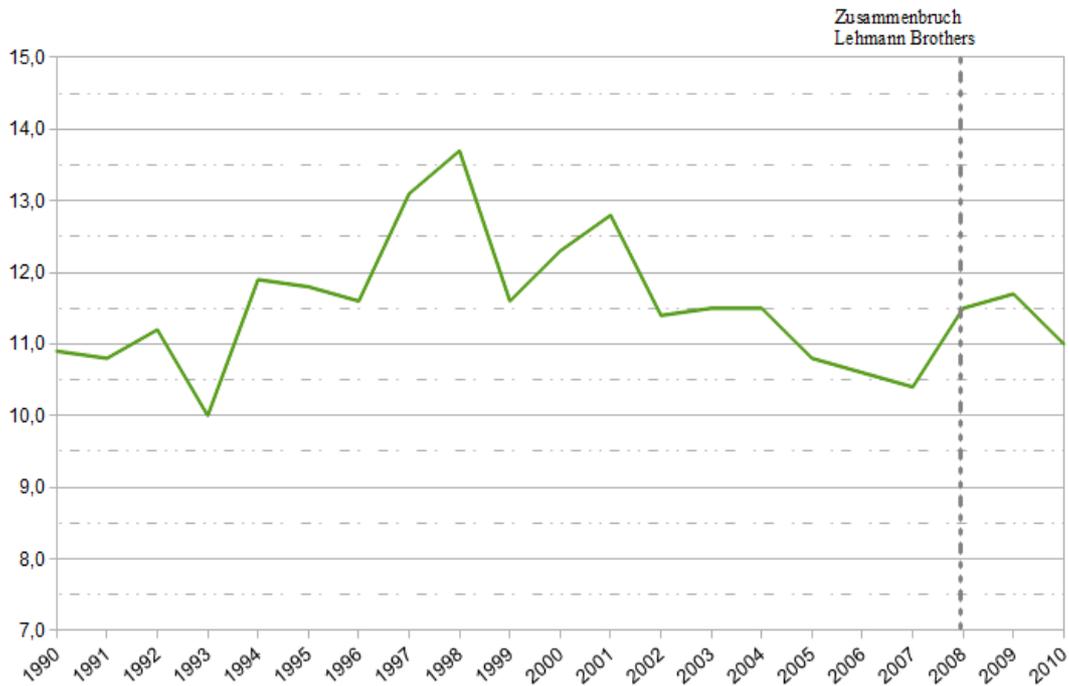


Abbildung 8: jährliche Suizidopfer pro 100.000

Quelle: Eigene Darstellung - OECD Health Data 2012

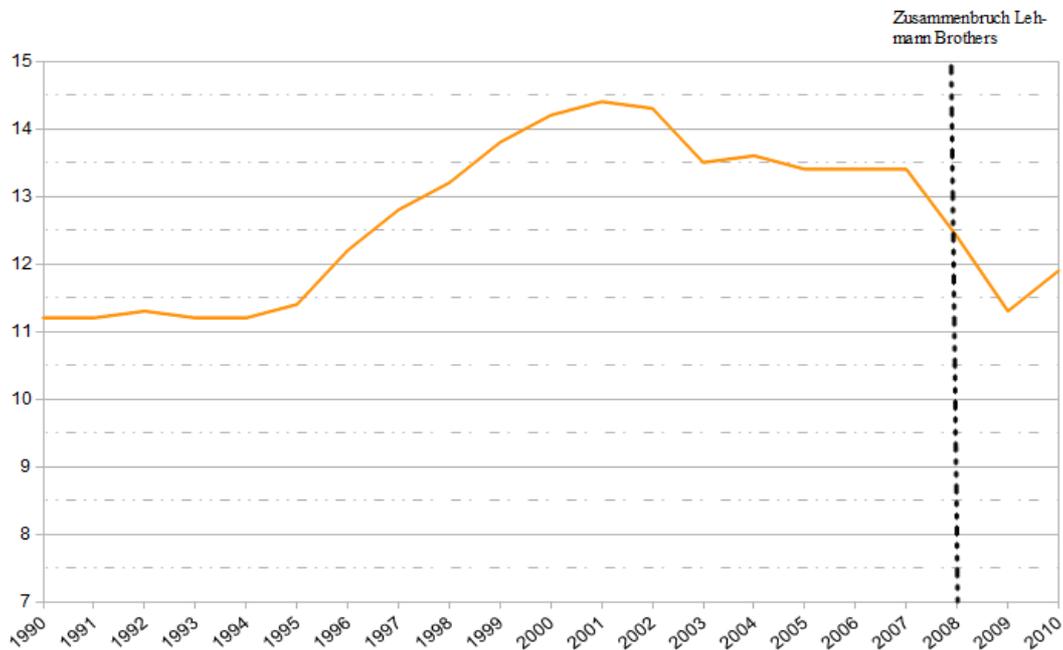


Abbildung 9: jährlicher Alkoholkonsum pro Kopf über 15 Jahren (in Liter)

Quelle: Eigene Darstellung – OECD Health Data 2012

Weitere Daten liegen für seelische Gesundheit im stationären Bereich vor. Hier zeigt jedoch in der Betrachtung der letzten zwei Dekaden, dass die Gesamtzahl an Krankenhausaufnahmen stark zurückgingen (vgl. Tab. 4 und Abb. 10) [Anlage 10].

Tabelle 4: Bestimmtheitsmaße für die stationäre Aufnahme (2001-2010)

	Bestimmtheitsmaß (R²)
Depressionen	.82
Schizophrenie	.72
Alkohol	.98

Quelle: DoHC Health Stats, 2005, 2008, 2011

Die Anzahl von stationären Behandlungen in Psychiatrien und anderen psychiatrischen Einrichtungen verminderte sich von 2002 (absoluter Wert von *In-Patient-Care*: 23.677) zu 2011 (absoluter Wert *In-Patient-Care*: 18.922) um 19,8% und allein von 2010 (absoluter Wert: 19.619) zum 2011 um 3,2% (DoHC, 2012: 31). Dies könnte jedoch auch durch die Verlagerung der stationären Psychiatrie, hin zur ambulanten Behandlung begründet liegen. Diese Argumentation könnte auch damit bestärkt werden, dass die Krankenhausbetten in Psychiatrien in Irland kontinuierlich abgebaut werden (OECD, 2012a). Man kann aber auch nicht unbedingt von einer Verlagerung auf ambulante Psychotherapeuten ausgehen, da die Anzahl von Psychiatern in Irland mit 0,6 Psychiatern pro 100.000 Einwohner prinzipiell sehr gering ist (WHO, 2012).

Wie Abb. 10 zeigt, nehmen die Behandlungszahlen von diagnostizierten Depressionen und Alkoholmissbrauch (ICD-10: F10.0-F10.8) ab. Schwere psychische Störungen wie Schizophrenie verminderten sich jedoch kaum. Auch die Zahl von Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken veränderte sich von 2007 bis 2011 kaum und sind knapp bei 2.000 Einlieferungen pro Jahr (MHC, 2011: 26). In den Krisenjahren 2007 und 2008 stiegen die depressiven Störungen um 6,5% (DOHC, 2008/2011), was teilweise durch den ökonomischen Einbruch zu erklären ist. Auch die Schizophrenie stieg in den Krisenjahren 2007-2009 um 3,8 %. Diese Anstiege lassen sich vermutlich teilweise durch die individuellen Lebenskrisen und Existenzsorgen der finanziell bankrotten Iren erklären. Jedoch ist hier ein kausaler Zusammenhang schwierig herauszufinden.

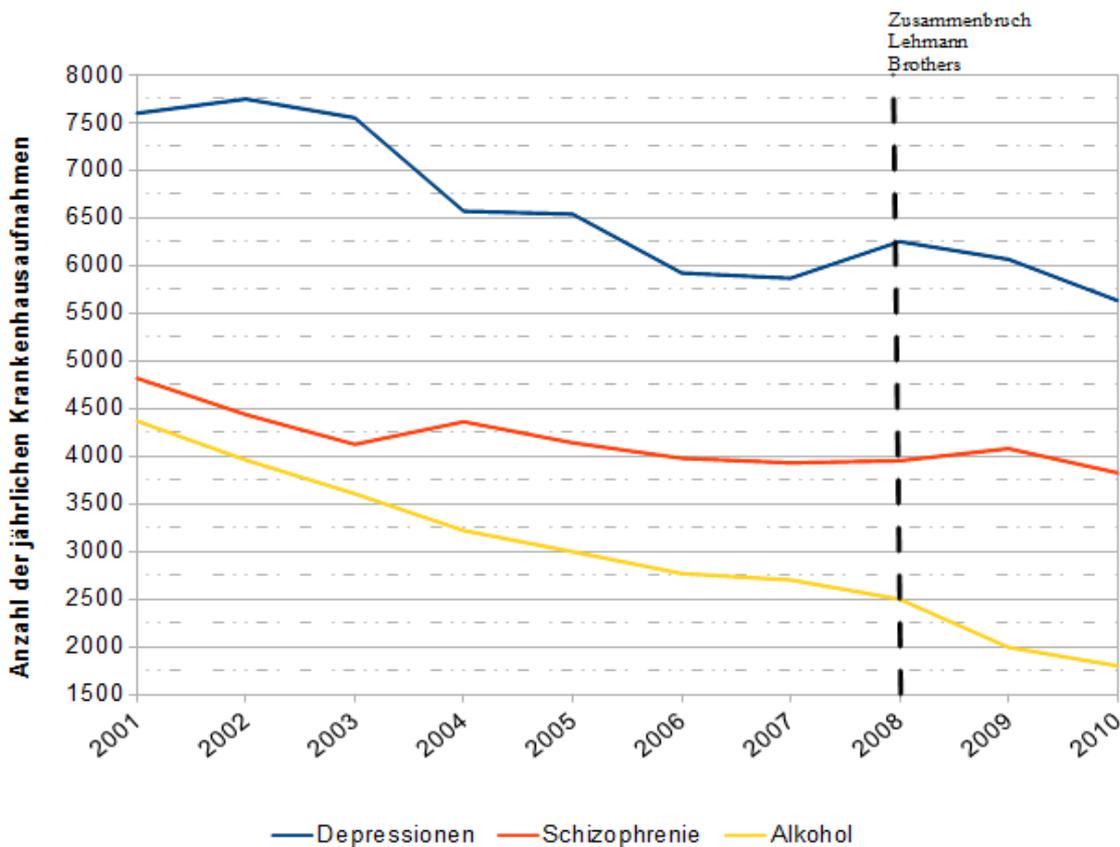


Abbildung 10: Krankenhausaufnahmen je Aufnahme diagnose von 2001-2010

Quelle: DoHC Health Stats 2005, 2008 und 2011 [Anlage 10]

Um aber nicht nur die pathologischen Ausprägungen, sondern die Ressourcen der Iren herauszufinden, sollte die andere Seite der Medaille die seelische Gesundheit betrachtet werden. Für die Analyse des seelischen Wohlbefindens der Iren, sollen nachfolgend die Daten der Next Economy Foundation (2012) aus dem Happy Planet Index genutzt werden.

Dieser Index, der aufgrund verschiedener psychologischer (*Positive Psychologie*) und ökonomischer Ansätze entwickelt wurde, setzt sich folgendermaßen zusammen (NEF, 2012) :

$$\text{Happy Planet Index} \approx \frac{\text{Experienced well-being} \times \text{Life expectancy}}{\text{Ecological footprint}}$$

Hier schnitt Irland 2012 weltweit mit einem Index von 42,4 auf dem 73. Platz des weltweiten Rankings ab. Interessant dabei sind die Ergebnisse der Kategorie *experienced well-being*.

Denn dieses *experienced well-being* korreliert stark mit den Gesundheitsausgaben der OECD Staaten (inkl. Malta und Zypern) (Anlage 11 : $r = .674$ bei 2-seitiger Signifikanz: .002). Dies bestätigten auch FAHEY/RUSSEL/WHELAN (2007:16), die alle EU Staaten (plus Beitrittskandidaten) zu ihrer Lebenszufriedenheit im Vergleich mit dem BIP pro Kopf durchgeführt haben. Sie stützten sich dabei auf den *European Quality of Life Survey* (2003) und den *micro-data* der Europäischen Union (2004) und stellten fest, dass es eine starke Korrelation zwischen der staatlichen Prosperität und der Lebenszufriedenheit gibt ($R^2 = .805$). Die *experienced well-being* hat aber auch einen unmittelbaren korrelativen Zusammenhang mit der seelischen Gesundheit in den OECD-Ländern, so gibt es einen moderaten linearen Zusammenhang zwischen dem *experienced well-being* und der Suizidrate (Anlage 12: $r = .463$, bei einer 2-seitigen Signifikanz von .03).

Würde man aufgrund dieser Ergebnisse davon ausgehen, dass dies auch für Irland zutrifft liegt man falsch. Zwar fällt Irland, wie schon gesagt, unter die von der Finanzkrise stark betroffenen Länder, dies hat jedoch auf das Wohlbefinden der Iren anscheinend keinen sehr großen Einfluss (siehe Abb. 11). Gerade im Vergleich zu den anderen von der Krise betroffenen Ländern (PIIGS) ist Irland überdurchschnittlich (HPI von 7,3 zu 6,2, vgl. Tab.3)

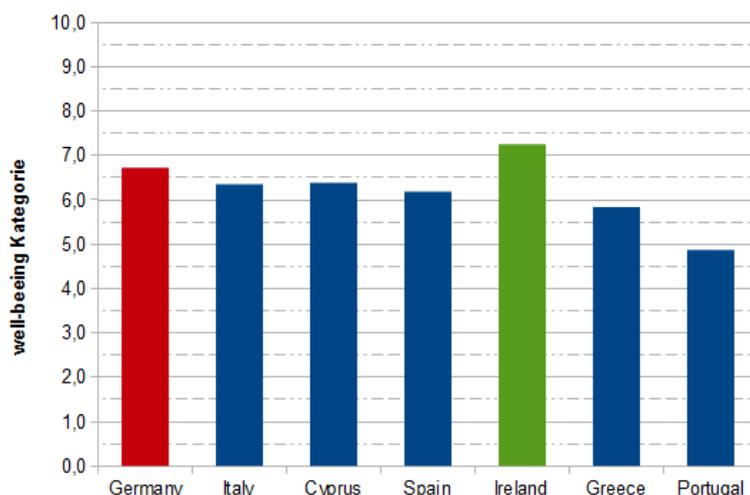


Abbildung 11: Experienced-well being der PIIGS-Staaten (hohe Werte bedeuten hohes Wohlbefinden) Quelle: NEF HPI Data 2012

Tabelle 5: Deskriptive Statistik zu well-beeing der PIIGGSZ

Deskriptive Statistik						
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Median	Standard abweichung
Wellbeeing - PIIGGSZ	7	4,90	7,30	6,2429	6,4	,75024
Gültige Werte (Listenweise)	7					

Quelle: Eigene Berechnung – NEF Happy Planet Index 2012

Diese Antworten erstaunen jedoch auch aufgrund der Anzahl der psychischen Störungen aus dem ersten Teil dieses Kapitel kaum. Und auch der World happiness report (HELLIWELL/LAYARD/SACHS, 2012: 66) gibt ein gutes Erklärungsmodell dafür:

„Long-term growth has much less impact on human happiness than do human relationships in all their dimensions – as we shall see.“

Also zeigt sich, dass zwar ökonomische Krisen zwar individuelle gesundheitliche Krisen insbesondere seelischer Art hervorrufen können, gesamtgesellschaftlich aber nicht nur monetäre und fiskalische Verhältnisse, sondern vor allem auch familiäre, soziale Bindungen und soziale Netzwerke einen entscheidenden Einfluss auf die seelische Gesundheit und das Wohlbefinden haben können. Dieses Glück kann in der Regeln nicht durch Geld erzeugt werden. Die materiellen Gegebenheiten tragen nicht entscheidend zum Glück bei:

„Glücklich sein heißt immer neuere und bessere Waren konsumieren, sich Musik, Filme, Vergnügen, Sex, Alkohol und Zigaretten einzuverleiben[...] Jedermann ist 'glücklich' - nur fühlt er nichts, kann er nicht mehr vernünftig denken und kann er nicht mehr lieben.“
(FROMM, 2006: 300, 303).

Diskussion

Für die Beantwortung der vorher gestellten Frage, nämlich ob die ökonomische Situation das Gesundheitssystem irritieren kann, kann nun folgendes gesagt werden:

Die Persönliche Verschuldung und Insolvenz können sich auf die seelische Gesundheit individueller Personen auswirken. Dies zeigt sich auch gesamtgesellschaftlich durch die Zunahme seelischer Krankheitsbilder wie Depressionen und Schizophrenie bis hin zum *worst case* – dem Selbstmord. Für Irland zeigen die Mortalitätsstatistiken einen Trend zur Zunahme von Selbstmorden aufgrund ökonomischer Schieflagen. Um diesem Trend entgegenzuwirken, können vor allem soziale und gesellschaftliche Auffangnetze nützen. Gerade in Irland scheinen diese Auffangnetze aufgrund sozioökonomischer Strukturen noch zu funktionieren. Vermutlich wegen einer lange Geschichte als Agrarstaat, der gerade in Dörfern und Gemeinden stattfand und diese Strukturen und Rollenmodelle in sozialen Beziehungen nach wie vor partiell vorliegen (COAKLEY/GALLAGHER, 2005: 40). Ein anderer Grund könnte aber auch die Position der starken katholischen Kirche sein, die für seelischen Halt in turbulenten Zeiten sorgt (ebd. : 47f). Hierfür bedarf es aber weiterer wissenschaftlicher Studien!

5. Fazit und Quo vadis?

Von Galenos von Pergamon bis zur heutigen Medizin liegen knapp 1800 Jahre Geschichte. In dieser langen Geschichte wurden Dämonen und Götter beschworen, Theorien wie die *Viersäfte-Lehre* entwickelt, der hippokratische Eid bis zur Unkenntlichkeit durch den Wahn des Übermenschen verformt und Herztransplantationen am lebenden Menschen vorgenommen. Geschichte entwickelt sich immer weiter und bleibt niemals stehen. So vermutlich auch nicht die Geschichte des Gesundheitssystems. Diese Arbeit sollte einen Einstieg für die Betrachtung des Gesundheitssystems als funktionell-differenziertes System liefern. Dabei bediente sie sich der Systemtheorie und entwickelte eine salutogenetische Betrachtungsmöglichkeit von Gesundheit als System. Medizinwissenschaftliche Erkenntnisse haben aktuell eine Halbwertszeit von knapp einem Jahr und machen damit das Gesundheitssystem hochflexibel. Eben dieser historische Einstieg durch die soziologische Typologie der segmentären, stratifizierende und letztlich der funktionellen Differenzierung zeigt, dass sich Gesundheit evolutionär zu einem Funktionssystem ausdifferenziert hat. Dabei drängt die neue Gesundheitsförderung die klassische Medizin etwas ab, indem es sich selbst eine neue Funktion gegeben hat und somit die Medizin zu einem Subsystem degradiert. Dies hat nun aber auch weitreichende Folgen, die sich vor allem in der Ausdehnung des Systems ausdrücken. Diese Expansion zeigt sich durch zwei Strömungen, einerseits durch die Medikalisierung, andererseits

durch den Sozialeudämonismus der auch als Hypermoral bezeichnet werden kann. Inwieweit dieses System jedoch von anderen Bezugssystemen beeinflusst wird, zeigte der zweite Teil dieser Arbeit. Vor allem ökonomische und politische Faktoren irritieren das Gesundheitssystem weitreichend, wodurch ihm klare Grenzen aufgezeigt werden. Auf lange Frist jedoch, zeigen die Ergebnisse, tendiert das Gesundheitssystem dazu diese aufzubrechen. Der Titel einer Publikation von Dirk FUCHS (2013): „Das Gesundheitssystem ist niemals verschnupft“ trifft es dabei wohl am besten. Das Gesundheitssystem als soziales Funktionssystem erweist sich als anpassungsfähig und resistent und wappnet sich auch gegenüber zukünftigen Tendenzen. Diese Anpassungsfähigkeit wird sich trotz der Probleme der Überalterung in den Industrienationen oder der Übervölkerung der Welt durchsetzen. Wieweit das Gesundheitssystem noch dem allgemein gesellschaftlichen Solidaritäts- und Gerechtigkeitsempfinden entspricht, wird sich zeigen.

Literaturverzeichnis

- Antonowsky A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen. Dgvtv-Verlag.
- Bauch J. (1996): Gesundheit als sozialer Code: von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft. Weinheim, München. Juventa-Verlag.
- Bauch J. (2013): Selbst- und Fremdbeschreibung des Gesundheitswesens. Anmerkungen zu einem „absonderlichen“ Sozialsystem. In: Bauch J. (Hg.): Gesundheit als System. Systemtheoretische Beobachtungen des Gesundheitswesens. Konstanzer Schriften zur Sozialwissenschaft. Konstanz: Hartung-Gorre Verlag.
- Bäcker G., Naegle G., Bispinck R., Hofemann K., Neubauer J. (2008): Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Band 2: Gesundheit, Familie, Alter und Soziale Dienste. 4. Aufl. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Böhm K., Schmid A., Götze R., Landwehr C., Rothgang H. (2012): Classifying OECD Healthcare Systems: A Deductive Approach. TranState Working Paper. Bremen.
- Campbell E.J.M., Scadding J.G., ROBERTS R.S. (1979): The concept of disease. BMJ; 1979; 2; 757-762.
- Cheek J. (2008): Healthism: A New Conservatism? Qual Health Res; 2008; 18; 974.
- Coakley J., Gallagher M. (2005): Politics in the Republic of Ireland. 4th Edition. Oxon. PSAI Press.
- Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991): Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm. Institute for Future Studies.

- DoHC (2001): Quality and Fairness: A Health System for you. Dublin. The Stationery Office.
- DoHC (2008): Health Stats 2008. Dublin. The Stationery Office.
- DoHC (2011): Health Stats 2011. Dublin. The Stationery Office.
- DoHC (2012): Health in Ireland. Key Trends 2012. Dublin. The Stationery Office.
- Esping-Andersen G. (1998): The three worlds of welfare capitalism, 4. Aufl. Princeton. Yersey.
- Fanning B. (2004): Locating Irish social policy. In: Fanning B., Kennedy P. Kiely G., Quin S. (Hrsg.): Theorising Irish social policy. Dublin. UCD Press.
- Fahey T., Russel H., Whelan C.T. (2007): Best of Times? The Social Impact of the Celtic Tiger. Institute of Public Administration. Dublin.
- Flick U. (2012): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Hamburg. Rowohlt Taschenbuchverlag.
- Foucault M. (1969): Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt am Main. Suhrkamp taschenbuch Wissenschaft.
- Foucault M. (1996): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt am Main. Fischer Wissenschaft.
- Frances A. (2013): Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen. Köln. DuMont Buchverlag.
- Franke A. (2008): Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bern. Verlag Hans Huber.

- Fromm E. (2006): Wege aus einer kranken Gesellschaft. Eine sozialpsychologische Untersuchung. München. Dtv-Verlag.
- Fromm E. (2007): Haben oder Sein. Die seelischen Grundlagen einer neuen Gesellschaft. München. Dtv-Verlag.
- Fromm E. (2009): Die Pathologie der Normalität. Zur Wissenschaft vom Menschen. Von: Funk R. (Hg.). Berlin. Ullstein taschenbuch.
- Fuchs P. (2013): Das Gesundheitssystem ist niemals verschnupft. In: Bauch J. (Hg.): Gesundheit als System. Systemtheoretische Beobachtungen des Gesundheitswesens. Konstanzer Schriften zur Sozialwissenschaft. Konstanz: Hartung-Gorre Verlag.
- Glaserfeld E.v. (2010): Konstruktion der Wirklichkeit und des Begriffs der Objektivität. In: Foerster H.v., Glaserfeld E.v., et al. (Hrsg.): Einführung in den Konstruktivismus. Beiträge von Heinz von Foerster, Ernst von Glasersfeld, Peter M. Heijl, Siegfried J. Schmidt und Paul Watzlawick. München. Piper Verlag.
- Gehlen A. (1981): Moral und Hypermoral. Eine pluralistische Ethik. Wiesbaden. Aula.
- Händler E. (2008): Gesundheit wird zum Wachstumsmotor – Die Ressourcen für Krankheitsreperatur werden immer knapper und der Innovationsdruck löst einen neuen Kondratieff-Strukturzyklus aus. In: Merz F. (Hrsg.): Wachstumsmotor Gesundheit. Die Zukunft unseres Gesundheitswesens. München. Carl Hanser Verlag.
- Heijl P.M. (2010): Konstruktion der sozialen Konstruktion. Grundlinien einer konstruktivistischen Sozialtheorie. In: Foerster H.v., Glaserfeld E.v., et al. (Hrsg.): Einführung in den Konstruktivismus. Beiträge von Heinz von Foerster, Ernst von Glasersfeld, Peter M. Heijl, Siegfried J. Schmidt und Paul Watzlawick. München. P Piper Verlag.
- Helliwell J., Layard R., Sachs J. (2012): The World happiness report. London.

Hohm H.J. (2002): Das Pflegesystem. Seine Organisationen und Karrieren. Systemtheoretische Beobachtungen zur Entstehung eines sekundären Funktionssystems. Freiburg. Lambertus.

Horn G., Lindner F., Tober S., Watt A. (2012): Quo vadis Krise? Zwischenbilanz und Konzept für einen stabilen Europaum. In: IMK Report. 75/2012. Düsseldorf.

HSE (2007): Mental Health in Ireland. Awareness and Attitudes. Dublin.

Hurrelmann K., Laaser U. (1998): Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann K., Laaser U. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, München. Juventa Verlag.

Illich I. (2007): Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens. München. Beck Verlag.

Kopfguter K. (2013): Gesundheit in der Weltgesellschaft. Von der Globalisierung eines Funktionssystems. In: Bauch J. (Hg.): Gesundheit als System. Systemtheoretische Beobachtungen des Gesundheitswesens. Konstanzer Schriften zur Sozialwissenschaft: Hartung-Gorre Verlag.

Krause D. (2005): Luhmann Lexikon. Eine Einführung in das Gesamtwerk von Niklas Luhmann. 4. Aufl. Stuttgart, Lucius&Lucius,

Krause T. (2013): Systeme und Symptome. In: Bauch J. (Hg.): Gesundheit als System. Systemtheoretische Beobachtungen des Gesundheitswesens. Konstanzer Schriften zur Sozialwissenschaft: Hartung-Gorre Verlag.

Labisch A., Woelk W. (1998): Geschichte der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann/Laaser (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, München. Juventa Verlag.

- Lexchin J., Bero L.A., Djulegovic B., Clark O. (2003): Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. *BMJ*, 326:1167.
- Lipset S., Rokkan S. (1967): *Cleavage Structures, Party Systems and Voter Alignments. An Introduction*. In: dies. (Hrsg.): *Party Systems and Voter Alignments. Cross-National Perspectives*. New York. Free Press.
- Luhmann, N., (1973): *Formen des Helfens im Wandel gesellschaftlicher Bedingungen*. In: Otto, H.; Schneider, S. (Hrsg): *Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit*. Neuwied, Berlin: 21-43.
- Luhmann N. (1983): *Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht*. In: Herder-Dornreich P., Schuller, A. (Hrsg.): *Die Anspruchsspirale*. Stuttgart,Berlin, Köln, Kohlhammer: 28-49.
- Luhmann N. (1987): *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt a.M. Suhrkamp taschenbuch Verlag Wissenschaft.
- Luhmann N. (1990): *Der medizinische Code*. In: Luhmann N. (1990): *Soziologische Aufklärung 3*. Opladen.
- Luhmann N. (1998): *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Frankfurt a.M., Suhrkamp Taschenbuch Verlag Wissenschaft.
- MHC (2011): *Mental Health Commission: Annual Report 2011*. Dublin.
- Moynihan R., Smith R. (2002): *Too much medicine? Almost certainly*. *BMJ* 2002; 324: 859-860.
- Moynihan R. (2003): *The making of a disease: female sexual dysfunction. Is a new disorder being identified to meet unmet needs or to build markets for new medications?* *BMJ* 2003; 326; 45-7

- Moynihan R., Glasziou P., Woloshin S., et al. (2013): Winding back the harms of too much medicine. Registration is opening and abstracts closing soon for our „Preventing Overdiagnosis“ conference. *BMJ* 2013; 346; f1271.
- Naidoo J., Wills J. (2009): *Foundations of Health Promotion*. Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St. Louis, Sydney, Toronto. Elsevier.
- Navarro V. (2000): Assessment of the World Health Report 2000. *The Lancet*; 356: 1589-601.
- Neuhäuser G. (2003): *Konstruktiver Realismus. Piagets naturalistische Erkenntnistheorie*. Würzburg. Verlag Königshausen & Neumann.
- Next Economy Foundation (2012): *The Happy Planet Index: 2012 Report*. A global index of sustainable well-being.
- Oberender P., Zerth J. (2008): Der Gesundheitsmarkt als Wirtschaftsfaktor. In: Merz F. (Hrsg.): *Wachstumsmotor Gesundheit. Die Gesundheit unseres Gesundheitswesens*. München. Carl Hanser Verlag.
- Oberender P., Hebborn A., Zerth J. (2006): *Wachstumsmarkt Gesundheit*. Stuttgart. UTB.
- OECD (2012a): *Health at a Glance 2012*. Paris. OECD Publishing.
- OECD (2012b): *Health Data 2012*. Paris. OECD Publishing.
- Robertz-Grossmann B., Bauch J. (2013): Gesundheit als sekundäre Zweckmäßigkeit. In: Bauch J. (Hg.): *Gesundheit als System. Systemtheoretische Beobachtungen des Gesundheitswesens*. Konstanzer Schriften zur Sozialwissenschaft: Hartung-Gorre Verlag.
- Rosenbrock R., Gerlinger T. (2009): *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. 2. Auflage. Bern. Verlag Hans Huber.

- Schmidt V.H. (2005): Die Systeme der Systemtheorie. Stärken, Schwächen und ein Lösungsvorschlag. In: Zeitschrift für Soziologie. Stuttgart, Lucius&Lucius Verlag. 34:6, 406-424.
- Schölkopf M. (2010): Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich: Gesundheitssystemvergleich und die europäische Gesundheitspolitik. Berlin. MWV.
- Staubmann H. (2001): Sozialsysteme als selbstreferentielle Systeme: Niklas Luhmann. In: Morel et al. (Hrsg.): Soziologische Theorie. Abriß der Ansätze ihrer Hauptverteter. 7. Auflage. München. Oldenbourg Verlag.
- Vogd W. (2005): Medizinsystem und Gesundheitswissenschaften – Rekonstruktion einer schwierigen Beziehung. In: Soziale Systeme, 11 (2), S. 236-270
- Weich S., Lewis (1998): Poverty, unemployment, and common mental disorders. Population based cohort study. London. BMJ, 317:115-9.
- Wendt C. (2005): Der Gesundheitssystemvergleich: Konzepte und Perspektiven. Working Paper vorgelegt am Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung. Nr. 88/2005.
- Wendt C. (2009a): Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Wendt C. (2009b): Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service, provision and access to healthcare. Journal of European Social Policy. 19: 432.
- Wendt C., Frisina L., Rothgang H. (2009) Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison, Social Policy & Administration 43(1), 70-90.
- WHO (2009): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Genf.
- WHO (2012): World Health Statistics 2012. Genf.

Online Quellen:

<http://www.aerzteblatt.de/archiv/41646/Ranking-von-Gesundheitssystemen-Aepfel-mit-Birnen-verglichen> – Zugriff am: 21.03.2013

<http://www.humboldtgesellschaft.de/inhalt.php?name=luhmann#D>. - Zugriff am: 18.06.2013

<http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=44d795d8c2c6f1f61fbaf0143334f364&DocId=003751341&Page=1> – Zugriff am 13.08.2013

<http://www.dsm5.org/Newsroom/Documents/Diag%20%20Criteria%20General%20FINAL%202.05.pdf> – Zugriff am: 22.06.2013

http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/two-fatal-technical-flaws_b_3337009.html - Zugriff am: 22.06.2013

http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/jon-ronson-ted-talk_b_2978686.html – Zugriff am: 22.06.2013

http://www.alz.org/downloads/facts_figures_2013.pdf – Zugriff am: 24.06.2013

<http://www.autism-society.org/about-autism/facts-and-statistics.html> – Zugriff am: 24.06.2013

http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5944a3.htm?s_cid=mm5944a3_w – Zugriff am: 24.06.2013

<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/163877/umfrage/umfrage-wichtige-faktoren-fuer-die-lebensqualitaet/> - Zugriff am: 16.07.2013

<http://www.mcf.it> – Zugriff am: 30.06.2013

<http://www.bc-klinik.de/home/frau/willkommen.html> – Zugriff am: 30.06.2013

http://www.creditreform.de/Deutsch/Creditreform/Presse/Archiv/Branchenreport_Fitnesswirtschaft/2011/Branchenreport_Fitnesswirtschaft_2011.pdf – Zugriff am 30.06.2013

<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/1675/umfrage/gruende-fuer-sport/> - Zugriff am: 30.06.2013

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtlId/gesundheitsbericht_kurzfassung.pdf?__blob=publicationFile S. 12 – Zugriff am: 30.06.2013

<http://www.cso.ie/en/index.html>

http://www.reichstagsprotokolle.de/Blatt3_k5_bsb00018436_00051.html – Zugriff am 10.07.2013

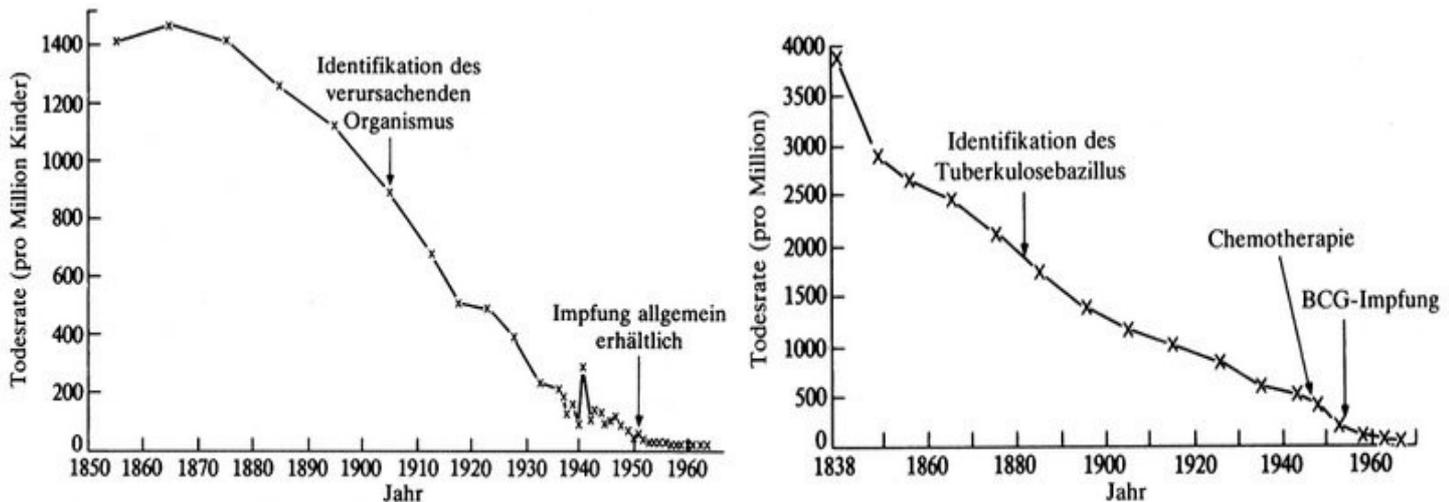
<http://www.citizensinformation.ie> -Zugriff am 19.07.2013

<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/subprime-krise.html> – Zugriff am: 24.07.2013

http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KV45_4.Quartal_2010.pdf – Zugriff am: 25.07.2013

Anlagen

Anlage 1: McKeown's Ergebnisse der Langzeitbetrachtung von Infektionskrankheiten (19. und 20. Jahrhundert in Großbritannien)



Quelle: McKeown T. (1982): Die Bedeutung der Medizin. Traum, Trugbild oder Nemesis?
Seite: 149. Edition Suhrkamp

Anlage 2: %-Zunahme der Gesamtausgaben pro Kopf für Pharmazie der 34 OECD Staaten von 1990-2009 (preisbereinigt)

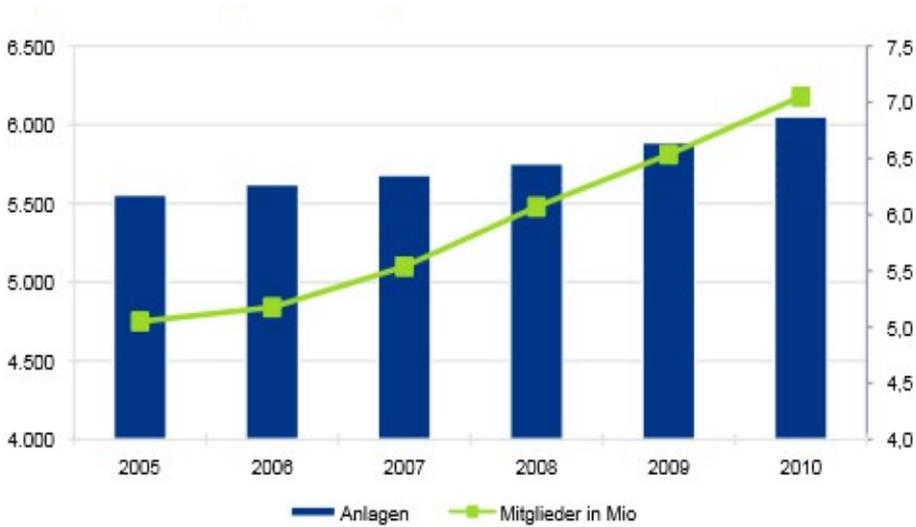
Statistiken

N	Gültig	22
	Fehlend	12
Mittelwert		343,6655
Standardfehler des Mittelwertes		24,62800
Median		335,8068
Standardabweichung		115,51557
Minimum (ITALIEN)		192,84
Maximum (IRLAND)		689,16

Deutschland: %-Steigerung: 245,4 Platz 20

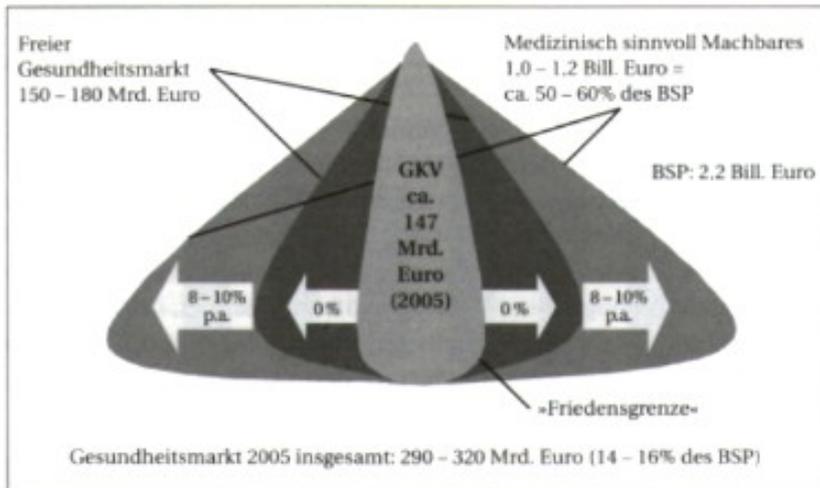
Quelle: Eigene Berechnung – OECD Health Data 2012

Anlage 3: Fitnessstudios (Anlagen >200m²) und Mitgliederzahl von 2005-2010



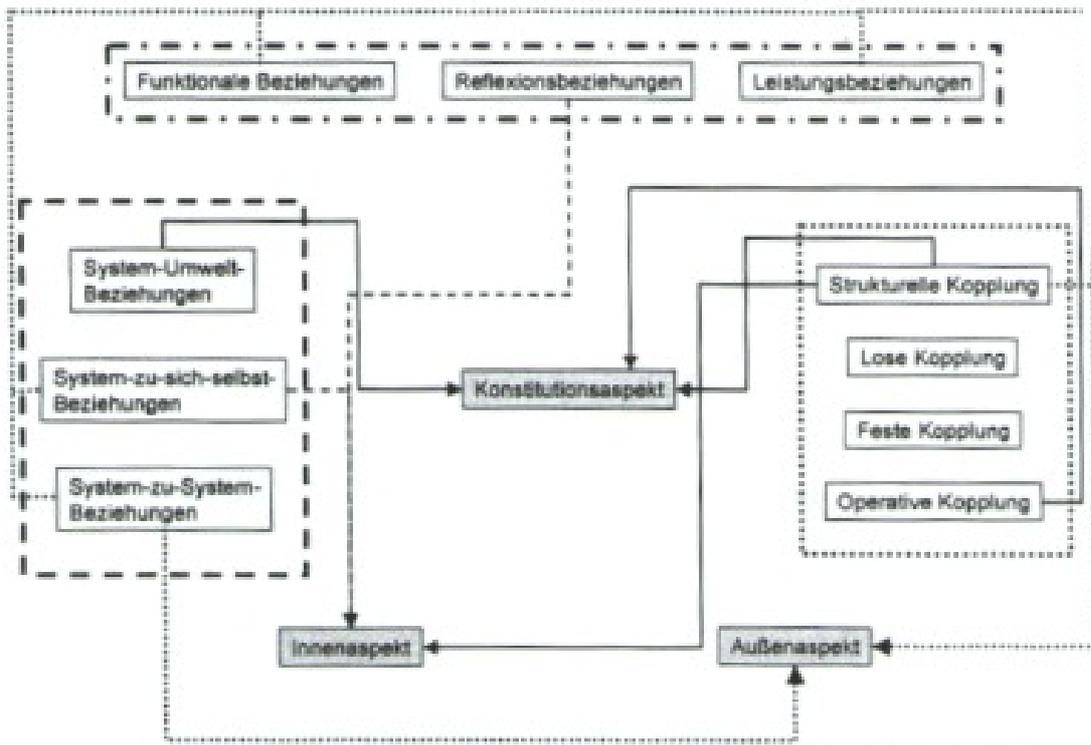
Quelle: Deloitte (2011): Der deutsche Fitnessmarkt. Studie 2011

Anlage 4: „Wachstumsmarkt Gesundheit 2005“



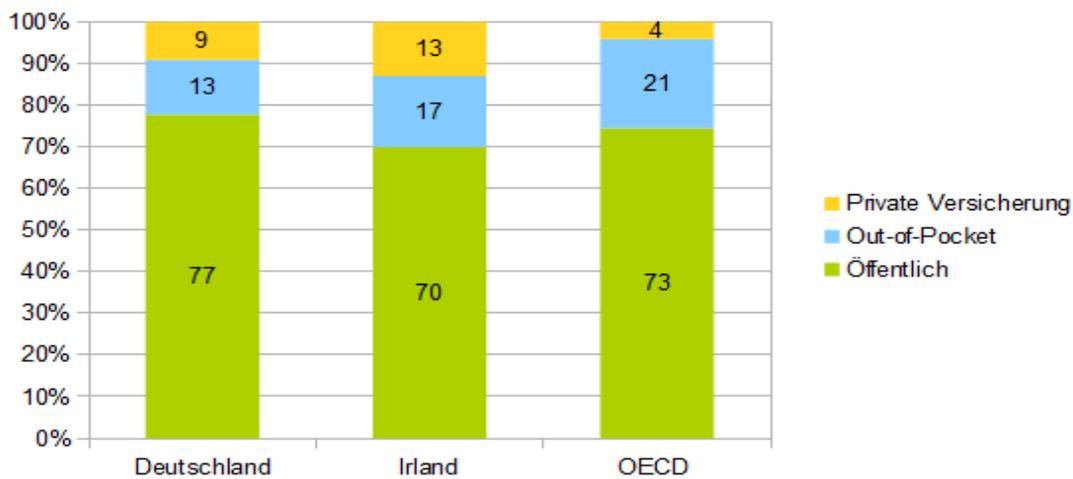
Quelle: Oberender/Hebborn/Zerth (2006): Wachstumsmarkt Gesundheit. Stuttgart. UTB

Anlage 5: Unterschiede in Systembeziehungen



Quelle: Krause D. (2005): Luhmann-Lexikon. Stuttgart UTB S. 67

Anlage 6: Ausgabenverteilung in %-der Gesamtausgaben für Gesundheit 2010



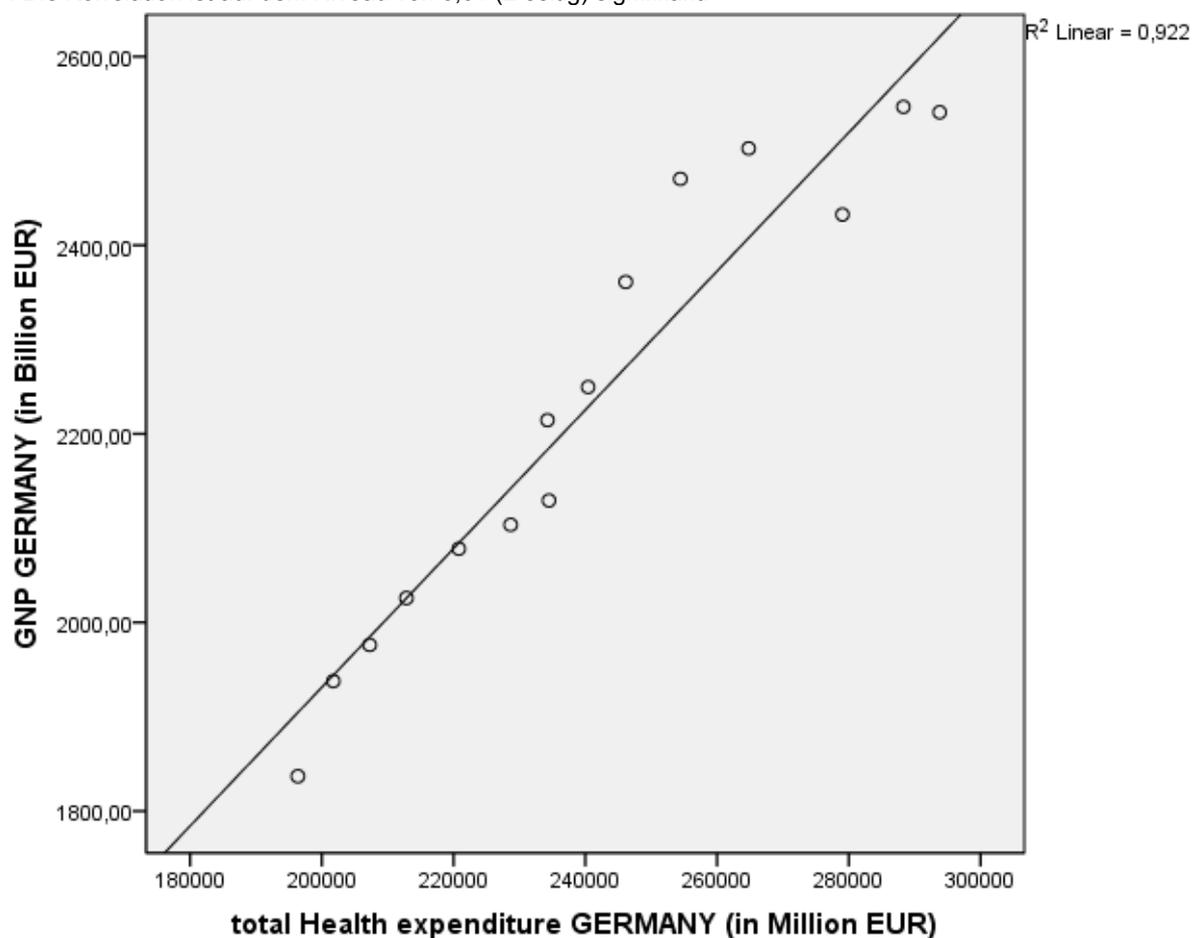
Quelle: Eigene Darstellung: OECD Health Data 2012

Anlage 7-1: Korrelation Gross National Product mit Gesamtgesundheitsausgaben (absolut) Deutschland (1997-2010) mit Scatterbox

Korrelationen

		GNP_GER	GesamtGesAus GER
GNP_GER	Korrelation nach Pearson	1	,960**
	Signifikanz (2-seitig)		,000
	N	15	15
GesamtGesAusGER	Korrelation nach Pearson	,960**	1
	Signifikanz (2-seitig)	,000	
	N	15	15

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.



Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung (destatis: Inlandsproduktberechnung 2013; GBE Bund: Gesundheitsberichterstattung 2013²⁷)

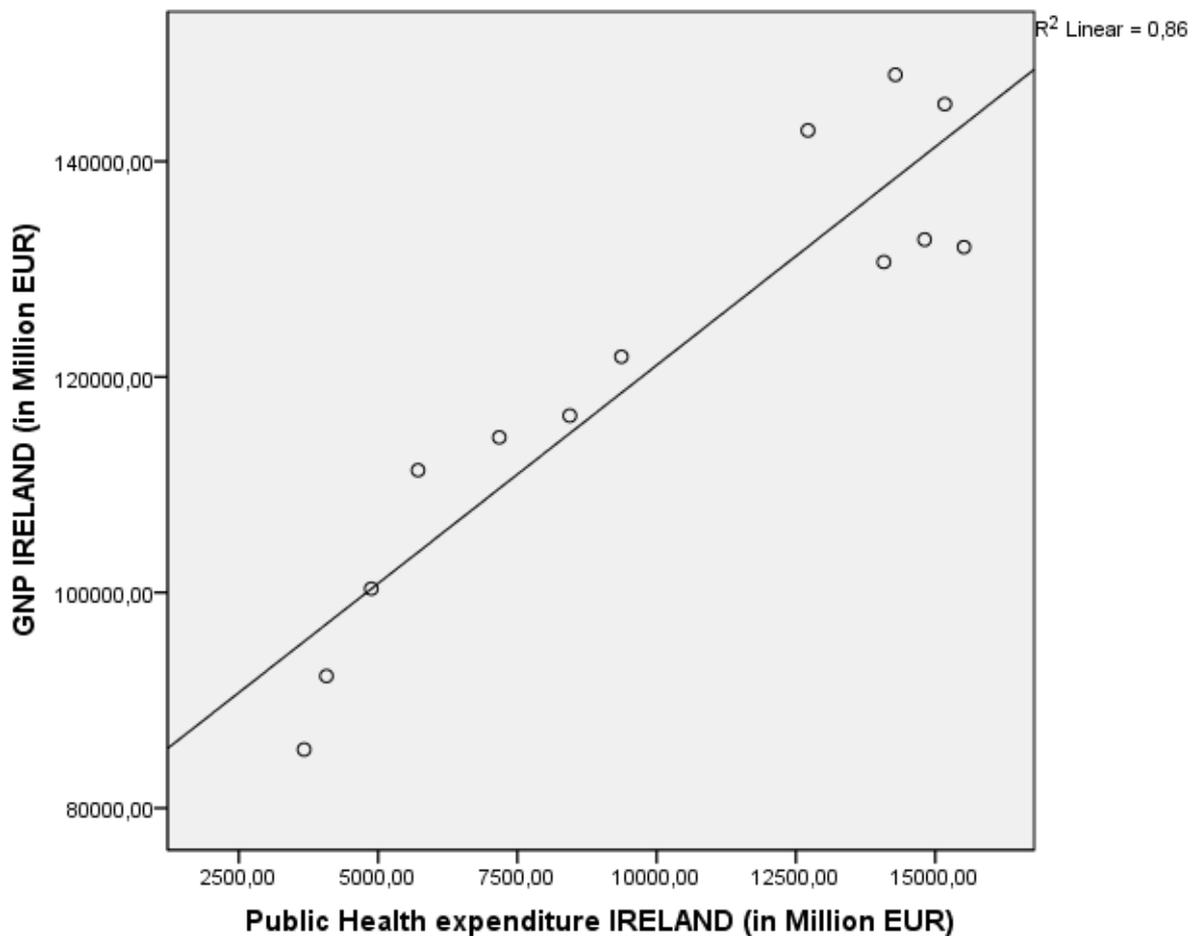
27 Vgl. http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=7987913&nummer=322&p_sprache=D&p_indsp=4049&p_aid=11341917 – Zugriff am: 24.07.2013

**Anlage 7-2: Korrelation Gross National Product mit öffentliche Gesundheitsausgaben
(absolut) Irland (1997-2010) mit Scatterbox**

Korrelationen

	GNP_IRE	PubExplre
GNP_IRE Korrelation nach Pearson	1	,927**
Signifikanz (2-seitig)		,000
N	15	13
PubExplre Korrelation nach Pearson	,927**	1
Signifikanz (2-seitig)	,000	
N	13	13

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

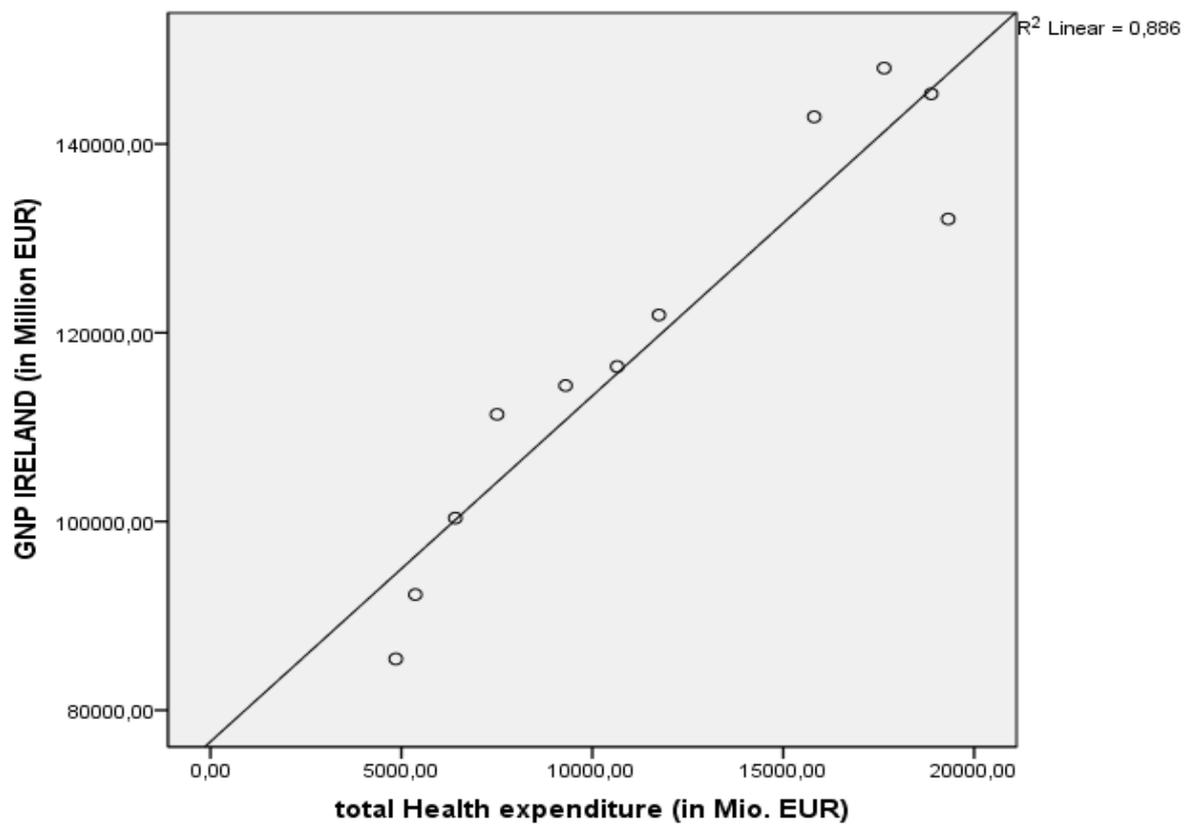


Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung
(CSO: <http://www.cso.ie/indicators/default.aspx?id=2NQQ20B> und DoHC 2005, 2008, 2011: Sektion L)

Anlage 7-3: Korrelation Gross National Product mit Gesamtesundheitsausgaben (absolut) Irland (1997-2010) mit Scatterbox

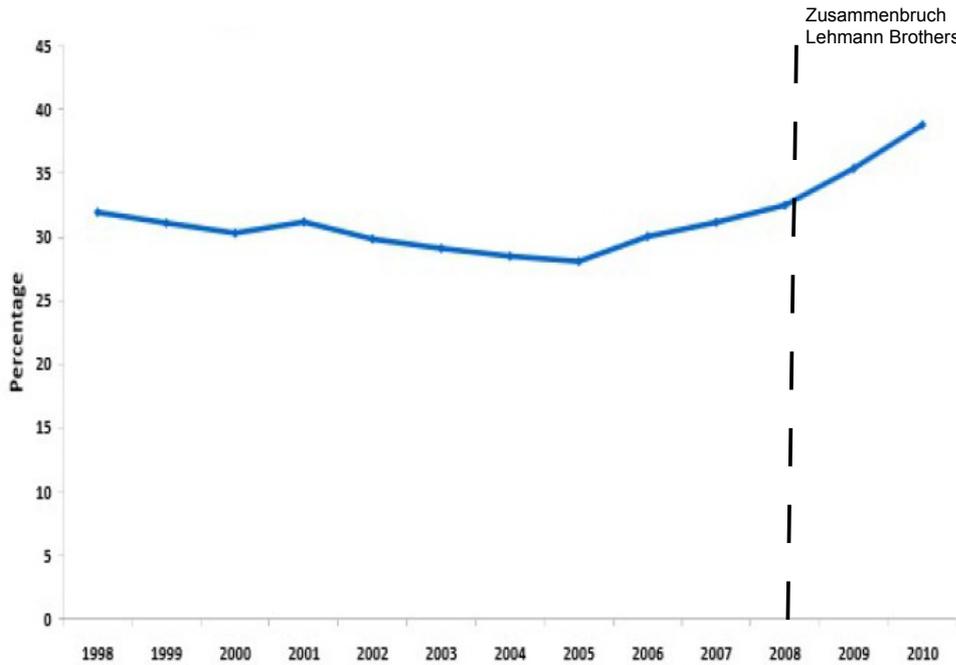
		Korrelationen	
		GNP_IRE	GesamtGesAus IRELAND
GNP_IRE	Korrelation nach Pearson	1	,941**
	Signifikanz (2-seitig)		,000
	N	15	11
GesamtGesAus IRELAND	Korrelation nach Pearson	,941**	1
	Signifikanz (2-seitig)	,000	
	N	11	11

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.



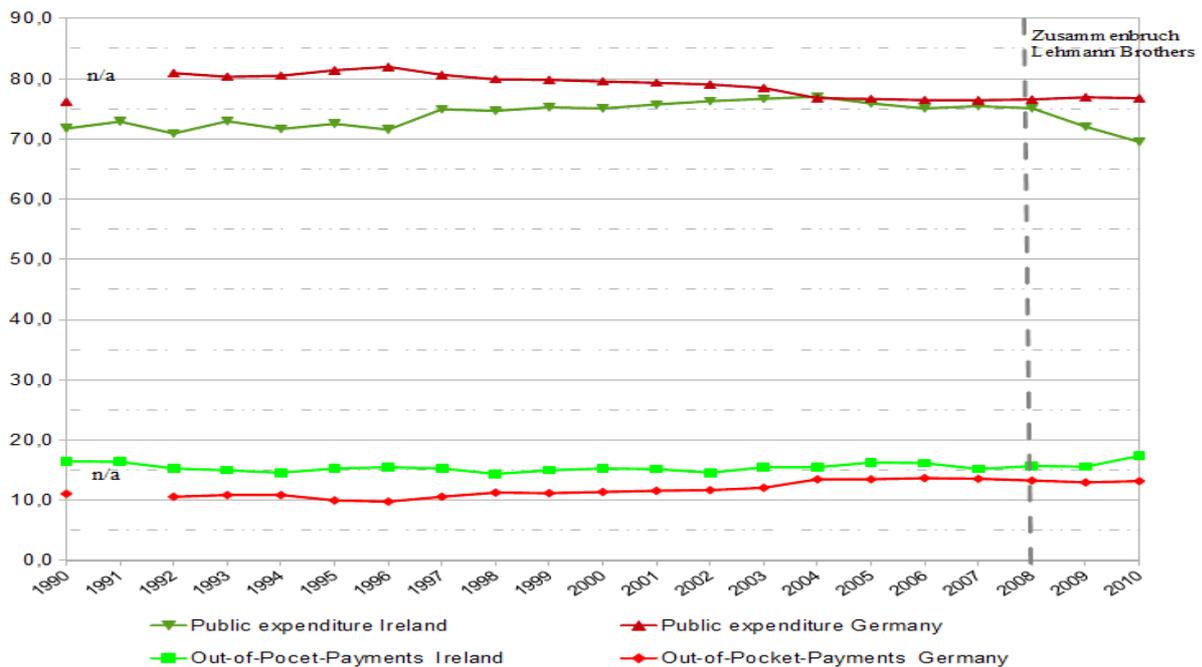
Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung
 (CSO: <http://www.cso.ie/indicators/default.aspx?id=2NQQ20B> und DoHC 2005, 2008, 2011: Sektion L)

Anlage 8: Prozentualer Anteil von Medical-Card-Holder und GP Visit Cards von 1998-2010



Quelle: http://www.dohc.ie/statistics/pdf/stats11_comm.pdf?direct=1

Anlage 9: Public-Private-Mix der %-Gesamtgesundheitsausgaben Irland und Deutschland (1990-2010)



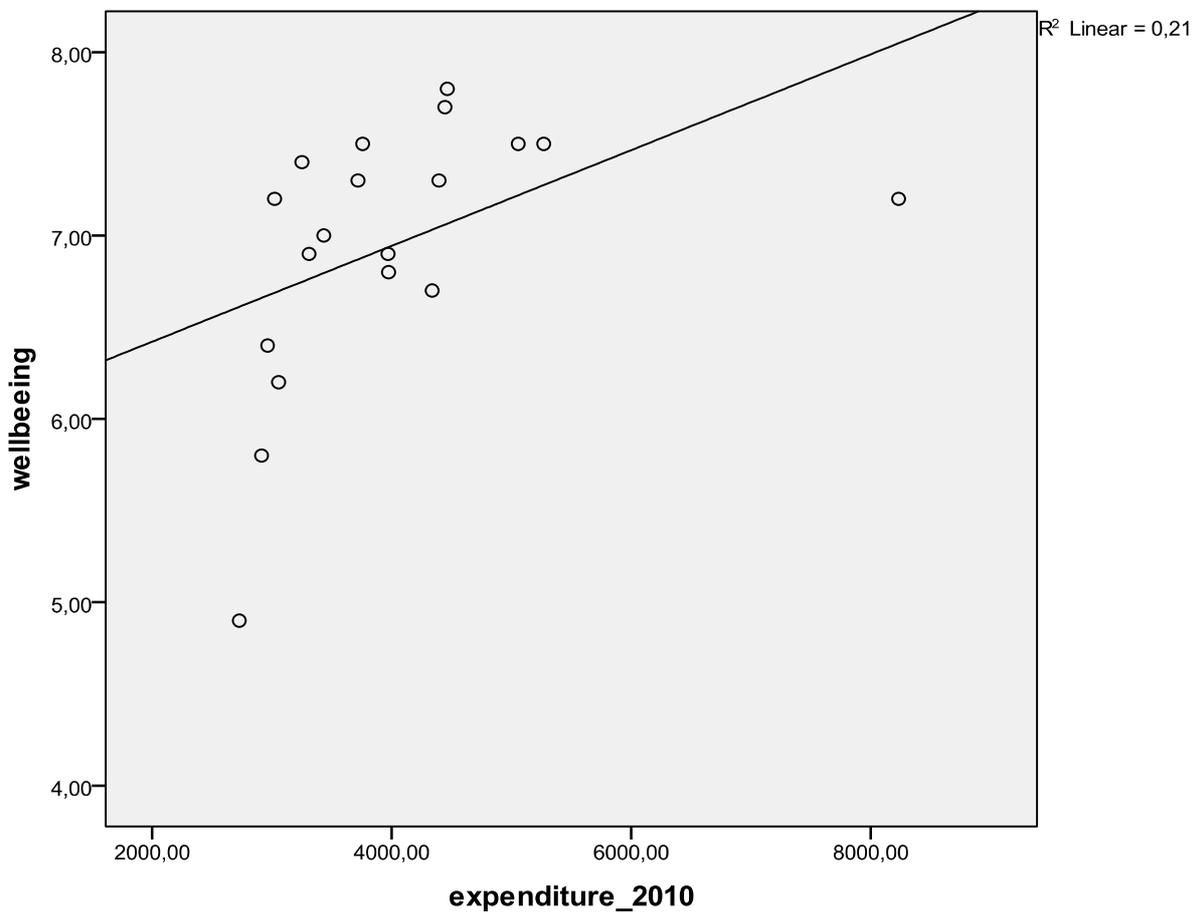
Quelle: Eigene Darstellung – OECD Health Data 2012

Anlage 10: jährliche Krankenhausaufnahmen nach Krankheitsbildern

	Depressionen	Schizophrenie	Alkohol
2001	7593	4814	4366
2002	7742	4433	3956
2003	7545	4121	3603
2004	6566	4358	3217
2005	6535	4137	2995
2006	5918	3975	2767
2007	5863	3927	2699
2008	6247	3949	2497
2009	6061	4076	1993

Quelle: DoHC Health Stats 2005,2008 und 2011

Anlage 11-1: Korrelation zwischen experienced well-beeing und Gesundheitsausgaben pro Kopf



Anlage 11-2: Korrelationskoeffizient zu Well-being und Gesundheitsausgaben pro Kopf 2010

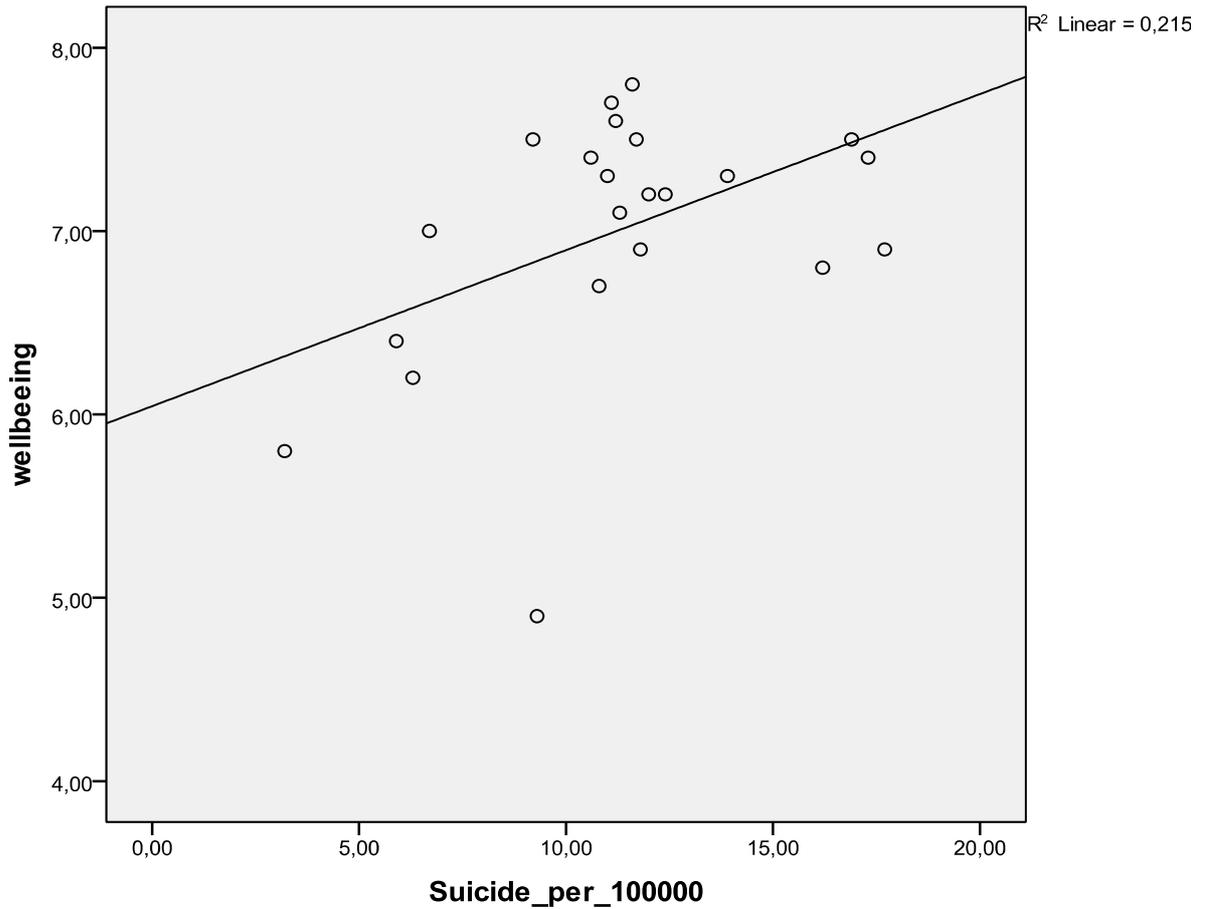
Korrelationen			Wellbeing OECD	Expenditure_ 2010
Spearman-Rho	Wellbeing OECD	Korrelationskoeffizient	1,000	,674**
		Sig. (2-seitig)	.	,002
		N	24	19
	Expenditure_2010	Korrelationskoeffizient	,674**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,002	.
		N	19	19

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Australia, Austria, Belgium, Canada, Cyprus, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Iceland, Ireland, Italy, Luxembourg, Malta, Netherlands, New Zealand, Norway, Portugal, Spain, Sweden, Switzerland, UK, USA

Quelle: Eigene Berechnung – OECD Health Data 2012 und HPI 2012

Anlage 12: Korrelation zwischen well-beeing und Mortalitätsrate (pro 100.000) durch Suizid



Korrelationen

		Suicide_per_ 100000	wellbeing
Suicide_per_100000	Korrelation nach Pearson	1	,463*
	Signifikanz (2-seitig)		,030
	N	22	22
wellbeing	Korrelation nach Pearson	,463*	1
	Signifikanz (2-seitig)	,030	
	N	22	24

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Quelle: Eigene Berechnung – OECD Health Data 2012 und HPI 2012

Glossar

DoHC	=	Department of Health and Children des irischen Gesundheitsministeriums
GKV	=	Gesetzliche Krankenversicherung
HPI	=	Happy Planet Index
HSE	=	Health Service Executive (irischer Gesundheitservice)
KH	=	Krankheit
NEF	=	Next Economy Foundation
NHS	=	National Health Service (britischer Gesundheitservice)

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die dem Wortlaut oder dem Sinn nach anderen Werken (dazu zählen auch Internetquellen) entnommen sind, wurden unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Alexander Braun

Zwickau, 22. August 2013