

Gesundheit. Politik – Gesellschaft – Wirtschaft

Wolf Rainer Wendt *Hrsg.*

Soziale Bewirtschaftung von Gesundheit

Gesundheitswirtschaft im Rahmen
sozialer Versorgungsgestaltung



Springer VS

Gesundheit

Politik – Gesellschaft – Wirtschaft

Herausgegeben von

E.-W. Luthe, Wolfenbüttel/Oldenburg, Deutschland

J. N. Weatherly, Berlin, Deutschland

Der Gesundheitssektor ist in politischer, ökonomischer und gesellschaftlicher Hinsicht eine einzige Herausforderung. In entwickelten Gesellschaften wird er zunehmend zum eigentlichen Motor für wirtschaftliches Wachstum, enthält er als Kostentreiber gleichzeitig viel politischen Sprengstoff und ist er für die Zukunft einer alternden Gesellschaft schlechthin konstitutiv. Vor allem aber ist der Gesundheitssektor viel mehr als bloße Krankenbehandlung: als *Prävention*, *Rehabilitation* und *Pflege* verweist er auf den gesamten ihn umgebenden sozialen Kontext, als *Organisation* auf ein in steter Veränderung begriffenes System der Koordination und Vernetzung von Behandlungsleistungen und als *medizinisches Experimentierfeld* auf die Grenzen dessen, was von Politik und Gesellschaft noch verantwortet werden kann. Der Gesundheitssektor ist nach allem ein Thema, das nicht nur Medizinern vorbehalten sein kann und zweifellos auch Politiker, Juristen, Betriebs- und Volkswirte, Sozialwissenschaftler sowie zahlreiche weitere Disziplinen betrifft. Mit wachsender Einsicht in die Komplexität des Gegenstandes aber ist mittlerweile deutlich geworden, dass auch dies nicht reicht. Wer den Gesundheitssektor verstehen und hier wirksam handeln will, für den ist der isolierte Blickwinkel einer einzigen Fachdisziplin grundsätzlich unzureichend. Mehr denn je ist der kombinierte Sachverstand gefragt. Dies ist für die neue Buchreihe tonangebend. Leitbild ist der *interdisziplinäre Diskurs* auf der Suche nach Lösungen für einen in der Gesamtheit seiner Strukturen und Prozesse nur noch schwer zu durchdringenden Gesellschaftsbereich. In dieser Hinsicht wäre bereits viel gewonnen, wenn es gelänge, einen Blick über den eigenen Tellerrand zu werfen und divergierende Perspektiven zusammenzuführen.

Ein Dankesgruß in die Zukunft sei bereits jetzt an alle Leser und Autoren gerichtet, die mit konstruktiver Kritik, Anregungen, Verbesserungsvorschlägen und natürlich eigenen Publikationen einen persönlichen Beitrag zum Gelingen der Buchreihe und damit letztlich zur Fortentwicklung des Gesundheitssektors leisten wollen.

Herausgegeben von

Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Luthé
Institut für angewandte Rechts- und Sozialforschung (IRS)
Ostfalia Hochschule und Universität Oldenburg
Wolfenbüttel/Oldenburg, Deutschland

Dr. John N. Weatherly
NEWSTAND Management Akademie
Berlin, Deutschland

Wolf Rainer Wendt
(Hrsg.)

Soziale Bewirtschaftung von Gesundheit

Gesundheitswirtschaft im Rahmen
sozialer Versorgungsgestaltung

 Springer VS

Herausgeber

Wolf Rainer Wendt
Duale Hochschule BW Stuttgart
Stuttgart, Deutschland

Gesundheit. Politik – Gesellschaft – Wirtschaft
ISBN 978-3-658-15032-7 ISBN 978-3-658-15033-4 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-658-15033-4

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer VS

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2017

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Lektorat: Katrin Emmerich

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer VS ist Teil von Springer Nature
Die eingetragene Gesellschaft ist Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH
Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Inhalt

Wolf Rainer Wendt

1	Zur Einführung	1
1.1	Über Gesundheit verfügen	2
1.2	Wirtschaft und Gesundheit – in welcher Beziehung?	3
1.3	Das Gesundheitswesen im sozialwirtschaftlichen Diskurs	5
1.4	Neue soziale Ausrichtung von Versorgung	7
1.5	Die Haushaltungsaufgabe	9
1.6	Terminologische Klärungen	10
1.7	Ein Verständnis von Integration	15
1.8	Die Beiträge: gesundheitswirtschaftliche Perspektiven	16
	Literatur	19

Ernst-Wilhelm Luthe

2	Gesundheitliche Daseinsvorsorge heute – theoretische Perspektiven	21
2.1	Einführung	21
2.2	Ernst Forsthoff als Ausgangspunkt	26
2.3	Daseinsvorsorge und Gesundheitsversorgung heute	28
2.4	People Processing als Grundstruktur	30
2.5	Dezentralisierung	32
2.6	Integration	40
2.7	Kooperation – Hierarchie – Wettbewerb	45
2.8	Patientenorientierung	55
2.9	Zum Wandel der Versorgungsstrukturen	56
2.10	Schluss	63
	Literatur	64

Wolf Rainer Wendt

3	Gesundheitsbezogenes soziales Wirtschaften	69
3.1	Von der Politischen Ökonomie des Gesundheitswesens zu seiner Sozialökonomik	70
3.2	Richtungen der Gesundheitsökonomik	74
3.3	Zur Ökonomie der Gesundheit	81
3.4	Gesundheitsversorgung und das Konstrukt der Gesundheitswirtschaft	86
3.5	Sozial sich um Gesundheit kümmern	97
3.6	Verortung in Wohlfahrt	107
3.7	Ein argumentatives Fazit	112
	Literatur	113

Klaus-Dieter Liedke

4	Vernetzte Versorgung	121
4.1	Psychiatrie und psychosoziale Beeinträchtigung	123
4.2	Integrierte Versorgung der Krankenversicherung	136
4.3	Verbund sozialpsychiatrischer Angebote Rhein-Main	154
4.4	Zur Ökonomie der psychosozialen Versorgung	170
	Literatur	186

Axel Olaf Kern

5	Ein gesundheitsökonomischer Diskurs zu Aufwand und Nutzen der Versorgung	187
5.1	Ökonomische Weisheiten	188
5.2	Die Allokationsfrage	191
5.3	Sektorenübergreifende Nutzen-Kosten-Vergleiche	196
5.4	Marktsteuerung im Sozial- und Gesundheitswesen	197
5.5	Fazit	200

Peter Hensen und Gregor Hensen

6	Sozial- und gesundheitswirtschaftliches Lernen an der Hochschule ...	201
6.1	Einleitung	201
6.2	Sozial- und Gesundheitswirtschaft in der Hochschullandschaft	209
6.3	Perspektiven der Programm- und Kompetenzentwicklung	219
6.4	Schlussbetrachtungen	229
	Literatur	234

Die Autoren	239
-------------------	-----

Zur Einführung

Gesundheitsversorgung als sozialwirtschaftliches Thema

1

Wolf Rainer Wendt

Gesundheit ist für die Dauer des Lebens keine Angelegenheit von Ärzten und der Ort der Pflege von Gesundheit ist nicht das Krankenhaus. Jeder einzelne Mensch lässt sie sich angelegen sein und haushaltet mit seiner Gesundheit; soziale Bedingungen fördern oder beeinträchtigen sie, und unsere ganze Lebensweise in ihren Verhältnissen bestimmt über das gesundheitliche Ergehen. Bevor ein Arzt konsultiert oder ein Krankenhaus aufgesucht werden muss, auch während medizinischer Behandlung und danach, ist im Alltag unter Gebrauch von Mitteln und Wahrnehmung jeweiliger Gegebenheiten die Gesundheit zu besorgen. Die Nutzung des Angebots an professioneller Hilfe und der Dienste und Einrichtungen des Gesundheitswesens gehört dazu.

Volkswirtschaftlich hat die Beschäftigung mit Gesundheit und Krankheit ein großes Gewicht. Es geht im Versorgungsgeschehen um Milliardenumsätze, um florierende Geschäfte auf einem stets wachsenden Markt, um einen großen Einsatz an Arbeitskräften und um viel Dynamik in der Entwicklung der Gesundheitsunternehmen. Wie sie betrieben werden und ihren Erfolg unter Konkurrenz im Markt erreichen, lässt sich in der Branche der *Gesundheitswirtschaft* verfolgen. Sie stellt sich als einer der wachstumsstärksten Wirtschaftsbereiche und als Jobmotor im Beschäftigungssystem dar. Besehen wir den gesellschaftlichen Funktionsbereich der gesundheitlichen Versorgung aber von der Seite ihrer humanen Nutzung, wird über den Erfolg unter anderen Gesichtspunkten geurteilt: in welchem Umfang und in welcher Qualität der Bedarf gedeckt wird, wie sich die gebotene Versorgung zu den Sorgen verhält, welche die Menschen gesundheitsbezogen haben und in welcher Weise die verschiedenen Beteiligten an der Versorgung mitwirken und sie gestalten. Es handelt sich um *soziale* Gesichtspunkte und sie betreffen die Bewirtschaftung des Sorgens für Gesundheit abgehoben von der Frage, welche Erwerbsmöglichkeiten sie bietet und welche Geschäfte sich mit ihr machen lassen.

Die *Ausgangsthese* dieses Buches ist somit, dass das Wirtschaften von Gesundheitsunternehmen nicht gleichbedeutend ist mit der Bewirtschaftung von Gesundheit. Der Betrieb von Gesundheitsunternehmen fügt sich in nicht von ihnen zu treffende Entscheidungen über die Zuweisung und den Einsatz von Mitteln zu Gesundheitszwecken. Gesundheitswirtschaft hat einen sozialen Bezugsrahmen. In diesem Rahmen war sie Thema einer Tagung der Fachgruppe Sozialwirtschaft der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit gemeinsam mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Sozialmanagement/Sozialwirtschaft im April 2016, bei welcher Gelegenheit das vorliegende Buch konzipiert wurde.

Es behandelt die soziale Bewirtschaftung des Versorgungsgeschehens im Gesundheitswesen unter mehreren Perspektiven – in Auseinandersetzung mit einem unternehmerischen Verständnis von Gesundheitswirtschaft, in Hinblick auf die Überschneidung von Sozialwesen und Gesundheitswesen, auf eine sektorübergreifende Kooperation in komplexer Leistungserbringung, in einer weiten Auslegung von Pflege, in Klärung disziplinärer Zugänge zum Unterhalt von Gesundheit, in Blick auf die gesundheitsbezogene öffentliche Daseinsvorsorge in Aushandlung mit den Akteuren in ihrem Handlungsfeld. Zu diskutieren ist in jeder dieser Hinsichten die der gesundheitlichen Sorge und organisierten Versorgung eigene Ökonomie.

1.1 Über Gesundheit verfügen

Gesundheit ist ein hohes Gut, heißt es in unverfänglicher Allgemeinheit. Gesundheit betrifft unsere ganze menschliche Verfassung. Einen Bedarf an Gütern oder Diensten, die zu unserer Gesundheit beitragen oder ihrer Beeinträchtigung entgegenwirken, haben wir immer. Und jeder Mensch ist darum besorgt, nicht ernsthaft krank zu werden. Er kann selber etwas für seine Gesundheit tun, möchte aber sicher sein, dass ihm bei Krankheit geholfen wird. In diesem Falle rechnet er mit guter medizinischer Behandlung und Pflege. Dafür gibt es ein System aus Leistungsträgern und Leistungserbringern und eine Menge Regelungen, wie sie tätig werden und beansprucht werden können.

Primär verfügt eine mündige Person selber mit ihrem ganzen Verhalten über ihre Gesundheit. Das geschieht oft nicht bewusst und wenig achtsam, aber die eigene Verantwortung ist in dem Moment gefragt, in dem jemand wegen seines Befindens mit einem Gesundheitsdienst in Kontakt tritt bzw. in dem ein solcher Dienst mit dem Zustand einer Person zu tun bekommt. In Interaktion sind Verfügungen zu treffen. Darauf sind die Dienste vorbereitet.

Wir verlassen uns darauf, dass Einrichtungen und fähiges Personal, ihr Wissen und Können bereitstehen und bei Bedarf erreichbar sind. Vielfältige Institutionen werden zur Versorgung vorgehalten und die von ihnen und in ihnen Beschäftigten bringen ihre Zuwendung, ihre Zeit und Kraft für kranke oder pflegebedürftige Menschen auf. Der Staat und vom Gesetzgeber legitimierte Organisationen befassen sich mit der Versorgungsgestaltung. Hinzu tritt eine Industrie, die Medikamente liefert und die technische Ausstattung für eine Behandlung, für Pflege oder Rehabilitation. Dem Angebot an gesundheitsbezogenen Gütern steht der Bedarf gegenüber, den Menschen haben und dem nach allgemeiner Auffassung oder nach einer bestimmten Normierung recht und billig abgeholfen werden soll.

Was an Einrichtungen und Diensten, an Behandlungen und anderen Hilfen einerseits angeboten und andererseits beansprucht wird, hängt von vielen Faktoren ab. Der medizinische Fortschritt, der Ausbau der gesundheitsbezogenen Infrastruktur, die Regulierung bzw. die Deregulierung des Gesundheitswesens, die demographische Entwicklung spielen eine Rolle. In einem freien Markt entscheidet der Preis über das Verhältnis von Angebot und Nachfrage. Bedarfsgerechtigkeit lässt sich mit dem Preismechanismus nicht herstellen. Sowohl der Versorgungsbedarf als auch die Anforderungen der Gerechtigkeit sind *sozialer* Natur. Die These, dass die Steuerung des gesundheitsbezogenen Versorgungsgeschehens multifaktoriell sozial bedingt erfolgt, führt zu einer Auseinandersetzung mit der Art und Weise des Wirtschaftens im Gesundheitswesen – und zu der im weiteren zu vertretenden Annahme, dass es in einer *sozialen Bewirtschaftung* aufzuheben ist.

1.2 Wirtschaft und Gesundheit – in welcher Beziehung?

Stellen wir uns unter „Wirtschaft“ das geschäftliche Geschehen um uns herum vor, kommt Gesundheit in dieser Vorstellung kaum vor. Wir nehmen Gesundheit als einen individuellen Zustand unseres Körpers wahr. Dieser Zustand hat erst einmal – wenn wir nicht weiter darüber nachdenken, wovon er abhängt – mit der Wirtschaft als Sphäre der Erwerbstätigkeit nichts zu schaffen und die Wirtschaft nichts mit dem eigenen Befinden. Auch die Behandlung beeinträchtigter Gesundheitszustände in der Praxis eines Arztes ist als solche keine ökonomische Angelegenheit. Das ärztliche Handeln ist allein der Heilung des Patienten verpflichtet. In der Sorge um seinen Zustand will er nicht wissen, welche Kostenstellen und welche Erlöse in der Rechnung bei denjenigen erscheinen, die sich seines Zustandes annehmen.

In abstrakter Betrachtung berühren die Begriffe Gesundheit und Wirtschaft einander nicht. Ein Wirtschaftsakteur muss sich nicht fragen, ob das, was er tut,

„gesund“ ist oder nicht. Auch muss es nicht „sozial“ genannt werden. Sein Geschäft soll florieren, und dabei spielt die Art des Geschäfts zunächst keine Rolle. Zwar ist metaphorisch die Rede davon, dass eine Firma „gesund“ ist, dass ihr Geschäft an etwas „krankt“ oder dass ein Unternehmen „gesundet“, aber der übertragene Wortsinn lässt seinen eigentlichen Bezug auf das menschliche Leben und seine Zustände hinter sich.

Die Geschäftsbeziehungen eines Betreibers von medizinischen Einrichtungen oder eines Pflegedienstes sind als solche keine gesundheitsbezogenen Beziehungen. Diese können somit auf der geschäftlichen Ebene des Betriebs außer Betracht bleiben, während umgekehrt ein Gesundheitsakteur – ein Arzt oder eine Pflegekraft – in seiner Beziehung zu Patienten kein Geschäft im ökonomischen Sinne abwickelt. In der medizinischen Behandlung, in therapeutischer Beziehung sind Arzt und Patient keine Geschäftspartner. Diese Beziehung wird verlassen, wenn der Betrieb der Arztpraxis oder der Einsatz von Mitteln für gesundheitliche Maßnahmen zu bedenken ist. Er soll „wirtschaftlich“ sein – und damit ist sehr viel Geschäft verbunden. *Nota bene*: Dessen Dienlichkeit in der Erledigung der Versorgungsaufgabe soll damit durchaus nicht in Zweifel gezogen werden.

Es bietet sich jenseits privater und medizinischer Befassung mit dem gesundheitlichen Befinden ein weites, ökonomisch gewichtiges Betätigungsfeld in Belangen der Gesundheit. Sie sind eben – nicht nur für einen daran interessierten Unternehmer – mit vielen Geschäften verbunden. Sie obliegen gesellschaftlichen Institutionen und werden von einer Vielzahl von Dienstleistern und professionellem Personal ausgeführt. Die Beteiligten bringen dafür ihre Ressourcen mit, erschließen sie und disponieren über sie. Das heißt: sie wirtschaften damit. Bewirtschaftung bedeutet hier den überlegten Einsatz von Mitteln für die gesundheitliche Versorgung und die überlegte Handhabung des Vorgehens darin. Ökonomisch zu betrachten ist füglich der *Betrieb der Versorgung* mit all den Komponenten, die zu diesem Geschehen gehören.

Die diskursive Verbindung von Wirtschaft und Gesundheit mag im Geschäftsleben alle interessieren, die etwas im Betrieb der Versorgung unternehmen und mit dem Gut Gesundheit Geld verdienen wollen. Doch auch ohne dieses Interesse und von ihm abgehoben ist uns persönlich die Gesundheit teuer und in Sorge um sie werden Kosten und Mühe nicht gescheut. Die personenbezogene Versorgung in Belangen der Gesundheit erfolgt in institutionell geregelter und organisierter Form. Es gibt ein strukturiertes System, in dem in heilender, rehabilitativer, pflegender Absicht, auch konsultativ und forschend, gehandelt wird, und es gibt ein Gefüge von staatlichen Stellen, Interessenverbänden und öffentlich-rechtlichen Körperschaften, die mit dem Leistungsgeschehen und mit den Entwicklungen in der Versorgung befasst sind. Was gesundheitsbezogen unter Beteiligung vieler Akteure geschieht,

ist gesamtwirtschaftlich und einzelwirtschaftlich bedeutsam und hält dazu an, den Einsatz wirtschaftlich zu gestalten. Entscheidungen sind nötig, was zu tun ist, vom wem und für wen es getan wird, wie und in welchem Umfang es geschehen soll.

In unserer Gesellschaft ist zur persönlichen und gemeinschaftlichen Lebensführung und Daseinsvorsorge beständig ein Aufwand nötig, für den die Ressourcen, die nicht unbeschränkt vorhanden sind, erschlossen und zweckmäßig genutzt werden müssen. Zu ihrem Einsatz sind die Wirtschaftseinheiten – gleich ob in frei-gemeinnütziger, in öffentlicher oder in privat-gewerblicher Trägerschaft – in die soziale Daseinsvorsorge einbezogen. Sie nehmen einen Auftrag wahr, den nach sozialer Aushandlung die staatliche Gemeinschaft vergibt.

In den *Haushalten* des Staates und der Sozialleistungsträger sowie im *Sozialbudget* finden wir abgebildet, wie groß der Aufwand ist, der zur gesundheitlichen Versorgung betrieben wird. Mit den dort genannten monetären Beträgen erfolgt zur Deckung des Bedarfs, soweit sie überlegt, abgestimmt und zielgerichtet geschieht, bis in alle Details eine Bewirtschaftung der Mittel. Der Aufwand ist aber nicht nur ein materieller und finanzieller, sondern auch einer an Kräften und an Zeit. Geleistet wird er von jedem einzelnen Menschen, gemeinschaftlich und von dafür gebildeten und beauftragten Organisationen. Die Ökonomie des Geschehens betrifft den Einsatz aller Beteiligten, lässt sich aber auch gesondert nach den in ihm verfolgten Zwecken und Zielen betrachten.

1.3 Das Gesundheitswesen im sozialwirtschaftlichen Diskurs

In der Ökonomik der organisierten Absicherung gegen soziale Lebensrisiken bzw. der institutionalisierten Pflege des Wohlergehens gibt es einen Diskurs zur Sozialwirtschaft und es gibt einen Diskurs zur Gesundheitswirtschaft. Jener ist alt und dieser ist neu; er existiert gerade mal zwei, drei Jahrzehnte. Folgt man beiden Diskursen, ist zu beobachten, dass in dem einen auf den anderen kaum eingegangen wird. Nun können sich Unternehmen nach eigenem Verständnis einer Branche der Wirtschaft zuordnen und müssen sich in ihr nicht mit einer anderen, etwa der „Sozialbranche“, verbinden. Auch haben Gesundheitsunternehmer gute Gründe, sich von sozialen Fragen fernzuhalten, welche die Freiheit ihrer Betätigung und deren Profitabilität beeinträchtigen dürften. Aber von sozialer Seite kommt man nicht umhin, sich mit Gesundheitsfragen und der Art und Weise ihrer Behandlung und Erledigung zu beschäftigen unabhängig davon, wie sie in Sparten der Wirtschaft verortet sind.

Die soziale Zuständigkeit ist nicht gleichbedeutend mit staatlicher Zuständigkeit. Sozialwirtschaft heißt nicht Staatswirtschaft. Die regulierende und gewährleistende Funktion des Staates mindert nicht die soziale Verantwortung der Akteure, die soziale Aufgaben erfüllen. Dies zu betonen, erscheint notwendig angesichts von Forderungen in der Gesundheitswirtschaft nach unternehmerischer Freiheit möglichst ohne staatliche Eingriffe. Eine vielseitige, intermediär organisierte und eine „gemischte Wohlfahrtsproduktion“ leistende Sozialwirtschaft erfüllt gesundheitsbezogene Aufgaben in geteilter Verantwortung.

Mit der Verantwortungsverteilung ist eine Verknüpfung des gesundheitswirtschaftlichen Geschehens mit der Sozialwirtschaft und dessen Einbindung in sie gegeben. Unternehmen, die selbständig in einem gesundheitsbezogenen Geschäftsfeld agieren, haben dieses Interesse kaum, solange sie sich gewerbsmäßig auf die Erstellung von Gütern und deren Vermarktung beschränken oder gar als Finanzinvestoren in erster Linie darauf aus sind, eine möglichst hohe Rendite zu erwirtschaften. Befassen wir uns dagegen mit der Bewirtschaftung von Diensten am Menschen bzw. der Bewirtschaftung personenbezogener Versorgung, liegt deren Sphäre im Sozial- und Gesundheitswesen ungeschieden vor uns und wir haben zu deren theoretischer Erörterung ein Interesse an dem Zusammenhang, in dem sie regiert und bewirtschaftet wird.

Das Konstrukt der Sozialwirtschaft ist, so wie es sich entwickelt hat, darauf angelegt, die gemeinschaftliche Versorgung von Menschen auf der Basis regulierter Solidarität zu erfassen. Begriffen wird, wie sich die Deckung des lebens- und problembezogenen Bedarfs von Menschen einrichten lässt und wie sie geschieht. In diesem Verständnis kann die soziale und gesundheitliche Versorgung im Ganzen nicht in einen deregulierten Markt entlassen werden; sie wird einer primär auf Gewinn angelegten Erwerbswirtschaft verwehrt. Und zwar aus sozialen Gründen. Gesundheitsversorgung soll allen Menschen zugänglich sein, sie soll ausreichend vorhanden sein und dem sozialen Bedarf gerecht werden. Ohne anzunehmen, dass Gesundheitsunternehmer, die sich im Feld der Versorgung erwerbswirtschaftlich bewegen, den sozialen Auftrag ignorieren, kann unterstellt werden, dass sie ihn der ökonomischen Dimension ihrer Betriebsführung nachordnen. Ihr gegenüber ist es nötig, die soziale und sozialwirtschaftliche Einordnung gesundheitsbezogener Versorgung darzulegen.

Studieren wir das Verhältnis von Sozialwirtschaft und Gesundheitswirtschaft zueinander, bewegen wir uns auf der einen Seite im Verständnis von Sozialwirtschaft auf mehreren Ebenen, ausgehend von der Gestaltung der Versorgung insgesamt, während wir es auf der anderen Seite nur mit einer Ebene zu tun haben: wir bewegen uns hier im Horizont von Unternehmen, die sich der Branche der Gesundheitswirtschaft zurechnen, Gesundheitsgüter erstellen und vermarkten. Gesundheits-

wirtschaft wird mit dem Gesundheitsmarkt identifiziert. Betriebswirtschaftlich hängt die Existenz der Unternehmen daran, dass sich der Absatz ihrer Produkte für sie lohnt. Um die Gewährleistung einer angemessenen Versorgung haben sich die im Sozialleistungssystem vorgesehenen Leistungsträger zu kümmern und besorgt darum sollten auch die Abnehmer bereitgestellter Gesundheitsgüter sein, in erster Linie die Patienten. Ausgeblendet bleibt, wie sie wirtschaften und wie in der Bereitstellung und Verteilung der Mittel zur Versorgung gewirtschaftet wird. Damit besteht ein Bezugsrahmen für den Markt der Gesundheitsunternehmen und mithin für die Gesundheitswirtschaft in der Auffassung der Unternehmen.

Sozialwirtschaftlich hingegen wird die Akteurskonstellation im Sozial- und Gesundheitswesen mehrdimensional erfasst:

- auf der Makroebene der Sozial- und Gesundheitspolitik und der mit ihr verbundenen Interessenvertretung in der Gesellschaft,
- auf der Mesoebene des zur Versorgung organisierten Systems der Leistungsträger und Leistungserbringer,
- auf der Mikroebene des personenbezogenen Handelns der an Versorgung formell Beteiligten und informell für einander und für sich Sorgenden.

In dieser Einteilung besteht das Versorgungsgeschehen auf der Makroebene in den Entscheidungen über die Zuweisung (Allokation) und Verteilung (Distribution) von Mitteln und dazu die Beobachtung und Kontrolle, wie die Mittel verwandt werden. Mit den Mitteln werden betrieblich die zur Versorgung gestellten Aufgaben auf der Mesoebene beauftragter und Dienste leistender Organisationen, Einrichtungen und Stellen erfüllt. Das geschieht praktisch auf der Mikroebene in der Beziehung des die Leistungen erbringenden Systems zu den Individualhaushalten der Patienten und sonstigen persönlichen und lebensgemeinschaftlichen Nutzern. Sie ihrerseits wirtschaften sozial und gesundheitsbezogen mit den Mitteln, für die sie direkt (per Eigenbeiträge) und indirekt als Beitrags- und als Steuerzahler die Kosten aufbringen.

1.4 Neue soziale Ausrichtung von Versorgung

Es gibt einen Wandel in der Konstellation personenbezogener Versorgung allgemein, der sich mit einem Strukturwandel in den Sektoren der Gesundheitsversorgung und mithin mit einem Wandel in der Bewirtschaftung von Gesundheit trifft. Viele Hilfen, die in der sozialen Versorgung geleistet werden, haben sich mit der Zeit von überwiegend stationärer Erbringung in ambulante Dienste verlagert und werden

tendenziell zu einer Assistenz, die der persönlichen Lebensführung geboten wird. Es gehört zur Konstitution der Sozialwirtschaft, dass sie mit der Selbständigkeit der Menschen in der Nutzung von Hilfen rechnet, mehr noch: sie baut auf eine aktive Mitwirkung in Selbstbestimmung und Selbstverantwortung. Die informationstechnisch gestützte Wissenserschließung und Kommunikation ermöglicht eine ständige gesundheitsbezogene Selbstversorgung und ein Teilen von Kenntnissen. Generell erweitert sich der individuelle Spielraum der Lebensgestaltung – und darauf passt sich die professionelle Leistungsgestaltung mit ihrem Spielraum an.

Auf der Seite der Gesundheitswirtschaft lässt sich die gleiche Entwicklung beobachten. Medizinische und pflegerische Versorgung verschiebt sich von primär stationärer Unterbringung und somit vollständiger Fremdversorgung über ambulante Dienste in die häusliche Sphäre andauernden individuellen Zurechtkommens mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder chronischer Erkrankung. Akut notwendige medizinische oder psychotherapeutische Behandlungen rücken ein in die *andauernde gesundheitsbezogene Begleitung* persönlicher Lebensführung. Die Begleitung ist auch eine *soziale*. Dazu wird der informierte Patient als Partner in Selbstverantwortung wahrgenommen. Und kann er diese Rolle nicht spielen, sind soziale Hilfen einsetzbar, die ihn dazu befähigen oder ihn dabei unterstützen. Die Mehrzahl der Jugendlichen in stationärer psychiatrischer Behandlung sind auch in der Jugendhilfe bekannt oder werden von ihr weiterbetreut. Altenhilfe hat mindestens so viele soziale Seiten wie sie medizinische und pflegerische Aspekte hat. Gesundheitliche Versorgung nimmt soziale Versorgung in Anspruch und *vice versa*.

Im humandienstlichen Versorgungsauftrag sind explizit gesundheitsbezogene und explizit soziale Aufgabenstellungen immer weniger voneinander abgrenzbar. In Zeiten der Vernetzung und der Bearbeitung komplexer Anforderungen bleiben institutionell und disziplinär vereinzelte Leistungsangebote nicht für sich. Ihre Weiterentwicklung verlangt nach einem gemeinsamen konzeptionellen Bezugsrahmen. Ohne, dass er ausgearbeitet vorliegt, verbinden Ausbildungen an Hochschulen der Beschäftigungschancen ihrer Absolventen wegen die Sphären der einen und der anderen Praxis. Die Studiengänge heißen dann mit unterschiedlicher Akzentsetzung „Gesundheits- und Sozialwirtschaft“ oder „Sozial- und Gesundheitswirtschaft“ oder „Sozial- und Gesundheitsmanagement“, wobei alle auf die betriebswirtschaftliche Kompetenz ausgerichtet sind, die in beiden Bereichen gebraucht wird. Diese Kompetenz – im Marketing, Controlling, Finanz- und Rechnungswesen, Personalwesen, Arbeitsrecht, usw. – ist hier nicht Thema, indes kann auch vom Management her die ganze Gestaltung des Versorgungsgeschehens begriffen werden.

1.5 Die Haushaltungsaufgabe

Die Gesundheitsversorgung für sich genommen stellt umfangreiche Anforderungen an ihr Management. Es agiert auf betrieblicher Ebene in dem großen Wirtschaftsbe- reich, für den die Bezeichnung Gesundheitswirtschaft in Gebrauch ist. In lockerer Formulierung heißt es: „Die Gesundheitswirtschaft kann als ein Oberbegriff für alle Wirtschaftszweige verstanden werden, die etwas mit Gesundheit zu tun haben“ (Goldschmidt 2011, S. 4). Das Geschäft der Ärzte, der Unterhalt von Pflegeeinrichtungen, die Angebote der Pharmaindustrie, der Aufwand für Medizintechnik und mannigfaltige Dienste zum Erhalt und zur Besserung von Gesundheit bieten ein weites Feld für unternehmerische Aktivitäten. Andererseits sorgen sich solidar- gemeinschaftlich beauftragte Institutionen und sorgt sich jeder einzelne Mensch um seine Gesundheit und die seiner Angehörigen. Die gesundheitliche Versorgung ist eine *soziale* Angelegenheit, die mit anderen Angelegenheiten zusammen in öf- fentlichen Haushalten und mit Ressourcen, die gemeinschaftlich und individuell verfügbar sind, zu bewirtschaften ist.

Die ökonomisch relevanten Dispositionen im Gesundheitswesen gehen weit hinaus über die Dispositionen, die in einzelnen Gesundheitsunternehmen getroffen werden. Wir haben es mit einem komplexen Entscheidungszusammenhang zu tun, indem auf der einen Seite ein System der Versorgung mit vielen Akteuren über seine Mittel und Möglichkeiten disponiert und indem auf der anderen Seite einzelne Per- sonen individuell und lebensgemeinschaftlich über ihre gesundheitlichen Belange disponieren. Sie verwenden dafür Geld, mehr noch Zeit, und sie wenden Wissen an, das sie haben oder das ihnen zugänglich ist. Sie entscheiden auch darüber, wie sie das System beanspruchen, wenn sie als Patienten dessen Mittel und Möglic- keiten nutzen. Sie treten somit als wirtschaftende Akteure in Wechselbeziehung zu den Akteuren in der organisierten Versorgung auf. Aber die Beweggründe ihres gesundheitsbezogenen Handelns sind keine kommerziellen – und so kann der soziale Zusammenhang dieses Handelns im Bemühen um Wohlergehen, um Vermeidung und um Behandlung von Krankheit ökonomisch auch gesondert von der Marktökonomie kommerziellen Verkehrs studiert werden. Die Sozialwirtschaft, als *eigenständige Ökonomie des Sorgens und der Versorgung* verstanden, umgreift das gesundheitsbezogene Geschehen in den Beziehungen, die es funktional und institutionell zwischen den formell und informell Mitwirkenden, den gewährleis- tenden Stellen, den Gesundheitsbetrieben und ihren Nutzern konstituieren.

In Betrachtung der sozialen und gesundheitlichen Versorgung sei wirtschafts- wissenschaftlich von einer einfachen Definition ausgegangen, wie sie einschlägigen amerikanischen Lehrbüchern der Ökonomie zugrunde gelegt wird: „Economics is the study of how societies use scarce resources to produce valuable commodities

and distribute them among different people“ (Samuelson und Nordhaus 2002, S. 4); „*Economics is the study of how society decides what, how and to whom to produce*“ (Begg et al. 2005, S. 3); „Volkswirtschaftslehre ist die Wissenschaft von der Bewirtschaftung der knappen gesellschaftlichen Ressourcen“ (Mankiw und Taylor 2012, S. 3). Was dazu in der Praxis zu managen ist, was zu schaffen gewählt wird und wie darüber entschieden wird, erstreckt sich auf weite und diverse Gebiete.

Während in den angeführten Definitionen „die Gesellschaft“ als Subjekt des Entscheidungsgeschehens erscheint, hat in der *Erwerbswirtschaft* durchweg der *Markt* die handlungskoordiniierende Funktion. Volkswirtschaftslehre lässt sich als „die Wissenschaft von Märkten“ konzipieren (Bofinger 2015), wobei dem Markt keine uneingeschränkte Herrschaft zugestanden wird: der Staat sorgt in seiner Distributionsfunktion für den „sozialen Ausgleich“ (Bofinger 2015, S. 191) und reguliert in seiner Allokationsfunktion die Sozialversicherungssysteme (Bofinger 2015, S. 215 ff.). Nehmen wir dagegen unseren Ausgang von der personenbezogenen *Versorgung*, richtet sich der Blick primär keineswegs auf Märkte, sondern zunächst darauf, wie diese Versorgung organisiert ist und einigermäßen gelingt, wer zu ihr beiträgt und welche Mittel und Möglichkeiten für sie herangezogen werden. Mit ihnen wird für ein gutes Ergehen von Menschen gewirkt. Das kann in Konkurrenz der Beiträger geschehen und es geschieht in Kooperation. Die Wohlfahrtsdienlichkeit wird sozial erwogen und bewertet und über den Einsatz dafür wird sozial – in den dafür vorgesehenen Institutionen und im gesellschaftlichen Diskurs – entschieden.

1.6 Terminologische Klärungen

In der Sichtung und Analyse der Handlungsfelder und der Ökonomie gesundheitsbezogener und sozialer Versorgung finden wir bestimmte Leitbegriffe benutzt, die in diversen Diskursen und in der Literatur nicht einheitlich verstanden werden. Soll Sozialökonomik nur eine Schnittmenge aus den Sozialwissenschaften und den Wirtschaftswissenschaften benennen, Gesundheitsökonomik nur die Schnittmenge von Gesundheits- und Wirtschaftswissenschaften bzw. Gesundheitswirtschaft das „Zusammenspiel von Wirtschaft und Gesundheit“ oder Wohlfahrt nur die Summe aus der Konsumenten- und der Produzentenrente im Markt sein, taugen die Termini für die im vorliegenden Buch zu diskutierende Problematik nicht. Es erscheint deshalb angezeigt, die Bedeutung zentraler Begriffe im zu behandelnden Gegenstandsbereich für die weitere Erörterung definitiv festzulegen. Folgende Termini seien ausgewählt:

Bewirtschaftung soll der überlegte Einsatz von Mitteln und die zweckmäßige Nutzung von Möglichkeiten zur Wertschöpfung in einem Aufgabenbereich heißen. Für ihn werden Ressourcen erschlossen, einzelnen Zwecken zugeteilt und für diese Zwecke in Gebrauch genommen. Die Handhabung der Mittel zu planen, zu organisieren, zu lenken und zu kontrollieren, obliegt einem Management, spezifiziert nach Aufgabenbereich und Niveau der Zuständigkeit.

Versorgung bezeichnet das Insgesamt der Aktivitäten und Maßnahmen zur Deckung des sozialen und gesundheitsbezogenen Bedarfs von Menschen individuell und gemeinschaftlich. Ökonomisch erfolgt die Versorgung in Form der Bereitstellung von Gütern und mit der Erbringung von Dienstleistungen – unter Berücksichtigung dessen, was die Nutzer der Dienstleistungen und Güter selber zum Erfolg der Versorgung beitragen bzw. in eigener Sorge gesundheitsbezogen leisten. („Versorgung“ als Zuwendung an Personen, die Opfer oder besondere Leistungen für die Allgemeinheit erbracht haben, ist hier nicht gemeint.)

Sozialwesen wird in Politik und Verwaltung als Bezeichnung des ganzen Bereiches der Institutionen im System der sozialen Sicherheit gebraucht. Der Begriff bleibt in seiner inhaltlichen Abgrenzung unbestimmt; es besteht in der administrativen Praxis kein Interesse an genauere Festlegung. Er umschreibt den Funktionsbereich organisierter sozialer Praxis. Die Soziale Arbeit beansprucht das Sozialwesen als Ort ihrer Betätigung, gleichwohl ihm viele Fachgebiete und unterschiedliche Aufgaben zuzurechnen sind. Analog benennt das *Gesundheitswesen* auch ohne klare Definition das engere Feld der von der Medizin dominierten Versorgung mit ihren Einrichtungen, Diensten und Personen im stationären und ambulanten Bereich.

Versorgungsmanagement (care management) organisiert, plant, koordiniert und steuert Prozesse der sozialen und gesundheitlichen Versorgung. Es handhabt sie zur wirksamen Bewältigung und Lösung von Versorgungsaufgaben. An ihrer Erledigung sind verschiedene Berufsgruppen beteiligt. Soll die Versorgung fallweise in die Wege geleitet und gesteuert werden, geht Versorgungsmanagement in ein Case Management über.

Gesundheitswirtschaft bezeichnet gewöhnlich eine Branche in der Wirtschaft und die Unternehmen in ihr insgesamt sowie in dieser Branche die Erstellung und Vermarktung gesundheitsbezogener Güter und Dienstleistungen. Sofern der Begriff nicht nur die Geschäftsfelder von Gesundheitsunternehmen abdeckt, ist in der Gesundheitswirtschaft auf die Strukturen und Funktionen zu sehen, in denen der gesellschaftliche Auftrag der Gesundheitsversorgung erfüllt wird.

Gesundheitsökonomie bzw. *Gesundheitsökonomik* wird als Bezeichnung einer Wissenschaft bzw. einer wirtschaftswissenschaftlichen Disziplin in der doppelten Bedeutung der Ökonomie des Gesundheitswesens und der Ökonomie der Gesundheit verwandt. Systembezogen sind die Zuweisung von Ressourcen und die Verteilung

von Mitteln zu untersuchen, Angebot und Nachfrage und die Wirtschaftlichkeit gesundheitsbezogener Leistungserbringung mit ihren Kosten und Nutzen zu analysieren. Individuell und gemeinschaftlich disponieren Menschen in Belangen ihrer eigenen Gesundheit. Sie tun es auch in Abhängigkeit von der ihnen im System der sozialen Sicherheit und der Gesundheitsleistungen gebotenen Versorgung und mit Folgen für sie.

Gesundheitsmanagement bezeichnet auf sozialem Gebiet und auf betrieblicher Ebene die Organisation, Planung, Handhabung und Steuerung von Maßnahmen, die zum Erhalt, zur Förderung oder zur Wiederherstellung der Gesundheit von Personen vorgesehen sind. Der Terminus wird in der Branche der Gesundheitswirtschaft auch benutzt, um Geschäftsaufgaben im Marketing, Controlling, Personalwesen, in der Kundenbetreuung und Öffentlichkeitsarbeit von Unternehmen zu bezeichnen.

Sozialwirtschaft umgreift institutionell und funktional das Geschehen, in dem in organisierter Form unmittelbar für personenbezogenes Wohlergehen gesorgt wird. Dahin wirken Vereinigungen von Menschen, die füreinander und miteinander ihre Versorgung bewerkstelligen und dazu gehört der ganze institutionelle Zusammenhang, in dem (in „gemischter Produktion von Wohlfahrt“) Leistungsträger, dienstleistende Einrichtungen und Stellen und Leistungsnehmer als Endnutzer aufeinander bezogen wohlfahrtsdienlich handeln. In diesem Geschehen, seinen Strukturen und seinen Funktionen hat die *Sozialwirtschaftslehre* ihren Erkenntnisgegenstand.

Sozialökonomie bzw. *Sozialökonomik* benennt das wirtschaftswissenschaftliche Fachgebiet, das sich mit Sachverhalten der Sozialwirtschaft (und der Gesundheitswirtschaft) befasst. Der Terminus wurde früher auch gleichbedeutend mit Nationalökonomie gebraucht und er wird zur Bezeichnung eines Studienfaches herangezogen, das sich mit der Ökonomie Sozialer Arbeit oder mit der Sozialwirtschaft befassen soll. Zudem steht der Terminus (auch Sozioökonomie) für eine soziologische Disziplin, die sich mit Wechselbeziehungen von Gesellschaft und Wirtschaft befasst.

Sozialmanagement bezeichnet die Leitung und Führung von Organisationen mit sozialer Zwecksetzung und in ihnen die Steuerung des Handelns von mit der Zweckerfüllung intern und extern beschäftigten Akteuren. In anderen Begriffsbestimmungen wird allgemein auf Lenkungs- und Gestaltungsaufgaben in der Sozialen Arbeit („Management des Sozialen“) abgehoben.

Gesundheitsmanagement steht für gestaltendes und steuerndes Handeln im Gesundheitswesen. Geplant, organisiert und ausgeführt werden Maßnahmen zum Erhalt, zur Wiederherstellung und zur Förderung von Gesundheit – auf der Makroebene der Sozial- und Gesundheitspolitik, auf der Mesoebene des Betriebs

von Einrichtungen und Diensten und auf der Mikroebene gesteuerter Versorgung im patientenorientierten Handeln.

Daseinsvorsorge umfasst auf sozialem Gebiet das politische Ermessen, die Planung, die öffentliche Bereitstellung, generelle Gestaltung und Ausführung der Leistungen, welche die Bevölkerung und jeder Einzelne in bedürftiger Lage allein nicht erbringen kann, aber zu einer menschenwürdigen Existenz und zu seinem Wohlergehen nach gesellschaftlich anerkannten Maßstäben benötigt. Die Daseinsvorsorge lässt sich in ihrer Ausführung unterschiedlich gestalten, so auch in der Gewährleistung einer zeitgemäßen gesundheitlichen Versorgung.

Leistungsträger und *Leistungserbringer* sind in ihrer Beziehung aufeinander und auf die Leistungsempfänger die hauptsächlichen Akteure in der Gestaltung sozialer und gesundheitsbezogener Versorgung. Sozialleistungsträger sind in Deutschland die (zumeist kommunalen) Gebietskörperschaften, die Träger der Sozialversicherung (Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung) und die Bundesagentur für Arbeit. Leistungserbringer (Dienstleister) können frei-gemeinnützige Organisationen, Einrichtungen und Dienste der öffentlichen Hand und privat-gewerbliche Unternehmen in unterschiedlicher Rechtsform sein. Vom Begriff des öffentlich-rechtlichen Leistungs- und Kostenträgers zu unterscheiden ist der Terminus „Träger“ als Bezeichnung für Anbieter und Eigentümer von Diensten oder Einrichtungen (z. B. „konfessionelle Träger“, „Krankenhausträger“).

Humandienste (human services) wird als Oberbegriff für die diversen „Dienste am Menschen“ gebraucht, in denen professionell und personenbezogen für das soziale und gesundheitliche Wohl gearbeitet wird. Der Terminus ist in Anwendung gekommen, um unabhängig von herkömmlicher sektorieller und beruflicher Zuordnung die Dienste als Leistungserbringer zu benennen, die zur Bewältigung und Lösung von Problemen im Leben von Menschen tätig sind.

Wohlfahrt soll das fortwährende gedeihliche Ergehen heißen, dem die Sorge einer Person gilt und zu dem die formelle und informelle Versorgung beiträgt. Das soziale, gesundheitliche, seelische und geistige Wohl von Menschen ist wie ihre Lebensqualität mehrdimensionaler Natur und wird subjektiv unterschiedlich erfahren und objektiv auf verschiedene Weise ermessend. Wohlfahrt ist das generelle Sachziel im Sozial- und Gesundheitswesen. Ihr Charakter als dynamischer Daseinszustand übergreift seine physischen, psychischen und sozialen Momente. Theoretisch ist von der „sozialen Wohlfahrt“ die „ökonomische Wohlfahrt“ zu unterscheiden, die als Konstrukt der volkswirtschaftlichen Wohlfahrtsökonomik die Aggregation von Nutzen bezeichnet.

Wohlfahrtsproduktion bedeutet personenbezogen die Bewerkstelligung guten Ergehens in Faktorkombination von materiellen Mitteln, immateriellen Kräften, Sozialkapital, Arbeit und Zeit. Im sozialen Raum erfolgt die Wohlfahrtsproduktion

gemeinschaftlich, insofern das Produkt weder unabhängig von einer Zielperson hergestellt und ihr geliefert werden kann, noch sie für sich allein ihr Wohlergehen ohne Inanspruchnahme Anderer bzw. der sozialen Umwelt erzeugen und erhalten kann.

Wohlfahrtspflege ist die organisierte Form, in der personenbezogen für Wohlfahrt in der Vielfalt der dafür vorgesehenen Dienste und Einrichtungen gesorgt wird. Institutionalisiert gibt es in Deutschland die öffentliche (kommunale) Wohlfahrtspflege und die frei-gemeinnützige Wohlfahrtspflege mit ihren Verbänden, angeschlossenen Organisationen und Unternehmen.

Die Ökonomie der sozialen und gesundheitsbezogenen Gestaltung von Wohlfahrt hat ihren eigenen Horizont, gesondert von der Makroökonomie des auf Erwerb gerichteten Gütertauses. Erfolgt dieser auch im Markt von Dienstleistungen, die nach Bedürfnis eingekauft werden, und im Markt gewerblich angebotener Gesundheitsprodukte, ist die Rationalität wohlfahrtsdienlichen Handelns primär weder bei den Gebenden noch bei den Nehmenden auf Eigennutz gerichtet. Soziales Wohlbefinden und gesundheitliches Wohlbefinden verbinden sich in den inneren und äußeren Dispositionen einer Person und in ihrer Lebensführung. Ihr ist keine das Soziale und die Gesundheit scheidende bereichsspezifische Rationalität eigen.

Wohlfahrtspflege ist als Begriff vor hundert Jahren sozialpolitisch auch deshalb in allgemeinen Gebrauch gekommen, um auf der Ebene politischer und administrativer Gestaltung die Bereiche der Gesundheitsfürsorge, der Wirtschaftsfürsorge, der Jugendfürsorge, der Wohnungsfürsorge, der Gefährdetenfürsorge zu übergreifen (Wendt 2014, S. 43). In der Absicherung gegen Lebensrisiken und Ausführung einer bedarfsentsprechenden Versorgung sind diese Bereiche nicht unabhängig voneinander zu betrachten, weil Menschen Arbeit haben wollen, eine Wohnung brauchen, gesichert aufwachsen, Krisen bewältigen und körperlich und psychisch gesund leben sollen. Was dazu von Diensten und in Einrichtungen getan wird, erfolgt im Verständnis biopsychosozialer Zusammenhänge komplementär und kompensatorisch zu dem, was von den Menschen selber in sorgender Lebensführung für ihr Wohlergehen getan wird oder, bei hinreichender Unterstützung, getan werden kann.

Mit der Erörterung der Begriffe wird erkennbar: es muss nicht bei einer polaren Gegenüberstellung sozialer und gesundheitlicher Versorgung bleiben. Daseinsvorsorge und Wohlfahrtspflege schließen Bereiche des Sozialwesens und des Gesundheitswesens ein. In einem weiten Sinne verstanden, impliziert der Gesundheitsbezug in der Versorgung die sozialen Bezüge. Der Begriff der Humandienste ist eigens dazu da, die Unterscheidung der Einsatzgebiete aufzuheben und eine fachunspezifische, fachübergreifende und transdisziplinäre Kompetenz zu fordern.

1.7 Ein Verständnis von Integration

Die Sozialwirtschaftslehre widmet sich der Art und Weise wohlfahrtsdienlicher Versorgung (Wendt 2016, S. 2). Wohlfahrtsbezogen schließt das sozialwirtschaftliche Arrangement die Gesundheitsdienste ein. Menschen erfahren mit ihren biopsychosozial bedingten Problemen im Leben regelmäßig soziale zusammen mit körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen. Die Einflechtung der Gesundheitswirtschaft in die soziale Bewirtschaftung von Wohlfahrt und dazu nötiger Versorgung ist ökonomisch geboten, weil nur so deren Effektivität und Effizienz auf die breite Grundlage der Abstimmung und des Zusammenwirkens der Beteiligten gestellt wird. „Soziale Bewirtschaftung von Gesundheit“ meint des näheren die Dominanz von Normen, Regeln und Verabredungen im System der sozialen Sicherung und Versorgung über das Geschehen im Gesundheitswesen. Institutionen sozialer Versorgung sind auch für die gesundheitsbezogene Versorgung zuständig; teils übernimmt umgekehrt diese die Behandlung sozialer Probleme.

Weil Schwierigkeiten, Belastungen, Störungen und andere Beeinträchtigungen im Leben von Menschen sowohl das soziale Zurechtkommen als auch die Gesundheit betreffen und weil das gesundheitliche und das soziale Ergehen einander bedingen, empfiehlt sich eine Integration in der organisierten und in der individuellen Behandlung jener Probleme und Beeinträchtigungen. Sie erfolgt in einer sozialen Konstellation – mal von Gesundheitsprofessionellen und ihren Patienten, mal im Miteinander von Menschen, die Grund zur gesundheitlichen Sorge haben, mal in Verbindung informeller und formeller Bewältigungspraxis etwa bei Pflegebedürftigkeit oder Behinderung.

Begrifflich ist seit den 1970er Jahren der Ausdruck „human service“ in Gebrauch gekommen, um übergreifend das System der Leistungserbringung im Sozial- und Gesundheitswesen und auch des beruflichen Handelns in diesem ausgedehnten Feld bzw. in den der sozialen Versorgung zuzurechnenden Feldern zu bezeichnen. Humandienste „encompass a variety of fields: mental health, social welfare, health, education, and criminal justice“ (Saubert 1983, S. 1). Oder differenzierter: „Human services are organized activities that help people in the areas of health care; mental health, including care for persons with retardation, disability and physical handicap; social welfare; child care; criminal justice: housing; recreation; and education. Another type of service that might be included is income maintenance, a term that refers to programs like unemployment insurance and social security, which provide income to people who are unemployed or retired“ (Burger 2008, S. 8). In dieser Auffassung wären alle Leistungsbereiche des deutschen Sozialgesetzbuches einbezogen, dazuhin die Strafrechtspflege mit ihren sozialen Diensten. Von der Gebietsbeschreibung abzuheben ist das Berufsbild von *human service professi-*

onals, die in den USA neben den eingeführten Sozial- und Gesundheitsberufen als Generalisten mit interdisziplinärer Kompetenz tätig sind (Neukrug 2013, S. 3).

Ist der Begriff der Humandienste auf der Erbringerseite geeignet, die sozialen und gesundheitsbezogenen „Dienste am Menschen“ organisatorisch zu umfassen, bezeichnet auf der Makroebene der Politik und Administration der Schlüsselbegriff der *Daseinsvorsorge* die generelle Aufgabenstellung im Gemeinwesen, eine Infrastruktur der Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung zu halten. Die Erfüllung dieser Aufgabe liegt zugleich im allgemeinen wirtschaftlichen und im allgemeinen sozialen Interesse. Das Konstrukt der Daseinsvorsorge im Sinne von *services of general interest* bietet sich in der Diskussion der Gestaltung, Bewirtschaftung, Regulierung und Steuerung des Versorgungsgeschehens vor seiner Spezifizierung in den einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens an. Auf europäischer Ebene ist diese Diskussion in Hinblick auf die Unterscheidung erfolgt, inwieweit die Dienste marktlicher gleich (erwerbs-)wirtschaftlicher oder nicht-marktlicher gleich sozialer Natur seien (Herrmann 2002; Waiz 2009), eine Differenz, die sich „not for profit“ sozialwirtschaftlich aufheben lässt.

1.8 Die Beiträge: gesundheitswirtschaftliche Perspektiven

In diesem Band erläutert Ernst-Wilhelm Luthe im folgenden ersten Beitrag den Gehalt des übergreifenden Konstrukts der *Daseinsvorsorge* in Hinblick auf die Erfüllung des Versorgungsauftrags. Er ist zum Unterhalt des sozialen und gesundheitlichen Gedeihens verbunden mit Erwartungen an Verlässlichkeit, an Kooperation, an Integration und an Patientenorientierung. Nun kann das Sorgen des Staates nicht personenbezogen geleistet werden. Luthe analysiert die Rolle der Kommunen als Mittler der Daseinsvorsorge, der institutionellen Leistungsträger und ihrer korporierten Partner in der Leistungserbringung. Im vertikalen und im horizontalen Zusammenhang wird kooperiert, wobei die Kooperation den Wettbewerb nicht ausschließt. Das System der Versorgung hat viele Optionen, sich in Orientierung auf den Bedarf zu organisieren.

Die Daseinsvorsorge wird administriert und sie wird bewirtschaftet. Von der Makroebene sozialpolitischer Entscheidungen her liefert die öffentliche Daseinsvorsorge der Gesundheitswirtschaft – im engeren Sinne der die Dienste leistenden Unternehmen – vor allem die Regularien für diesen Organisations- und Handlungsbereich und die finanzielle Ausstattung für ihn. Ernst-Wilhelm Luthe

erläutert mit dem Begriff der Daseinsvorsorge den Gestaltungsrahmen, in dem die gesundheitliche Versorgung erfolgt.

In den Bezugsrahmen des generellen Versorgungsauftrags stellt der nachfolgende Text die *Gesundheitswirtschaft*. Sie generiert sich als ein Unternehmensbereich und als eine Wirtschaftsbranche, die mit dynamischem Wachstum und als Jobmotor gesamtwirtschaftlich auftrumpfen kann. Dabei gerät aus dem Blick, wie sehr die gesundheitlichen Dienste mit dem Sozialwesen verwoben sind und als Sozialleistungen erbracht werden. Ihre Wirtschaftlichkeit hängt entschieden davon ab, in welchem Umfang und in welcher Weise die Nutzer der organisierten Versorgung selber gesundheitsbezogen agieren. Unter dem sozialwirtschaftlichen Paradigma des Haushaltens in humanen Belangen besehen, sind die Akteure in der Gesundheitswirtschaft gehalten, sich auf individuelle und gemeinschaftliche Teilhabe an der Sorge für gesundheitliches Ergehen einzulassen und sich in die darauf bezogene Hebung von Ressourcen zu fügen.

In der Praxis erweist sich der soziale und gesundheitsbezogene Bedarf von Menschen oft als ein vielseitiger und komplex verwobener. Für die Organisation und den Erfolg integrierter Versorgung ist unter den Beiträgern ein Zusammenwirken vertikal und horizontal geboten. Am Beispiel eines regionalen Verbundes *sozialpsychiatrischer Dienste* erläutert Klaus Dieter Liedke von der *Stiftung Lebensräume* Offenbach, wie sich in der Reform der psychiatrischen Versorgung eine vielseitige und lebensnahe Bedarfsdeckung gestalten lässt, wie Leistungsträger und Leistungserbringer sich dazu vertraglich verständigen und wie Organisationen sich in Verteilung der Versorgungsaufgaben in einer Region vernetzen können und welche Probleme dieses Miteinander für den Betrieb der Dienste und seine Ökonomie mit sich bringt. Der psychiatrische Aufgabenbereich lockt private Gesundheitsunternehmen weniger an, weil hier die Notwendigkeit vielseitiger Zusammenarbeit den einzelwirtschaftlichen Auftritt erschwert und seinen Erfolg begrenzt, wohingegen die Lebensbegleitung zur Krankheitsbewältigung sozialwirtschaftlich umso bedeutender, weil für die betroffenen Menschen und ihre soziale Umgebung von großem Wert ist.

Abgehoben von konkreten Lebenslagen und der Bewirtschaftung von Versorgung unter ihren Umständen baut die Gesundheitsökonomik in ihrer theoretischen Ausformung auf einfache wirtschaftswissenschaftliche Axiome. Auf sie bezieht sich *Axel-Olaf Kern* in seiner Erörterung des Ressourceneinsatzes für Versorgung nach Präferenzen kollektiver und individueller Akteure. Sie handeln nach Abwägung des Nutzens und der Kosten alternativer Einsatzmöglichkeiten. Der marktlichen Allokation von Gesundheitsgütern steht die meritorische Zuweisung gegenüber, wie sie im Sozialstaat großenteils vorgesehen ist. Die disziplinäre Gesundheitsökonomik kann sich darauf beschränken, die Vor- und Nachteile solcher Dispositionen zu untersuchen und darzustellen.

Didaktisch kann es angezeigt und komfortabel sein, der Theorie und der Praxis ihr eigenes Recht einzuräumen und danach Gesundheitsökonomie (Finanzierung, Management und Evaluation) und Gesundheitssystem (System der sozialen Sicherung und medizinische Versorgung) getrennt zu behandeln und für die öffentliche Gesundheitspflege einen Platz daneben vorzusehen (Roeder et al. 2013). Damit wird auch das Wirtschaften innerhalb des Gesundheitsbetriebs von der ökonomischen Regie des Systems, in dem er stattfindet, abgesondert. Mit der Folge, dass die Beziehungen der Nutzer, der Erbringer und der Gewährer von Leistungen aufeinander außen vor bleiben bzw. nur von jeweils einer Akteursseite her und auf deren Ebene behandelt werden: die Bedürfnisse und Erwartungen von Patienten, der Leistungsprozess in einer Einrichtung oder in einem Dienst, der Risikostrukturausgleich der Krankenversicherer, die öffentliche Gewährleistung von Versorgung auf kommunaler und staatlicher Ebene.

An Hochschulen wird für das Management im Handlungsbereich der Sozial- und Gesundheitswirtschaft ausgebildet. In ihrem abschließenden Beitrag stellen *Georg Hensen* und *Peter Hensen* dafür vorhandene Studiengänge vor und analysieren deren curriculare Struktur. Deutlich werden die Überschneidungen der Kompetenzen, die für das Gesundheitswesen und das Sozialwesen angestrebt werden und dazu führen, dass die anbietenden Hochschulen das ganze Feld einheitlich zu bedienen suchen. Ihre Absolventen werden in flexibler Funktion auf Stellen zur Steuerung des Geschehens gebraucht.

Die Beiträge in diesem Band bieten einen unterschiedlichen Durchblick. Gesundheitswirtschaftlich gibt es die Perspektive des Managements: Wie lassen sich Unternehmen im gesundheitlichen und sozialen Dienstleistungssystem mit Erfolg betreiben und was muss man dafür können? Eine andere Sicht haben die professionellen Akteure, die im System mit seinen ökonomischen Bedingungen die Dienste für und am Menschen leisten. Dessen sorgendes Handeln ist von äußeren und inneren Dispositionen und seinen Mitteln und Möglichkeiten geprägt. Sein Verhalten fällt gesundheitsökonomisch ins Gewicht, nicht nur als Betroffener und Nutzer von Diensten, sondern im Einsatz für sich und für andere, auch als Bürger und Beitragszahler. Gesundheitsunternehmer nehmen ihn aus der anderen Perspektive der Anbieter von gesundheitsrelevanten Gütern wahr. Bei der Perspektive des Geschäfts bleibt es aber nicht. Was sich liefern lässt, gehört größtenteils eingebunden in die Gestaltung der Versorgung im Gemeinwesen, in öffentliche und soziale Daseinsvorsorge, womit im Draufblick die Aufgabe der Bewirtschaftung von Gesundheit insgesamt darin besteht, ihren Belangen in jeder Hinsicht im allgemeinen Interesse nachzukommen.