

**Dr Petr FIALA (CZ)**  
28/08/2014

**Taschenführer durch die Ökonomie  
und Organisation des Gesundheitswesen  
(Gesundheitswesen als System)**

1. Einführung.
2. Die Systeme und Modelle.
3. Die Kosten und Ökonomie der Systeme.
4. Das „*System an sich*“.  
Der Mensch als System. Das Gesundheitswesen als System.
5. Schlusswort.

Verehrte Kolleginnen und Kollegen, liebe Freunde,

Ich möchte heute in meiner Vorlesung nicht lange über die historische Entwicklung der sozialen und gesundheitlichen Systeme sprechen, sondern Sie eher mit der **aktuellen Situation** in verschiedenen Ländern bekannt machen. Diese Systeme mögen uns gefallen oder nicht, wir können sie mehr oder weniger akzeptieren – wir werden später noch über sie diskutieren – für uns alle ist es aber notwendig, etwas über sie zu wissen, um die Lage der PatientInnen und Mediziner besser verstehen zu können. Auch innerhalb der Medizin der Person kann dies zu einem besseren Verständnis führen.

Letztendlich sind wir alle Bürger Europas, ob in der offiziellen EU oder aus einem anderen Land. Es ist also wünschenswert, die Bedingungen in den einzelnen Ländern besser kennen zu lernen.

Übrigens, ich mag das Wort „**Vorlesung**“ nicht sehr. Jedesmal, wenn ich irgendwo meinen „**Vortrag**“ halte (meistens an meiner Universität in Prag), möchte ich eher erzählen, erklären, die Lichtbilder (Dias, Slides) und ihre Stichwörter, Schlagwörter, Überschriften kommentieren, eine Debatte eröffnen, Interesse wecken und Fragen stellen.

Da wir aber untereinander daran gewöhnt sind, unseren Vorlesungen Wort für Wort schriftlich zu folgen und sie zu archivieren, um sie später noch einmal überdenken zu können, möchte ich auch heute diese ungeschriebene Regel respektieren und mich an unsere Gewohnheit halten. Übrigens, wie ein lateinisches Sprichwort besagt: „**Litera scripta manet.**“ („*Das Geschriebene bleibt.*“). Ich habe aber für unsere Englisch sprechenden Freunde eine Dia-Serie vorbereitet, die ihnen ermöglicht, allem zu folgen und gleich darüber nachzudenken.

## 1. Einführung.

Ich bin nicht ganz sicher, ob die Wurzeln der heute aktuellen Systeme im Gesundheits- und Sozialwesen auf unsere christliche Geschichte zurückzuführen sind, obschon ich das gerne sagen würde. Sicher, es waren die Nachfolger Jesu, die sich – ihrem Meister folgend – die Frage gestellt haben: „**Wer ist eigentlich mein Nächster?**“ (siehe Luk. 10, 29-37) und später haben sie sich im Sinne des barmherzigen Samariters um ihre „Nächsten“ gekümmert. Ja, sie haben sich sogar (bis heute) um fremde Kranke, Aussätzige, Arme, Waisen und Witwen gekümmert, haben aber ausser ihrer Wohltätigkeit kaum ein allgemeines System erschaffen (siehe z. B. Albert Schweitzer, Mutter Theresa usw.).

Unser berühmter Präsident und Schriftsteller Václav Havel hatte in einem seiner Stücke den nicht mehr ganz nüchternen Helden in der Bierbrauerei sagen lassen: „**Das sind ja Paradoxe.**“ und wir Tschechen wiederholen unter Umständen gerne diese geflügelten Worte.

Wenn wir über die modernen Gesundheitssysteme sprechen möchten, müssen wir ungefähr 130 Jahre zurückzählen, bis zu den Jahren 1881-1889. Zu dieser gesegneten Zeit der industriellen Revolution und des weltlichen Fortschrittes in vielen Bereichen, aber auch zu Zeiten verschiedenster Kriege auf allen Kontinenten, lebte in Preussen der „**Eiserne Kanzler**“ **Otto von Bismarck** (1815–1898). Der Spitzname „**Eiserner Kanzler**“ ist mehr als zutreffend – er war kein Philanthrop (Menschenfreund), sondern ein Heerführer, der grosse Vereiniger Deutschlands – nicht mit Friedenstaube oder Lorbeerkranz, sondern mit Schwert und Kanonen, mit „**Eisen und Blut**“. Und gerade dieser Krieger kam mit einer Idee der Versicherung im Falle von Krankheit, des Alters und des Unfalls (Sozialversicherungssystem): „**Das sind ja Paradoxe...**“

Wir können nach seinen Gründen forschen (und das haben schon viele vor uns getan) oder bloss spekulieren; wir sind aber sicher nicht weit von der Wahrheit entfernt, wenn wir vermuten, dass einer der führenden Gründe das Bedürfnis der Rückendeckung war. In den unruhigen Zeiten der Kriege will und braucht der kluge Heerführer und Innenpolitiker Rückenstärkung. Zum Beispiel für die Kriege mit Dänemark (1864), Österreich (um Führung im „**Deutschen Bund**“ im Jahre 1866, Schlacht von Königgrätz) oder gegen Frankreich (Schlacht bei Sedan, 1870). Ungefähr so – und ich vereinfache natürlich – ist ein System geboren worden, das bis heute in vielen zivilisierten Ländern nicht nur überlebt hat, sondern eine sehr gute und tragfähige Möglichkeit darstellt, die Kranken, Schwachen und Bedürftigen gut zu versorgen.

## 2. Die Systeme und Modelle.

Lasst uns jetzt zu einem Überblick der aktuellen Systeme kommen und zu deren Grundwerten und Leitmotiven. Man kann drei bis fünf solcher Systeme in verschiedenen Varianten aufzählen :

- a) **Krankenversicherung**
- b) **Nationaler Gesundheitsdienst**
- c) **Semaschko´sche Modelle**
- d) **Marktorientierte Gesundheitssysteme**
- e) **Varianten dieser Modelle**

- a) **Krankenversicherung** – hat sich besonders in Mittel- und Südeuropa verbreitet (natürlich dank dem „**Eisernen Kanzler**“). In der ehemaligen EU-15 bieten dieses System 7 Länder an. Noch die Schweiz muss man ebenfalls dazu zählen. Dieses System ist etwas teurer als das z. B. des „**NHS**“ in England, da die internen Betriebskosten der Kassen 3-5% ihrer Einnahmen schlucken. An der Spitze sind natürlich (wie immer) die zahlreichen reichen Krankenkassen in der Schweiz, die ganze 13,7% (2006) der kassierten Prämien restlos verschlucken. Dagegen verbraucht die tschechische „**Allgemeine Krankenkasse**“ rund 3% und wir alle sprechen über ihr betrügerisches Verhalten. Die Tschechische

Republik ist also zu ihrem System vor dem Krieg zurückgekehrt. Etwas Ähnliches haben auch die meisten sog. „neuen Länder“ der EU getan. Es mag manche von uns ein bisschen überraschen, dass auch in Asien, besonders im fernen Osten (Südkorea, Taiwan usw., aber auch China) diese Systeme guten Anklang finden.

**b) Nationaler Gesundheitsdienst („National Health Service“):** Seine Wurzeln finden wir in Grossbritannien zwischen den beiden Weltkriegen. Als seinen Gründer können wir den bekannten englischen Ökonomen Sir **William Beveridge** nennen (1879–1963), einen der Gründer des britischen Wohlfahrtsstaates („*welfare state*“). Er selber bekannte sich in seinen Reformen zu verschiedenen liberalen zeitgenössischen Denkern.

Auf dem Gebiet des Gesundheitswesens arbeitete er u.a. auch mit dem tschechoslowakischen Modell aus der Zeit zwischen den zwei Weltkriegen. Im Jahre 1942 öffnete er durch seinen Bericht „*Die soziale Versicherung und angeschlossene Dienste*“ („*Social Insurance and Allied Services*“) – inmitten des Krieges – die Tür für die britische Reform. Dies ist besser bekannt als „**Beveridge's Bericht**“ („*The Beveridge Report*“). Dadurch konnte die englische soziale Reform im Jahre 1948 beginnen. Kurz danach haben sich auch die skandinavischen Staaten angeschlossen und der treue Verbündete unter den Pyrenäen, Portugal. Insgesamt waren es 8 Länder der EU-15.

Die Organisation und Kosten übernimmt im Grunde der Staat über Steuerallokation ins Gesundheitswesen („*National Trust*“). Das System funktioniert ziemlich befriedigend und die Briten sind stolz darauf. Die internen Kosten sind gut regulierbar und sind etwas niedriger als im Falle der Versicherung. Was aber stört, sind die berühmten Wartelisten und Gesundheitstourismus auf den Kontinent.

**c) Nikolai Alexejevitsch Semaschko** (1874-1949) war Lenin's enger Mitarbeiter und **Volkskommissar für Gesundheit des Volkes** in der Sowjetunion. Als Arzt – und in seinen jungen Jahren vor der Oktoberrevolution ein überzeugter russischer Sozialdemokrat – hat sich auch mit der Sozialhygiene des rückständigen Russlands befasst. In diesem vernachlässigten Land konnte er die gesundheitliche Lage des Volkes etwas verbessern.

Was aber einen Fortschritt für Russland darstellte, war nach dem 2. Weltkrieg eine Plage und der Rückgang für die anderen weiter entwickelten europäischen „*Ostblockländer*“, denen die Sowjetunion dieses System als ein unpassendes Arzneimittel sozusagen „*vorgesprochen*“ und aufgezwungen hat.

Das Semaschko-Modell wird oft als ein extremes Beveridge's System bezeichnet – d.h. die strikte staatliche Aufsicht, eine zentrale Planung und Lenkung (hauptsächlich die politische anstelle der professionellen), keine Freiheit der PatientInnen und Mediziner, eine strenge Hierarchie und nur die vom Staat freigesetzten Mittel als Steueranteil (in der Regel nur Überreste und verbliebene Krümel nach Investitionen in die Schwerindustrie und Aufrüstung). Ein typisches „*Mangelmodell*“, welches auf ganzer Linie scheiterte. Die genannten Länder konnten dieses Modell aber erst nach dem Zerfall des Ostblocks verlassen; die bitteren Folgen verfolgen sie aber bis heute.

**d) Marktorientierte Gesundheitssysteme** – hier müssen wir über den Atlantik in die **Vereinigten Staaten** blicken, wo dieses Modell herrscht (*Ist es wirklich ein System?* – siehe später). Gesundheit und Sozialwesen stellen in der Marktwirtschaft – wie alle anderen Geschäfte – bloss eine übliche „*Kommodität*“ und ein gewöhnliches Geschäft dar.

Die Vereinigten Staaten sind ein Land von Pionieren, seit Jugend zur Selbstständigkeit angehaltene Menschen, wo Individualismus und behaviorale Philosophie (auf menschliches Verhalten orientiertes Denken) gefeiert werden. Es gibt zwar eine Versicherungsmöglichkeit, die aber für viele Schichten unerreichbar scheint, da sie zu teuer ist. Deswegen bleiben fast 80 Mio von insgesamt ca. 300 Mio EinwohnerInnen der Staaten nicht versichert. Und die meisten Versicherten sind sehr oft ungenügend und nicht für alle Bereiche versichert.

Im Gesundheitswesen sind viele Finanzgruppen und kommerzielle Versicherungsanstalten kräftig engagiert, bilden ganze Ketten, und die medizinische Pflege orientieren sie fast ausschliesslich an ihren eigenen Spitälern und Mediziner, sog. „**gelenkte Pflege**“. Die Gewinne sind märchenhaft.

Für uns „sozialorientierte“ Europäer ist es kaum zu fassen, warum die Reform Obamas auf so einen ungeheuren Widerstand stösst. Ich habe keine vernünftiger Erklärung als die, dass viele hiesige Gruppierungen Angst haben, diese goldenen Zeiten der guten und bequemen Gewinne könnten zu Ende gehen...

Da die dortigen Kosten im Gesundheitswesen schon 17% des Bruttosozialprodukts überschreiten (EU ca. 10%) und bald sogar 20% (!) erwartet werden, gilt dieses Modell als das teuerste in der Welt.

Kanada hat deswegen seinen mächtigen Nachbarn verlassen und ist mit seiner Reform vor kurzem nach Europa zurückgekehrt. Die lateinischen Staaten hingegen halten die USA auf diesem Gebiet zwar für ihr Vorbild und möchten sie gerne kopieren. Sie haben jedoch leider nicht so viele Mittel zur Verfügung wie die USA. Deswegen sind sie weit rückständiger geblieben. Ihr Gesundheitswesen erinnert eher an die unterentwickelten Länder.

Sie haben wahrscheinlich nicht den Segen der klassischen Ausbildung genossen, sonst wüssten sie: „**Quod licet Jovi, non licet bovi.**“ („Was dem Gott erlaubt ist, wird nicht dem Ochsen erlaubt.“) ...

- e) **Varianten dieser Modelle** – in jedem Land können wir natürlich verschiedenste Abweichungen, Spezialitäten, Übergangssysteme, spezifische Einzelheiten und andere Varianten finden. Sie nähern sich mehr oder weniger einem oder mehreren der obengenannten Systeme an.

### 3. Die Kosten und Ökonomie der Systeme.

Die Frage heisst: Wie teuer sind diese Systeme? Wieviel kosten sie? Sind sie ökonomisch, sparsam, und zugleich auch effizient? Sind sie vergleichbar? Dazu dienen den Ökonomen verschiedene Zahlen, Indexe und Kennziffern. Diese sind für sie so wichtig, wie für die Ärzte die Körpertemperatur, der Blutdruck, die Biochemie oder das Blutbild. Damit stellen sie fest, ob das System (= unser Patient) gesund ist oder krank.

Im Allgemeinen wird es als wichtig angesehen, wieviel für das Gesundheitswesen in diesem oder jenem Land ausgegeben wird. Es wird auf mehrere Weisen gemessen und geprüft, wobei als wichtigste Zahlen – wie schon im Falle der USA erwähnt – die Ausgaben vom Bruttosozialprodukt (als Prozentsatz) gelten.

Mit grossem Abstand sehen wir an der Spitze die Vereinigten Staaten mit ihrem marktorientierten Modell. Ihre Ausgaben (Kosten) verschlucken heutzutage (2011) ganze **17,7 % des Bruttosozialprodukts!**

Die sozialorientierten, nüchternen Westeuropäer liegen mit ihren Zahlen erheblich niedriger: Holland – 11,9%, Frankreich – 11,6%, Deutschland – 11,3%, Schweiz – 11%, Österreich – 10,8, Grossbritannien – 9,4%. Die Ausgaben der „neuen Länder“ sind noch bescheidener: Tschechische Republik – 7,5%, Slowakei – 7,9%, Ungarn – 7,9%, Polen – 6,9%. Diese sog. „**Visegrád 4 Gruppe**“ („V-4“) stellt die Mitte zwischen den reichsten und ärmsten Europäern dar. Die Balkanstaaten können sich bloss ca. 5% erlauben und je östlicher, desto schlimmer.

In unseren Medien hört man jetzt ziemlich viel von den „Visegrád-Ländern“. Für das Verständnis – diese Initiative ist nichts neues, im Gegenteil, sie ist schon eine alte Dame, geboren 1335. Damals trafen sich drei Könige ungefähr 30 km nördlich der ungarischen Stadt Buda (heute Budapest) auf der „hohen Burg“ über der Donau, namens „Visegrád“. Das ist ein slawisches Wort und heisst wirklich „Eine hohe Burg“. Übrigens, auch Prag hat ihre „Hohe Burg“ (auf tschechisch: „Vyšehrad“) auf dem Felsen über Fluss Moldau, wo die Geschichte Prags einst ihren Anfang nahm.

Nun, die drei Könige – der tschechische *Jan von Luxemburg*, der polnische *Kazimir III. der Grosse* und der Ungarische *Karl Robert* – haben sich damals gegen den habgierigen Hab(icht)sburger, ursprünglich von Aarau stammend, verbündet (ähnlich wie der „Eidgenosse“ Wilhelm Tell...). Also eine negative Allianz, gegen Jemanden.

Viel später, im Jahre 1991, nach dem Zerfall des sowjetischen „Ostblocks“ konnten sich ganz symbolisch an der gleichen Stelle die neu frei gewählten Präsidenten der erneut demokratischen Länder treffen. Es war der tschechoslovakische *Václav Havel*, der ungarische *József Antal* und der polnische *Lech Walesa*. Diesmal war es aber ein durch und durch positives Bündnis. Die Parole hiess: *„Zusammen ins Europa!“*

Und noch ein Paar Zahlen:

In den absoluten Werten können wir noch mehr Differenzen unter einzelnen Staaten beobachten. Um die verschiedenen nationalen Preisniveaus vergleichen zu können, benutzen wir sog. *„Ausgaben in Kaufkraftparität“* („*Purchase Power Parity*“), bekannt als *„PPP-index“*. Diese Zahl zeigt im Gesundheitswesen den Geldverbrauch eines Landes in einem Jahr pro Person an (normalerweise angegeben in US Dollar).

Während die USA in der *„PPP“* schon über 7 tsd. Dollars verbrauchen, sind es in Westeuropa 4-5 tsd. Dollars und in der *„V-4“* rund 1,5-2,5 tsd. US Dollars. Dabei muss man in Kauf nehmen, dass die *„Eingänge“* („*inputs*“) ins System, d. h. Energie, Medikamente, Apparate usw. zu Weltpreisen verkauft werden, die Mediziner aber nur einen Bruchteil der westlichen Löhne verdienen. (Ein auffälliges **Ungleichgewicht** im System: der Eine bekommt, wonach er fragt; der Andere nur das, was übrig bleibt!) So bewegt sich der Monatslohn der tschechischen Ärzte zwischen 1-2 tsd. Euro pro Monat und der der Krankenschwestern bei ca. 0,8-1,2 tsd. Euro. In anderen *„V-4“* Ländern ist er noch etwas niedriger (vom Balkan ganz zu schweigen).

**Die Qualität der Systeme** beurteilt man mit solchen Angaben wie Morbidität, Mortalität, durchschnittliche Lebenserwartung usw. Schon vor vielen Jahren sah ich in einer statistischen Brochüre einen Vergleich des Gesundheitszustands zwischen den Einwohnern im amerikanischen Pittsburg und dem englischen Manchester. Die Zahlen waren damals ganz deutlich günstiger zu Gunsten der Briten.

Das heisst in anderen Worten, dass der britische *„Nationale Dienst“* (und ähnlich auch die anderen europäischen Systeme) erfolgreicher, effizienter oder ökonomischer sind, als das amerikanische System. Mit wenigem Geld mehr Gesundheit. Er ist sogar *„systematischer“* oder *„systemähnlicher“*. Und zu diesem Thema komme ich nun.

#### **4. Das „System an sich“ (\*). Der Mensch als System. Das Gesundheitswesen als System.**

Ich möchte Sie jetzt am Anfang dieses Kapitels darauf aufmerksam machen, dass wir jetzt ein bisschen theoretisch nachdenken werden, ein bisschen mehr als üblich, und dafür entschuldige ich mich.

Was ist eigentlich ein System? Es ist sehr wahrscheinlich, dass jeder von uns unter diesem Wort etwas anderes versteht und sich etwas anderes vorstellt.

Die Theorie der Systeme ist nicht zu alt. Ihre Postulate formulierte der amerikanische Mathematiker **Norbert Wiener** (1894-1964) erst im Jahre 1948. Er befasste sich zuerst mit Philosophie, später mit Mathematik und der Lenkungstheorie. Er studierte die **Lenkungsprozesse in den lebendigen Organismen und im Menschen**, was er später auf andere (besonders auch auf leblose) Systeme übertragen hat (Maschinen, Gesellschaft etc.). Im Jahre 1948 verfasste er sein grundlegendes Werk *„Kybernetik oder die Lenkung und Kommunikation bei Tier und Maschine“* („*Cybernetics or Control and Communication in the Animal and the Machine*“).

Er definierte ein System als eine Menge der zusammenhängenden und in einer Hierarchie angeordneten Elemente mit inneren und äusseren **Bindungen**. Das Ganze ist dabei mehr als eine Gesamtzahl (= blosse Summe) der Elemente.

Zum Beispiel der Mensch. Man könnte auch sagen: *„Der Mensch ist drei bis vier Kilo Mineralien, ein bisschen Kohlenstoff und etwas Wasser dazu“*. Zumindest dann, wenn er nach dem Tod aus dem Krematorium kommt. Und doch, wir spüren, hier stimmt etwas nicht, der Mensch ist mehr ... („*Was ist der Mensch, dass du seiner gedenkst?*“ fragte schon drei tausend Jahre zuvor König David in Psalm 8,5).

Ein gut und richtig funktionierendes System ist durch eine ununterbrochene Strömung und einen fließenden Austausch von Informationen sowohl innerhalb des Systems, als auch zwischen verschiedenen Systemen charakterisiert (oder System-Umgebung Verbindungen). Ein solches Verhalten minimiert das Maß der Entropie (der Unbestimmtheit, des Chaos) im System, das sich dann **energetisch möglichst sparsam** = ökonomisch benimmt. Mit anderen Worten – solches Verhalten erspart dem System die Energie, das Geld usw. und gibt ihm bessere Chancen zum Überleben oder zu einer „*beständigen Entwicklung*“. Dies gilt heutzutage als eine sehr wichtige, globale These für unsere Erde.

Der ununterbrochene Austausch von Informationem führt letztendlich im System zu einem Gleichgewichtszustand, ähnhlich wie es das 2. thermodynamische Gesetz feststellt (siehe auch die Boltzmann's Konstante). Beobachten wir so etwas beim Menschen, sagen wir in der Regel: „**Dieser Mensch (Patient) ist gesund**“. Natürlich müssen wir dabei überhaupt nichts von dem 2. thermodynamischen Satz, dem alten Physiker Boltzmann oder von dem „*System an sich*“ usw. Wissen, um trotzdem gute und erfolgreiche Ärzte zu sein ...

Alle Systeme sind entweder offen oder geschlossen, je nach der Interaktion mit ihrem Milieu. Der Mensch ist sicher ein offenes System. Das Gesundheitswesen ist ebenso auch ein offenes System. Es ist nicht isoliert, „*lebt nicht auf einer einsamen Insel*“, ist und bildet ein Teil der Gesellschaft, der nationalen Wirtschaft usw. – in jedem Land unserer Welt – mit allem, was dazu gehört.

Womit wird ein System charakterisiert?

Das „*System an sich*“ wird durch eine feste **Struktur und Funktion** charakterisiert. Diese bestimmen das Benehmen des Systems. Sie sagen uns, was für ein System (Ding) es ist, wofür es geeignet ist und was wir von diesem und jenem System erwarten können.

Jedes System braucht dringend auch Energie oder „*Kraftstoff*“, was beim Organismus Sauerstoff sein könnte (Oxidationsprozesse) und im Gesundheitswesen so eine nüchterne, banale und platte Sache wie gewöhnliches Geld. Ganz im Allgemeinen sind das aber „*Informationen an sich*“, haben sie eine energetische (materielle) Substanz oder nicht.

Heute, im Computerzeitalter weiss man (oder besser gesagt: ahnt man?) was z. B. eine „*hardware*“ und eine „*software*“ bedeuten. Beim Menschen können wir von der Anatomie, Physiologie oder Pathophysiologie sprechen. Im Falle vom Gesundheitswesen arbeiten wir analogisch mit solchen Begriffen wie Institutionen (= Hardware, Anatomie) und gegebenen Regeln, Gesetzen, Richtlinien, Erlassen usw. (= Software, Physiologie). Falls etwas im Gesundheitswesen falsch ist, etwas scheitert, schief oder sogar kaputt geht, heisst es, dass die Pathologie und Pathophysiologie überwiegen und ihre Rollen übernehmen. Sowie im Menschen (laut Norbert Wiener), als auch in jedem beliebigen System, wie z. B. – um bei unserem Thema zu bleiben – im Falle des Gesundheitswesens.

**Die Rückbindung** ist ein grundlegender Regulierungsvorgang oder Prozess in jedem System. Sie ist entweder **positiv** oder **negativ** und **zielt immer auf Optimierung** des gegebenen Systems. Das heisst, dass sie auf die energetischen Ansprüche, oder besser gesagt Ersparnisse (im Sinne der Kalorien oder des Geldes usw.) ausgerichtet wird. Mit anderen Worten, sie inhibiert die Pathologie und führt zu einem gesunden, ökonomisch (energetisch) sparsamen Benehmen des Systems (z. B. des Menschen), indem sie das Maß der Entropie (d. h. des Chaos, der Unbestimmtheit) erniedrigt.

Bei einer Krebsgeschwulst (was u. a. mit der misslungenen Immunität zusammenhängt) laufen die unökonomischen (= pathologischen) Vorgänge, die zum Scheitern und letztendlich zum Tode des Menschen führen können (eine pathologische, endogene Zerrüttung innerhalb eines Systemes). Dies geschieht, falls sie nicht ordentlich behandelt wird; mit anderen Worten – falls der menschliche Organismus nicht „*auf die richtige Bahn geführt wird*“.

Ein Gesundheitswesen ist ein kompliziertes und komplexes System mit vielen Subsystemen – Krankenhäusern, Patienten, Medizinern, Ärzten, mit der Pharmaindustrie, anderen Lieferanten usw. usw. Beinahe so kompliziert wie der Mensch. Jedes Subsystem hat seine eigenen Interessen, seine Prioritäten. Können sie sich überhaupt einigen und reguliert werden?

Sowie beim Menschen, sollte auch im Falle des Gesundheitswesens alles durch **Autoregulierungsrückbindungen** miteinander verbunden und verwaltet werden: Eingang, Ausgang, Antwort, Kontrolle (sog. „*Biofeedback*“). Das alles soll zu einem energetisch (oder finanziell) optimalen Benehmen des Systems führen. Ist es wirklich so? Was, wenn wir diese These (Lehrsatz) an unsere erwähnten Gesundheitssysteme applizieren – z. B. an das marktorientierte Gesundheitswesen in den Vereinigten Staaten?

Bei allen Systemen gilt die gleiche Analogie, welche beim Menschen Norbert Wiener gefunden hat:

1. **Gleiche Lenkungsprinzipien** – das Weltall, die Erde, die Natur, der Organismus, die Stadt, der Staat, eine intelligente Maschine (ein Roboter), die Fabrik, der Computer usw.
2. **Feste Hierarchie der Anordnung** und die „*intelligenten*“ Rückbindungen („*Biofeedback*“) – eine zentrale Lenkungseinheit, mehrere Exekutive Einheiten, z. B. das zentrale Nervensystem (ZNS) beim Menschen, die afferenten und efferenten Bahnen, Organe usw.
3. **Genügendes Maß an Autonomie** – nicht alles kann von einem Zentrum gesteuert werden. Der Mensch hat ein autonomes Nervensystem dazu, um unsere lebenswichtigsten, vitalen Funktionen aus sich selbst zu steuern, regulieren und kontrollieren.
4. **Subsidiarität** – eine Kooperation der Peripherie mit zentralen Funktionen. Alles soll von der möglichst niedrigsten Stufe, Niveau gelenkt werden. Das spart nämlich Energie. Das heisst, unter anderem, ein ziemlich liberales Milieu, aber mit klaren, festen und auch gehaltenen Regeln und einem festgegebenen „*Spielplatz*“ (= Anatomie + Physiologie des Organismus, Einheit in Vielfältigkeit).

Und zurück zu unserem Gesundheitswesen. Es gibt verschiedene Ansichten zu dem, was eigentlich Gesundheitswesen ist oder sein soll:

1. Gesundheitswesen ist vor allem ein öffentlicher Dienst („*res publica*“).
2. Das Gesundheitswesen ist ein Geschäft wie alle anderen Geschäfte.
3. Das Gesundheitswesen ist ein öffentliches Gut (Vermögen).
4. Das Gesundheitswesen ist ein privates Gut (eine ganz private Sache des Individuums).
5. Der Staat sollte ins Gesundheitswesen nicht eingreifen.
6. Der Staat muss das Gesundheitswesen lenken und regulieren.
7. Die Ansicht der Patienten.
8. Die Ansicht der Mediziner.
9. Die Ansicht der Kassen (ob privaten oder öffentlichen) – oder der Zahler, um ganz im Allgemeinen zu bleiben.
10. Die Ansicht des Handels im Allgemeinen usw.

Welche dieser und vieler anderer Meinungen erfüllen auf die optimale Art und Weise die Systemkriterien?

Bildet dieses oder jenes Gesundheitswesen ein geschlossenes System mit zuständigen Rückbindungen, Regulationen und Kontrolle?

Wird die Funktionsfähigkeit und Kooperation ihrer Bestandteile sichergestellt?

Werden die richtigen Reaktionen auf die Menge der Informationsströmungen und ihre Auswirkung auf die Systementropie (Energieersparnisse, Geldersparnisse) sichergestellt?

Wie schon gesagt, das Gesundheitswesen ist ein offenes System. Wie interagiert es mit anderen Systemen der nationalen Wirtschaft (z. B. mit dem Sozialsystem, Finanzsystem usw.)?

Wie reagiert es auf die inneren Veränderungen im eigenen System?

Wie reagiert es auf die äusseren Veränderungen und Einflüsse (z. B. auf die demographischen Veränderungen, finanziellen Schwierigkeiten usw.)?

Wie weit werden die ökonomischen Kriterien in Kauf genommen?

Wie weit werden die sozialen, politischen und anderen Kriterien respektiert?

## 5. Schlusswort

Norbert Wiener hat bemerkt, dass unser Organismus nur deswegen lebt, da er ein System ist und bildet. Wir sind beinahe ein vollkommenes System – wir haben eine Steuerungszentrale und exekutive Organe. Wir werden durch intelligente Rückbindungen gesteuert und unser Organismus lenkt sich einigermaßen selber. Er hat auch ein autonomes Lenkungssystem, auf dem unsere lebenswichtigsten Funktionen angeschaltet werden – vom Atmen, über die Herztätigkeit und Bewegung bis zur Ausscheidung.

Auch unser Tod ist vorprogrammiert. Unsere Zellen replizieren sich der DNA-Kode nach nur soweit es möglich ist, bis die Telomeren (= die DNA-Endungen) verbraucht sind.

Ich glaube, Gott hat in seiner Weisheit eine richtige Entscheidung getroffen. Oder nicht? Warum dann die ewige Sehnsucht des Menschen nach langem Leben oder sogar Unsterblichkeit? Ist in unsere Gedanken etwas eingedrungen, was dort nicht hingehört? Oder liegt etwas Tieferes in den Worten „*Du hast den Menschen wenig niedriger gemacht denn Gott...*“? (Der alte König David als Psalmist in Psalm 8,6). Gibt es etwas von „*Gottes Funken*“ in uns (Friedrich Schiller, in der „*Ode an die Freude*“)?

Unsere Überlegungen sind nun zu Ende. Die Suche nach einem solchen System, das die obengenannten Kriterien, das optimale Verhalten, das „**System an sich**“ erfüllt - ähnlich, wie z. B. unser menschlicher Organismus – aber bleibt. Welches ist es? Existiert so etwas überhaupt?

Und noch ein kleiner Zusatz. **Was soll die Medizin der Person damit?** Was kann sie überhaupt? Was liegt in unseren Kräften und was nicht?

Die Fragen sind gestellt, ich freue mich auf unsere folgende Debatte.

Ich bedanke mich sehr für Ihre Aufmerksamkeit.

(\*) Unter „*Ding an sich*“ versteht **Immanuel Kant** (1724-1804, Königsberg, Ostpreussen, heute Kaliningrad, Russland) eine philosophische Kategorie; die Wirklichkeit, die ganz unabhängig von unserer Erfahrungsmöglichkeiten und für sich selbst besteht.

Ich verstehe dagegen unter „*meinem*“ Begriff „*System an sich*“ keine abstrakte philosophische Kategorie, die irgendwo in der Weltall „hängt“, sondern immer eine ganz konkrete Sache (Ding, „*System*“), die aber eine allgemeine Gültigkeit hat.

\* Literatur und Referenzen beim Author.