

Gesundheit als Ware?

Die Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung: soziale Folgen und ethische Bewertungen

Zusammenfassung

Die Prozesse der Ökonomisierung bzw. Privatisierung im Gesundheitssystem schreiten weltweit und in Deutschland voran. Im Beitrag werden zunächst verschiedene Begriffe und Ebenen der Ökonomisierungsprozesse im Gesundheitsbereich unterschieden und die Folgen dieser Entwicklungen aufgezeigt. Mit ökonomischen Argumenten wird daran anknüpfend bezweifelt, ob Gesundheit überhaupt ein „kommodifizierbares“ Gut darstellt, bevor nach ethischen Implikationen für die Ausgestaltung des Gesundheitssystems anhand von drei prominenten ethischen Konzepten, dem rechtsbasierten Ansatz von Alan Gewirth, dem Befähigungsansatz von Martha Nussbaum und dem Anerkennungstheoretischen Ansatz von Axel Honneth gefragt wird. Dabei zeigt sich, dass mit allen drei Ansätzen gute Gründe für eine umfassende Gesundheitsversorgung und damit gegen eine Ökonomisierung mit ihren negativen sozialen Folgen geltend gemacht werden können. Zum Schluss wird ein kurzer Blick auf Stellungnahmen der beiden großen Kirchen in Deutschland zum Thema geworfen, in dem deutlich wird, dass die Kirchen dem Ökonomisierungsdruck auf das Gesundheitssystem bisher (zu) wenig entgegengesetzt haben.

1. EINLEITUNG: VERMARKTLICHUNG DES SOZIALSTAATS UND DES GESUNDHEITSSYSTEMS

Seit den 1980er Jahren sind in den OECD-Staaten sich verstärkende Prozesse der Liberalisierung und Deregulierung der Märkte und der Privatisierung öffentlicher Aufgaben zu beobachten. Diese Politik bezog sich zunächst auf verstaatlichte Produktionsbetriebe, Banken und Versicherungen und in einer zweiten Phase auf Infrastrukturbereiche wie Energie- und Wasserversorgung, Telekommunikation, Bahn und Post. In einer dritten Phase, in der sich die meisten europäischen Staaten mittlerweile befinden, wird auch die soziale Daseinsvorsorge (Bildung, Gesundheit, Rente u.a.) von Vermarktlichungsstrategien erfasst. „Wohlfahrtsmärkte“ treten ins Zentrum der Sozialpolitik.¹

Diese „Ökonomisierung des Sozialen“ ist sowohl von Vertretern verschiedenen Professionen² als auch von Wissenschaftlern verschiedener Schulen³ kritisch reflektiert worden. Ich beschränke mich

¹ Zu Begriff und Konzeption von „Wohlfahrtsmärkten“ vgl. *Frank Nullmeier*, Demokratischer Wohlfahrtsstaat und das neue Marktwissen. Beitrag zum Kongress „Gut zu Wissen“ der Heinrich-Böll-Stiftung 5/2001; Ders., Wohlfahrtsmärkte und Bürgerengagement in der Marktgesellschaft, in: *Jutta Allmendinger* (Hg.), *Entstaatlichung und Soziale Sicherheit*. Verhandlungen des 31. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Leipzig 2002, Opladen 2003, 961-974.

² Vgl. z.B. *Udo Wilken* (Hg.), *Soziale Arbeit zwischen Ethik und Ökonomie*, Freiburg i.Br. 2000.

³ Vgl. z. B. in der Tradition von Michel Foucault: *Ulrich Bröckling/Susanne Krasmann/Thomas Lemke* (Hg.), *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*, Frankfurt/M. 2000; aus der Sicht der Psychologie Erich Fromms: *Rainer Funk*, „Der Mensch ist kein Ding“. Kritische Anmerkungen zur Ökonomisierung des Sozialen, in: *Fromm Forum* (deutsche Ausgabe) 3 (1999) 6-11.

im Folgenden auf Aspekte der Ökonomisierung von Gesundheit. Nach einer Klärung dieses Begriffs beschreibe ich die verschiedenen Ebenen einer Ökonomisierung bzw. Privatisierung von Gesundheit und beleuchte kurz politisch-ideologische Hintergründe (Kap. 2). Warum Gesundheit keine Ware ist und sein kann, begründe ich im Anschluss aus einem *ökonomischen* Argumentationsansatz heraus (Kap. 3). Den besonderen Charakter des Gutes Gesundheit stelle ich daran anknüpfend aus *ethischer* Sicht heraus, und zwar von drei unterschiedlichen ethischen Konzepten her (Kap. 4). Dabei zeigt sich, dass von allen (unterschiedlich ansetzenden) Modellen her die Ökonomisierung von Gesundheit kritisch zu beurteilen ist, wobei sich für die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung in einem Land wie Deutschland zugleich bestimmte Konsequenzen ergeben. Eine kritische Rezeption kirchlicher Stellungnahmen zum Thema rundet den Beitrag ab (Kap. 5).

2. WAS HEIßT "ÖKONOMISIERUNG DER GESUNDHEIT"?

2.1 Begriffliches

Wenn man an den Wandel des Gesundheitssystems bzw. an seine Reform denkt, fallen einem als erstes Kosteneinsparungen und Leistungsreduzierungen ein. Der Gesundheitswissenschaftler Ullrich Bauer unterscheidet zwei Arten des Begriffsverständnisses von "Ökonomisierung"⁴: zum ersten die Orientierung der Versorgungssysteme an den Kriterien der Effektivität inklusive der Effektivität der Kosten. Diese spielt im Gesundheitswesen schon lange eine Rolle und ist angesichts solidarisch erhobener Zwangsbeiträge eine gesundheitspolitische Notwendigkeit. Das heute gebräuchliche Verständnis von „Ökonomisierung“ meint aber "die Orientierung des gesundheitsbezogenen professionellen Handelns an seiner betriebswirtschaftlichen Nutzenoptimierung bzw. Gewinnmaximierung"⁵. Ökonomisierung im Gesundheitswesen ist nicht neu; neu aber ist, so Bauer, "die Intensität und Radikalität, mit der sich ein ökonomisches Gewinninteresse durchsetzt"⁶. Der *Public-health*-Wissenschaftler Hagen Kühn hat Ökonomisierung folgendermaßen definiert: "Ökonomisierung meint vielmehr die der kapitalistischen Marktwirtschaft innewohnende Tendenz der gesellschaftlichen 'Landnahme' (Lutz) durch die Prinzipien der Kapitalverwertung bzw. des Rentabilitätskalküls, selbst dort, wo kein Kapital verwertet wird."⁷ Im Englischen wird dieser Prozess "commodification" genannt. Man kann in

⁴ Vgl. zum Folgenden Ullrich Bauer, Die sozialen Kosten der Ökonomisierung von Gesundheit, in: APuZ 8-9/2006, 17-24.

⁵ Bauer, Ökonomisierung, 17.

⁶ Bauer, Ökonomisierung, 18.

⁷ Hagen Kühn, Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung, in: Gine Elsner/Klaus Stegmüller

diesem Zusammenhang von einer Verkehrung der Zweck-Mittel-Relation im Gesundheitswesen sprechen: "Geld bleibt nicht Mittel zur Sicherstellung der Versorgung, sondern die Versorgung von Kranken wird tendenziell zum Mittel, durch das Gewinn erzielt werden kann."⁸

Bauer hält in Ergänzung zum Begriff der Ökonomisierung den der "Privatisierung" für eine wichtige Ergänzung: einerseits als Ausdruck einer Intensivierung von Ökonomisierungs- bzw. Gewinninteressen im Sinne einer Privatisierung der Versorgungsstrukturen, andererseits als Übertragung eines höheren Grades an "Eigenverantwortung" an die Versicherten. Gesundheit wird tatsächlich immer mehr zur Privatangelegenheit. Im Folgenden werden diese beiden Aspekte und ihre Folgen näher erläutert.

2.2 Die Privatisierung der Versorgungsstrukturen und ihre Folgen

Privatisierung im Bereich der Versorgungsstrukturen meint zum einen, dass Einrichtungen von der öffentlichen in private Trägerschaft übergehen. Dies ist im Krankenhausbereich besonders auffällig. So ist die Zahl der Krankenhäuser in privater Trägerschaft von 358 im Jahr 1991 auf 545 im Jahr 2003 gestiegen. Die Gesamtzahl der Krankenhäuser sank im selben Zeitraum von 2411 auf 2197.⁹ Zum zweiten ist damit die Verbetriebswirtschaftlichung der Organisationsabläufe, besonders durch die Einführung prospektiver Finanzierung, gemeint. Damit wird die Verwaltung zum mächtigsten Organisationsbereich im Krankenhaus. Medizinische, pflegerische und ethische Aspekte werden durch wirtschaftliche überformt, was jedoch nicht zu mehr Wirtschaftlichkeit führen muss. Zum dritten meint Privatisierung im Bereich der Versorgung die Kommerzialisierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Nicht die medizinisch beste Versorgung steht im Mittelpunkt der Behandlung; vielmehr muss der Arzt berücksichtigen, wie viele Mittel noch zur Verfügung stehen und wie teuer die Behandlung insgesamt wird.

Die Folgen der Ökonomisierung des Krankenhauses hat Michael Simon für das Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung in einer breit angelegten Studie untersucht. Dabei konnten folgende Erscheinungsformen einer Ökonomisierung ärztlich-pflegerischer Entscheidungen festgestellt werden (ich nenne hier nur die wichtigsten Punkte):

- I „die Verweigerung oder Verschiebung von Behandlungen aus wirtschaftlichen Gründen, beispielsweise wenn das Budget 'erschöpft' oder absehbar ist, dass die Behandlungskosten

(Hg.), Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus, Hamburg VSA 2004, 25-41,29.

⁸ Ebd., 26.

⁹ Vgl. Tobias Jakobi, Sozialer Wandel und die Ökonomisierung des Krankenhausesektors, Publikation des Nell-Breuning-Instituts 2005 im Rahmen des Forschungsprojekts "Kirchliche Krankenhäuser im Umbruch", St. Georgen 2005, 2. Online unter www.sankt-georgen.de/nbi/pdf/beitrag/jakobi_sozwandkh.pdf abgerufen am 16.12.2008.

- für einen Patienten sehr hoch sein werden;
- | die Verweigerung der Übernahme oder die Abschiebung von Notfallpatienten, wenn durch ihre Versorgung der Budgeterfolg des aufnehmenden Krankenhauses gefährdet erscheint;
 - | die Einbestellung von Patienten nicht nach medizinischer Notwendigkeit, sondern nach Art der zu erzielenden Vergütung [] ;
 - | die kurzfristige Entlassung und Wiederaufnahme von Patienten zum Zweck der Aufgabenspaltung einer Krankenhausbehandlung in mehrere Episoden, wenn dadurch höhere Vergütungen erzielt werden können;
 - | die Durchführung medizinisch nicht notwendiger Operationen, wenn dadurch höhere oder zusätzliche Vergütungen zu erzielen sind [] ;
 - | die Verlängerung der Verweildauer aus wirtschaftlichen Gründen [] "¹⁰

Dem stehen auf der anderen Seite Frustrationen des Personals u.a. wegen zunehmendem Zeit- und Leistungsdruck, der Abbau von Stellen, eine Erhöhung der Wochenarbeitszeit, eine grundsätzliche Befristung von Arbeitsverträgen, die Verkürzung von Kündigungsfristen u.a. auf der Seite der Belegschaft gegenüber.

2.3 Gesundheit als Privatsache - nicht aller in gleichem Maß

Neben der Privatisierung der Versorgungsstrukturen lässt sich feststellen, dass Gesundheitsleistungen mehr und mehr nach Zahlungsfähigkeit vergeben werden. Beispiele dafür sind die privaten Zusatzabsicherungen sowie die verschiedenen Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen. De facto bedeutet dies eine Kostenverlagerung von der öffentlichen Hand zu den privaten Haushalten. Begründet wird diese Entwicklung mit der "Selbstverantwortlichkeit" der Versicherten. Allerdings verfügt nicht jeder Nutzer des Gesundheitssystems tatsächlich über die individuellen und sozialen Ressourcen, um dieser Verantwortlichkeit gerecht werden zu können. Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen verfügen oft nicht über diese Ressourcen; sie sind aber gerade diejenigen, die eh schon das größte Risiko tragen, krank zu werden, behindert zu sein und frühzeitig zu sterben. Sie sind also besonders auf Gesundheitsleistungen angewiesen, besitzen aber auf Grund von geringem Einkommen und Bildungsarmut die geringste Ausstattung mit personalen

¹⁰ Michael Simon, Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, P01-205, Berlin Wissenschaftszentrum Berlin 2001, 79.

und sozialen Bewältigungsressourcen.¹¹ Die Maßnahmen zur Stärkung der "Eigenverantwortung" sind also sozial nicht neutral, sondern verschlechtern die Gesundheitssituation der bisher schon am schlechtesten Gestellten. Begründet wird der zentrale Stellenwert der "Eigenverantwortung" häufig mit dem Konzept des "aktivierenden Sozialstaates".

2.4 Der politisch-ideologische Begründungsdiskurs: das Konzept des "aktivierenden Sozialstaates"

Die rot-grüne Bundesregierung hat am 1.12.1999 erstmals ein Programm verabschiedet, in dem ein verändertes Staatsverständnis formuliert wird. Im Programm mit dem Titel "Moderner Staat - moderne Verwaltung"¹² werden Ziele formuliert wie die Selbstregulierungskräfte der Gesellschaft zu stärken, Ehrenamt und Bürgerengagement zu fördern, die Eigenverantwortung des Einzelnen zu stärken, Bürgerbeteiligungsrechte weiter zu entwickeln u.a.. Eine Kernidee ist die neue Verantwortungsteilung: Es geht "um *shared responsibility*, d. h. *geteilte* Verantwortung. So wird z. B. weniger nach der Verantwortung *des* Sozialstaates als nach der Verantwortung *für* den Sozialstaat gefragt, die gemeinsam von Staat, Verbänden und Bürgern zu tragen ist..."¹³ Der aktivierende Staat will nur noch Kernaufgaben in alleiniger Verantwortung erledigen und andere, bislang als öffentlich angesehene Felder durch Dritte erfüllen lassen. Die Zivilgesellschaft soll den Staat bei seinen Aufgaben entlasten. Als zentraler Handlungsansatz für die Aktivierung der Einzelnen gilt "Fordern und Fördern". "Auch der normale Bürger soll von der neuen Politik profitieren, die ihn stärken will, seine individuellen Entfaltungsmöglichkeiten zu nutzen und zur Wahrnehmung seiner Bürgerrolle ermächtigen will."¹⁴ Damit ist in der Logik des aktivierenden Staates bspw. Arbeitslosigkeit nicht im strukturellen Mangel an Arbeitsplätzen begründet; vielmehr ist der Einzelne nicht genügend "beschäftigungsfähig". Das Konzept des aktivierenden Staates eignet sich insgesamt gut zur Begründung staatsentlastender Risikoprivatisierung und einer Kommodifizierung, die Unternehmen neue Gewinnmöglichkeiten eröffnet.

¹¹ Vgl. zum Zusammenhang von Gesundheit und sozialer Ungleichheit *Andreas Mielck*, Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Bern 2000.

¹² Kabinettsbeschluss "Moderner Staat - moderne Verwaltung" vom 1.12.1999. Online unter www.bmi.bund.de/nm_121894/Internet/Content/Broschueren/1999/Moderner__Staat__-__Moderne__Id__20284__de.html abgerufen am 30.1.2008.

¹³ *Wolfram Lamping/Henning Schridde/Stefan Plaß/Bernhard Blanke*, Der Aktivierende Staat. Positionen, Begriffe, Strategien. Studie für den Arbeitskreis Bürgergesellschaft und Aktivierender Staat der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn 2002, 30.

¹⁴ *Norbert Wohlfahrt*, Bürgerschaftliches Engagement, Freie Wohlfahrtspflege und aktivierender Sozialstaat - inszenierter Sozialstaatsumbau oder Stärkung des sozialen Kapitals? Online unter www.efh-bochum.de/homepages/wohlfahrt/pdf/engagement.pdf abgerufen am 9.1.2008.

3. WARUM GESUNDHEIT KEINE WARE IST: ÖKONOMISCHE ARGUMENTE

3.1 "Moral hazard" im Gesundheitswesen?

Durch den Einfluss des betriebswirtschaftlichen Paradigmas beherrschen Annahmen der ökonomischen Neoklassik die Debatte um die Reform des Gesundheitswesens. Eine dieser Annahmen ist die Vorstellung vom Menschen als rationalem Nutzenmaximierer, als "*homo oeconomicus*". Daraus abgeleitet wird das Motiv des "*Moral Hazard*", das aus der Versicherungswirtschaft stammt und das (angebliche) Phänomen bezeichnet, dass mit der Versicherung eines Risikos die individuelle Riskoneigung zunimmt und ein pauschaler Beitragssatz dazu verführt, den eigenen finanziellen Einsatz durch die Inanspruchnahme von Mehrleistungen auszugleichen. So formuliert der US-amerikanische Ökonom Mark V. Pauly: "Moral hazard means that the consequence of protecting yourself against financial risk is to stimulate the use of additional medical care, which by definition is medical care that is not worth what it costs, because if it was worth what it costs you would have bought it even if you didn't have insurance."¹⁵ Aber sind medizinische Leistungen wirklich ein reines Vergnügen, von dem man nicht genug haben kann? Das dürfte eine äußerst unrealistische Annahme sein. Zuzahlungen haben daher auch nicht den Effekt, die angebliche "Überkonsumtion" medizinischer Leistungen einzuschränken, sondern den Zugang von Schlechtergestellten zu notwendigen Leistungen zu erschweren.

3.2 Wettbewerb im Gesundheitswesen?

Wettbewerb ist im Kapitalismus das Wettstreben der Einzelnen mit dem Ziel des größtmöglichen Gewinns. Bei Strafe des Untergangs ist das einzelne Wirtschaftssubjekt dazu gezwungen, den Eigennutz zur handlungsleitenden Maxime zu machen. "Als Steuerungsinstrument wirkt Wettbewerb daher sozial selektiv und polarisierend und ist damit gegen Solidarität gerichtet."¹⁶ Voraussetzung für Wettbewerb ist die Existenz eines Marktes, auf dem die entsprechenden Waren nachgefragt und angeboten werden. Gesundheit oder Krankheit sind aber aus verschiedenen Gründen keine Waren¹⁷:

¹⁵ Mark V. Pauly, The truth about Moral Hazard and Adverse Selection, Eighteenth Annual Herbert Lourie Memorial Lecture on Health Policy. No 36, März 2007, Center for Policy Research Policy Briefs from Center for Policy Research, Maxwell School, Syracuse University/USA, 8. Online unter: <http://www.cpr.maxwell.syr.edu/pbriefs/pb36.pdf> abgerufen am 8.2.2008

¹⁶ Hans-Ulrich Deppe, Wettbewerb im Gesundheitswesen: Ökonomische Grenzen und ethische Fragen, in: *systema* 11 (1997), 1, 31-41.

¹⁷ Vgl. zum Folgenden ebd., 35 f.

- | Gesundheit kann man nicht kaufen. Sie ist ein kollektives und meritorisches Gut wie Luft, Wasser und Bildung.
- | Man kann auf Krankheit nicht freiwillig wie auf Konsumgüter verzichten.
- | Krankheit ist i. d. R. kein vom Einzelnen steuerbares Ereignis, sondern ein allgemeines Lebensrisiko. Der Betroffene wägt besonders im Fall einer ernsthaften Krankheit nicht rational die verschiedenen medizinischen Angebote ab, sondern ist emotional stark involviert. Er kann die Angemessenheit, die Art und den Umfang medizinischer Leistungen auch nur selten beurteilen, weil ihm das Fachwissen des Arztes fehlt. Mit anderen Worten: Eine "Konsumentensouveränität" ist nicht gegeben.
- | Die Arzt-Patienten-Beziehung ist keine gewöhnliche Produzenten-Konsumenten-Beziehung; vielmehr vollzieht sie sich im Rahmen einer personenbezogenen Dienstleistung, die ein gewisses Maß an Vertrauen voraussetzt, damit die "Koproduktion" gelingt.¹⁸
- | Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen ist nicht preiselastisch, d. h. sie steigt weder bei sinkenden Preisen noch sinkt sie bei steigenden Preisen.

Wettbewerb im Gesundheitswesen ist konkret Wettbewerb um die rentablen Patienten bzw. Versicherten und gerade kein Wettbewerb um alte und chronisch kranke Patienten aus unteren sozialen Schichten, die medizinische Hilfe am nötigsten hätten. Des Weiteren verstärkt die Konkurrenz die Tendenz, den Preis von Leistungen ggf. auf Kosten der Qualität zu senken. Dieser drohende Qualitätsverlust lässt sich nur durch den Ausbau bürokratischer Kontrolle verhindern, was wiederum Kosten verursacht. "Die These, daß Wettbewerb die Kosten senkt und gleichzeitig die Qualität erhöhen kann, läßt sich also nicht halten."¹⁹

Es sprechen von daher gewichtige ökonomische Gründe dafür, dass sich die Gesundheitsversorgung nicht dem Wettbewerb bzw. dem Mechanismus von Angebot und Nachfrage unterwerfen lässt. Im Folgenden soll darüber hinaus nach ethischen Argumenten in Bezug auf die Organisation der Gesundheitsversorgung gefragt werden.

4. ETHISCHE KONZEPTE UND IHRE KRITERIEN IN BEZUG AUF DIE AUSGESTALTUNG DES GESUNDHEITSSYSTEMS

Nach dem Aufweis der *ökonomischen* Grenzen einer Kommodifizierung von Gesundheit wird in

¹⁸ Vgl. dazu schon *Bernhard Badura/Peter Gross*, Sozialpolitische Perspektiven. Eine Einführung in Grundlagen und Probleme sozialer Dienstleistungen, München 1976.

¹⁹ *Deppe*, Wettbewerb, 37.

diesem Kapitel untersucht, welches Ausmaß an Gesundheitsleistungen für welche Adressaten und welche Art der Finanzierung von Gesundheitsversorgung sich von *ethischen* Konzepten her begründen lässt. Ich beschränke mich auf drei heute populäre und m. E. für die Fragestellung ertragreiche ethische Entwürfe: den rechtbasierten Ansatz des amerikanischen Ethikers Alan Gewirth, den Befähigungsansatz Martha Nussbaums und den anerkennungstheoretischen Ansatz von Axel Honneth.

4.1 "Die rationalen Grundlagen der Ethik" : Der Ansatz von Alan Gewirth

Der amerikanische Ethiker Alan Gewirth beantwortet die sozial- bzw. institutionenethischen Fragen von moralischen Grundrechten her. Er postuliert ein oberstes Moralprinzip, nämlich das Prinzip der Menschenrechte, das "rational streng begründet werden kann..., während die dem Prinzip entgegengesetzten Urteile rational widerlegt sind."²⁰ Als eigentlichen Ort der Ethik macht er das *Handeln* aus. Alle ethischen Urteile bezögen sich darauf, wie Personen - vor allem anderen Personen gegenüber - handeln sollten. Handeln sei durch zwei konstitutive Merkmale gekennzeichnet: *Willentlichkeit* bzw. *Freiheit* als prozeduralen Aspekt und *Zweckgerichtetheit* bzw. *Wohlergehen* als inhaltlichen Aspekt. Letzterer bestehe darin, dass man sowohl einen Zweck im Blick habe als auch darin, die Voraussetzungen zu besitzen, um seine Ziele bzw. Zwecke überhaupt erreichen zu können. Innerhalb des *Wohlergehens* unterscheidet Gewirth noch einmal drei hierarchisch gestufte Ebenen²¹: *Elementares Wohlergehen* bestehe darin, dass man die wesentlichen Vorbedingungen des Handelns besitze wie Leben, physische Integrität und geistiges Gleichgewicht (Elementargüter, die *basic goods*). *Unvermindertes Wohlergehen* bestehe darin, die eigene Handlungsfähigkeit aufrecht zu erhalten, z. B. für die Zukunft planen zu können und Wissen über Fakten zu haben, die für geplantes Handeln relevant sind (Nichtverminderungsgüter, *nonsubtractive goods*). *Zusätzliches Wohlergehen* schließlich bestehe darin, die eigene Handlungsfähigkeit vermehren, z. B. Wertschätzung, aber auch Bildung, Wohlstand und Einkommen erwerben zu können (Zuwachsgüter, *additive goods*).

Nach Gewirth lässt sich zeigen, dass im Handlungsbegriff bereits ein Moralprinzip als analytisch wahres Urteil enthalten ist; anders gesagt, dass Handeln bereits *eine normative* Struktur besitzt, die ein bestimmtes moralisches Prinzip enthält. Gewirth begründet seine These mit einem Gang durch eine Sequenz von Urteilen, die als "analytische Implikationen des Handlungsbegriffs aufgewiesen

²⁰ Alan Gewirth, Die rationalen Grundlagen der Ethik, in: Klaus Steigleder/Dietmar Mieth (Hg.), Ethik in den Wissenschaften. Ariadnefaden im technischen Labyrinth?, Tübingen 1990, 3-36, 12.

²¹ Gewirth, Rationale Grundlagen, 18 f.

werden können *und* zugleich aus der Binnenperspektive des Handelnden in ihrer Normativität nicht sinnvoll in Abrede zu stellen sind."²² Damit kann er zum einen zeigen, dass der Handelnde dazu genötigt ist, einen Rechtsanspruch auf die notwendigen Voraussetzungen seines Handelns zu erheben und zum anderen, dass auch alle anderen aktuell oder prospektiv Handelnden die gleichen Rechte auf Freiheit und Wohlergehen haben wie er selbst. Mit dieser Zuschreibung von Rechten ist gleichzeitig die Anerkennung entsprechender Pflichten gegenüber allen anderen Handelnden verbunden, die Gewirth in einem obersten Moralprinzip zusammenfassen kann: "Handle stets in Übereinstimmung mit den konstitutiven Rechten der Empfänger deiner Handlungen wie auch deiner selbst!"²³ Diese Rechte sind sowohl Abwehr- als auch Anspruchsrechte, d. h. ein Mensch ist darauf angewiesen, dass Andere seine Freiheit und die für sein Handeln notwendigen Güter nicht beeinträchtigen oder zerstören. Gleichzeitig hat er ein Recht auf Hilfe, die Güter, die für seine Handlungsfähigkeit notwendig sind, zu erreichen oder wiederherzustellen. Dieser Anspruch auf Hilfe macht die Existenz bestimmter gesellschaftlicher Institutionen notwendig, die Einzelne vor Überforderung schützen und die konstitutiven Rechte effektiv und auf Dauer garantieren können. In Bezug auf Gesundheit lässt sich mit Monika Bobbert schlussfolgern: "Da physische und psychische Gesundheit eine grundlegende Voraussetzung für die Fähigkeit darstellt, überhaupt zu handeln und selbst gesetzte Ziele zu verfolgen, hat jeder Mensch das Recht auf solche Gesundheitsleistungen, welche die allgemein notwendigen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit erhalten, schützen oder wieder herstellen."²⁴ Alle Menschen haben also ein Recht auf alle notwendigen medizinischen Leistungen, die individuell je nach Art der Krankheit oder Behinderung variieren, mit der inhaltlichen Richtschnur der (Wieder-)herstellung der Handlungsfähigkeit. Nach Gewirth sollen – gerade in einer reichen Gesellschaft – die Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit bei allen Gesellschaftsmitgliedern ein möglichst hohes Niveau erreichen. Dies impliziert eine möglichst umfassende Gesundheitsversorgung (im Gegensatz zu einer reinen sogenannten "Basisabsicherung") und eine besondere Förderung schwacher Mitglieder. Da besonders diese ihre Handlungsfähigkeit nicht durch eigene Anstrengungen erreichen können, ist ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem zu fordern.

Mit Gewirth lassen sich also Kriterien für die Ausgestaltung eines Gesundheitssystems sinnvoll begründen. Sein Ansatz basiert dabei, in einer Kantischen Tradition stehend, auf einer "Letztbegründung", die von einigen Ethikern heute eher skeptisch beurteilt wird. Die beiden

²² Christoph Hübenthal, Die ethische Theorie von Alan Gewirth und ihre Bedeutung für die Bioethik, in: Marcus Düwell/Klaus Steigleder (Hg.): Bioethik – Eine Einführung, Frankfurt a. M. 2003, 120–135, 122.

²³ Gewirth, Rationale Grundlagen, 14.

²⁴ Monika Bobbert, Einheitliche Gesundheitsversorgung oder Basisabsicherung mit privater Zusatzversicherung? Grundzüge einer Ethik des Gesundheitswesens, in: Karl Gabriel (Hg.), Gesundheit - Ethik –Politik (Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften 47), Münster 2006, 215-239, 222.

folgenden Konzepte gehen bei ihrer Argumentation anders vor.

4.2 "Die Befähigung zum guten Leben": Der Ansatz von Martha Nussbaum

Der Fähigkeitenansatz oder „*capabilities approach*“ entstand in den 1980er Jahren im Kontext entwicklungspolitischer Diskussionen. Seine Hauptvertreter sind Amartya Sen und Martha Nussbaum, auf die ich mich im Folgenden beziehe. Martha Nussbaums Gerechtigkeitskonzeption greift in ihrer essenzialistischen Begründung zentraler Grundfähigkeiten auf die aristotelische Philosophie zurück mit dem Ziel, die politischen und moralischen Grundlagen eines gelingenden, „guten“ Lebens für alle zu skizzieren.

Die menschliche Natur sei die Grundlage der Ethik. Nussbaum verneint einen metaphysischen Realismus im Sinne eines objektiven Blicks auf die menschliche Natur, vertritt aber die These, dass das menschliche Leben bestimmte zentrale und universale Eigenschaften besitze, die sich kulturübergreifend deckten. Von diesem Ausgangspunkt postuliert sie eine „starke, vage Konzeption des Guten“²⁵, die „stark“, weil inhaltlich konkret, aber trotzdem für Erweiterungen und Veränderungen offen und damit „vage“ ist. Im Folgenden unterscheidet sie zwei Ebenen ihrer Konzeption: die konstitutiven Bedingungen des Menschseins und die davon abgeleiteten menschlichen Grundfähigkeiten. So folgt aus der Bedingung der Sterblichkeit „die Fähigkeit, ein volles Menschenleben bis zu Ende zu führen; nicht vorzeitig zu sterben oder zu sterben, bevor das Leben so reduziert ist, dass es nicht mehr lebenswert ist.“²⁶ Die Befähigung jedes Einzelnen zum eigenverantwortlichen Leben wird zur Zielperspektive politischen Handelns. Die Aufgabe des Staates besteht im Rahmen dieser Konzeption darin, den einzelnen Bürger soweit zu unterstützen, dass er befähigt wird, entsprechend seiner praktischen Vernunft zu handeln und seine eigenen Vorstellungen von gutem Leben verwirklichen zu können. Institutionen und die Verteilung von Ressourcen sollen im Hinblick auf die Förderung der Bürger als Freie und Gleichgestellte ausgestaltet werden.

Wendet man den *capabilities approach* auf den Bereich der Gesundheit an, resultiert aus der konstitutiven Bedingung der Körperlichkeit die Grundfähigkeit, sich einer guten Gesundheit zu erfreuen. In Bezug auf die Gesundheitsversorgung sind des Weiteren die Grundfähigkeiten, nicht frühzeitig zu sterben und Schmerz zu vermeiden, die aus den Bedingungen der Sterblichkeit und des Schmerzempfindens resultieren, von Bedeutung. Sich guter Gesundheit zu erfreuen ist also

²⁵ Martha Nussbaum, *Gerechtigkeit oder Das gute Leben*, Frankfurt a. M. 1999,45.

²⁶ Nussbaum, *Gerechtigkeit*, 57; vgl. hier auch die weiteren konstitutiven Bedingungen und Grundfähigkeiten, die ich hier nicht aufführe.

konstitutiver Teil eines guten Lebens und der Freiheit der Einzelnen, und zwar für alle Menschen. Daher, so die Sozialethikerin Katja Winkler, muss die Grundfähigkeit Gesundheit auch rechtlich abgesichert werden: „Wenn Gesundheit ...als Grundfähigkeit angesehen wird und für die individuelle Freiheit relevant ist, kann ein unbedingter Rechtsanspruch jedes Einzelnen aus dieser Argumentation abgeleitet werden.“²⁷

Für die Organisation der Gesundheitsversorgung liegt damit eine öffentliche Versorgungsform nahe. Eine privatwirtschaftliche Organisation hat dagegen zur Folge, dass die Gesundheitsleistungen nicht für alle gleichermaßen zugänglich sind und damit die Befähigung besonders der Schwächeren zum guten Leben gefährdet ist. Wenn ein Gesundheitssystem zum guten Leben der Einzelnen beitragen soll, muss die Versorgung über das nur zur Lebenserhaltung Notwendige hinausgehen. Dabei muss die Versorgung sich an den tatsächlichen Fähigkeiten der einzelnen Person orientieren und nicht an vorgegebenen Standards.

Die Universalisierbarkeit einer Theorie des Guten kann sicherlich hinterfragt werden. Nussbaum fordert aber gerade, dass die konstitutiven Bedingungen des Menschseins und die Grundfähigkeiten im demokratischen Diskurs jeweils neu bestimmt werden. Darin liegt m. E. eine spezifische Stärke des Ansatzes, der zur Frage der Ausgestaltung des Gesundheitssystems Substantielles zu sagen vermag. Zu ähnlich substantiellen Aussagen, aber von einem anderen ethischen Fundament her, kommt auch der *anererkennungstheoretische* Ansatz.

4.3 Intersubjektivität und Anerkennung: Der Ansatz von Axel Honneth

Der Sozialphilosoph Axel Honneth knüpft mit seinem Konzept an der politischen Philosophie Hegels an.²⁸ Ausgangspunkt ist der Mensch als immer schon in intersubjektive Beziehungen eingebundenes Individuum. Intersubjektive *Anerkennung* ist Voraussetzung für die Entwicklung einer positiven Selbstbeziehung. Diese These kann heute durch Ergebnisse der Säuglingsforschung und der Neurowissenschaften empirisch gestützt werden.²⁹

Honneth unterscheidet drei grundlegende Formen von Anerkennung: Unter „Liebe“ versteht er nicht nur sexuelle Intimbeziehungen, sondern alle Primärbeziehungen, die aus starken Gefühlsbindungen zwischen wenigen Personen bestehen, also auch z. B. Freundschaften und Eltern-Kind-Beziehungen. Sie besitze den Charakter affektiver Zustimmung und Ermutigung und

²⁷ Katja Winkler, Körperlichkeit – Gesundheit – gutes Leben. Zur Begründung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung aus der Perspektive des *Capabilities approach*, in: Karl Gabriel (Hg.), Gesundheit - Ethik – Politik, (Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften 47), Münster 2006, 129-149, 141 f.

²⁸ Vgl. zum Folgenden Axel Honneth, Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte, Frankfurt a. M. 1992.

²⁹ Vgl. z. B. Martin Dornes, Die emotionalen Ursprünge des Denkens, in: WestEnd 2 (2005) Heft 1, 3-48.

ist an die leibhaftige Präsenz konkreter Anderer gebunden. Liebe schaffe Selbstvertrauen, das für die Teilhabe am öffentlichen Leben unverzichtbar sei.

Normative Verpflichtungen gegenüber „generalisierten Anderen“ (Mead) lassen sich hingegen erst in der Anerkennungsform des „Rechts“ erfassen. Durch die soziale Zuerkennung von Rechten habe das Individuum die Möglichkeit, sein Handeln als von allen geachtete Äußerung der eigenen Autonomie begreifen zu können.

Über die Erfahrung von affektiver Zuwendung und rechtlicher Anerkennung hinaus bedürften die Subjekte, so Honneth im Anschluss an Hegel und Mead, einer sozialen Wertschätzung, die es ihnen erlaube, sich auf ihre konkreten Eigenschaften und Fähigkeiten positiv zu beziehen. Dadurch werde den Einzelnen eine „Selbstschätzung“ möglich. Bezeichnet Honneth diese dritte Form der Anerkennung zunächst als „Solidarität“, hat er sie in neueren Publikationen als Anerkennungsebene der „Leistung“ charakterisiert.³⁰

Den drei Anerkennungsformen entsprechen laut Honneth drei Formen der Missachtung: *Physische* Missachtung als Bemächtigung des Leibes einer Person gegen ihren Willen mit den äußersten Formen Folter und Vergewaltigung, *rechtliche* Missachtung als Ausschluss eines Subjekts von (bestimmten) Rechten und *soziale* Missachtung in der Herabwürdigung individueller oder kollektiver Lebensweisen bzw. Verweigerung gesellschaftlicher Partizipationsmöglichkeiten. Die Vorenthaltung von Anerkennungserwartungen könne, so Honneth, ein Subjekt unter bestimmten Bedingungen dazu motivieren, in einen „Kampf um Anerkennung“ einzutreten. In diesen Kämpfen erstrebten die Menschen eine Gesellschaft verwirklichter reziproker Anerkennung. Damit lässt sich als Kriterium für die ethische Legitimität gesellschaftlicher Institutionen benennen, ob und in welchem Maße sie so beschaffen sind, dass Anerkennungserwartungen der Menschen zuverlässig realisiert werden können. Dieses Kriterium bezieht sich sinnvoller Weise nicht auf die affektive Anerkennung, sicher aber auf die rechtliche Anerkennung und insbesondere auf die dritte Ebene der solidarischen Anerkennung: „Auf dieser Anerkennungsebene entscheidet sich, ob eine Gesellschaft ihre kranken Mitglieder ausschließlich als prinzipiell voll kooperierende Staatsbürger ...anerkennt, oder ob sie ihnen auch unabhängig davon einen sozialen Wert beimisst...“³¹

Wenn die Gesellschaft den Einzelnen eine gute Gesundheit ermöglicht, verwirklicht sie deren

³⁰ Vgl. z. B. Axel Honneth, Umverteilung als Anerkennung? Eine Erwiderung auf Nancy Fraser, in: Nancy Fraser/Axel Honneth, Umverteilung oder Anerkennung? Eine politisch-philosophische Kontroverse, Frankfurt a. M. 2003, 129-224.

³¹ Christian Spieß, Krankheit-Abhängigkeit-Anerkennung. Gesundheitspolitik aus der Perspektive einer normativen Theorie der Intersubjektivität, in: Karl Gabriel (Hg.), Gesundheit - Ethik - Politik (Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften 47), Münster 2006, 151-176, 165.

Anerkennungserwartungen. Diese Anerkennung steht prinzipiell allen zu. Sie sollte soziale Missachtungen grundsätzlich vermeiden und darf daher nicht nur in einer Basisabsicherung bestehen. Gerade chronisch Kranke, schwer Kranke und Behinderte sind in ihrer Anerkennung besonders bedroht. Ihre Erwartungen sollten weitgehend realisiert werden; dies legt eine solidarische Finanzierung der Gesundheitsversorgung nach Leistungsfähigkeit nahe.

5. GUTE GRÜNDE GEGEN DIE ÖKONOMISIERUNG VON GESUNDHEIT – UND DIE KIRCHEN?

Alle drei ethischen Konzepte, stehen sie nun in kantischer, aristotelischer oder hegelianischer Tradition, begründen die Notwendigkeit einer umfassenden Gesundheitsversorgung; sie begründen, dass Gesundheitsleistungen allen zugute kommen müssen, besonders den Schwächsten der Gesellschaft, und sie begründen die Notwendigkeit einer solidarischen Finanzierung der Leistungen. Damit sind gute ethische Gründe genannt gegen die Ökonomisierungs- und Privatisierungstendenzen von Gesundheit; gegen die Privatisierung der Versorgungsstrukturen, die die Qualität der Leistungen verringert; gegen Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen, die auf Kosten der besonders Bedürftigen gehen; gegen die Privatisierung der Risiken statt einer solidarischen Finanzierung und gegen die undifferenzierte Rede von der "Eigenverantwortung", die dazu nicht erst befähigen will. Zuvor wurde schon begründet, warum Markt und Wettbewerb auch aus ökonomischen Gründen für die Gesundheitsversorgung nicht geeignet sind. Die sozialen Kosten der Ökonomisierung der Gesundheit überraschen daher nicht. Trotz dieser guten Gründe ist die Ökonomisierung und Kommodifizierung der Gesundheit politisch auf dem Vormarsch. Interessierte Lobbygruppen drängen die Entwicklung noch stärker in diese von der Politik längst begonnene Richtung. Ein prominentes Beispiel hierfür ist die (u.a. vom Arbeitgeberverband Gesamtmetall) finanzierte Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft: Diese fordert in Bezug auf das Gesundheitssystem den „Mut zu mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb“.³² Der Leistungskatalog soll auf eine Grundversorgung reduziert werden, die nur das „medizinisch Notwendige“ umfasst. Für darüber hinaus gehende Leistungen kann der Bürger, so die INSM, eine private Zusatzversicherung abschließen. „Der einzelne Bürger kann dann eigenverantwortlich entscheiden, ob er eine ‚Vollkaskoversicherung‘ wählt oder ob er selbst Risiken trägt und

³² *Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft*, Dossier Mut zu mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb. Online unter www.insm.de/Soziales/Dossier_Gesundheit__Mut_zu_mehr_Eigenverantwortung_und_Wettbewerb.html/abgerufen am 7.2.2008.

entsprechend geringere Beiträge entrichtet.“³³ Oberstes Ziel ist die Senkung der Beiträge. Die zu erwartenden Folgen erwähnt die INSM nicht.

Wie verhält sich in dieser Debatte eigentlich ein anderer öffentlich wirksamer Akteur, wie reagieren die christlichen Kirchen?

Die beiden großen christlichen Kirchen in Deutschland haben sich vor einigen Jahren in die Diskussion um die Reform des Gesundheitswesens mit offiziellen Stellungnahmen eingeschaltet. Der Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland veröffentlichte am 14. Oktober 2002 die Erklärung „Solidarität und Wettbewerb. Für mehr Verantwortung, Selbstbestimmung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.“³⁴ Der Titel lässt bereits erahnen, wie im Text argumentiert wird. Tatsächlich dominiert das Motiv der Eigenverantwortung: es wird „der mündige und eigenverantwortlich handelnde Versicherte in das Zentrum der Überlegungen gestellt und zum Dreh- und Angelpunkt der Reformvorschläge gemacht.“ (Nr. 3). Daneben wird „Selbsthilfe bei Erkrankungen im Bagatellbereich“ (Nr. 7) angemahnt. Allerdings wird eine Regulierung des Wettbewerbs gefordert, nachdem vorher Qualitäts- und Versorgungsmängel auf (vermeintlich) externe Faktoren und nicht auf das Verhalten der Einzelnen zurückgeführt wurden.

Am 4. Juni 2003 haben die Kommission für gesellschaftliche und soziale Fragen und die Kommission für caritative Fragen der Deutschen Bischofskonferenz eine Erklärung unter dem Titel „Solidarität braucht Eigenverantwortung. Orientierungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem“³⁵ herausgebracht. Nach einer Beschreibung der Krisensymptome des Gesundheitssystems werden als Kriterien für eine Gesundheitsreform u.a. der solidarische Ausgleich von Krankheitsrisiken, Subsidiarität und die Befähigung zum verantwortlichen Gesundheitshandeln genannt, bevor Folgerungen erörtert werden. Die Betonung der „Eigenverantwortung“ durchzieht das Papier als roter Faden, wird aber nicht kontextuell rückgebunden an die sozial sehr unterschiedlich ausgeprägten Möglichkeiten und Fähigkeiten zur Wahrnehmung der Eigenverantwortung. Daher merken Karl Gabriel und Peter Dabrock kritisch an: „Ein Einfordern von Eigenverantwortung ohne ein entsprechendes Fördern, das von unterschiedlichen Fähigkeiten zur Eigenverantwortung z.B. in Mittel- und Unterschichten ausgeht, läuft Gefahr, als faktisches Instrument zur Entsolidarisierung gegenüber den Schwächsten in der

³³ Ebd., 1.

³⁴ *Rat der EKD, Solidarität und Wettbewerb. Für mehr Verantwortung, Selbstbestimmung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen*, EKD-Texte 74, Hannover Oktober 2002. Online unter www.ekd.de/EKD-Texte/ekd_text_74_1.html/abgerufen am 8.2.2008.

³⁵ *Die deutschen Bischöfe: Kommission für gesellschaftliche und soziale Fragen/Kommission für caritative Fragen, Solidarität braucht Eigenverantwortung. Orientierungen für ein zukünftiges Gesundheitssystem*, Schriften der Kommissionen 27, Bonn Mai 2003. Online unter www.dbk.de/imperia/md/content/schriften/dbk1b/kommissionen/ko_27.pdf/abgerufen am 8.2.2008.

Gesellschaft mißbraucht zu werden“.³⁶

In beiden Papieren spielt die „Option für die Armen“ im Unterschied zum gemeinsamen Wirtschafts- und Sozialwort von 1997 nur eine untergeordnete Rolle. Die beiden Kirchen passen sich in ihren Stellungnahmen dem Ökonomisierungsdruck auf das Gesundheitswesen und der entsprechenden Rhetorik weitgehend an. Hier müssten sich kirchliche Akteure m. E. kritischer mit den Folgen der Ökonomisierung von Gesundheit und mit den guten ökonomischen und ethischen Gründen, die dagegen sprechen, befassen. Anders ausgedrückt: man kann nur hoffen, dass die Kirchen „ihrer Unterstützungsfunktion [für die Schwächeren in der Gesellschaft, S.L.], die sie bisher in einzelnen wie gemeinsamen sozialetischen Stellungnahmen so glaubwürdig gemacht hat, demnächst wieder stärker nachkommen.“³⁷

LITERATURVERZEICHNIS

Bernhard Badura/Peter Gross, Sozialpolitische Perspektiven. Eine Einführung in Grundlagen und Probleme sozialer Dienstleistungen, München: Piper 1976

Ulrich Bauer, Die sozialen Kosten der Ökonomisierung von Gesundheit, in: APuZ 8-9/2006, 17-24

Monika Bobbert, Einheitliche Gesundheitsversorgung oder Basisabsicherung mit privater Zusatzversicherung? Grundzüge einer Ethik des Gesundheitswesens, in: *Karl Gabriel* (Hg.), Gesundheit - Ethik –Politik (Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften 47), Münster: Aschendorff 2006, 215-239

Ulrich Bröckling, Susanne Krasmann, Thomas Lemke (Hg.), Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen, Frankfurt a M.: Suhrkamp 2000

Hans-Ulrich Deppe, Wettbewerb im Gesundheitswesen: Ökonomische Grenzen und ethische Fragen, in: *systema* 11 (1997) 1, 31-41

Die deutschen Bischöfe: Kommission für gesellschaftliche und soziale Fragen/Kommission für caritative Fragen, Solidarität braucht Eigenverantwortung. Orientierungen für ein zukünftiges

³⁶ *Karl Gabriel/Peter Dabrock*, Fördern, dann Fordern: Über einige konzeptionelle Defizite in den aktuellen Stellungnahmen der Kirchen zur Reform des Gesundheitswesens, Online-Publikation vom 17.6.2003. Online unter <http://egora.uni-muenster.de/fb2/ics/Foerdernfordern.pdf> abgerufen am 7.2.2008.

³⁷ *Gabriel/Dabrock*, Fördern, dann fordern, 3f.

Gesundheitssystem, Schriften der Kommissionen 27, Bonn Mai 2003. Online unter www.dbk.de/imperia/md/content/schriften/dbk1b/kommissionen/ko_27.pdf/abgerufen am 8.2.2008

Martin Dornes, Die emotionalen Ursprünge des Denkens, in: WestEnd 2 (2005) Heft 1, 3-48

Rainer Funk, „Der Mensch ist kein Ding“. Kritische Anmerkungen zur Ökonomisierung des Sozialen, in: Fromm Forum (deutsche Ausgabe) 3 (1999) 6-11

Karl Gabriel/Peter Dabrock, Fördern, dann Fordern: Über einige konzeptionelle Defizite in den aktuellen Stellungnahmen der Kirchen zur Reform des Gesundheitswesens, Online-Publikation vom 17.6.2003. Online unter <http://egora.uni-muenster.de/fb2/ics/Foerdernfordern.pdf>/abgerufen am 7.2.2008

Alan Gewirth, Die rationalen Grundlagen der Ethik, in: *Klaus Steigleder/Dietmar Mieth* (Hg.), Ethik in den Wissenschaften. Ariadnefaden im technischen Labyrinth?, Tübingen: Francke 1990, 3-36

Axel Honneth, Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte, Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1992

Axel Honneth, Umverteilung als Anerkennung. Eine Erwiderung auf Nancy Fraser, in: *Nancy Fraser/Axel Honneth*, Umverteilung oder Anerkennung. Eine politisch-philosophische Kontroverse, Frankfurt a. M.: Suhrkamp 2003, 129-224

Christoph Hübenthal, Die ethische Theorie von Alan Gewirth und ihre Bedeutung für die Bioethik, in: *Marcus Düwell/Klaus Steigleder* (Hg.): Bioethik – Eine Einführung, Frankfurt a. M.: Suhrkamp 2003, 120–135

Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft, Dossier Mut zu mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb. Online unter www.insm.de/Soziales/Dossier_Gesundheit__Mut_zu_mehr__Eigenverantwortung_und_Wettbewerb.html/abgerufen am 7.2.2008

Tobias Jakobi, Sozialer Wandel und die Ökonomisierung des Krankenhaussektors, Publikation des

Nell-Breuning-Instituts 2005 im Rahmen des Forschungsprojekts "Kirchliche Krankenhäuser im Umbruch", St. Georgen 2005, 2. Online unter www.sankt-georgen.de/nbi/pdf/beitrage/jakobi_sozwandkh.pdf/abgerufen am 16.12.2008

Hagen Kühn, Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung, in: *Gine Elsner/Klaus Stegmüller* (Hg.), Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus, Hamburg: VSA 2004, 25-41

Wolfram Lamping/Henning Schridde/Stefan Plaß/Bernhard Blanke, Der Aktivierende Staat. Positionen, Begriffe, Strategien. Studie für den Arbeitskreis Bürgergesellschaft und Aktivierender Staat der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn: FES 2002, 30

Andreas Mielck, Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Bern: Hans Huber 2000

"Moderner Staat - moderne Verwaltung", Kabinettsbeschluss vom 1.12.1999. Online unter www.bmi.bund.de/nm_121894/Internet/Content/Broschueren/1999/Moderner__Staat____Moderne__Id__20284__de.html/abgerufen am 30.1.2008.

Frank Nullmeier, Demokratischer Wohlfahrtsstaat und das neue Marktwissen. Beitrag zum Kongress „Gut zu Wissen“ der Heinrich-Böll-Stiftung 5/2001

Ders., Wohlfahrtsmärkte und Bürgerengagement in der Marktgesellschaft, in: *Jutta Allmendinger* (Hg.), Entstaatlichung und Soziale Sicherheit. Verhandlungen des 31. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Leipzig 2002, Opladen: Leske und Budrich 2003, 961-974

Martha Nussbaum, Gerechtigkeit oder Das gute Leben, herausgegeben von Herlinde Pauer-Studer, Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1999

Mark V. Pauly, The truth about Moral Hazard and Adverse Selection, Eighteenth Annual Herbert Lourie Memorial Lecture on Health Policy. No 36, März 2007. Center for Policy Research Policy Briefs from Center for Policy Research, Maxwell School, Syracuse University/USA, 8. Online unter: <http://www.cpr.maxwell.syr.edu/pbriefs/pb36.pdf>/abgerufen am 8.2.2008

Rat der EKD, Solidarität und Wettbewerb. Für mehr Verantwortung, Selbstbestimmung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, EKD-Texte 74, Hannover Oktober 2002. Online unter www.ekd.de/EKD-Texte/ekd_text_74_1.html/abgerufen am 8.2.2008

Michael Simon, Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, P01-205, Berlin Wissenschaftszentrum: Berlin 2001

Christian Spieß, Krankheit – Abhängigkeit - Anerkennung. Gesundheitspolitik aus der Perspektive einer normativen Theorie der Intersubjektivität, in: Karl Gabriel (Hg.), Gesundheit - Ethik – Politik (Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften 47), Münster: Aschendorff 2006, 151-176

Udo Wilken (Hg.), Soziale Arbeit zwischen Ethik und Ökonomie, Freiburg i.Br.: Lambertus 2000

*Katja Winkler, Körperlichkeit – Gesundheit – gutes Leben. Zur Begründung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung aus der Perspektive des *Capabilities approach*, in: Karl Gabriel (Hg.), Gesundheit - Ethik –Politik (Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften 47), Münster: Aschendorff 2006, 129-149*

Norbert Wohlfahrt, Bürgerschaftliches Engagement, Freie Wohlfahrtspflege und aktivierender Sozialstaat - inszenierter Sozialstaatumbau oder Stärkung des sozialen Kapitals? Online unter www.efh-bochum.de/homepages/wohlfahrt/pdf/engagement.pdf/abgerufen am 9.1.2008