

Agenda 2010 - Katalysator für sozialen Wandel oder Sozialtechnologie?

Klitzsch, Wolfgang

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Klitzsch, W. (2005). Agenda 2010 - Katalysator für sozialen Wandel oder Sozialtechnologie? *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 28(2), 343-348. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-44413>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Agenda 2010 – Katalysator für sozialen Wandel oder Sozialtechnologie?

Wolfgang Klitzsch

1 Einführung

Die Bewertung der letzten zwei Jahre der Umsetzung der Agenda 2010 aus soziologischer Sicht führt zu mindestens zwei grundlegende Fragen, denen sich die Soziologie in den letzten Jahrzehnten intensiv zugewandt hat:

- Inwieweit lässt sich die gesellschaftliche Dynamik durch intentionale politische Steuerung beeinflussen?
- Welche Rolle spielt das politische System in modernen Gesellschaften? Ist sie eher „steuerungspragmatisch“ (*Fritz Scharpf*) oder „steuerungskeptisch“ (*Niklas Luhmann*) zu sehen.

Der kritische Diskurs über die Agenda 2010 bzw. deren Wirkung wird erschwert durch die Tatsache, dass es keinen hinreichenden Konsens über die gegenwärtige Lage, in der sich unsere Wirtschaft und unser Gemeinwesen in der globalisierten Welt befinden, existiert.

2 Gesellschaftlicher Kontext der Agenda 2010

Die vom Grundgesetz intendierte starke Stellung der politischen Parteien nach 1945 hat die Folge gehabt, dass diese eine starke Stellung bei der Interpretation der sozialen Realität, ihrer Entwicklungstendenzen, ihren Gefährdungen etc. besitzen. Aus der Sicht Gesundheitswesens kann man überspitzt formulieren, dass es nahezu allen Parteien „gelungen“ ist, Bilder dieses Leistungsbereiches durchzusetzen, die man als „kontrafaktisch ideologisch stabilisierte Realitätsbeschreibung“ charakterisieren kann. Die Folge war, dass langfristige Trends ignoriert wurden (Altersentwicklung), einer Erwartungsexpansion Vorschub geleistet worden ist, sich überdimensionierte Kontrollapparate etablierten und die Verlässlichkeit der Entwicklung im Gesundheitswesen verloren ging.

Um das Entstehen und damit den Wirkungsgrad der Agenda 2010 umreißen zu können, ist das Verständnis folgender Megatrends unseres Gemeinwesens relevant:

- Der Staat hat spätestens ab den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts keine Gelegenheit ausgelassen, gesellschaftliche Spannungen und soziale Erwartungen zu vergesellschaften und zum Gegenstand politischen Handels zu machen. Diesen Prozess hat *Luhmann* Anfang der 80er Jahre als Inklusion bezeichnet. Die Folge war die systematische Überforderung der Hilfesysteme.
- Seit den 1960er Jahren ist in vielfältiger Weise die soziale Basis der Gesellschaft als Voraussetzung und Fundament sozialpolitischer Leistungen stark erschüttert worden.

Die erweckten und realen sozialen Bedürfnisse richteten sich nun ungebremst an die abstrakten Hilfesysteme. Sozialstaatlich erfolgreiches Handeln lebt allerdings von Voraussetzungen, die es selbst nicht schaffen kann (*Böckenförde*). Das Problem wird in einer Einschätzung von *Herwig Birg* schlaglichtartig deutlich: In modernen Gesellschaften haben nur die etwas von Kindern, die sie nicht haben.

Vor der überraschenden Kehrtwende der sozialdemokratischen Akteure hin zur Agenda 2010 war die Überdehnung staatlichen Handels und staatlicher Transfersversprechen für jedermann offenkundig. Die politischen Akteure ahnten plötzlich, dass im Gegensatz zur politischen Rhetorik sich die faktischen Wirkungen ihres Handels als Summe aller unbeabsichtigten Kollateralschäden zurückmeldeten.

Die Agenda 2010 als Versuch, den unangenehmen Realitäten Tribut zu zollen, stellt natürlich, da gegen die Laufrichtung der Erwartungen gespielt, eine ungeheure Zumutung zum Wahrnehmungswechsel dar. Schmerzhaft waren

- die Erkenntnis, dass Nationalstaaten ihre Verhältnisse nicht mehr autonom regulieren können,
- die Enttäuschung über die faktischen Wirkungen der Überdehnung der Leistungsversprechen,
- die Erosion der sozialen Basis und damit auch der Übertrag vieler sozialer Bedürfnisse in die Leistungssysteme,
- die Frustration über das Steuerungsversagen des Staates sowie
- das Erschrecken über die Mutation des Bürgers zum universellen Betreuungsobjekt.

Besonders schmerzhaft dürfte auch die Erkenntnis gewesen sein, dass das Leitsystem der Gesellschaft nicht mehr das politische, sondern das ökonomische ist (*Luhmann*).

Die Agenda 2010 zielt nicht primär auf das Gesundheitssystem, da sie den Arbeitsmarkt in den Fokus nimmt. Die tektonischen Auswirkungen der Agenda 2010 sind allerdings in der Statik des Gesundheitswesens nachweisbar.

3 Die gesellschaftliche Relevanz des Gesundheitswesens

Das Gesundheitswesen umschließt als ein Leistungs-, Lebens- und Arbeitsbereich etwa 10 % der Gesellschaft. Im Gesundheitswesen werden die relevanten Trends, Herausforderungen, Brüche etc. der gesamten Gesellschaft deutlich und für den Bürger erfahrbar.

Dazu zählen insbesondere folgende Aspekte:

- Die Intensität des sozialen Wandels ist hoch und wird u. a. an der Dynamik der Wissensentwicklung deutlich (alle fünf Jahre sind etwa 50 % des Wissens veraltet);
- Das Gesundheitswesen ist in besondere Weise abhängig von intakten sozialen Strukturen. Defizite dort werden wie im System der kommunizierenden Röhren an das professionelle Leistungssystem gemeldet.
- Das Gesundheitswesen als „soziotechnisches System“ ist hinreichend komplex, um alle Fassetten beruflicher Arbeit, organisatorischer Varianten, Leistungstypologien, Rechts- und Steuerungsformen etc. abzubilden, so dass es als repräsentativ für moderne Gesellschaften selbst gelten kann.

- Das Gesundheitswesen ist - ähnlich dem Bildungssystem - nicht in der Lage, in einem eindimensionalen Sinne Leistungen „herzustellen“. Es ist auf die „Ko-Produktion“ des Gegenüber angewiesen (dialektische Leistungsproduktion): Es ist also kein einfaches Gewähren, Abgeben, Herstellen möglich, sondern es ist abhängig von qualifizierten Leistungsbedingungen.
- Die „Überdehnung“ staatlicher Leistungen wird im Gesundheitswesen insofern besonders evident, da sich der Versicherungsfall „Krankheit“ in einem hohen Maße in der Selbstdefinition des Versicherten/Bürgers befindet.
- Das Gesundheitswesen ist zudem durch eine besondere Paradoxie (Fortschrittsfalle) gekennzeichnet: Je höher die Leistungsfähigkeit der Medizin – Rettung von Babys mit einem Körpergewicht von 500g –, desto ausgeprägter ist das Anwachsen der Morbidität und damit das Scheitern nach der Logik internationaler Statistiken.
- Das Gesundheitswesen ist das geborene „Inklusionsfeld“. Unabhängig von der Frage, ob genetisch, durch Umweltbedingungen oder eigenes Verhalten ausgelöst, lassen sich feinste gesundheitliche Differenzen – metrisiert – erfassen und als ausgleichsbedürftig darstellen.
- Im Gesundheitswesen werden die Effekte der gesellschaftlichen Wohlfahrt in ihrer ambivalenten Wirkung besonders erfahrbar: Diabetes Typ II, Demenz, Übergewicht etc. werden vor allem dem Gesundheitswesen zu gerechnet.
- Das Gesundheitswesen reagiert besonders sensibel auf die gängigen Formen der Rationalisierung. Ist die formale Organisation, der Trend zur Arbeitsteilung und Konzentration, die kurzfristig orientierte Renditerationalität, die zunehmende Konditionierung des akademischen Handelns etc. der besonderen Charakteristik dieses Dienstleistungsbereichs angemessen?
- Das Gesundheitswesen ist soziologisch von Relevanz, da in ihm – historisch bedingt – alle Steuerungsformen (bürokratische und marktliche Steuerung sowie professionelle Steuerung) nachweisbar sind. Das Mischungsverhältnis erscheint jedoch nicht gesund. Markt ohne Marktordnung, ein Staat, der sich nicht auf die Schaffung eines stabilen Rahmens beschränkt, sondern zur normativen Feinjustierung neigt, sowie eine professionelle Selbststeuerung, die gelegentlich kraftlos wirkt.

Das Gesundheitswesen ist, weil es sich auf der Höhe der gesellschaftlichen Entwicklung befindet, geeignet, die Effekte des Politikwechsels aufzuspüren.

4 Indirekte Wirkungsfelder der Agenda 2010 im deutschen Gesundheitswesen

Stichpunktartig lassen sich die direkten und indirekten Effekte der „neuen Philosophie“, für die die Agenda 2010 steht, im Gesundheitswesen wie folgt markieren:

- Beginn der Diskussion um die Bestimmung des Katalogs der notwendigen Leistung durch Ausgrenzung peripherer Leistungen und Erhöhung der Zugangsschwellen zu gesundheitlichen Dienstleistungen (10 Euro „Praxisgebühr“);
- Standardisierung und Konfektionierung der Medizin entlang von Leitlinien über so genannte DMPs (Disease Management Programme), die den professionellen Entscheidungsraum einengen, das Handeln der akademischen freien Berufe konditionie-

- ren und die Bindung der Ärzte und Patienten an medizinische Handlungsprogramme durch starke finanzielle Anreize – vor allem für die Krankenversicherung – stabilisieren (Risikostrukturausgleich);
- Betriebswirtschaftliche Ausrichtung der sozialen Institution „Krankenhaus“ durch Einführung eines neuen Vergütungssystems (Diagnosis-Related Groups, DRG), das die innerorganisatorische Effizienz signifikant erhöhen kann, kritische Effekte auf die Behandlungskontinuität auslöst und das Krankenhaus von jeder Form sozialer Funktionen „entfrachtet“;
 - Versuch der Hebung von Effizienzreserven durch Privilegierung großer organisatorischer Einheiten im Gesundheitswesen (Medizinische Versorgungszentren), deren betriebswirtschaftliche Rationalität (gemeinsame Gerätenutzung) unbestritten, deren Geeignetheit für weite Teile des medizinischen Leistungsspektrums kritisch betrachtet werden muss (Ist eine individuelle personale Beziehung als Vertrauensbasis relevant?);
 - Schaffung von zentralen Entscheidungsgremien (Gemeinsamer Bundesausschuss, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit), die im Prinzip der Rationalität folgen, dass sich ärztliche Kalküle zentral und standardisiert steuern lassen. Die neu geschaffene Pflicht des Nachweises der Fortbildungsbemühungen von Ärzten und das nachgestaltete stringente Sanktionsverfahren bei Verfehlen einer bestimmten Gesamtpunktzahl über einen definierten Zeitraum kann als Versuch verstanden werden, einen akademischen Beruf zentral zu kontrollieren.

5 Moderne Funktionen eines katalysatorischen Staates

Wenn man die Agenda 2010 als ein Symptom des Erschreckens über die Folgen des eigenen Handelns und deren Prämissen begreift, so ist die Frage zu stellen, ob es gegenwärtig – jenseits weiterer Interventionen, die der sozialtechnologischen Rationalität folgen – nicht sinnvoller ist, sich der Rolle des Staates innerhalb der modernen Gesellschaft noch einmal zu vergewissern. Man kann davon ausgehen, dass hier die eigentliche Frage zu entdecken ist.

Für das Gesundheitswesen – ich denke allerdings auch für die Sozialstaatlichkeit generell – wären folgende Elemente der Neubesinnung der Rolle des Staates wünschenswert:

- Der moderne Staat hat Verantwortung für das Präsenhalten der „langen Linien einer Gesellschaft“. Die demografischen Herausforderungen beispielsweise sind spätestens seit Anfang der 1980er Jahre offenkundig; bereits 1972 schnitt die Kurve der Lebendgeborenen die der Sterbenden. Es ist dem politischen System „gelungen“, diesen extrem harten Trend mindestens 15 Jahre zu ignorieren.
- Der Staat hat die Aufgabe, die Handlungsfolgen eines Sektors der Gesellschaft auf andere Bereiche im Blick zu halten (gesundheitliche Folgen der Verkehrspolitik) sowie den Ausgleich der verschiedenen legitimen Interessen zu fördern (Moderation).
- Die Steuerung der Gesellschaft durch das politische System wird angesichts der Ressourcenknappheit in Zukunft stärker durch Zielbestimmung sowie Kräftigung und Ermutigung der leistungsstarken Strukturen und Institutionen erfolgen müssen.

- Die Rolle des Staates besteht auch darin, die Repräsentanz der nicht Anwesenden (nächste Generation) zu gewährleisten, da moderne Demokratien dazu neigen, die Kosten und Folgen der Interessenausgleiche unter den Anwesenden „zeitlich zu externalisieren“.
- Der moderne Staat hat jedwede Form des investiven Verhaltens und Handelns zu belohnen und dafür berechenbare stabile Rahmenbedingungen zu schaffen.

Diese zentralen Elemente sind Merkmale einer modernen Rolle des politischen Systems, das den sozialen Wandel, der sich dem sozialtechnologischen Zugriff entzieht, zielorientiert begleitet und führt.

6 Relevante Fragen im Gesundheitswesen angesichts von Agenda 2010

Das Gesundheitswesen als besonders innovativer und wachstumsstarker Bereich der Gesellschaft wird nicht durch inkonsistente, selektive und zum Teil widersprüchliche Eingriffe zu stabilisieren sein.

Ein langfristig tragfähiger Ansatz für das Gesundheitswesen müsste mindestens folgende Fragen in den Blick nehmen:

- In einem Gesundheitswesen, das sich in weiten Teilen (chronische Erkrankungen) mit Zivilisations- und Wohlstandseffekten abzumühen hat, sind das Ausmaß der solidarischen Hilfe und das der Eigenverantwortung neu zu bestimmen. Dabei geht es auch darum, dass die Anreize so auszurichten sind, dass die Eigensorge des Bürgers für die eigene Gesundheit im Blick bleibt und das Gesundheitswesen nicht lediglich als Reparaturbetrieb wahrgenommen wird.
- Die viele Jahrzehnte nahezu ungebremsste Leistungsausweitung führt im Ergebnis – durch Überforderung und Fehlnutzungen – paradoxerweise auch dazu, dass die Not der unbestreitbar Hilfebedürftigen, als eigentliche Zielgruppe der Errichtung der Sozialversicherungen, zunehmend aus dem Blick gerät.
- Es ist bisher nicht gelungen, alltagstauglich zwischen den unverzichtbaren Kernleistungen und den darüber hinaus gehenden sinnvollen, aber nicht der Solidargemeinschaft zurechenbarer Leistungen zu unterscheiden.
- Durch eine erwünschte Nachfrage außerhalb des Kernbereichs ergibt sich die Möglichkeit der Entfaltung der Beschäftigungsfunktionen dieses personenintensiven Dienstleistungsbereichs Gesundheitswesen. Hinzu tritt, dass die meisten Dienstleistungen auch eine gewisse Globalisierungsfestigkeit besitzen, also nicht beliebig exportierbar sind.
- Wegen in der oben angesprochenen, in Teilen faktischen „Selbstdefinition des Versicherungsfalles“ ist eine differenzierte finanzielle Beteiligung geboten. Ob das Sachleistungsprinzip der modernen Medizin dem Anspruchsdenken des Bürgers und der Stabilisierung der sozialen Sicherungssysteme noch adäquat ist, kann ernsthaft bestritten werden. Als Ausweg würde sich ein Kostenerstattungssystem anbieten.

Dies sind nur wenige, aber unabweisbare Bereiche, die einer Klärung zuzuführen sind und die mit einem kurz greifenden, sozialtechnologischen Ansatz kaum in den Blick geraten.

7 Konsequenzen für die soziologische Praxis

Die gegenwärtige gesundheitspolitische Diskussion läuft „soziologiefrei“ ab. Eine wesentliche Frage hätte sich beispielweise darauf richten müssen, ob die üblichen Effizienzmechanismen der Gesellschaft (betriebswirtschaftliche Rationalität, Spezialisierung und Konzentration, formale Organisation, technische Prozeduren ersetzen menschliche Arbeit etc.) auf den Leistungskern des Gesundheitswesens auch uneingeschränkt Anwendung finden können. Soziologische Erkenntnisse sind in diesem – vor allem zwischen Juristen und Ökonomen geführten – Diskurs nicht gefragt.

Die Steuerung eines so komplexen sozialen Systems wie das des Gesundheitswesens setzt soziologische Erkenntnisse aber zwingend voraus. Die Soziologie besitzt die Kompetenz, die innere Dynamik solcher Systeme zu verstehen, die Grenzen, aber auch die paradoxen Effekte staatlicher Interventionen zu beschreiben, die Sensibilität für Kollateralschäden zu erhöhen, die Mehrdimensionalität der Rationalität von Organisationen zu beschreiben und die langfristigen Effekte zu bestimmen. Die Soziologie ist aus meiner Sicht deshalb blockiert, da es ihr nicht gelingt, das Potential ihres Wissens relevant zu machen und in den Horizont des politischen Systems zu tragen.

Literatur

Luhmann, Niklas: Politische Theorie im Wohlfahrtsstaat, München-Wien 1981

Dr. Wolfgang Klitzsch
Geschäftsführer Ärztekammer Nordrhein
Tersteegenstr. 9
40474 Düsseldorf
Tel.: +49 211 4302-1212
eMail: Wolfgang.Klitzsch@ackno.de

Wolfgang Klitzsch, Jahrgang 1950, Studium der Soziologie und Volkswirtschaftslehre in Bielefeld und Köln, Mitarbeiter der Fakultät für Soziologie der Universität Bielefeld, Promotion zum Dr. rer. pol. an der Universität zu Köln 1986, Krankenhauspolitischer Referent der Deutschen Krankenhausgesellschaft 1986 bis 1992, Geschäftsführer der Ärztekammer Nordrhein seit 1992, Mitglied im Vorstand des Bundesverbandes Managed Care seit 1997, Vorsitzender des Vorstandes des European Public Health Center ab 1999.

