

Verwalten, Gestalten, Erhalten



Prof. Dr. med. Manfred Wildner

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Manfred Wildner
Bayerisches Landesamt für Lebensmittelsicherheit
Veterinärstraße 2
85764 Oberschleißheim
Manfred.Wildner@lgl.bayern.de

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0569-7809>
Gesundheitswesen 2018; 80: 207–209
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0941-3790

Verwaltung und Gesundheit – leidet unser Gesundheitswesen, verstanden als Dienst an der Gesundheit des einzelnen Menschen wie auch als Dienst an der „Gesundheit für alle“, an seiner Bürokratie? An einer überbordenden Verwaltung, an einem Zuviel an Regularien, an unzähligen Dokumentationspflichten und dem allenfalls gemächlichen Trab der Bürokraten? „Bürokratie“ ist ein Kunstwort, das eine „Herrschaft“ (-kratie) der Büros beschreibt. Eine Herrschaft der Büros? Leben wir nicht als freie und gleiche Bürgerinnen und Bürger in einer Demo-kratie (Volksherrschaft)? Was ist also schlimmer als Bürokratie – ist sie nicht ein Gegenentwurf zu einem freiheitlichen Demokratieverständnis mit möglichst schlanken Strukturen der staatlichen Verwaltung bzw. Selbstverwaltung, vielleicht sogar zur freien und gesunden persönlichen Entfaltung?

Dieser Frage lohnt sich, auch unter dem Aspekt der „Gesundheit eines Gesundheitswesens“, weiter nachzugehen. Man sollte dabei nicht zu schnell einer auch literarisch z. B. in kafkaesken Überzeichnungen immer wieder vorgetragenen Bildsprache erliegen und davon beeinflusst Verwaltung als ein „Übel an sich“ sehen (s.a. [1]). Die in Deutschland von den Gedanken des Soziologen Max Webers geprägte Verwaltung hat einen positiven und demokratischen (Selbst-)Anspruch. Angestrebt wird, in Abwendung von dem Ideal des „arkanen“ (= geheimen) Verwaltungshandelns früherer Zeiten – man denke nur an den Titel des „Geheimrats“ für Johann Wolfgang von Goethe – ein ganz anderes Selbstverständnis. Moderne Bürokratie ist durch Legalität gekennzeichnet, durch Rationalität und Qualifikation, durch ein Handeln nach allgemeinen Regeln frei von Willkür, eine professionelle Verwaltung mit Distanz zu persönlichen Vorteilen wie auch von politischen Einstellungen, eine klare Zuständigkeitsregelung, Transparenz durch Verschriftlichung der Vorgänge und durch eine damit gegebene Überprüfbarkeit. Hinzu kommen persönliche Integrität sowie eine von gegenseitiger Achtung und Effizienz geprägte Dienstleistungskultur [2–4]. Hier ist auch das „Neue Steuerungsmodell/New Public Management“ mit seiner ausdrücklichen Ausrichtung auf Ziele, Effizienz, Transparenz und

Bürgernähe sowie die seit 2011 ausdrückliche Berücksichtigung von Verwaltungskosten bei Gesetzgebungsverfahren durch den Normenkontrollrat zu nennen [5].

Was will – und kann – solche Verwaltung für Gesundheit bzw. die öffentliche Gesundheitssicherung leisten? Alfons Labisch und Rainer Müller weisen in ihrer historisch-soziologischen Übersicht darauf hin, dass einerseits Gesellschaften und staatliche Arrangements ohne eine öffentliche Gesundheitssicherung in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt sind, während andererseits diese regelhaft erst bei Gefahrenlagen wahrgenommen wird. Unbeachtet bleibt, dass moderne Gemeinwesen „auf einem tief gestaffelten System vorgreifender bzw. nachgreifender Maßnahmen der öffentlichen Gesundheitssicherung“ aufgebaut sind [6]. Gemeint sind die öffentliche Bereitstellung von gesundheitlich unbedenklichem „Wasser, Luft und Boden“, von präventiven und gesundheitsförderlichen Angeboten und Strukturen, von gesundheitlicher Versorgung bei Krankheit und Behinderung u.a.m. Dies geht nicht ohne Recht- und Regelsetzung und ist auch kein einmaliger oder gar abgeschlossener Prozess. Jede neue gesellschaftliche Entwicklungs- bzw. Verdichtungsstufe steht erneut vor der Herausforderung, den jeweils aktuellen Herausforderungen angepasste Formen der Gesundheitssicherung und – nach Ottawa – auch der Gesundheitsförderung zu entwickeln und abzusichern. Damit zeichnet sich ab, dass sich jede Form von Verwaltung nicht alleine auf das regelbasierte Erhalten eines Status quo, weder der Gesundheit noch der Leistungserbringung in Form und Spektrum, beschränken kann. Transaktionsorientiertes, regelbasiertes Handeln ist immer auch zu ergänzen durch vorausschauendes Transformationsorientiertes Gestalten innerhalb legitimer Zuständigkeitsphären: Nicht nur etwas richtig machen, sondern auch das Richtige tun. Bisweilen geschieht das in einem übergreifenden Ansatz, wie z. B. bei einer Befassung mit Gesundheit in allen Politikfeldern (health in all policies) oder bei umfassenden Gesundheitsfolgenabschätzungen (health impact assessment) und dient der Rahmensetzung in öffentlicher Verantwortung in den settings des täglichen Lebens.

Der Gesundheitsbereich ist dabei als „komplexes adaptives System“ einem ständigen Anpassungs- und Lernprozess unterworfen. Gesellschaftliche Lebens- und Arbeitsverhältnisse, Verkehrs- und Umgangsformen, (technologische) Möglichkeiten und persönliche Präferenzen sind in einem rasanten Wandel, alte Abgrenzungen lösen sich auf, Akteure wie Google und Watson betreten neue, digitalisierte gesellschaftliche Bühnen. Auch auf den alten Bühnen stellen sich Herausforderungen: unser solidarisch und privat mischfinanziertes, selbstverwaltetes Gesundheitswesen hat einen überaus starken Fokus auf pharmazeutisch-medizintechnische Produkte, beklagt werden Schnittstellenprobleme bei den sektoralen Übergängen und eine effizientere Allokation von Mitteln in der ambulanten und auch der stationären Versorgung wird gefordert [7]. Zu beachten ist auch die Legitimation in der Gestaltung öffentlicher Räume: in den unterschiedlichen Settings, innerhalb der kommunalen Selbstverwaltung, in den Zuständigkeitsbereichen von Ländern, Bund und Europäischer Union und darüber hinaus in den zwischenstaatlichen Räume von Global Health [8]. Staatliche Verwaltung und die Organe der Selbstverwaltung sind legitimierte Träger der Diskussion, der verantwortlichen Priorisierungsentscheidungen, der verbindlichen Zeichnung, nachhaltigen Ressourcenzuordnung und oft auch der Implementierung und des Monitorings von Vereinbarungen. Verwaltungshandeln vollzieht sich dabei innerhalb eines Spektrums von Handlungsoptionen unter Berücksichtigung der Verhältnismäßigkeit und reicht von reiner Beobachtung über eine aktive Information zu einer aktiven Steuerung über Anreize (Inzentivierungen und Disinzentivierungen) bis zu rechtlich bewehrten Regulierungen und Verordnungen [9]. Als persönlichen Anspruch formuliert das englische Committee on Standards in Public Life Uneigennützigkeit, persönliche Integrität, Objektivität, Verantwortlichkeit, Transparenz, Aufrichtigkeit und Vorbildhaftigkeit in der Führung [10].

Doch kennen wir nicht auch langsame Prozesse, Unbeweglichkeit von Bürokraten, das Gegenteil von Gestaltungskraft mit einem reinen Erhalten und Beharren? Träumen wir dann nicht von weniger Verwaltung, wünschen uns Verwaltungsvereinfachung und Bürokratieabbau, zumindest ein „one-in-one-out“ im Regulierungswirrwarr? Gerne wird dann auch der Ruf nach freieren Märkten im Gesundheitswesen laut. Hier sollten wir im Auge behalten, dass Adam Smith seine Idee der „Unsichtbaren Hand“ im Vertrauen auf die Selbstregulierungskraft des Marktes in festem Gottvertrauen formulierte und dieser Ansatz gerade im Gesundheitswesen auch viel Glauben braucht: Angesichts des sozialstaatlichen Anspruchs der solidarischen Abfederung von Daseinsrisiken, der bekannt hohen Gesundheitsausgaben in unregulierten Gesundheitsmärkten bei gleichzeitig nur moderaten Wohlfahrtseffekten und eines bisweilen auch „unsichtbaren Handschlags“ unter diversen Tischen im Gesundheitswesen (siehe auch [11]). Zudem sind Besonderheiten des Gesundheitsmarktes wie unverzichtbare Regulierungen bei Zulassungsfragen und eine ausgeprägte Informationsasymmetrie zu berücksichtigen. Wenn im Rahmen einer antibürokratischen Mentalität Gewinnmaximierung über gesundheitliche Chancengleichheit bei bestmöglicher Gesundheit für alle gestellt wird, ist mehr verloren als gewonnen: Mehr Markt macht nicht gesund und das Grundrecht Freiheit braucht Bedingungen für seine Realisierung [1, 12, 13].

Die Quintessenz? Sowohl eine weitausgreifende hoffnungsfrohe regulatorische Neugestaltung im Wunsch nach mehr gesundheitlicher (Chancen-)Gerechtigkeit als auch ein marktlibertäres Laissez-faire in begreiflicher Suche nach Freiheit und Vereinfachung werden als einfache Lösungen wohl unerfüllte Träume bleiben. Bestmögliche Gesundheit für alle, Freiheit und Sicherheit, Staatlichkeit und zivilgesellschaftliche Teilhabe sind gesellschaftliche Spannungsverhältnisse, welche jeweils ausbalanciert und auch angesichts von sozialen, wissenschaftlichen und technologischen Entwicklungen nachjustiert werden müssen [6]. Daraus ergeben sich Aufgaben der Transformation und Transaktion, der Überprüfung und Weiterentwicklung, wo nötig auch der Korrektur – eben der Verwaltung und Steuerung in ihren unterschiedlichen Spielformen.

Auch das vorliegende Heft beschäftigt sich, in einem erweiterten Verständnis von Steuerung und Verwaltung, mit verschiedenen Untersuchungen zu klugem, verantwortlichem und nachhaltigem Handeln im Gesundheitswesen: Mit der europäischen Zusammenarbeit in der Bewertung von Medizinprodukten, der Qualitätsprüfungen in Krankenhäusern, dem Qualitätsmanagement aus Sicht von Hausärzten in einem Ärztenetz, der Beantragung von psychosomatischer Rehabilitation, dem Angebot von medizinisch-diagnostischen Selbsttests auf deutschsprachigen Internetseiten, dem zweiten Gesundheitsmarkt aus Nachfragesicht, dem Einfluss des Migrationshintergrunds auf pathologisches Glücksspielen und auf die Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit, mit der Zusammenarbeit von Hausärzten und Zahnärzten, einem Kurzfragebogen zum familiären und hereditären Darmkrebsrisiko, dem Einfluss von Teamarbeit auf Wohlbefinden und emotionale Erschöpfung von Mitarbeitern in der medizinischen Rehabilitation, der Umsetzung Betrieblicher Gesundheitsförderung/Betrieblichen Gesundheitsmanagements, mit gesundheitsförderlichen Maßnahmen für Ehrenamtliche in der Flüchtlingshilfe und den Perspektiven für rechtskonformes Datenlinkage in Deutschland.

Um die eingangs aufgeworfene Formulierung als Frage noch einmal aufzugreifen: „Was ist schlimmer als Bürokratie?“ - hier ist die Antwort im Grunde schnell zu geben: „Keine Bürokratie!“. Um aber zu einer positiven Wahrnehmung notwendiger Verwaltung zu kommen, bedarf es auch in der Verwaltungspraxis selbst nicht nur des Erhaltens, sondern auch des transformierenden Gestaltens. Für den Public Health-Praktiker der Zukunft wurden aus solchen Überlegungen auch schon fünf kritische Fähigkeiten abgeleitet: Die Fähigkeit und Bereitschaft zum Denken in systemischen Zusammenhängen, zu effektiver Kommunikation, zu unternehmerischem Handeln, zu für den Kontext empfänglicher ethischer Reflexion und Artikulation bei Transformationsprozessen und zu politischen Analysen und politisch wirksamem Handeln [14].

Literatur

- [1] Wolf B. Erzählte Verwaltung. *Forschung und Lehre* 2017; 24: 208–210
- [2] Wildner M, Zöllner H. Ethik staatlichen Handelns im Dienst der Bevölkerungsgesundheit. In: Schröder-Bäck P, Kuhn J, (Hrsg.). *Ethik in den Gesundheitswissenschaften – Eine Einführung*. Landsberg: BeltzJuventa; 2016: 147–164

- [3] Faust T. (2013): Innovation und praxisorientierte Verwaltungsethik. In: Lück-Schneider D, Kirstein D, (Hrsg.). Verwaltungsethik – Selbstverständnis und Themenfelder in Lehre, Forschung und Praxis an den FhÖD. 2013 Redebeiträge und Thesen des 24. Glienicker Gesprächs Beiträge aus dem Fachbereich Allgemeine Verwaltung Nr. 17
- [4] Maesschalck J. (2004/ 2005): Approaches to Ethics Management in the Public Sector. A Proposed Extension of the Compliance-Integrity Continuum. *Public Integrity* 7, H. 1, S. 21–41
- [5] Bauer MW. Ein komplexes Konstrukt. *Forschung und Lehre* 2017; 24: 204–205
- [6] Labisch A, Müller R. Öffentliche Gesundheit in Deutschland. Altes bedenken – Neues Denken. Ein Tagungsbericht (2017). URL: <http://rainer-mueller.info/>, download 02.03.2018
- [7] Busse R. Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *Lancet* 2017; 390: 882–897
- [8] Marten R, Smith RD. State support: a prerequisite for global health network effectiveness: Comment on “Four challenges that global health networks face.”. *Int J Health Policy Manag* 2018; 7: 275–277 doi:10.15171/ijhpm.2017.86
- [9] Nuffield Council on Bioethics. *Public Health: Ethical issues*. Cambridge: Cambridge Publ.; 2007: S. 47
- [10] Committee on Standards in Public Life. *Ethical standards for providers of public services*. (2014). URL: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/336942/CSPL_Ethical-Standards_web.pdf (Abruf 6.5.2014)
- [11] Graalman-Scheerer K. Das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen vom 30.05.2016 (BGBl. I S. 1245). *MedR* 2017; 35: 601–611
- [12] Hengsbach F. „Mehr Markt“ macht nicht gesund – Gesellschaftliche Risiken und solidarische Sicherung entsprechen einander. *Gesundheitswesen* 2008; 70: 339–349
- [13] Baer S. Wissenschaftsfreiheit als verteilte Verantwortung. *Forschung und Lehre* 2017; 24: 214–217
- [14] Erwin PC, Brownson RC. The public health practitioner of the future. *Am J Public Health* 2017; 107: 1227–1232