Apl. Prof. Dr. Andreas Zieger
Wintersemester 2016/17
Cvo Universität Oldenburg, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

1.02.605 Seminar

Projekt Netzwerk Nachsorge und Teilhabe nach erworbener Hirnschädigung Oldenburg und Umgebung

---

Dienstags, 18:00-20.00 Uhr, A13 0-006

Ausmaß und Folgen der zunehmenden Verbetriebswirtschaftlichung und Digitalisierung im Gesundheitswesen (Medizin, Pflege, Rehabilitation)

10. Januar 2017

Andreas Zieger
www.a-zieger.de

Aktualisierte und erweiterte Fassung des Vortrages
„Kolonialisierung und Verbetriebswirtschaftlichung in Medizin und Pflege“
zur Ringvorlesung Philosophie II „Leben im Neoliberalismus“
am 18. April 2016, CvO Universität Oldenburg

Kolonialisierung und Verbetriebswirtschaftlichung in Medizin und Pflege

Andreas Zieger

www.a-zieger.de

Ringvorlesung Institut für Philosophie „Leben im Neoliberalismus II“
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, 18. April 2016

Übersicht

I Persönliche Vorbemerkungen

II Philosophisches zur Medizin/„Bio“medizin

III Kurze Historie der Antworten auf die „Soziale Frage“

IV „Gesundheitsfalle“ als Einfallstor für hemmungslose Kommerzialisierung

V Regulierungsversuche und Alternativen

Literatur im Anhang

I Persönliche Vorbemerkungen

1970 Frankfurter Studienkollektiv „Wie werde ich zum guten Arzt?“
1971 Erich Wulff: Der Arzt und das Geld Argument 69
1973 Krankenhausfinanzierungs-, 1977 Kostendämpfungsgesetz
1975 Gründung Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte - VdÄÄ
1980 Gesundheitstagsbewegung - Berlin
1981 Im Dienste der Gesundheit? Der Medizinisch-Industrielle Komplex auf dem Vormarsch. Demokratisches Gesundheitswesen, 6 (1981) 11-15
1985 Fein manövriert. Zum Maßnahmenkatalog für medizintechnische Großgeräte. Demokratisches Gesundheitswesen, 10 (1985) 14-15
2007 Erfahrungen mit der Rehabilitation von Menschen im Wachkoma unter den Bedingungen von Zeitknappheit und Kostendruck im neoliberalen Gesundheitswesen. In K. Grüber & S. Graumann (Hrsg.). Herausforderungen - Mit schwerer Behinderung leben. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag 2007, 111-119
2008 Jaspers-Symposium – Leiter des Symposium: Der Arzt im technischen Zeitalter, CvO Universität Oldenburg
1997-2014: Leitender Arzt einer konfess. Frühreha-Klinik

II Philosophisches zur Medizin

Rudolf Virchow (1821-1902)

- Medizin als „Soziale Wissenschaft“ und „Politik im Großen“ …

<u>Preußischer Landtag 1856:</u>

- Abschaffung des *Philosophikums* in der Medizinerausbildung (Was ist mit Reflektion, Ethik,Theorie?)
- Reduzierung auf *Physikum*: der Körper (Organe, Zellen, ohne „Geist“, „Seele“, „Subjektives“) als Gegenstand (Objekt) der aufkommenden naturwissenschaftlichen Medizin

Bernhard Naunyn (1983-1925)

Deutscher Internist und Krebsforscher

Im Sinne des Positivismus:

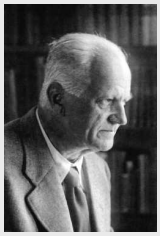
- Medizin muss (Natur-)Wissenschaft sein, oder sie wird nicht sein (1906)

„Die wissenschaftliche Kritik ist dem Arzt absolut unentbehrlich. Einerseits beschützt sie ihn vor dem Hange der Selbsttäuschung und andererseits bewahrt sie ihn vor dem **Hin- und Hertaumeln von einer Modetorheit zur anderen**…“

Medizin - Gesundheit?

G. C. Lichtenberg (1742-1779)

„Das Gefühl von Gesundheit erwirbt man sich nur durch Krankheit.“



V. v. Weizsäcker (1886–1957)

"Medizin ist eine Weise des Umgangs des Menschen mit dem Menschen."

Victor-Emil von Gebsattel (1883-1976)

Erweiterung der Grenzen materialistisch-positivistischer Grundannahmen in Medizin und Psychologie

- „Philosophischer Personalismus“ (Scheler)
- „Biografische Medizin“ (v.Weizsäcker)
- Anthropologische Psychotherapie

Therapie „vom Geistigen her“

- Ärztliches Engagement,
- Begegnung mit dem Patienten
- Menschliche Zuwendung

H.-G. Gadamer (1900-2002)

Über die Verborgenheit der Gesundheit (1993): Gesundheit ist nicht herstellbar oder ein Lebenszweck, sondern das „selbstvergessene Weggegebensein“ an die unterschiedlichen Lebensvollzüge …

zit. nach Dörner 2008, 9

Dietrich v. Engelhardt (1941)

„Gesundheit ist die Fähigkeit, mit Krankheit, Behinderung und Tod leben zu können.“

Kolloquium „Ethik und Geschichte der Psychiatrie im Horizont von Karl Jaspers“, Karl Jaspers Gesellschaft, 23. Februar 2016, Oldenburg

„Biomedizin“ - Teil der Humanmedizin

G. Ulrich (1997): Biomedizin. Die folgenschweren Wandlungen des Biologiebegriffs:

- Die moderne Biologie reduziert „das Lebendige auf das Tote“ (Löw)
- „Wirkliche Biologie läßt sich nicht auf Physik und Chemie reduzieren.“

„Medizin hat es mit Lebendigem zu tun.“

- Biologisches ist immer auch sozial
- Unreflektierter Gebrauch des Präfix „Bio“
- Einengung des Menschenbildes auf ingenieurwissenschaftliches Ursache-Wirkungs-Denken
- Vernachlässigung der sinnstiftenden Zusammenschau

„ ... bedarf eigener Konzepte und Werkzeuge.“

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

36. JAHRGANG, HEFT 22 — 15. NOVEMBER 1958

DER ARZT IM TECHNISCHEN ZEITALTER*

Von

KARL JASPERS, Basel

Über das Wunder der modernen Medizin bedarf es kaum eines Wortes. Wer seit der Jahrhundertwende dabei war, weiß sich als Zeitgenosse eines Vorgangs, der ohne Vergleich in der Geschichte der Medizin ist. Dieser Fortschrittsprozeß ärztlichen Könnens, langsam begonnen seit dem 17. Jahrhundert, seit der Mitte des 19. Jahrhunderts schneller, hat seit 50 Jahren einen atemberaubenden Gang genommen.

Warum *Krise der Medizin*?

1. Soziologische Folgen der technischen Fortschritts wirken durch die Organisation des Arztwesens auf den ärztlichen Beruf bis zur Bedrohung der Idee des Arztes selber.

2. Tendenz der naturwissenschaftlichen Medizin, sich dem Exakten zu unterwerfen …

3. Da ärztliches Tun an der naturwissenschaftlichen Grenze nicht aufhört, gerät der Arzt an ihr in Verwirrung, hineingezwungen in die Glaubens- und Ziellosigkeit vieler moderner Menschen und des öffentlichen Zustandes überhaupt …

„Zwischen Arzt und Patienten treten **Mächte**, nach denen sie sich richten müssen.

Das **Vertrauen** von Mensch zu Mensch geht verloren.

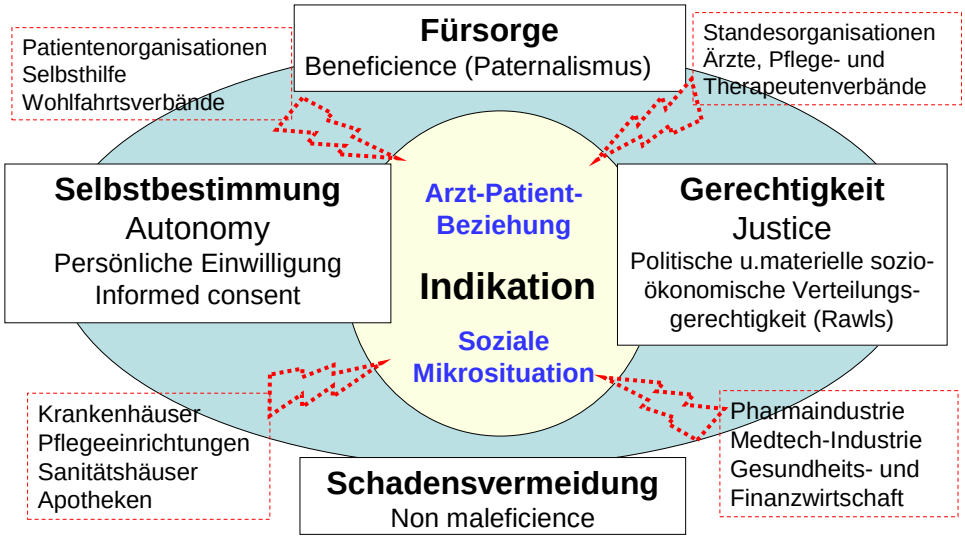
Je mehr Kassenärzte man zuläßt, um so größer wir die **Zahl der Kassenpatienten**.

Diese Ärzte haben dann **wenig Zeit** für die einzelnen Patienten …

Durch die **Organisation** … treten Klinken Krankenkassen, Untersuchungslaboratorien zwischen Arzt und Kranken. Es entsteht eine Welt, die das in seiner Wirkungskraft so **immens gesteigerte ärztliche Tun** ermöglicht, dann aber **dem Arztsein** selbst **entgegenwirkt**… Ärzte werden zu **Funktionen**, als allgemeiner praktischer Arzt, als Facharzt, als Krankenhaus Arzt, als **spezialistischer Techniker**, als Laborarzt, als Röntgenarzt … Sie werden zu Ärzten erst durch Zulassung, Anstellung, Berufung an die manigfachen **Orte des ärztlichen Betriebes.“**

Ethische Prinzipien in der Medizin

nach Beauchamp & Childress 1979/1994 Zieger 2016



III Kurze Historie der Antworten auf die „Soziale Frage“

1789 Französische Revolution: Freiheit, Gleichheit, Brüderlichkeit

1840 Anfänge von „Soziale Medizin“

1883 Soziale Gesetzgebung: Daseinssorge und Schutzrechte Verknüpfung mit „Tüchtigkeit“

1929 Weltwirtschaftskrise, verdeckter Beginn des Neoliberalismus (USA, GB)

ab 1945 Ordoliberalismus, Soziale Marktwirtschaft

1970 bis heute: zunehmend offener Neoliberalismus, Deregulierung, Individualisierung sozialer Risiken Entsolidarisierung, Marktlogik, Gesundheitswirtschaft

Neoliberale Kolonialisierung

Kolonialismus, Kolonialisierung

- Einnahme, Bemächtigung und (gewaltsame) Ausnutzung eines *fremden* Landes

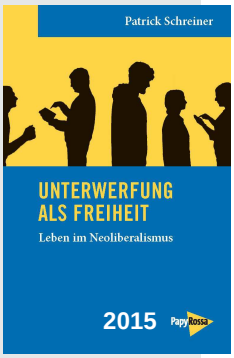
Externe / innere Kolonisierung

- Siedlungspolitik im Ausland, Koloniebildung in Übersee, „Stabilitätsexport“ (Irak, Afghanistan …)
- Im ***eigenen*** Land: Einführung von „freier“ Marktwirtschaftlogik in Bildung, Wissenschaft, Institutionen, Sozial- und Gesundheitswesen … 2015

Neoliberale Staats-/Wirtschaftspolitik

Abbau staatlicher Regulierung und Subventionen (soziale Sicherheit) zugunsten „freier Marktwirtschaft“ (Wettbewerb, Effizienz, Konkurrenz, Transparenz …)

- Senkung von Lohnnebenkosten
- Mehr Eigenverantwortung
- Entsolidarisierung, Sozialabbau
- Steuervergünstigungen und Anreize
- Höhere Gewinne und Renditen
- Umverteilung von unten nach oben



Globalisierung, Weltbank, IWF
Finanz- und Gesundheitswirtschaft

Kolonialisierungseffekte

Früchtel: Was Hilfe sozial macht. Impuls Nr. 66, 03/2913, S. 22

Aussonderung

- Zerschneiden natürlicher Beziehungen durch Spezialbehandlungen in Spezialeinrichtungen

Standardisierung

- Erzwungene Aufsichtspflicht (Vorschriften, Assessments, Pflegestufe, Finanzierung) behindert Selbständigkeit

Entwertung

- Erfahrungen, Kompetenzen und Wille Betroffener werden durch professionelle Diagnosekategorien, Hilfeplanung und Finanzierungssysteme übergangen

Individualisierung

- Aufopferungsvolle individuelle Förderung verdeckt strukturelle Mängel im Hilfesystem

Pro und Contra Ökonomisierung in der Medizin – ein Wertekonflikt („battle of values“, Cain 1997)

aus: Hohagen 2006

Diskussionspunkte	„Öffentlich-Rechtliche“	„Privatisierer“
Werte	Gleichheit, Sicherheit, Kontrolle	Effizienz/Effektivität Flexibilität/Dynamik
Nutzer	schutzbedürftiger Patient	Kunde
Wettbewerb	funktioniert nicht	wichtigstes Prinzip
Versorgungsplanung	zentrale Planungssteuerung z. B. Krankenhausplanung	Kapitalbindung Kundenbindung
Qualitätsgewährleistung	Aufsichtsbehörde	Markt/Kunde
Reform des Gesundheitswesens	Ausgleich von Interessens-konflikten	Deregulierung, Liberalisierung
Rendite/Gewinn	nur in geringem Ausmaß vertretbar	„Motor des Gesundheitswesens“

Marktgesetze in der Medizin

ÄrzteZeitung

"Ein großer Irrtum"

Die Gesetze des Marktes auf die Krankenversorgung anzuwenden war ein Fehler, sagt Medizinethiker Giovanni Maio. Er fordert von Ärzten, wieder den ganzen Menschen in den Blick zu nehmen.

4.11.2012

„Mit dem DRG-System werden chronisch Kranke, Multimorbide und Patienten, die schwer zu behandeln sind, systematisch exkludiert …“

© Dirk Schnack

Ärztetag warnt

ÄrzteZeitung

Politik | Krankheiten | Fachbereiche | Praxis & Wirtsch

Kommerz gefährdet die Medizin

Eine unheilvolle Allianz aus Kommerz und Medizin - und daraus resultierende Skandale - erschüttern immer wieder das Vertrauen in die Ärzteschaft. Dagegen stemmt sich der Deutsche Ärztetag.

Von Helmut Laschet

29. Mai 2013

„Machbarkeit“ von Gesundheit als grundlegendes Missverständnis

Geschäfts-/Vertragsbeziehungen zwischen Gesundheit vs Wirtschaft als völlig unterschiedliche Systeme!

- „Verbetriebswirtschaftlichung des Gesundheitswesens …“
- Kolonialisierung der Medizin …
- Markt schafft Heilkunst ab:
- Arzt als „Unternehmer“, Patient als „Kunde“

Maio, G. (2014): Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft. Suhrkamp

Fundamentaler Widerspruch (Maio 2014)

Gesundheitswesen - Teil des Sozialsystems

- Ein Teil des Reichtums wird zum Wohle aller in das Gesundheitswesen investiert (Subsidar- und Solidaritätsprinzip)

Gesundheitsindustrie - Teil des Wirtschaftssystems

- Kapitaleigner investieren und erwarten Rendite, zum Wohle weniger.
- Ergreift Besitz von der eigentlichen medizinischen Tätigkeit, gemessen an Bilanzgewinn/Rendite

Medizinlogik vs Produktionslogik

Maio 2016

„Zeit“

Ressourcenverbrauch

Verschwendung
Ineffizienz

Zeitverknappung als Mittel zur Effizienzsteigerung!

- Schnellere Abläufe
- Verringerung des Aufwandes zur Produktion
- Regelwerk, Schema
- Berechenbarkeit

Unterordnung des Patienten

Kontaktzeit

Kern des Medizin-/Pflege-/Therapieprozesses

Zentrale Investition!

Ermöglichungs-bedingung von Medizin

- Gelingende Arzt-Patient-Beziehung
- Beobachtung, Reflektion, Kreativität
- Verfahren, Routinen

Beteiligung des Patienten

Stufenmodell der Ökonomisierung im Gesundheitswesen (nach Maio 2014, 22)

Stufe 1 Autonomer Pol	Keinerlei Kostenbewusstsein Kostenerstattung problemlos; völlig autonomes Handeln der Akteure
Stufe 2	Verlustvermeidung als „Soll-Erwartung“ ansonsten autonomes Handeln der Akteure
Stufe 3	Verlustvermeidung als „Muss-Erwartung“ teilweise Beschneidung der Autonomie der Akteure
Stufe 4	Verlustvermeidung, kombiniert mit Gewinnzielen Anpassen an Marktgängigkeit
Stufe 5 Weltlicher Pol	Gewinnerzielung als alleiniges Ziel, Gültigkeit reiner Markgesetze Nichtmedizinische Indikationen und Leistungen

Staatliche Förderung der neoliberalen Marktwirtschaft im Gesundheitswesen

1.) Einführung von Fallpauschalen in die Krankenhausfinanzierung (FPG 2003)

2001: „Das Geld soll der Leistung folgen“

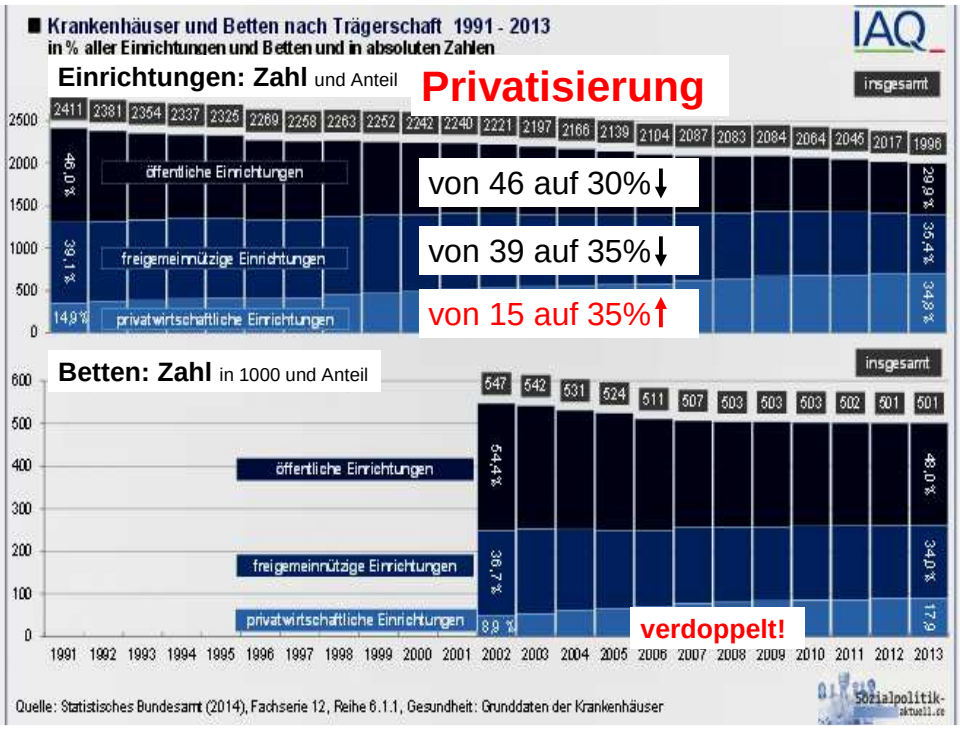
Krankheiten und Behandlungsleistungen werden zu „homogenisierten“ Fallgruppen (DRG)

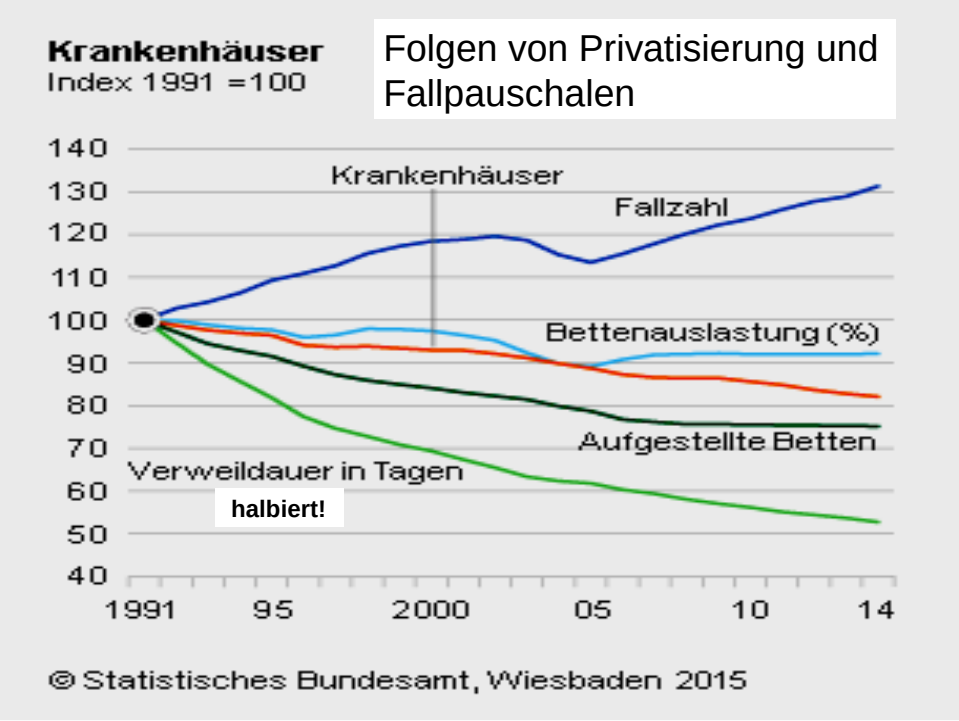
- Medizinisch-pflegerische Inhomogenität der DRG

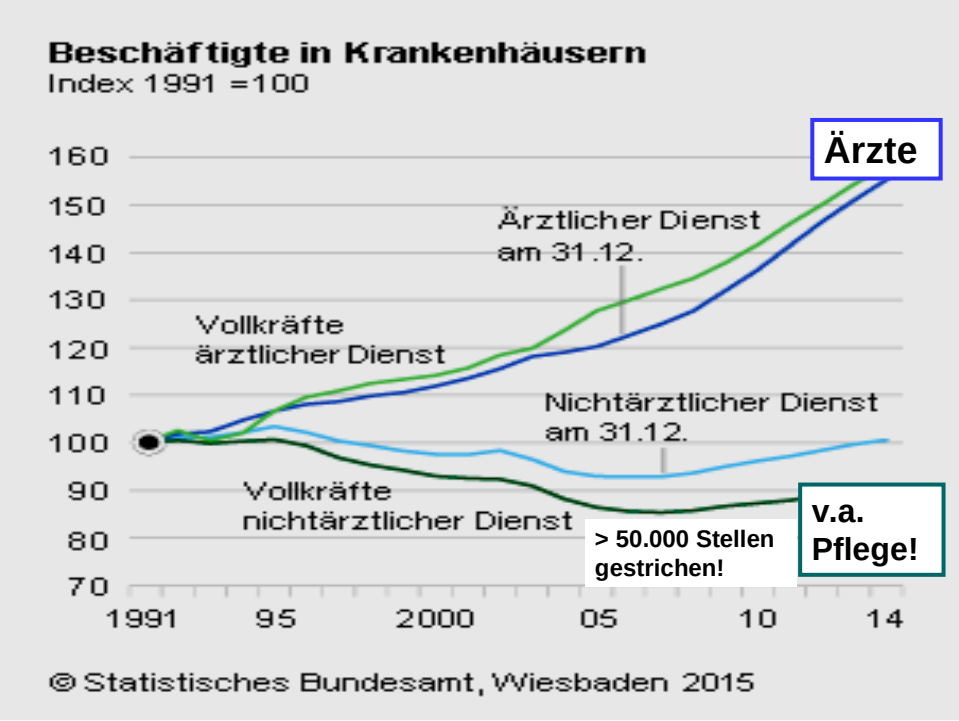
„Fallschwere“ (CMI), „Kostengewicht“ (rel.-Gew.):

- Kalkulation ohne Bezug zum Pflege- und Personalbedarf
- Begünstigung technisch aufwändiger Prozeduren (ICPM-Katalog, Operationen, techn. Eingriffe …)

„Basisfallwert“: Begünstigung reicher Bundesländer




Krankenhäuser
Index 1991 =100
Folgen von Privatisierung und Fallpauschalen
140
130
120
110
100
90
80
70
60
50
40
Krankenhäuser
Fallzahl
Bettenauslastung (%)
Aufgestellte Betten
Verweildauer in Tagen
halbiert!
1991
95
2000
05
10
14
© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2015


Beschäftigte in Krankenhäusern
Index 1991 =100
Ärzte
160
150
140
130
120
110
100
90
80
70
Ärztlicher Dienst am 31.12.
Vollkräfte ärztlicher Dienst
Nichtärztlicher Dienst am 31.12.
Vollkräfte nichtärztlicher Dienst
> 50.000 Stellen gestrichen!
v.a. Pflege!
1991
95
2000
05
10
14
© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2015

Frankfurter Rundschau Panorama - 1. April 2016

DR. HONTSCHIKS DIAGNOSE

Und alle machen mit

2013: Verkauf des Städtischen Klinikums Offenbach für 1€ an einen Privatinvestor

„Versorgungsauftrag bleibt auf der Strecke“

-
- Länder leisten weniger Investitionen
- Defizite werden durch Mittel aus der Patientenversorgung abgemildert
- Anhäufung von Defiziten

Verkauf (ohne Schuldenübernahme)

- Kündigung von Tarifverträgen
- Stellenstreichungen (Pflege)
- Outscourcing oder Schließung nicht rentabler Klinikbereiche
- Ausrichtung der Tätigkeiten auf Gewinn und Rendite statt auf Versorgung und Zuwendung für Kranke …

Patienten und Versicherte

privater Gesundheitsmarkt (1)

kollektivvertragliches System (2)

Leistungs-erbringer

2.) GMG 2003:

Beendigung der „Selbstverwaltung“

Durchsetzung der Marktlogik: „Mehr Wirtschaftlichkeit“

- Konkurrenz
- Effizienz
- Transparenz
- Lohndumping

Patienten

Schwache
Kranke
Alte
Behinderte
Arme
Asylanten
Not-Leidende

Lobbyisten

Pharmaindustrie
MedtechIndustrie
Dt. Krankenhaus-gesellschaft (DKG)
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
Versicherungswirt-schaft

Vollversicherung (3)

Zusatzversicherung (3)

Leistungsbereich (kollektivvertr

Leistungsbereich

:beitrag

- Leistungs-differenzierung

- Qualität der Leistungen
- Service und informative Angebote

SVR im Gesundheitswesen 2012, S. 24, Abb. 1

Leistungsträger

„Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen“

„Symptome“ von Marktlogik

- **Privatisierung** von Krankenhäusern und Rehakliniken
- **Einkauf** von Pharma- und Medizin-technischer Firmen und Sanitätshäuser in Krankenhäuser, Pflegeheime und ambulante (Intensivpflege-Wohngruppen …
- **Sponsorship** (Pharmafirmen): Kongresse, Studien, Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen …
- **Anpassung der ärztlichen Indikation** an Erlöse, Bonität und Rendite; Anreizsysteme, IGEL

Bilanzgewinn, Profit- und Renditemaximierung!

Zukunftstrend „Klinikwettbewerb …“

„Der ultimative Erfolgsfaktor einer Wettbewerbs-positionierung liegt im Bewusstsein einer fluiden Veränderungskultur“.

„Ärztliche Ethik im Umfeld moderner Betriebswirtschaft ist nur zu erhalten, wenn Manager auf Ärzte treffen, die mehr als medizinisch-naturwissenschaftliche Kompetenz besitzen.“

Klinikwettbewerb: Wie Ärzte zu Treibern werden – statt zu Getriebenen. Dtsch Arztebl 2015; 112(21-22): [2]

„Die innere Übernahme der Marktlogik durch Ärzte ….“ (Maio 2014)

IV „Gesundheitsfalle“ als Einfallstor für hemmungslose Kommerzialisierung

„... besteht darin,

- dass im Medizinsystem am liebsten nur noch von Gesundheit, kaum noch von Krankheit die Rede ist …
- alles Gesunde (unter der Tarnung als „höchstes Gut“) in Krankheit und damit Behandlungsbedürftiges zu verwandeln …
- dass Medizin am besten weiterwachsen und stärker als alle anderen Wirtschaftsbranchen werden kann …“ (S. 7)

„Die Menschen werden dafür mit der Entlastbarkeit von alle Lasten und der herstellbaren **leidensfreien Gesellschaft** geködert.“ (S. 7)

- Versprechen des Medizin- und Sozialsystems seit 150 Jahren!

Befreiung aus der Gesundheitsfalle:

- Medizin muss in den größeren Zusammenhängen der Sozialgesellschaft (als Gesamtheit aller Bürger) gestellt werden,
- die „immer noch den größten Teil des Sorgens um andere Menschen und des Helfens wahrnehmen..“ (S. 7)
- **„Medizinreform von innen.“** (S. 9)

„**Seit 1980** (…) nur noch Gesetze, die das Doping der Ökonomisierung, der Privatisierung, präziser der Verbetriebswirtschaftlichung des Helfens zu einem Maximum treiben, obwohl Wettbewerb, Fusion und vor allem Expansion **unvermeidlich** zur Kostensteigerung, also zur Verschleuderung der Steuer- und Beitragsgelder der Bürger führen muss.

Es ist das Markt-System, das mich korrumpiert, weil der Markt beim Helfen nichts zu suchen hat …“ (Dörner 2008)

Aktuelle Bsp. für Kommerzialisierung

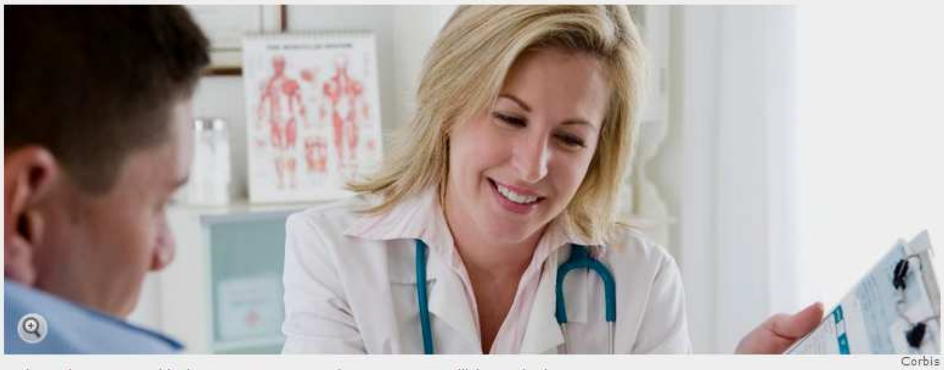
1. Individuelle Gesundheitsleistungen (IGEL)
2. Unnötige Eingriffe (DRGs)
3. Pharmaindustrie- Scheinforschung
4. Einfluss auf Selbsthilfe und Patientenorganisationen
5. “Unabhängige? Patientenberatung“
6. Marktkonforme Neuorganisation
7. Steigerung mittels P4-Medizin
8. in der Pflege, bei Angehörigen?
9. in der Rehabilitation? - digitale Technik

1.) Individuelle Gesundheitsleistungen

Spiegel Online Gesundheit, 11. Mai 2015

Igel-Angebote: Wenn Ärzte zu aufdringlichen Verkäufern werden

Von Irene Habich



Corbis

Patientenberatung: Schlechte Beratung, versteckte Kosten, unredliche Methoden

Igel-Leistungen sind medizinisch umstritten, aber für Ärzte ein lukratives Geschäft. Einige drängen ihre Patienten sogar mit unseriösen Methoden dazu, die Extras in Anspruch zu nehmen. Verbraucherschützer sind empört.

2.) Unnötige Eingriffe

Frankfurter Rundschau 19.03.2016

Meniskusschaden

Es gibt sie noch, die guten Nachrichten: Die Krankenkassen bezahlen eine der häufigsten Operationen nicht mehr! Was ist passiert? 2002 veröffentlichen neun Orthopäden aus Texas sensationelle Untersuchungsergebnisse. Patienten mit Kniegelenksarthrose waren von ihnen auf drei unterschiedliche Weisen operiert worden. Die erste Gruppe wurde mit einer Gelenkspülung und Knorpelglättung versorgt, die zweite Gruppe nur mit einer Spülung, die dritte Gruppe mit einer vorgetäuschten Operation, untermalt von plätschernden, surrenden Geräuschen; an den entsprechenden Stellen wurden außerdem die typischen, einen Zentimeter langen Hautschnitte gesetzt und gleich wieder vernäht.

Bei den Nachuntersuchungen zwei Jahre nach diesen Eingriffen konnte kein Unterschied zwischen den drei Gruppen festgestellt werden, weder in der

Dr. Hontschiks Diagnose

Knie-Arthroskopie:

Texas-Studie (2002)
Vergleich 2 Jahre nach Eingriff:
- Spülung
- Spülung + Knorpelglättung
- vorgetäuschte OP

kein Unterschied!

Kosten in D.: 100 Mio EUR/Jahr

Erst jetzt, 13 Jahre später, aus dem GKV-Leistungskatalog in D gestrichen!
Nicht aber Einrisse und Einklemmungen.

Prognose von Dr. Hontschik:
„Einrisse“ und „Einklemmungen“ werden sich explosionsartig vermehren!

Die Diagnosen werden sich der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) anpassen!

3.) Pharmaindustrie - Scheinforschung

Pharmakonzerne bezahlen Ärzte dafür, dass sie beobachten, wie gut ihre Patienten ein bestimmtes Medikament vertragen. Wissenschaftlich sind diese „Anwendungsbeobachtungen“ wertlos. Doch Ärzte bekommen dafür im Schnitt 669 Euro – pro Patient. Eine neue CORRECTIV-Datenbank zeigt erstmals, welches Ausmaß die umstrittenen Studien erreicht haben – und welche Präparate vor allem in den Markt gedrückt werden. Recherche SZ, NDR, WDR: 9. März 2016

EUROS FÜR ÄRZTE **100 Mio pro Jahr!**

4.) Einflußnahme auf Selbsthilfe …

NAKOS
Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen

Methoden des Pharmamarketings

Pharmaunternehmen überwiesen 2013 in Deutschland insgesamt mindestens 5,6 Millionen Euro an Patientenorganisationen (Spiegel Online 2014). Noch deutlich höhere Summen gehen an Organisationen, die das Ziel haben, auf europäischer Ebene Patienteninteressen zu vertreten.

Die Unternehmen selbst argumentieren, durch die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten besser verstehen zu können.

5.) Bedarf an Beratung bei Patienten

2 Mrd. Anfragen in den Internetportalen von Google jährlich zu folgenden Themen:

Quelle: ARD Mittagsmagazin 2016

Unabhängige Patientenberatung (UDP)

Der Beauftragte der Bundesregierung
für die Belange der Patientinnen und Patienten
sowie Bevollmächtigter für Pflege

Spitzenverband

PRESSEMITTEILUNG

Ab 2016 modernes Angebot einer unabhängigen und kostenlosen Beratung für Patienten

Berlin, 21.09.2015. Verbraucher und Patienten können sich künftig einfacher und schneller bei Fragen rund um ihre Gesundheit unabhängig, neutral und kompetent beraten lassen. Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) wird ab Beginn nächsten Jahres in neuer Trägerschaft schrittweise weiter ausgebaut.

„Unabhängig“?

Unabhängige Patientenberatung

Unternehmen Sanvartis übernimmt UPD ab 2016

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) wird ab 2016 von der Sanvartis GmbH übernommen. Der GKV-Spitzenverband erteilte dem Callcenter-Unternehmen am 18. September offiziell den Zuschlag. Der Patientenbeauftragte stimmte der Wahl zu. Die Vergabekammer des Bundes hatte zuvor einen Einspruch der bisherigen Träger gegen das Vergabeverfahren abgelehnt. Die Pläne zur Umwandlung der UPD waren vom Beirat der UPD sowie von zahlreichen Patienten- und Selbsthilfevertreter/innen heftig kritisiert worden.

Insbesondere wird befürchtet, dass Transparenz und Unabhängigkeit der Beratung nicht mehr gewährleistet sind.

20 Jahre zivilgesellschaftlichen Engagements übergangen!

Weitere Informationen:

http://www.dag-shg.de/aktuelles/nachrichten/key@1899

(Quelle: NAKOS-Newsletter, Oktober 2015,

sanvartis

Call-Center-Firma mit Sitz in Duisburg (2004) - hervorgegangen aus GesundheitsScout24 Köln (1999)

Anbieter von Dienstleistungen für Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen und Pharmaunternehmen.

Ab 2016 Regelleistung nach §65b SGB V:
9 Mio. EUR pro J. aus Krankenkassenbeiträgen!

Antwort der UDP vom 5.4.2016 auf meine Anfrage:

„Sanvartis hat bei der Ausschreibung der Beratung im vergangenen Jahr lediglich den Zuschlag für das beste Konzept erhalten.

Die Patientenberatung selbst erfolgt nicht über die Sanvartis.

Träger der Patientenberatung ist eine gemeinnützige GmbH, die UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH, die inhaltlich unabhängig von Sanvartis ist….“

6.) Marktkonforme „Neuordnung“ des Gesundheitswesens

Brandenburgische Technische Universität Cottbus - Senftenberg

Klinikum Niederlausitz

16.03.2016

Zweiter „moderner“ Gesundheitsmarkt

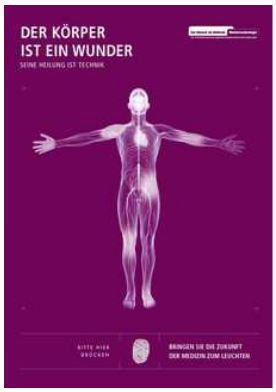
- Wellness-, Fitness- und Hotel-Branche,
- IT-Sektor mit telemedizinischen Möglichkeiten
- Gesundheits-Apps für das Smartphone

Ziel: beide Gesundheitsmärkte verbinden

- moderne Informations- und Kommunikationsplattformen nutzen
- von institutionellen Versorgungsmodellen hin zu einem integrierten und netzwerkbasierten Versorgungsansatz

BVMed Gesundheit gestalten.

6. März 2015



Medizintechnik-Innovationsfelder (VDE/DGBMT)

1 Miniaturisierung
Verkleinerung technischer Komponenten und Systeme, z. B. bei Instrumenten für die minimalinvasive Chirurgie oder tragbaren Sensorsystemen zur Überwachung von Vitalparametern.

2 Biologisierung
Integration biologischer und technischer Komponenten, z. B. bei „Bioimplantaten“ wie etwa Knorpel- oder Gefäßimplantate.

3 Computerisierung
Integration von Informations- und Kommunikationstechnik in Medizintechnische Systeme, z. B. bei der Computertomographie.

4 Personalisierung
Abstimmung der Behandlung und damit auch des Einsatzes „maßgeschneiderter“ medizintechnischer Komponenten, Geräte und Systeme **auf den individuellen Fall** und Krankheitsverlauf eines Patienten. Hierzu zählt auch die individuelle Behandlung durch unmittelbare Kopplung von Diagnostik mit darauf abgestimmter Therapie („Theranostik“), z. B. bei „Theranostischen Implantaten“.

5 Vernetzung
Informationstechnische Integration von Medizinprodukten in bestehende Daten- und Kommunikationsnetzwerke, z. B. die Vernetzung unterschiedlicher technischer Geräte im Operationssaal.

7.) Steigerung mittels „P4-Medizin“

1. **Prädiktiv** - Aufspüren von (molekular-genetischen) Krankheitsrisiken bei Gesunden durch Biomarker
2. **Präventiv** - vorbeugend
3. **Personalisiert** - individualisiert
4. **Partizipatorisch** - Einbeziehung und Mitwirkung der „Kunden“, kundenorientiert

Das Ende der Solidarität? (Dt. Ethikrat, Raspe 2013)

8.) … in der Pflege?

<u>Bsp.:</u> Außerklinische Intensivpflege

DIMDI deutsche agentur für HTA

GMS Health Technology Assessment

Deutsche Agentur für Health Technology Assessment (DAHTA)

ISSN 1861-8863

GMS Health Technol Assess 2010;6:Doc08

HTA-Kurzfassung

Invasive Heimbeatmung insbesondere bei neuromuskulären Erkrankungen

Die Daten von 2010 gehen von einer Häufigkeit von 6,5/100.000 Einwohner aus,

- von denen ca. 12% invasiv über Trachealkanüle heimbeatmet werden
- steigende Zahlen …

Für 10% der <u>nicht</u> entwöhnungsfähigen Patienten werden 50% der verfügbaren Intensivressourcen verbraucht.
(S3-Leitlininie NIV-Beatmung, 2008)

Spannungsfeld zwischen dem **Überleben** und der **Lebensqualität** einerseits sowie der u.U. **nicht gewünschten Verlängerung** des Überlebens andererseits.

AOK Spitzenverband Pflege:

Ca. 20.000 kritisch chronisch beatmungsbedürftige Kranke (Tendenz steigend)

[von ca. 1 Mio neurologisch chronisch kranken „Behinderten“, A.Z.]

benötigen

- pro Jahr ca. 2 Mrd. EUR
- von 300 Mrd EUR Gesamtkosten für Gesundheit (2013), d.h. < 1 %

Außerklinische Intensivpflege mit Beatmung

Ungleichheit finanzieller Belastungen
je nach Versorgungstyp

Beatmung im Pflegeheim	**Beatmung zuhause oder in ambulanter Wohngemeinschaft**
3.000-6.000 EUR/Monat	15.000-25.000 EUR/Monat
Eigenbeteiligung/Kosten für Patienten/Angehörige:	
2.000-3.000 EUR pro Monat*	900-1.000 EUR pro Monat

*In Nds.: Ausgleich in Höhe von 1000 EUR/Monat durch Krankenkasse!

AOK-Bundesverband

"Wenn man die Stundenzahl, die **pflegende Angehörige** aufwenden, mit dem heutigen Mindestlohn multipliziert, dann liegt die **Wertschöpfung** bei sage und schreibe rund **37 Milliarden EUR pro Jahr**. Eine gewaltige Summe, wenn man bedenkt, dass die **Pflegeversicherung selbst** nur ein **Einnahmevolumen von rund 26 Milliarden EUR** umfasst."

9.) … in der Rehabilitation? - digitale Technik

Aktualität des Themas

- Öffentliche Veranstaltung des Wiss. Beirates des IMWE (berlin) zum Thema: Verletzlich in der digitalen Welt – Normalität und Behinderung
- Reha-Info der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) 6/2016 zum Thema Reha und (digitale) Technik
- Reform der Hilfsmittelrichtlinie (und des Hilfsmittelkataloges) durch BGM und G-BA 2017

The Rehabilitation Gaming System (RGS)

Published by Newsroom Editor on 09/07/2014

RGS is a highly innovative Virtual Reality (VR) tool for the rehabilitation of deficits that occur after brain lesions and has been successfully used for the rehabilitation of the upper extremities after stroke. The project is partly funded by the AAL Joint Programme.

It is based on the neurobiological

Share

Create An ECAS Account

European Commission

DIGITAL SINGLE MARKET

Digital Economy & Society

stroke. This can be realized

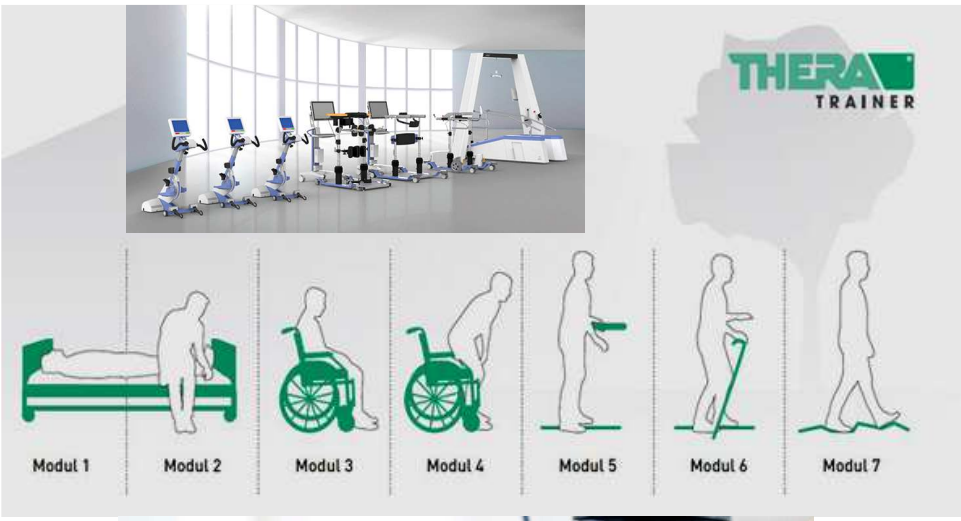
eas such as the so called

RGS deploys a deficit oriented training approach. Specifically, while training with RGS the patient is playing individualized games where movement execution is combined with the observation of correlated actions performed by a virtual body. The system optimizes the user's training by analyzing the qualitative and quantitative aspects of the user's performance. This warranties a detailed assessment of the deficits of the patient and their recovery dynamics.

Entwicklungstendenz

Digitalisierung erfasst

- alle Lebensbereiche und Sozialräume: Wohnung, Bildung, Gesundheitswesen, Einrichtungen, Konsum Transportwesen, Wirtschafts- und Finanzsystem, Produktion, Einrichtungen, Banken, Behörden, politisches Leben …
- alle Aktivitäts- und Partizipationsbereiche: Mobilität, Kommunikation, Hilfsmittel, Lernen Selbstversorgung, Häusliche Leben, Interpersonelle Beziehungen, Teilhabe am Gemeinschaftsleben etc.



CDU Wirtschaftsrat (2016):

Rahmenbedingungen für das Erwirtschaften im Digitalzeitalter (“Digital Health“) von morgen:

- Mobiles Internet
- Cloud Technologien
- Big Data
- Social Communication

Die digitale Revolution im Gesundheitswesen wird von vier Kernbestandteilen getragen :

- Vernetzung
- Telemedizin
- neue Therapien
- Datenschutz
- **Patientenwohl** als oberste Maxime! (?)

Digital Health und Teilhabe

„Wer das hohe Niveau der Versorgung gerade auch im ländlichen Raum sowie **die Teilhabe aller Bürger an modernster Medizin** langfristig sichern will, muss das gegenwärtige Korsett der Zulasssungsregelungen für neue Verfahren durch die gesetzliche Krankenversicherung sprengen und die Finanzierung des Gesundheitswesens auf eine verlässliches Fundament stellen.“

Frau Dr. König, Fachkommission Gesundheitswirtschaft, CDU Wirtschaftsrat (Abruf am 8.9.2016)

Hirnchip lässt gelähmten Affen wieder gehen
SZ 10.11.2016

Das neue System schafft eine Verbindung zwischen dem Gehirn und dem Bein - und zwar ohne Kabel.

SZ 13. April 2016, 19:14 Uhr Neurologie

Querschnittsgelähmter bewegt Hand mit seinen Gedanken

Ein Chip im Hirn des Querschnittsgelähmten setzt Hirnaktivitäten in Bewegungen um.

Strom im Rückenmark SZ 9.4.2014

Die vier Männer waren von der Brust an komplett gelähmt. Nachdem ihr Rückenmark mit einem eingepflanzten Stimulator elektrisch gereizt wurde, können sie ihre Beine wieder bewegen.

aerzteblatt.de Home Archiv News DÄ plus // Politik

News Vermischtes « ‹ Krankenkassen bezahlen Exoskelett für Querschnittsge

Krankenkassen bezahlen Exoskelett für Querschnittsgelähmte

Donnerstag, 27. August 2015

ReWalker Dirk Janzen

Berlin – In fünf Fällen haben Krankenkassen bislang die Kosten für ein von der Firma „ReWalk Robotics" hergestelltes motorisiertes Exoskelett übernommen, mit dessen Hilfe Paraplegiker gehen können. Das erklärte der Vizepräsident Europa des israelischen Unternehmens, John Frijters, gestern in Berlin. Das Exoskelett sei seit Beginn des Jahres in Deutschland als Medizinprodukt zugelassen und könne von Ärzten verordnet werden. Der Preis liege bei 70.000 Euro pro Stück.

Das Unternehmen sei auf verschiedene Krankenhäuser zugegangen und habe den „ReWalk" angeboten. Die Reaktionen seien sehr unterschied-

Home
FAQs
Kontakt
Service
ReWalk
More Than Walking.
Produkte
ReWalker
News
Unternehmen
Standorte
ReWalk 6.0
Die sechste Generation des ReWalk Exoskeletts für persönliche Nutzung

Deutsches Forschungszentrum für Künstliche Intelligenz GmbH
DFKI GmbH
Robotics Innovation Center (RIC)
ENGLISH
ÜBER UNS
FORSCHUNG
LEHRE
MEDIATHEK
KONTAKT
Sie sind hier: Forschung > Projekte >
RECUPERA-Reha
Ganzkörper Exoskelett für die robotische Oberkörper-Assistenz
RECUPERA REHA
Wissenschaftliche/r Leiter/in:
Prof. Dr. Frank Kirchner
Projektleiter/in:
Dr. rer. nat. Elsa Kirchner
Ansprechpartner/in:
Dr. rer. nat. Elsa Kirchner
Dateidownloads

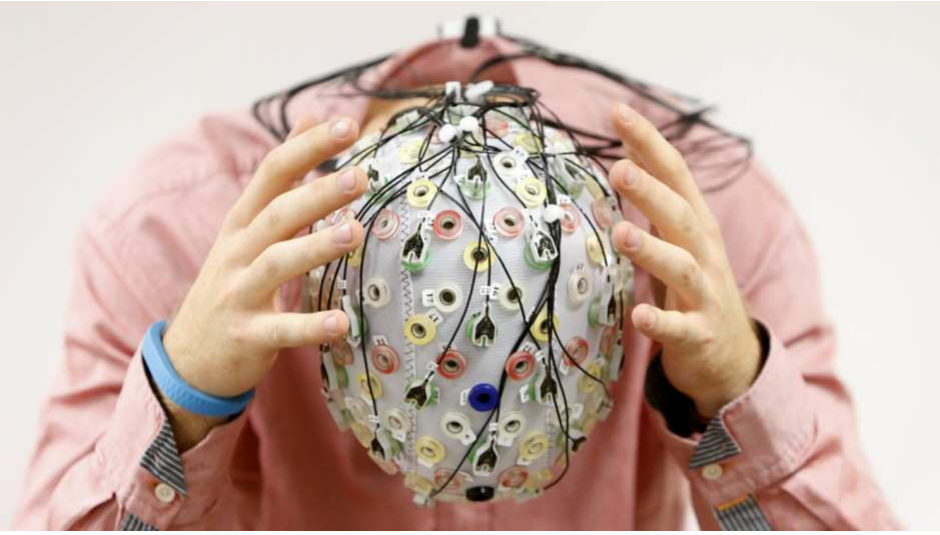
Technische Kommunikationshilfen und IT

Talker

Buzzer

Jemand nutzt WhatsApp auf einem Tablet, das er per Bluetoth mit seinem Accent 1200 mit Augensteuerung verbunden hat.

SZ 25.11.2014 Schrittmacher für den Geist



Mikrochips in der Blutbahn und elektronischer Staub, der im Gehirn eingreift: Forscher wollen Geist und Technologie mit Implantaten verschmelzen. Die Geräte könnten Gelähmten helfen und neue Medikamente hervorbringen.

MindBeagle (Graz/Linz) ermöglicht es, über den mentalen Zustand zu lernen …

Aus: BAR Reha-Info 6/2016, S. II

V Regulierungsversuche und …

Gesetzgebung seit 1992 (n=37) seit 1970: 148!

1992 Gesundheitsstrukturges
1994 Pflegeversicherungsges
1996 Beitragsentlastungsges
1997 1. uns 2. GKV-Neuordnu
…… 5 Gesetze
2002 Fallpauschalengesetz (D
……. 2 Gesetze
2007 GKV-Wettbewerbsstärk
……. 20 Gesetze
2015 Krankenhaus-Strukturge
2015 Zweites Pflegestärkungs
2016 Antikorruptionsgesetz
2016 E-Health-Gesetz

SGB V (Krankenbehandlung):
§ 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

(1) Bedarfsgerechte Versorgung gewährleisten … ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich … in der fachlich gebotenen Qualität

(2) Durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung der Versicherten hinwirken.

Health Technology Assessment (HTA)

- Medizintechnik-Folgenabschätzung
- Prozess zur systematischen Bewertung medizinischer Technologien, Prozeduren und Hilfsmittel, auch Organisationen
- Hilfe für gesundheitspolitische Entscheidungen

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

- Auswahl und Übernahme von Innovationen in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)
- Grundlage: Evidence Based Medicine (EBM)

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Seit 2004 (GKV-Modernisierungsgesetz):

- Evidenzbasierte Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren
- Bereitstellen allgemeinverständlicher Gesundheitsinformationen für Bürger und Patienten

Seit 2007 (GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz)

- Bewertung des Verhältnisses von Nutzen zu Kosten von neuen Arzneimitteln und für Arzneimittel

Im Auftrag des G-BA

- keine Entscheidungsbefugnis!

Deutscher Ethikrat

Deutscher Ethikrat

Start | Kontakt | Impressum | Datenschutz | Suche Website durchsuchen >

Deutscher Ethikrat fordert, das Patientenwohl als Maßstab für das Krankenhaus zu verankern

„Missstände in Kliniken kritisiert“ NWZ 6.3.2016

PRESSEMITTEILUNG 03/2016
Berlin, den 5. April 2016

In seiner heute veröffentlichten Stellungnahme legt der Deutsche Ethikrat Empfehlungen für eine am Patientenwohl orientierte Ausge

Die Krankenhausv … nden sich etwa an der allgemeinen Koste … wartungshaltungen der Patienten und an … auch auf den Krankenhaussekto … rsorgung auf.

Als maßgebliches … seiner Stellungnahme Drei Kriterien best … en, die gute Behandlungsqualit

Drei Kriterien:

1 selbstbestimmungsermöglichende Sorge für den Patienten
2 gute Behandlungsqualität
3 Zugangs- und Verteilungs-gerechtigkeit

… sozialpolitische Alternativen

1.) Den Dienst am Menschen in den Vordergrund stellen.

2.) Nicht durch marktlogische Fremdinteressen und Rendite korrumpieren lassen.

3.) Den Druck nach „Verbetriebswirtschaftlichung“ in solidarische Energie für die Zusammenarbeit in bürgergemeinschaftlichen Aktivitäten umwandeln (Sozialraum, Teilhabe, Sinngebung).

4.) Kooperationen mit sozialen, teilhabeorientierten Leistungsanbietern nutzen und „mit der neuen Bürgerhelferbewegung im dritten Sozialraum“ zum „Bürger-Profi-Mix“ entwickeln. Dörner 2008

Zieger 2015

Ethischer Imperativ (Maio 2014)

Der soziale Auftrag der Medizin gebietet es, der **Medizin Vorrang vor der Ökonomie** zu geben:

- Die **Vertrauensbasis** der Arzt-Patient-Beziehung darf nicht zur wunscherfüllenden Dienstleistung verkommen.
- Der **bedingungslose Dienst** am not-leidenden Menschen, der verletzlich und auf andere angewiesen ist, muss **im Vordergrund** stehen, damit das Solidarsystem nicht außer Kraft gesetzt wird!

Fünf Kernpunkte für ein soziales Gesundheitssystem

Deppe, VdÄÄ-Rundbrief 4/2006, 9

1. Die Krankenversorgung ist alleine am medizinischen Bedarf auszurichten.
2. Die gesamte Bevölkerung hat Zugang zur Krankenversorgung.
3. Die medizinischen Leistungen sind für alle gleich, unabhängig von den individuellen finanziellen Möglichkeiten.
4. Die Finanzierung erfolgt solidarisch in Form von Steuern oder Beiträgen.
5. Gesundheitsförderung hat Priorität gegenüber der Krankenversorgung.

„Die Krise der modernen Medizin ist keine finanzielle, sondern eine geistige!“

Hess und Hess-Cabalzar

In:

„Menschenmedizin“
2001/2006

VI Literaturhinweise

Werner Bellicke und Ivonne Erdmann (1985) Das Geschäft mit Gesundheit und Krankheit. In: Medizin und Gesellschaft 28. Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit Berlin

Fritz Beseke (2015) Perspektiven des Gesundheitswesen. Geregelte Gesundheitsversorgung im Rahmen der sozialen Marktwirtschaft. Berlin: Springer

Hans Biermann (1992) Die Gesundheitsfalle. Der medizinisch-industrielle komplex. Hamburg: Hoffmann und Campe

Herrmann Brandenburg, Helen Kohlen (Hrsg.) (2012) Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen. Eine multidisziplinäre Perspektive. Stuttgart: Kohlhammer

Hans-Ulrich Deppe (2005) Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland (3. aktualisierte Aufl.) Frankfurt am Main: VAS Verlag für Akademische Schriften

Andrea Dörries und Volker Lipp (Hrsg.) (2015) Medizinische Indikation. Ärztliche, ethische und rechtliche rerspektiven. Gundlagen und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer

Klaus Dörner (2003) Die Gesundheitsfalle. Woran unsere Medizin krankt. Zwölf Thesen zu ihrer Heilung. München: Econ

Klaus Dörner (2008) Helfende Berufe im Markt-Doping. Wie sich Bürger- und Profi-Helfer nur gemeinsam aus der Gesundheitsfalle befreien. Neumünster: Paranus

Editorial (2004) Kampf ums Herz. Neoliberale Reformversuche und Machtverhältnisse in der „Gesundheits-Industrie“. Widersprüche 24;99:3-7

Johannes Eurich, Alexander Brink, Jürgen Hädrich, Andreas Langer, Peter Schröder (Hrsg.) (2005) Einleitende Überlegungen zur Reform der sozialen Sicherung zwischen Gerechtigkeit, Solidarität und Ökonomie. In: dies. Soziale Institutionen zwischen Markt und Moral. Führungs- und Handlungskontexte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 9-26

Heiner Friesacher (2012) Kritik und moralisches Engagement –Überlegungen zur Gerechtigkeitskonzeption in der Pflege. In: Herrmann Brandenburg, Helen Kohlen (Hrsg.) Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen. Eine multidisziplinäre Perspektive. Stuttgart: Kohlhammer, S. 65-77

Volker Frühling (2015) Ist der Neoliberalismus wirklich alternativlos? Ein Dialog zur politischen Ökonomie. Olching: Eigenverlag

Karl Hartmann (2014) Gesundheit und medizinisch-industrieller Komplex. Berlin: Verlag am Park

Christian Hess und Annina Hess-Cabalzar (2001/2006) Menschenmedizin. Für eine kluge Heilkunst. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Karl Jaspers (1958) Der Arzt im technischen Zeitalter. Klinische Wochenschrift 26;22:1037-1043

Helen Kohlen (2012) (Bio-)Ethik und soziale Verantwortung – Diskurs und Praxis in Medizin und Pflege. In: Herrmann Brandenburg, Helen Kohlen (Hrsg.) Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen. Eine multidisziplinäre Perspektive. Stuttgart: Kohlhammer, S. 53-64

Danielle Lehmann (2009) Medizin zwischen Liberalismus und Menschlichkeit – Ist die Zweiklassenmedizin noch vermeidbar? In: André Thurneysen (Hrsg.) Kontraste in der Medizin. Zur Dialektik gesundheitlicher Projekte. Bern: Peter Lang Verlag, S. 125-144

Andreas Lob-Hüdepohl (Hrsg.) (1997). Einführende Bemerkungen. In: Solidarität am Standort Deutschland. Berlin: Morus-Verlag 9-31

Giovanni Maio (2012) Mittelpunkt Mensch. Ethik der Medizin Ein Lehrbuch. Stuttgart: Schattauer-Verlag

Giovanni Maio (2014) Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft. Frankfurt am Main: Suhrkamp-Verlag

Giovanni Maio, Jans Clausen, Oliver Müller (Hrsg.) 2008) Mensch ohne Maß? Reichweite und grenzen anthropologischer Argumente in der biomedizinischen Ethik. Freiburg/München- Verlag Karl Alber

Christina Mürner, Adelheid Schmitz und Udo Sierck (Hrsg): (2000) Schöne, heile Welt? Biomedizin und Normierung des Menschen. Hamburg/Berlin: Verlag Libertäre Assoziation

Ulrike Pretzki-Leid (Hrsg.) (1986) Gesundheit ist keine Ware. Arbeiten im Krankenhaus. Hamburg: VAS – Verlag für Akademische Schriften

Nadja Rakowitz (2004) Klassen-Medizin. Die Gesundheitsreform als Instrument der Umverteilung. Widersprüche 24;94:9- 24

Hartmut Reiners (1988) Gesundheit als Ware. Zur Theorie und Praxis marktradikaler Reformkonzepte im Gesundheitswesen. Argument-Sonderband AS 155, S. 62-81 (Jahrbuch für Kritische Medizin; Bd. 13)

Rolf Schmucker (29004) Freiheit der Gesundheitsdienste? Zur marktorientierten Europäisierung der Gesundheitspolitik. Widersprüche 24; 94:25-36

Frank Schulz-Nieswandt (2012) Gerechtigkeit im Gesundheitswesen im Kontext einer allgemeinen Theorie der Sozialpolitik. In: Herrmann Brandenburg, Helen Kohlen (Hrsg.) Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen. Eine multidisziplinäre Perspektive. Stuttgart: Kohlhammer, S. 29-52

Hero Silomon (1983) Technologie in der Medizin – Folgen und Probleme. Stuttgart: Hippokrates-Verlag

Paul Sporken (1971) Darf die Medizin was die kann? Probleme der medizinischen Ethik. Düsseldorf: Patmos-Paperbacks

André Thurneysen (Hrsg.) (2009) Kontraste in der Medizin. Zur Dialektik gesundheitlicher Projekte. Bern: Peter Lang Verlag

Gerald Ulrich (1997) Biomedizin. Die folgenschweren Wandlungen des Biologiebegriffs. Stuttgart: Schattauer

Manfred Wildern (2015). Unser Gesundheitswesen. Fakten, Widersprüche, Irrtümer Stuttgart;: Thieme

Erich Wulff (1971) Der Arzt und das Geld. Der Einfluß von Bezahlungssystemen auf die Arzt-Patient-Beziehung. Das Argument 69,13;1/2:955-970