

5.9 Gesundheitspolitik als Teil der Gesundheitswissenschaften

F.-X. Kaufmann

Die Fragmentierung von Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland

Obwohl das Wort "Gesundheit" im Titel der zuständigen Bundes- und Länderministerien auftaucht, hat sich "Gesundheitspolitik" als zusammenhängendes Politikfeld in der Bundesrepublik Deutschland bisher kaum entwickeln können (vgl. v. Ferber 1971). Über mit der Gesundheit zusammenhängende Fragen wird in fragmentierter Weise verhandelt: Im Zentrum steht die gesetzliche Krankenversicherung mit ihren zentralen Trägern, den kassenärztlichen Vereinigungen und den Verbänden der Krankenkassen. Mit der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen (vgl. Wiesenthal 1981) wird versucht, auch weitere Leistungszusammenhänge - etwa die Versorgung mit Arzneien und Hilfsmitteln - unter Kostenkontrolle zu halten. Bisher ist es jedoch nicht gelungen, den expansivsten Teil der Krankheitskosten, nämlich die stationäre Versorgung, effektiv in die konzertierte Aktion einzubinden. Dies hängt mit der besonderen Zuständigkeit der Länder für die Krankenhausplanung und -finanzierung zusammen.

Die Politikbereiche der ambulanten und stationären Versorgung prägen den politischen Umgang mit Gesundheitsproblemen in der BRD. Sie ist geprägt vom Paradigma der medizinisch fundierten Krankheitsbekämpfung, nicht demjenigen der Gesundheitssicherung und -förderung. Dies ist insofern erstaunlich, als präventive Gesundheitspolitik, insbesondere in der Form der Stadtanierung und Seuchenbekämpfung, die klassische, in ihren Ursprüngen bis ins Spätmittelalter zurückreichende Form politischer Interventionen im Gesundheitsinteresse darstellt (Labisch 1987). Das öffentliche Gesundheitswesen, dem im Deutschen Reich und in der Weimarer Republik eine tragende Bedeutung zukam, ist nach seiner Reduktion und Kompromittierung durch das Dritte Reich in der BRD nur in den residualen, überwiegend polizeilichen Aufgaben der Gesundheitsämter erhalten geblieben (vgl. Labisch u. Tennstedt 1985).

Weitere Politikbereiche mit starkem gesundheitspolitischem Einschlag sind der Arbeitsschutz und die Gewerbehygiene sowie die Unfallversicherung und das Rehabilitationswesen (vgl. Milles u. Müller 1985; Buhr 1987). Aber auch andere Politikbereiche wie die Umweltpolitik, die Wohnungspolitik, die Renten-, Frauen-, Familien- und Jugendpolitik, die Sozialhilfe und die Stadtplanung beeinflussen

mutmaßlich den Gesundheitszustand wichtiger Bevölkerungsgruppen. Allerdings werden diese Gesundheitseffekte selten thematisiert, und sie sind auch nicht Gegenstand einer umfassenden Gesundheitsberichterstattung. Präventive Aufgaben der Förderung gesunder Lebensweise und der kollektiven, gemeindenahen Gesundheitsvorsorge, wie sie derzeit von der WHO propagiert werden, spielen in der gesundheitspolitischen Diskussion der BRD nur eine untergeordnete Rolle und verfügen über keine etablierten Träger. So ist Gesundheitspolitik hierzulande noch weitgehend ein programmatischer Begriff, kein zusammenhängendes Politikfeld.

Gesundheitspolitik in sozialpolitischer Perspektive

Im Rahmen eines Studiengangs "Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung" muß "Gesundheitspolitik" als curriculares Teilgebiet enger gefaßt werden als im Sprachgebrauch z. B. der WHO. In gewisser Hinsicht befaßt sich ja das gesamte Curriculum mit gesundheitspolitisch relevanten Fragen. Das spezifische Moment eines curricularen Elements "Gesundheitspolitik" liegt dann in der Frage nach den Möglichkeiten des Staates, Gesundheit zu fördern.

Dabei muß - insbesondere im föderalistischen System der BRD - schon vom Ansatz her verdeutlicht werden, daß der "Staat" keine monolithische Einheit ist, sondern selbst in doppelter Ausprägung (Bund und Länder) sowie als in sich gegliedertes (Ministerialorganisation) und auf eine bevölkerungsnaher Verwaltung (kommunale Ämter, dezentralisierte Landesbehörden) angewiesenes, komplexes System existiert.

Aber die Berücksichtigung der organisatorischen Komplexität des Staatswesens reicht für die wissenschaftliche Rekonstruktion von Gesundheitspolitik nicht aus. Wie alle Sozialpolitik hat Gesundheitspolitik mit dem Verhältnis von Staat und Gesellschaft zu tun. Staatliche Maßnahmen stellen stets Interventionen in bereits konstituierte soziale Verhältnisse dar (vgl. Kaufmann 1982). Dies hat bereits Lorenz v. Stein, der deutsche Vordenker des Wohlfahrtsstaats um die Mitte des 19. Jahrhunderts klar erkannt und auch auf den spezifischen Bereich der Gesundheitspolitik hin entwickelt (Schulz 1988). Charakteristischerweise sind denn auch die meisten Träger gesundheitsrelevanter Maßnahmen selbständige Körperschaften des öffentlichen Rechts oder privatrechtliche Verbände. Sie stehen weniger unter staatlichem als unter gesellschaftlichem Einfluß: die Krankenkassen unter demjenigen der Tarifpartner, die kassenärztlichen Vereinigungen unter demjenigen der Ärzteverbände, die Wohlfahrtsverbände und die von ihnen getragenen Krankenhäuser, Sozialstationen, Pflegeheime und Beratungsstellen unter demjenigen der ihnen nahestehenden weltanschaulichen Gruppierungen. Und wenn man berücksichtigt, daß auch Betriebe, ja sogar Selbsthilfegruppen und Familien wichtige gesundheitsrelevante Leistungen erbringen, so wird noch deutlicher, daß alle staatlichen Maßnahmen nur vermittelt über sog. intermediäre Instanzen gesundheitsrelevante Wirkungen zeitigen können.

Die zentrale wissenschaftliche Frage, an der sich Forschung und Lehre im Bereich der Gesundheitspolitik im hier skizzierten sozialpolitischen Sinne auszurichten

haben, bezieht sich somit auf die Klärung von Anlässen, Zielen, Interventionsmöglichkeiten, strukturellen Bedingungen und Wirkungen staatlicher Gesundheitspolitik. Dies kann sowohl in historischer als auch in problembezogener Perspektive geschehen, beide Perspektiven ergänzen einander.

Analytische Dimensionen der gesundheitspolitischen Problematik

In einer stärker analytisch orientierten Perspektive lassen sich - ausgehend von einer soziologischen Theorie der Sozialpolitik - 5 Bezugsprobleme der Gesundheitspolitik ausmachen:

1. Wohlfahrtsproblem

Hier geht es darum zu klären, was "Gesundheit" als zentrales Element menschlicher Wohlfahrt bedeutet. Dabei muß dieser Begriff mit Bezug auf unterschiedliche Erkenntnisinteressen auch verschieden ausgelegt werden. In gesundheitspolitischer Perspektive interessiert "Gesundheit" weniger als individuelles Phänomen, sondern als Bündel möglicher Zielvariablen staatlicher Maßnahmen. Dabei ist darauf zu achten, daß nicht bloß die Verfügbarkeit statistischer Indikatoren, sondern auch die normativen Implikationen des Gesundheitsbegriffs angemessen berücksichtigt werden. Es geht also dann um die Entwicklung von Dimensionen, mit denen der Gesundheitszustand einer Bevölkerung beschrieben und derjenige unterschiedlicher sozialer Teilgruppen verglichen werden kann. Ohne eine solche Klärung des Gesundheitsbegriffs ist eine angemessene Untersuchung der Legitimations- und Effektivitätsprobleme des Gesundheitswesens unmöglich.

2. Legitimationsproblem

Umfang und Legitimation gesundheitspolitischer Maßnahmen resultieren aus politischen Prozessen, die einer objektivierenden wissenschaftlichen Beurteilung nur teilweise zugänglich sind. Der kritische Anspruch der Sozialwissenschaften richtet sich in diesem Zusammenhang auf die Kohärenz zwischen deklarierten Zielen und Maßnahmen; d. h. auf die Aufklärung dessen, was tatsächlich gewollt ist und auf die Prüfung, inwieweit die gewählten Maßnahmen zur Erreichung des Gewollten tauglich sind. Nicht immer stimmen die veröffentlichten politischen Begründungen mit den Zielen bestimmter Akteure überein, welche sich aus der Analyse ihrer Interessenlagen und den absehbaren Wirkungen getroffener Maßnahmen erschließen lassen. Darüber hinaus stellt sich aber auch die ordnungspolitische Frage nach der angemessenen Aufgabenverteilung zwischen "staatlichen" und "gesellschaftlichen" Akteuren. Sie kann am ehesten durch Abwägung der Vor- und Nachteile unterschiedlicher Steuerungsformen sowie durch den Vergleich zwischen der Effektivität staatlicher Eingriffe und anderen Problemlösungsformen beantwortet werden.

3. Steuerungsproblem

Der Umstand, daß Krankenversorgung und Gesundheitsförderung nicht von den politisch entscheidenden Akteuren selbst geleistet werden können, sondern daß das Wirksamwerden ihrer Entscheidungen ein arbeitsteiliges, weit verzweigtes Leistungsnetz intermediärer Instanzen sowie die Kooperation der Leistungsadressaten voraussetzt, führt zur Frage, wie sicherzustellen (und wie wissenschaftlich zu erklären) ist, daß gesundheitspolitische Absichten in die Wirklichkeit umgesetzt werden. Die Art und Weise der Umsetzung (Implementation) von Gesetzen und ähnlichen Programmen ist entscheidend von der Struktur der intermediären Instanzen und ihrer Beziehungen abhängig. Darüber hinaus spielen die Eigenarten der Leistungen, mit deren Hilfe die Gesundheit der Bevölkerung verbessert werden soll und die Art der Leistungserbringung eine maßgebliche Rolle. Idealtypisch lassen sich verschiedene Steuerungsformen unterscheiden: bürokratische, marktmäßige, professionelle, demokratische, korporative und solidarische Steuerung (vgl. Kaufmann et al. 1986). Reale Steuerungsprozesse lassen sich meist nur als Kombinationswirkung mehrerer Steuerungsformen angemessen rekonstruieren. Die zentrale Voraussetzung hierfür ist eine institutionelle Analyse des Gesundheitswesens.

4. Effektivitätsproblem

Hier geht es um die Feststellung und Beurteilung der tatsächlichen Wirkungen gesundheitspolitischer Maßnahmen. Institutionalisierte Formen der Evaluation existieren außerhalb des Bereichs der Wirkungskontrolle von Arzneimitteln in der BRD kaum, und dies ist ein wichtiger Grund für die relative Beliebigkeit gesundheitspolitischer Argumentationen. In gesundheitspolitischer Perspektive interessiert im übrigen weniger die Wirkung von Einzelmaßnahmen, wie sie im Rahmen klassischer Evaluationsstudien untersucht werden, als die kumulative Wirkung unterschiedlicher Maßnahmen. Von besonderem Interesse ist dabei das Verhältnis von Problembelastung und Inanspruchnahme, als die Verteilungswirkungen gesundheitsfördernder Maßnahmen. Zu unterscheiden ist weiterhin nach der Wirkungsweise unterschiedlicher (rechtlicher, ökonomischer, ökologischer und pädagogischer) Interventionsformen.

5. Finanzierungsproblem

Dieses meist im Vordergrund der politischen Auseinandersetzungen stehende Problem muß unter wirtschaftspolitischen, finanzwissenschaftlichen, aber auch sozialwissenschaftlichen Gesichtspunkten abgehandelt werden. Unterschiedliche Finanzierungsmodi beeinflussen Legitimation, Steuerung und Effektivität der leistungserbringenden Systeme. Ein praktischer Gewinn soziologisch angeleiteter Analysen der Gesundheitspolitik dürfte gerade in der Aufdeckung derartiger Zusammenhänge liegen.

Zur Umsetzung in die Lehre

Diese analytischen Dimensionen skizzieren eher ein Forschungs- denn ein Lehrprogramm. In der Lehre wird man zunächst eine institutionelle Betrachtungsweise der verschiedenen gesundheitspolitischen Teilsysteme einüben und den Sinn für fehlende Zusammenhänge und Steuerungsdefizite schärfen müssen. Auch sollten gesundheitspolitische Alternativen zur Diskussion gestellt werden, um eine Distanzierung vom Status quo zu erleichtern. Hierzu können auch internationale Vergleiche hilfreich sein.

Im Sinne einer Veranschaulichung, nicht jedoch eines bereits auf die Bedürfnisse des geplanten Studiengangs und andere curriculare Elemente abgestimmten Programms, wird im folgenden die Struktur einer Lehrveranstaltung mitgeteilt, die der Verfasser unter dem Titel "Strukturen und Probleme der Gesundheitspolitik" im Sommersemester 1986 zusammen mit Joachim Thönnessen und Eberhard Fehlau durchgeführt hat:

- I. Gesundheitspolitik: Ein Überblick
- II. Gesundheitsbegriffe - Krankheitsbegriffe
- III. Das System der gesetzlichen Krankenversicherung
- IV. Das Aktorennetz der Gesundheitspolitik
- V. Steuerungsprobleme der medizinischen Versorgung
- VI. Arztmonopol und Probleme der ambulanten Versorgung
- VII. Planungsprobleme der stationären Versorgung
- VIII. Die "Kostenexplosion" im Gesundheitswesen und ihre Ursachen
- IX. Die "konzertierte Aktion" im Gesundheitswesen
- X. Die Selbsthilfe im Gesundheitswesen
- XI. Das Konzept einer gemeindenahen Gesundheitsversorgung
- XII. Schlußdiskussion: Prävention und Intervention im Gesundheitswesen

Die einleitende Überblicksvorlesung hatte folgende Gliederung, die auch als Erläuterung zum im vorangehenden Skizzierten gelesen werden kann:

- A. Wie Gesundheit zur öffentlichen Aufgabe wurde
 1. Therapie und Krankenfürsorge in traditionellen Gesellschaften
 2. Ursprünge und Entwicklung der modernen Medizin: Die Monopolisierung der Krankheitsbekämpfung durch die ärztliche Profession
 3. Vom Hospital zum Krankenhaus: Entwicklung der stationären Versorgung
 4. Gesundheitspolizei und Sozialhygiene
 5. Von der Hilfsgenossenschaft zur Krankenkasse und von der Sicherung des Lebensunterhalts zur Gewährleistung der Therapiekosten
 6. Die Expansion des Gesundheitswesens im Zuge der wohlfahrtsstaatlichen Entwicklung nach dem Zweiten Weltkrieg
 7. Warum es dennoch an einer "Gesundheitspolitik" fehlt

B. Was heißt Gesundheit?

1. Gesundheit als zentraler Wert und Norm erfolgreicher Existenz in modernen Gesellschaften
2. Gesundheit als Norm und die Rechtsformen beschädigter Gesundheit in der Bundesrepublik: Krankheit, Invalidität, Pflegebedürftigkeit
3. Gesundheit als subjektiver Zustand des Wohlbefindens. Krankheit als psychophysischer Zustand und/oder sozialer Status
4. Gesundheit als Legitimationswert der Krankheitsbekämpfung und der dazu dienenden Einrichtungen
5. Gesundheit als Funktion und Ziel individueller und "gemeinschaftlicher" Lebensführung
6. Gesundheit als Funktion und Ziel kollektiver Umweltgestaltung (Region, Gemeinde, Arbeitswelt)

C. Probleme einer Gesundheitspolitik

1. Strukturprobleme des Gesundheitswesens
2. Finanzierungsprobleme des Gesundheitswesens
3. Effektivitätsprobleme des Gesundheitswesens
4. Steuerungsprobleme des Gesundheitswesens
5. Alternativen und Optionen der Gesundheitsversorgung

D. Zusammenfassung

Gesundheitspolitik als Aufgabe sozialwissenschaftlicher Analyse und Theoriebildung.

Es versteht sich von selbst, daß im Rahmen einer 2stündigen Vorlesung diese Themen nur kurz angesprochen werden konnten. Die meisten Gesichtspunkte wurden in den nachfolgenden Veranstaltungen wieder aufgegriffen und vertieft. Die skizzenförmige Umreiung des Gesamtgebietes erscheint mir geeignet, die Studierenden zu interessieren und für eine die einzelne Lehrelemente übergreifende Perspektive zu öffnen.

Literatur

- Buhr P (1987) Programmentwicklung im politisch-administrativen System. Das Rehabilitationsangleichungsgesetz von 1974. Institut für Bevölkerungsforschung und Sozialpolitik der Universität Bielefeld, Bielefeld (IBS-Materialien Nr. 24)
- Ferber C von (1971) Gesundheit und Gesellschaft. Haben wir eine Gesundheitspolitik? Kohlhammer, Stuttgart (Urban Taschenbücher, Bd 817)
- Kaufmann F-X (1982) Elemente einer soziologischen Theorie sozialpolitischer Intervention. In: Kaufmann F-X (Hrsg) Staatliche Sozialpolitik und Familie. Oldenbourg, München, Wien, S 49-86

- Kaufmann F-X, Majone G, Ostrom V (eds) (1986) *Guidance, control and evaluation in the public sector. The Bielefeld interdisciplinary project.* De Gruyter, Berlin New York (De Gruyter study in organization 4)
- Labisch A (1987) *Problemsicht, Problemdefinition und Problemlösungsmuster der Gesundheitssicherung durch Staat, Kommunen und primäre Gemeinschaften.* in: Kaufmann F-X (Hrsg) *Staat, intermediäre Instanzen und Selbsthilfe.* Oldenbourg, München, S 90-119
- Labisch A, Tennstedt F (1985) *Der Weg zum "Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens" vom 3. Juli 1934. Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland.* Düsseldorf (Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen Bd 13/1, 2)
- Milles D, Müller R (Hrsg) (1985) *Berufsarbeit und Krankheit.* Campus, Frankfurt New York
- Schulz F (1988) *Die Lehre vom öffentlichen Gesundheitswesen bei Lorenz von Stein.* *Der Staat* 27: S 110-128
- Wiesenthal H (1981) *Die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Ein Beispiel für Theorie und Politik des modernen Korporatismus.* Campus, Frankfurt New York