

Rosenbrock, Rolf

Book Part — Digitized Version

Gesundheitssicherung durch Krankenkassenpolitik?: Thesen zur Strukturreform des Gesundheitswesens und der gesetzlichen Krankenversicherung

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1989) : Gesundheitssicherung durch Krankenkassenpolitik?: Thesen zur Strukturreform des Gesundheitswesens und der gesetzlichen Krankenversicherung, In: Barbara Riedmüller, Marianne Rodenstein (Ed.): Wie sicher ist die soziale Sicherung?, ISBN 3-518-11568-5, Suhrkamp, Frankfurt/M., pp. 137-164

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/111930>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB). Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH
Bibliothek und wissenschaftliche Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
E-Mail: bibliothek@wzb.eu

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)
Library and Scientific Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
e-mail: bibliothek@wzb.eu

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**. More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

Rolf Rosenbrock

Gesundheitssicherung durch Krankenkassenpolitik?

Thesen zur Strukturreform des Gesundheitswesens und der Gesetzlichen Krankenversicherung

I. Wie meistens am Thema vorbeigeredet wird

Vor allem in Zeiten legislativer Reformversuche im Gesundheitswesen einschließlich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kann kein Mensch mehr den Überblick über das einschlägig produzierte Schriftgut behalten. Da gilt es dann, zunächst einmal Schneisen durch das Dickicht zu schlagen bzw. offenzuhalten.

Je nach Einstiegsort ergeben sich dabei verschiedene Wege, die sich untereinander dann oft kreuzen: So können etwa ökonomische und politische Makrovariablen bzw. -interessen identifiziert werden, die die Diskussion und den politischen Prozeß letztendlich bestimmen (z.B. Kühn 1985, Deppe 1987, Rosenbrock 1985 a). Oder der Gang der Handlung wird als Ausdifferenzierung von Sozialleistungstatbeständen und Verlagerungen von Zuständigkeiten zwischen den Sozialleistungsträgern beschrieben und prognostiziert (von Ferber 1988). Die Analyse historisch unterschiedlicher Akteur-Konfigurationen führt zur Unterscheidung verschiedener Reformmuster für die Finanzierungsstruktur, die Versorgungsstruktur und die Regulierungsstruktur im Gesundheitssystem (Webber 1988). Anspruchsvolle Versuche der systemtheoretisch inspirierten Zusammenführung dieser und anderer Zugänge sind selten (Naschold et al. 1977).

Im folgenden möchte ich versuchen, das Feld der Gesundheitspolitik von dem zumindest logisch nicht abwegigen Gedanken her zu strukturieren, daß das Ziel der Gesundheitspolitik die Verhinderung von Krankheiten, die Mehrung von Gesundheit und die Betreuung von Kranken ist. Von diesem Ausgangspunkt werden drei systematische und aufeinander aufbauende Verkürzungen und Verengungen sichtbar, die querschnittartig nahezu alle Diskussionen zur Gesundheitspolitik und Strukturreform durchzie-

hen. Diese Verkürzungen führen dazu, daß das, worüber eigentlich im Rahmen von Strukturreformen zu reden wäre, nämlich ihre sozialen und gesundheitlichen Implikationen und Wirkungen, nahezu systematisch nicht zur Sprache kommt.

Es sind dies

- die Reduktion von Gesundheitspolitik auf die Krankenversorgungspolitik,
- die Reduktion von Krankenversorgungspolitik auf Ausgabenpolitik sowie
- die Reduktion von Ausgabenpolitik auf die Steuerung des Versicherten- bzw. Patientenverhaltens.

Zunächst sollen diese drei Themenreduktionen und einige ihrer Implikationen skizziert werden. Von den Akteuren dieser Um- und Dethematisierungen und den damit verknüpften Interessen wird dabei kaum die Rede sein, dazu findet sich das wesentliche Material in den eingangs genannten Ansätzen (eigene Skizzen dazu: Rosenbrock 1986b, 1985c). Die gleiche Einschränkung gilt auch für die beiden anschließenden Kapitel, in denen ich den Zielbezug und die Operationalisierung von Gesundheitspolitik beschreibe und einige mögliche Steuerungsansätze aufzeige. Insgesamt geht es dabei um eine orientierende Problemskizze und nicht etwa um einen Politikvorschlag, von dem anzunehmen ist, daß irgendein wirkungsmächtiger Akteur nur darauf gewartet hat, ihn – nun endlich – in die Tat umzusetzen. Die Thematisierungs- und Umsetzungsbedingungen einer *gesundheitsbezogenen Gesundheitspolitik* sind vielmehr ein anderes, äußerst vielfältiges und zerklüftetes Handlungs- und Forschungsfeld (als Beispiel: Rosenbrock 1985b).

1. Reduktion: Gesundheitspolitik als Krankenversorgungspolitik

Als Feld der Gesundheitspolitik wird weithin das Krankenversorgungssystem wahrgenommen und bearbeitet. Der Blickwinkel verengt sich damit auf die medizinisch-professionell institutionalisierte Behandlung des Schlußabschnitts der mit Gesundheit und Krankheit zusammenhängenden Problemsequenz. Diese Sequenz – beginnt bei den Faktoren und Phasen der Gesundheitsgefährdung, der Krankheitsbegünstigung bzw. der Gesundheitsförderlichkeit in den Sphären der Lebenswelt (Arbeit, Umwelt, Wohnen, Verkehr, Erholung, Konsum);

– sie läuft weiter über die zahlreichen Vorformen der Krankheitsmanifestationen, die vor allem bei chronisch-degenerativen Krankheiten zwar sozial, psychisch und als Befindlichkeitsstörungen, aber meist noch nicht medizinisch als spezifische Symptome wahrnehmbar sind. (Diese Vorformen werden auch in den Phasen vor der Manifestation bzw. spezifischen medizinischen Interventionen unter der Überschrift »Gesundheit« oder auch unter nahezu jeder anderen Überschrift von den betroffenen Individuen wahrgenommen und in allen möglichen formellen oder informellen Systemen der Lebenswelt bearbeitet, oder sie bleiben auch unbearbeitet);

– sie reicht schließlich hin bis zu den verschiedenen Stufen der Erfassung oder gar Bewältigung medizinisch meßbarer Gesundheitsprobleme bzw. medikalisierten Sozialprobleme im Krankenversorgungssystem.

Die Reduktion von Gesundheitspolitik auf die Regulierung dieses letzten Abschnittes mag adäquat sein für plötzlich auftretende und tatsächlich kurierbare Erkrankungen (z. B. heilbare Infektionskrankheiten, Knochenbrüche etc.), sie ist aber inadäquat für die heute dominanten chronisch-degenerativen Leiden. In dieser verkürzten Betrachtung und Bearbeitung bleiben demgegenüber regelmäßig mindestens zwei Felder unbeachtet, zumindest aber unterbelichtet:

– die Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung (Prävention) sowie

– die vielfältigen Filter- und Sogeffekte sowie Mechanismen der Selbst- und Fremdselektion, die die Auswahl und Steuerung jener Probleme bewirken, die letztendlich in das professionelle Krankenversorgungssystem gelangen.

Gerade auf diesen beiden Feldern liegen aber – auch nach international verbreiteter Ansicht (WHO 1985) – gewaltige, positiv nutzbare Steuerungspotentiale für die Gesundheitspolitik, vor allem die Aufgabe der Erhaltung bzw. Erzeugung von Gesundheit durch Gesundheitspolitik. Nancy Milio (1986) hat es bündig so formuliert: »Peoples health is primarily the result of the environment in which they live and the patterns of behaviour they follow. Those patterns are shaped by environments and environments are shaped by public policy.« (S. 6) In einer unter diesem Gesichtswinkel konzipierten Gesundheitspolitik tritt die Gesundheitserhaltung gleichrangig neben die Krankheitsbehandlung als Zielgröße

und Politikfeld der Gesundheitspolitik. Die gesundheitlichen Wirkungen des Krankenversorgungssystems bzw. von Veränderungen in und an ihm lassen sich dann im Prinzip an den gleichen Zielgrößen messen und mit der gleichen epidemiologischen Methodik evaluieren wie der Health Impact von Politiken aus anderen Bereichen bzw. Ressorts. Seit den WHO-Konferenzen 1985 in Toronto und 1986 in Ottawa wird diese Verankerung des ressortübergreifenden Querschnittsaspekts »Gesundheitsförderlichkeit/Gesundheitsverträglichkeit« unter dem Begriffspaar »*Public Health Policy*« und »*Healthy Public Policy*« diskutiert (Conrad/Kickbusch 1988).

Die weitgehende Abstinenz der Gesundheitspolitik nicht nur in der Bundesrepublik von diesen gesundheitspolitischen Feldern und den in ihnen liegenden Steuerungspotentialen ist Produkt einer Sichtweise, in der Gesundheit stets von der Krankheit her definiert wird, und sie perpetuiert diese Sichtweise. Folgerichtig sind auch in der öffentlichen und politischen Diskussion immer noch die für Kuration und Symptomlinderung »zuständigen« Individualmediziner tonangebend, denen es disziplinar fremd ist, die Identifikation von und den Umgang mit Gesundheitsrisiken auf Kollektive bezogen zu optimieren sowie medizinische und nichtmedizinische Interventionen fair gegeneinander abzuwägen. Denn der klinisch ausgebildete Arzt erlernt und erlebt seine professionelle Welt primär aus dem Gesichtswinkel gescheiterter Prävention, von der er daher meistens auch nicht viel hält.

Eine zeitweilig heftige, im Kern aber müßige Diskussion geht um die Frage, ob sich im Ergebnis der Umsetzung einer Gesundheitspolitik, die solche Mängel vermeidet, die Gesamtsumme der gesellschaftlichen Aufwendungen für Gesundheit und Krankheit verringern oder vergrößern würde. Da für einen solchen Vergleich nicht einmal die Ausgangsgrößen bekannt sind (die GKV-Ausgaben sind jedenfalls kein valider Indikator), ist dies seriös kaum zu prognostizieren. Nichts spricht aber gegen die Einschätzung, daß eine solche Politik sowohl insgesamt als auch sozialverträglich finanzierbar wäre. Zu ihren Gunsten kann in jedem Fall ins Feld geführt werden, daß sich durch ihre demokratisch legitimierte und kontrollierte Realisierung ein erheblich rationalerer, humanerer Umgang mit menschlichen, sachlichen und finanziellen Aufwendungen in bezug auf Gesundheit/Krankheit ergeben würde (Schwartz 1988, Rosenbrock 1987, 1985 d).

2. Reduktion: Krankenversorgungspolitik als Ausgabenpolitik

Das zweite, nahezu durchgängige Defizit der auf Strukturreform zielenden Diskussionen liegt darin, daß die solchermaßen auf Krankenversorgungspolitik verkürzte Gesundheitspolitik weithin verengt unter dem Aspekt der Kosten wahrgenommen, definiert und betrieben wird. Nun sind Kosten und Kostenentwicklung im Krankenversorgungssystem sicherlich ein gravierendes Problem, wenngleich die hier am häufigsten benutzte Metapher von der Kosten-»Explosion« einer empirischen Überprüfung in der Bundesrepublik noch weniger standhält als in eher marktwirtschaftlich organisierten Krankenversorgungssystemen wie z. B. in den USA. Wichtiger aber als die metaphorische Übertreibung ist die meist mit ihr verbundene Blickwinkelverengung: Beitragssatzstabilität oder die Beeinflussung von bestimmten Kostengrößen bzw. -blöcken treten allzu häufig an die Stelle eigentlicher Gesundheits- und auch Versorgungsziele. Die meist komplexeren Probleme der Steuerung und Messung von Versorgungsqualitäten werden darüber oft vergessen. Zu erinnern ist also daran, daß die Bezahlbarkeit eine »Nebenbedingung« der Gesundheitspolitik ist – nicht mehr, aber auch nicht weniger.

Zudem wird in dieser Optik häufig übersehen, daß die eigentlichen Impulse für Fehlsteuerungen von Ressourcen nicht im – irgendwie moralisch zu qualifizierenden – Verhalten der Anbieter und Nachfrager liegen, das es durch Ermahnung, Belohnung und Bestrafung zu steuern gilt. In der Regel finden sich die tieferen (und politisch gestaltbaren) Gründe in den Erwerbsstrukturen und Lebenslagen sowie den daraus resultierenden materiellen und immateriellen Anreizsystemen. Das gilt nicht nur für die Versicherten/Nachfrager/Patienten, sondern auch für die Leistungsanbieter und Entscheidungsträger des medizinischen Systems (Ärzte, Kliniken, Unternehmen der Pharma- und Medizintechnikbranche, Versicherungskapital, parafiskalische Sozialleistungsträger, Staat). Wenn (Fehl-)Verhalten mit den Instrumenten der Politik gesteuert werden soll, sind die meist ausschließlich in Betracht gezogenen ökonomischen Hebel (Selbstbeteiligung, »Honorardeckelung«, Regreß etc.) nur eine Schublade aus dem Werkzeugkasten öffentlicher und vor allem staatlicher Politik, und meist enthält diese Schublade nur Mittel der zweiten Wahl. Der Verzicht auf strukturierende Eingriffe (Änderung ärztlicher Be-

triebsformen, Abschaffung der Einzelleistungsvergütung, Technologie- und Innovationspolitik im Pharma- und Gerätesektor) zeigt sich auch in der in diesem Zusammenhang verwendeten Metaphorik: es wird nicht das Leistungsgeschehen gesteuert, sondern es werden »Honorare gedeckelt«. Die Kostenströme werden nicht sinnvoll gelenkt, sondern die Kosten werden »gedämpft«.

3. Reduktion: Ausgabenpolitik als Steuerung der Versicherten

Die Diskussion über den Einsatz oder die Wirksamkeit ökonomischer Hebel unterliegt zudem einer weiteren Vereinseitigung: ökonomische Sanktionen, z. B. in Form von »Selbstbeteiligungen« und auch andere ökonomische Anreizsysteme wie etwa leistungsausschließende »Wahltarife« werden bevorzugt gegenüber Versicherten vorgeschlagen. Die Diskussion wird phasenweise geradezu beherrscht von der Erörterung verschiedener Modelle monetärer bzw. pretialer Steuerung des Inanspruchnahmeverhaltens von Versicherten. Trotz mannigfacher konzeptioneller und empirischer Evidenz wird nicht zur Kenntnis genommen, daß Selbstbeteiligung dort, wo sie nachfragewirksam ist, die sozial und gesundheitlich Schwächsten trifft. Wo versucht wird, dies durch Härtefallregelungen »abzufedern«, muß erstens mehr Bürokratie geschaffen werden und zweitens finden gerade die Ärmsten den Zugang zu solchen Regelungen nicht: Die untere Hälfte der Armut wird dann doppelt ausgegrenzt.

Insgesamt sind mit Selbstbeteiligung Kosten nicht zu sparen, sondern wesentlich nur zu privatisieren. Den auf Selbstbeteiligung abgefahrenen »Mehr-Markt-Strategen« geht es auch nach eigenem Bekunden nicht um Kostensenkung im Gesundheitswesen. Denn wachsende, auch rasch und sinnlos wachsende Ausgaben für Leistungen des Krankenversorgungssystems gelten als positiv zu bewertender Ausdruck je individueller Präferenzentscheidungen mündiger Wirtschaftsbürger und als unverzichtbar für die Wachstumsbranche »Gesundheit«. Kritisiert wird lediglich die Finanzierung über die – bei versicherungspflichtig Beschäftigten – vom Arbeitgeber abzuführenden Beiträge zur Krankenversicherung. Es geht den Marktstrategen daher in erster Linie um die Senkung von Lohnnebenkosten (Braun/Reiners 1988). Infolgedessen sticht gegen solche Vorschläge auch der Einwand nicht, daß der – durch Selbstbeteiligung angeblich zu steuernde – direkte oder indirekte

Mißbrauch des Krankenversorgungssystems durch Versicherte bzw. Patienten nach allen vorliegenden Untersuchungen ohnehin verschwindend gering ist, wesentlich geringer zumindest als in anderen gesellschaftlichen Verteilungs- und Zuteilungssystemen wie z. B. im Steuersystem. Daß mit der Einführung von Direktzahlungen durch die Versicherten Kosten zu senken sind, ist auch noch aus einem anderen Grunde unwahrscheinlich: Weit über Dreiviertel der Preis- und Mengenentscheidung im Krankenversorgungssystem sind bereits gefallen, wenn der Versicherte die Schwelle zum Sprechzimmer seines Arztes überschreitet oder sonstwie sein Anspruchsdenken zur Entfaltung bringen kann.

Unter gesundheitlicher Perspektive aber lautet der entscheidende Einwand: Durch ökonomische Sanktionen gegen die Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen fällt der Umgang mit Gesundheit/Krankheit wie mit Medizin allenfalls zufällig rationaler aus als ohne diese Mechanismen, häufiger aber eindeutig und nachweisbar weniger rational (im Sinne von: weniger gesundheitsdienlich oder gar gesundheitsschädlich).

Erstaunlich selten diskutiert wird auch ein ziemlich grundsätzlicher Einwand, der sowohl gegen direkte Zuzahlungen als auch gegen alle ihre Vorformen – »Kostentransparenz«, Kostenerstattung, Wahltarife, Festbeträge, Beitragsrückerstattung etc. etc. – zu erheben ist: wer ökonomische Anreize so setzt, daß es für mehr Geld mehr medizinische Versorgungsleistungen gibt, mehrt die in der Sache falsche, deshalb gesundheitspolitisch schädliche (und in der Konsequenz auch kostentreibende) Vorstellung, als sei Gesundheit erstens überhaupt und zweitens im Gesundheitssystem zu kaufen. An einer solchen Orientierung haben selbstverständlich umsatzorientierte Anbieter von Gesundheitsleistungen und wachstumsorientierte Konjunkturpolitiker ein Interesse, mit Gesundheit haben sie indes nichts zu tun.

Wo vergleichbare ökonomische Hebel z. B. auf der Anbieterseite sinnvoll angewendet werden könnten, werden sie dagegen erstaunlich selten diskutiert: Jährlich werden ca. 1000 Arzneimittel neu zugelassen und gesellen sich zu den dort bereits angebotenen ca. 40000 Präparaten. Davon enthalten in den letzten Jahren bei gutmütiger Schätzung nur jeweils ca. 50 einen therapeutischen Fortschritt. Fast alle neuen Präparate sind jedoch wesentlich teurer als die auf dem Markt befindlichen (im Durchschnitt ca. 25%), ohne daß dies durch entsprechende Mehrkosten begründet wer-

den könnte. Die »neuen« Präparate werden zum Teil gegen die alten mit oft desorientierenden Werbekampagnen durchgesetzt. Von Selbstbeteiligung und Strafgebühren für die chemisch-pharmazeutische Industrie, mit denen diese mißbräuchliche Inanspruchnahme des Solidarfonds der GKV gesteuert werden könnte, ist vergleichsweise sehr wenig die Rede.

Insgesamt läßt sich festhalten: Die verkürzte und verengte Wahrnehmung von Gesundheitspolitik als Krankenversorgungspolitik, von Krankenversorgungspolitik als Ausgabenpolitik und von Krankenversorgungskostenpolitik als Steuerungsproblem vor allem des Versichertenverhaltens bewirkt in der Konsequenz eine sozial und gesundheitlich nicht zu verantwortende Selektion der von der Gesundheitspolitik aufgegriffenen Probleme: die durchschnittlich um fast ein Jahrzehnt auseinanderliegende Lebenserwartung z. B. zwischen der sozialen Gruppe der Professoren auf der einen Seite und der angelernten Arbeiter auf der anderen Seite (Desplanques 1983), das Millionengeschehen der im weitesten Sinne umweltbedingten, vor allem auch arbeitsbedingten und zu großen Teilen verhinderbaren Erkrankungen, die Zunahme von psychosozialen Deviationen werden kaum noch zur Kenntnis genommen, geschweige als gesundheitspolitisches Problem im Umkreis eines hochtrabend so genannten »Gesundheitsreformgesetzes« diskutiert (weiteres Material zur sozialen Ungleichheit vor Krankheit und Tod findet sich im Zwischenbericht der Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung« von 1988). Und wo die soziale Ungleichheit ausnahmsweise doch einmal thematisiert wird, reduziert sich die Betrachtung meist auf den Aspekt der individualmedizinischen Beeinflußbarkeit. Die Frage nach der Effektivität medizinischer Interventionen im Vergleich zu anderen Interventionsformen wird dabei meist nicht gestellt, weil letztere erst gar nicht ernsthaft geprüft werden.

Die hier nur skizzenhaft angedeuteten Verengungen und Verkürzungen stehen produktiven Lösungen einer wirksamen und bezahlbaren Gesundheitspolitik im Wege. Es handelt sich dabei nicht um irgendwelche Reduktionen von Komplexität (wie sie für jede Problemanalyse und -lösung erforderlich sind), sondern es handelt sich um interessengeleitete Reduktionen von Komplexität, die von vornherein das unter dem Gesichtspunkt von Gesundheitszielen Wesentliche aus dem Blickfeld rücken.

II. Worüber tatsächlich zu reden und zu streiten ist

Solche Verengungen lassen sich – zumeist logisch – am leichtesten durch eine Rückbesinnung auf das Ziel der Gesundheitspolitik und damit auch auf das Ziel jeder sinnvollen Strukturreform im Gesundheitswesen und in der GKV überwinden. Bei solchen Überlegungen geht es im Kern darum, den systematischen Zusammenhang zwischen politischen sowie wirtschaftlichen Strukturen und Prozessen einerseits und dem Gesundheitszustand sowie der Gesundheitsentwicklung der Bevölkerung andererseits aufzuheben, also um den *Health Impact* sowohl von *Healthy Public Policy* als auch *Public Health Policy*.

Der Erläuterung dieses Ansatzes sind einige sehr allgemeine Bestimmungen vorzuschicken, die wahrlich banal klingen. Daß sie hier trotzdem aufgeführt werden, kann nur dadurch legitimiert werden, daß sie durchweg nicht beachtet werden.

1. Festlegung: Ziele und Zielsysteme der Gesundheitspolitik

Ziel der Gesundheitspolitik ist die Minderung von negativen und die Förderung von positiven Wirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung. Soziale Ungleichheiten vor Krankheit und Tod sollen durch Abbau von Unterprivilegierungen gemindert werden. Der *Erfolg* solcher Politiken läßt sich zumindest grob qualitativ und quantitativ mit relativ einfachen Indikatorensystemen (gewonnenen Lebensjahren, vermiedenen Einschränkungen, gesundheitliche Lebensqualität) ausdrücken und messen. *Gleichrangige Felder* der Gesundheitspolitik sind Krankheitsverhütung, Gesundheitsförderung, medizinische Behandlung, Betreuung und Rehabilitation. *Mittel* der Gesundheitspolitik sind die gesellschaftlich hierfür mobilisierbaren Ressourcen an menschlicher Arbeit, an Wissen, Institutionen und Geld. *Steuerungsinstrumente* der staatlichen Gesundheitspolitik sind neben Geld, Norm und Information vor allem die Aushandlung mit und zwischen den Sozialparteien, den ökonomisch am Krankenversorgungssystem interessierten Gruppen sowie den Gesundheitsbewegungen. *Beurteilungskriterium* für die Angemessenheit gesundheitspolitischen Handelns (d. h. für Schwerpunktsetzungen auf den verschiedenen Feldern, für die Wahl der Mittel und die Dimensionierung der Steuerungsinstrumente) ist die Gesamtheit der

erwünschten und unerwünschten Wirkungen, wobei die erwünschten Wirkungen eindeutig überwiegen und die unerwünschten tolerabel sein müssen. Für die Auswahl von Instrumenten und Maßnahmen der Gesundheitspolitik gelten prinzipiell bzw. zumindest im Zweifel darüber hinaus die *Grundsätze* der Selbstbestimmung des Individuums und des Schutzes der Schwachen sowie die Bevorzugung von Selbststeuerung gegenüber Fremdsteuerung. Eine (häufig zwingende) *Nebenbedingung* der staatlichen Gesundheitspolitik ist die Erzielung bzw. Ermöglichung von möglichst hoher Effizienz und hoher Effektivität im Sinne rationalen Mitteleinsatzes. Dies gilt sowohl bei der Risikominde- rung für Gesundheit und Leben sowie bei der Gesundheitsförde- rung auf seiten der Prävention als auch hinsichtlich der Produk- tion und Verteilung von kurations- und betreuungsbezogenen Gütern und Dienstleistungen auf dem Gebiet der Krankenversor- gung.

Für die konkrete Instrumentierung der Steuerung ist vor diesem Hintergrund allgemeiner Bestimmungen zu beachten, daß die Si- cherung und Wiederherstellung der Gesundheit sowohl ein Feld vielfältiger Verwertungs- und Verdienstinteressen als auch das Be- rufsfeld für knapp zwei Millionen Menschen in verschie- densten öffentlichen und privatwirtschaftlichen Organisationen darstellt. Deren berufliche und persönliche Interessen sowie Mo- tivationen gilt es mit strukturellen, mit materiellen und immate- riellen, positiven wie negativen Anreizen möglichst direkt auf das Gesamtziel »Gesundheit« hin zu orientieren. Generell, d. h. nicht nur in der Gesundheitspolitik, gilt wohl, daß positive Orientie- rung und Anreize in der Regel bessere, d. h. effektivere Ergebnisse zeitigen als Zwang, Sanktion oder Strafe. Für die Konstruktion der auf Gesundheitspolitik gerichteten sozialen Systeme gibt es noch eine weitere allgemeine Bestimmung: Die Nachfrageseite des gesellschaftlichen Umgangs mit Gesundheit und Krankheit, in dem die GKV *eine* wichtige Regulierungsinstanz unter mehre- ren darstellt, ist seit seiner Institutionalisierung zumindest in Deutschland mit guten Gründen als Ausnahmehereich von der Marktwirtschaft konzipiert worden und hat sich in dieser Kon- struktion im Prinzip auch bewährt:

– Staatlich gesellschaftlich wird darauf geachtet und gegebenen- falls dafür gesorgt, daß die jeweils historisch für notwendig er- achteten Gesundheitsgüter produziert, angeboten und bereitge-

halten werden – von meist privatwirtschaftlichen Unternehmen.

– Die Verteilung von Gesundheitsgütern erfolgt nach dem Bedarfsprinzip und nicht nach dem der Zahlungsfähigkeit.

Die Verknüpfung dieser Elemente zu einem finanzierbaren und gesellschaftlich akzeptierten System ist wohl nur über Ausformungen des Sachleistungsprinzips und des Solidarausgleichs zu erreichen. Letzterer funktioniert um so glatter, je vollständiger das Prinzip des Versicherungszwangs, z. B. in Form der Sozialen Krankenversicherung, durchgesetzt ist. (Die Private Krankenversicherung ist in dieser Sichtweise ein systemfremdes Schlupfloch für Begüterte und im übrigen auch gesundheitlich weniger belastete Schichten. Der Nachweis einer gesundheitlich besseren Versorgung für Versicherte der PKV konnte noch nie geführt werden.) Aus Gründen der Praktikabilität und der gesundheitlichen Orientierung ist die Abwesenheit des direkten Geldverkehrs zwischen Patient und Leistungsanbieter in Form des Sachleistungsprinzips eine sozialpolitische Jahrhunderterrungenschaft. Um gegenüber privatwirtschaftlichen Anbietern (zumindest potentiell) eine hinreichende Nachfragermacht zu organisieren, gibt es zur parafiskalischen Organisation der GKV mit Selbstverwaltung lediglich die Alternative des staatlichen Gesundheitssystems. Gestaltungsraum besteht dabei hinsichtlich des Aufgabenbereichs und der Feingliederung der Krankenversicherung (z. B. Zuweisung von Aufgaben der Prävention, Organisation des Versicherteninteresses, Regionalisierung) sowie hinsichtlich des Verhältnisses und der Arbeitsteilung zwischen den Zweigen des Sozialleistungssystems.

In einer privatwirtschaftlich strukturierten Gesellschaft erscheint die Produktion und Bereitstellung der Gesundheitsgüter und Dienstleistungen teils durch erwerbswirtschaftliche, teils durch bedarfswirtschaftliche, öffentlich regulierte Betriebe als angemessene Lösung. Ein Blick über die Grenzen zeigt allerdings, daß die mögliche Bandbreite des Mischungsverhältnisses zwischen privat und öffentlich wesentlich größer ist, als die hiesige, an Tabus reiche Diskussion es vermuten läßt.

Im Verkehr mit der für die Krankenversorgung zuständigen, hochautonomen Profession der Ärzte stehen sich in dieser Konstruktion die soziale Selbstverwaltung der GKV auf der einen Seite und die ständische Selbstverwaltung der Ärzte auf der anderen

Seite als Verhandlungspartner gegenüber. (Eine vergleichbar starke Institutionalisierung des Interesses an Krankheitsverhütung/Prävention – dies hier nur in Parenthese – fehlt im System.)

Aus diesen wenigen Prinzipien hat sich im Deutschen Reich und später in der Bundesrepublik ein komplexes Regulierungssystem entwickelt. Die zahlreichen Fehlsteuerungen in diesem System (z. B. generell zu starker Einfluß der Angebotsträger auf Umfang und Inhalte von Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung) sind eher auf Abweichungen von den Grundgedanken als auf ihre zu enge Auslegung zurückzuführen.

Es ist also keineswegs nur das Argument der Armut von Versicherten für die Grundentscheidung ins Feld zu führen, Krankenversorgung und Krankenversicherung als Ausnahmereich von der Marktwirtschaft zu gestalten. Vielmehr treten zumindest gleichgewichtig auch kulturelle und gesundheitsbezogene Gründe hinzu. Entgegen der Annahme vor allem neoklassisch argumentierender Gesundheitsökonomien gibt es nun einmal keine gesundheitlich sinnvolle und insoweit rational handlungsleitende individuelle Konsum- und Nachfragefunktion nach »Gesundheitsgütern«, die analog zur Konsum- oder Nachfragefunktion nach Ver- oder Gebrauchsgütern zu modellieren wäre. Zwischen der Auswahl von Schinkensorten im Feinkostgeschäft und der Entscheidung für ein Medikament in der Apotheke bestehen nicht überbrückbare Unterschiede. Entgegen landläufiger Wahrnehmung sind deshalb Vorschläge, die gegen vielfältig gesicherte gesundheitswissenschaftliche Evidenz auf eine Erweiterung der Regulierung nach Marktgesetzen im Gesundheitsbereich hinauslaufen, begründungspflichtig; nicht etwa umgekehrt. Daran ändert auch ein aktuell wehender »Zeitgeist« nichts.

Ein mögliches Mißverständnis sei noch ausgeräumt. Die Bezugnahme auf Gesundheit als Ziel der Gesundheitspolitik richtet sich nicht auf einen gesundheitlichen Idealzustand; Krankheit und Tod können bis auf weiteres als nicht eliminierbare Bestandteile des menschlichen Lebens angenommen werden. Jedoch: ein nach oben hin offener und damit immer auch utopischer Gesundheitsbegriff erlaubt seine jeweilige Konkretisierung, Operationalisierung und Weiterentwicklung aus dem Stand des jeweils präventiv, medizinisch und ökonomisch Wißbaren und Machbaren. Ein solcher Zielbezug geht auf den ersten Blick weit über das Aufgabenfeld des GKV hinaus. Jedoch: alles, was in bezug auf die GKV

verändert oder beibehalten wird, muß sich an seinem positiven oder negativen Beitrag zur Erreichung dieses Ziels messen lassen.

2. Festlegung: Operationalisierungen des Zielbezuges

Felder, Schwerpunkte und Gestaltungskriterien für eine Strukturreform des Gesundheitswesens und der GKV ergeben sich aus der Operationalisierung des allgemeinen Zielbezugs. Deren jeweilige Operationalisierungen ergeben sich aus einem Überblick über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung sowie den Möglichkeiten ihrer Verbesserung durch Prävention, Betreuung, Kuration und Rehabilitation. Das ist mehr, als medizinische Orientierungsdaten auszusagen vermögen. Solche Daten können aber, richtig gewichtet, als Aufgreifkriterien und Ergebnisindikatoren wichtige Beiträge zur Politikformulierung und Evaluation leisten (Weber/Meye/Flatten 1987). Es hat in der Bundesrepublik Deutschland einige Jahrzehnte gedauert, bis 1987 der Sachverständigenrat der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen (SVR 1987) in seinem ersten Jahresgutachten einen solchen Überblick über die damit angesprochenen Problembereiche zu geben versucht hat. Für Strukturreformen des Gesundheitswesens und der GKV sind fünf zentrale Ergebnisse nicht nur dieses Gutachtens von handlungsleitender Bedeutung:

1. Im Krankheits- und Sterbe geschehen dominieren wenige chronische, überwiegend degenerativ verlaufende Erkrankungen. Sie zeichnen sich oft durch lange Latenz und lange prä-morbide, nahezu asymptomatische Phasen sowie durch weitestgehend Irreversibilität nach Manifestation aus. Sieben Krankheiten bzw. eingegrenzte Krankheitsgruppen machen ungefähr 90% der Morbidität und Mortalität aus (Herz-Kreislauf-Krankheiten, Karzinome, chronische Bronchitis, Diabetes mellitus, nicht entzündliches Rheuma, psychische Erkrankungen, Unfälle/Selbsttötungen). Das macht es sowohl möglich als auch nötig, krankheitsspezifische Strategien und Handlungsfelder zu definieren, Gesundheitspolitik also nicht mehr von Institutionen, sondern von Problemen her zu konzipieren. Dazu finden sich in den Debatten aus den oben skizzierten Gründen kaum Ansatzpunkte.

2. Da die Verursachung gerade dieser dominanten Krankheiten überwiegend, ihre Beeinflußbarkeit z. T. nahezu ausschließlich in

der Lebens- und Arbeitswelt liegt, ist die Prävention das gesundheitspolitisch aussichtsreichste Eingriffsfeld.

3. Die soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod ist nach wie vor groß und nimmt auch nicht ab, und sie kann auch vom kurativen Medizinsystem aus nicht annähernd aufgefangen werden. Dies verweist auf die Notwendigkeit teilgruppen- und z. T. schichtenspezifischer Gesundheitsstrategien vor allem nichtmedizinischer Prävention.

4. Im Krankenversorgungssystem gibt es beträchtliche Fehlsteuerungen durch strukturell fehlerhaft gesetzte materielle und immaterielle Anreizsysteme und Hebel. Sie führen nicht nur zu gesundheitlich oft unsinniger Ressourcenallokation, sondern auch dazu, daß das Krankenversorgungssystem sich vielfach mit Problemen beschäftigt, für die es nicht konstruiert worden ist und für die es auch nicht über geeignete Instrumente oder Lösungswege verfügt.

5. Das Gutachten des Sachverständigenrates weist bezüglich der Sozialepidemiologie für die Bundesrepublik mehr Lücken als Erkenntnisse auf. Eine sozialepidemiologisch angeleitete Gesundheitsberichterstattung als Voraussetzung einer feinsteuerungsfähigen Gesundheitspolitik muß erst noch geschaffen werden. In der Bundesrepublik besteht diesbezüglich ein Nachholbedarf gegenüber anderen, und zwar nicht nur Industrie-Nationen, die über »Schools of Public Health« oder vergleichbare Institutionen diesen Problemen eine höhere Aufmerksamkeit in Forschung, Lehre und Politik schenken.

Zusammengefaßt: Bereits diese sehr groben Ergebnisse der Arbeit des Sachverständigenrates lesen sich wie ein großes Plädoyer für Strategien der spezifischen und nichtspezifischen Prävention, die nach Krankheiten, sozialen Gruppen und Verursachungssphären zu differenzieren wären (vgl. Hauß/Naschold/Rosenbrock 1981). Eine Erfahrung aus der Geschichte tritt hinzu: Bis heute ist die Dynamik aller großen besiegten Krankheiten zeitlich zuerst und in der Wirksamkeit überlegen durch Maßnahmen der nichtmedizinischen Prävention gebrochen worden.

3. Festlegung: Problemfelder der Gesundheitspolitik

Aus der Ist-Analyse der gesundheitlichen Lage und der gesundheitspolitischen Ressourcen ergeben sich drei große Problemfel-

der für die Strukturreform des Gesundheitswesens und der GKV. Sie lassen sich unter je einer Leitfrage zusammenfassen:

– Welche gesundheitlichen Probleme lassen sich vor ihrer Manifestation verhindern? (Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung)

– Wie sollen die Übergänge, Zwischenzonen und Verweisungswege zwischen der »gesunden Lebenswelt« und dem »professionellen Krankenversorgungssystem« gestaltet werden? (Übergänge und Zugangsregulierung)

– Mit welchen Strukturen und Instrumenten kann das Verhalten der Akteure im Inneren des Krankenversorgungssystems problemadäquat (d. h. gesundheitsgerecht, effizient und effektiv) gestaltet bzw. gesteuert werden?

Die durch diese drei Problemfelder definierten Steuerungsaufgaben können von der GKV keineswegs vollständig übernommen oder gar gelöst werden. Die Vermessung dieser Aufgabenfelder und die Konzipierung von Lösungsrichtungen sind aber auf der anderen Seite eine logische und tatsächliche Voraussetzung für die Bestimmung der Aufgaben aller wesentlichen gesellschaftlichen Akteure der Gesundheitspolitik und damit auch der GKV. Die zumindest ungefähre Bestimmung der Gesamtaufgaben ist eine Voraussetzung für die Definition der gesellschaftlichen und politischen Arbeitsteilung bzw. Aufgabenzuweisung. Unterbleibt dies (wie üblich), so wird z. B. der GKV ein allgemeiner Präventionsauftrag zugeschrieben, ohne zu untersuchen, was die GKV auf diesem Gebiet kann oder nicht kann, welche Instrumente sie dafür benötigt und wer die Aufgaben erfüllen soll, die die GKV auf diesem Gebiet eben nicht erfüllen kann.

Strukturreformen finden nicht auf der grünen Wiese statt: In allen drei Aufgabenfeldern existieren und arbeiten heute historisch fest gewachsene Institutionen und Berufsgruppen, unterstützt durch zahlreiche wissenschaftliche Disziplinen, existieren die unterschiedlichsten Regulierungsformen (staatliche Normierung, Markt, Aushandlung-Partizipation-Wahlen, professionelle Expertise, soziale Bewegungen etc. etc.). Die Komplexität von Strukturreformen ergibt sich aus den Spannungen zwischen bestehenden (gesundheitlich definierten) Aufgabenstellungen, gewachsenen Regulierungsformen und meist institutionalisierten Akteuren. Der damit verbundenen Vielfalt ist mit dem in der öffentlichen Diskussion vielfach üblichen Primitivismus dichoto-

mer Weltansichten nicht beizukommen: Die Alternative heißt nicht Markt versus Staat, nicht zentral versus dezentral, nicht ökonomische Hebel versus moral suasion, nicht Wettbewerb versus Nicht-Wettbewerb, nicht professionelle Selbstbestimmung versus staatliche Vorschriften, nicht Freiheit versus Unfreiheit etc. p. p. Es ergeben sich kaum problemadäquate Lösungen, wenn Gesundheitspolitik unter das Primat einer wirtschaftspolitischen Ordnungspolitik gestellt wird (Reiners 1988). Vielmehr liegen Lösungen für die Steuerungsprobleme im Gesundheitswesen in der problembezogenen Gestaltung und im richtigen Mischungsverhältnis unterschiedlicher Regulierungsformen. Anhaltspunkte für adäquate Regulierungen und ihre Instrumentierung können sich pragmatisch aus den folgenden Ausführungen zu den drei genannten Leitfragen ergeben.

III. Was und wie in den Problemfeldern zu steuern ist

1. Problemfeld: Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung (Prävention)

Welche gesundheitlichen Probleme lassen sich vor ihrer Manifestation verhüten? Die gesundheitswissenschaftliche Forschung der letzten 15 Jahre hat hierzu zahlreiche Ergebnisse hervorgebracht, und zwar sowohl hinsichtlich zu verhindernder Krankheiten als auch hinsichtlich betroffener Sozialgruppen und gesundheitlicher Strategiegestaltung in den verschiedenen Verursachungsbereichen (DGB 1987/1988, Rosenbrock 1987). Wenn es irgendwo ein Umsetzungs- und Vollzugsdefizit gibt, dann hier. Deutlich geworden sind aber auch Irrwege und strategische Fehlorientierungen:

- Die Reduktion der für Prävention zu benutzenden bzw. zu gestaltenden Instrumente auf ökonomische Hebel oder – noch weiter eingegrenzt – auf marktwirtschaftliche Mechanismen verspricht keine großen Erfolge; die Produktivität des Marktmechanismus für die Inangasetzung wirksamer und nicht bloß symbolischer Prävention läßt sich bislang nur in dem schmalen, zudem nach Kaufkraft selektierenden und keineswegs durchweg seriösen Bereich der Vermarktung von Konsumgütern mit Gesundheitsimage aufzeigen (»grüne Ecke im Supermarkt«, Fitneßwelle etc.);
- die gegenwärtig wieder verstärkt feststellbare Tendenz zu mehr

Wettbewerb zwischen den GKV-Kassen steht – resümiert man die historischen und internationalen Erfahrungen – der Entwicklung von Prävention wohl eher entgegen: Wo Kassen mit unterschiedlichen Beitrags- und Leistungstarifen und mit aufwendigen Imagekampagnen um unterschiedliche Versichertengruppen konkurrieren müssen, scheinen ernsthaft präventive Vorhaben kaum Chancen zu haben: kurzfristig vorzeigbare PR-Ergebnisse behalten Vorrang;

– die Förderung oder gar Erzwingung von gesundheitsgerechtem Verhalten durch Straf- und Belohnungsgebühren, z. B. verminderte Direktzahlung für Zahnersatz bei regelmäßigem Zahnarztbesuch kann angesichts des Mangels an positiven Wirksamkeitsnachweisen solcher Instrumente kaum ernsthaft in Betracht gezogen werden.

Realistische Ansatzpunkte ergibt demgegenüber der lebensweisebezogene Ansatz der WHO, der von dem griffigen Gestaltungsauftrag ausgeht: *Make the healthy way the easy choice*. Entsprechende Strategien orientieren dabei meist auf schrittweise Risikoverdünnung und vermeiden die Selbstblockierung durch das aus der Medizin kommende und auch dort faktisch nirgends eingelöste, aber fast immer zu Selbstblockierungen führende Ideal des Nullrisikos. Prävention wird als Wissens-, Lern- und Durchsetzungsproblem begriffen. Prävention setzt an in der Arbeitswelt, in der Umwelt, bei Konsumgütern und in der Lebensweise. Es geht um die Herstellung gesundheitsgerechter Verhältnisse (Verhältnisprävention), um die Stützung bzw. den Aufbau gesundheitsförderlicher Alltagsstrukturen (Gesundheitsförderung) sowie um die Förderung von gesundheitsgerechtem Verhalten (Verhaltensprävention) – aus Effektivitätsgründen in der Regel in dieser Reihenfolge. Aus erfolgreichen Ansätzen der letzten Jahre kann gelernt werden, daß Verhalten und Lebensweise nicht ohne Berücksichtigung der sie bedingenden Verhältnisse zu beeinflussen sind. Infolgedessen stehen Konzepte der strukturgestützten Verhaltensbeeinflussung, der Aktivierung der Betroffenen und ihrer Kompetenz sowie teilgruppenspezifische Politiken im Vordergrund.

Auf dem Gebiet der Prävention sind derzeit mit jeweils spezifischen Profilen und Defiziten zahlreiche Akteure tätig: – der Staat, zentral und dezentral, z. B. mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst (Schmacke 1987, Labisch et al. 1988),

- die Sozialparteien, z. B. mit dem Arbeitsschutz (Kühn 1982, Hauß 1983, Rosenbrock 1982),
- verschiedene soziale Bewegungen, und zwar nicht nur die Gesundheitsbewegung, sondern – unspezifisch primärpräventiv – auch die Umweltbewegung, die Frauenbewegung, die Friedensbewegung u. v. a. m. (Deppe 1987, Rosenbrock 1985 e),
- die unmittelbar gesundheitlich Betroffenen, bislang vor allem mit Erfolgen in der Tertiärprävention: Selbsthilfegruppen (Trojan 1986; Köhler-Schmidt 1986), zunehmend aber auch in der Primärprävention, paradigmatisch vielleicht die AIDS-Hilfen (Rosenbrock 1986 a),
- die GKV – vorwiegend mit Verhaltenskampagnen, z. T. auch mit Gesundheitszentren und starker PR-Dominanz (Rosenbrock/Hauß 1985),
- das Krankenversorgungssystem mit z. T. umstrittenen Früherkennungsprogrammen usw. (Abholz 1988; Rosenbrock 1988).

Diese zufällig gewachsene Aufgabenverteilung hat nicht zu Lösungen geführt, die den Notwendigkeiten und Möglichkeiten der Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung entsprechen. Insgesamt sind die Aktivitäten bei weitem nicht flächendeckend, aber auch nicht überschneidungsfrei. Nahezu allen Ansätzen ist gemeinsam, daß sie sich angesichts ökonomisch und machtmäßig hoch besetzter Interessenstrukturen in den Verursachungsbereichen auf das politisch weichste, gesundheitlich aber meist wenig effektive Feld der Verhaltensbeeinflussung durch Gesundheitsappelle und -erziehung konzentrieren.

Die politisch unterentwickelte Region der Prävention wäre als gesundheitspolitisches Aufgabenfeld insgesamt neu zu vermessen. Die Aufgabenstellung der Akteure (einschließl. der GKV) in ihm wäre neu zu definieren und zu instrumentieren.

2. Problemfeld: Übergänge zum und aus dem Krankenversorgungssystem

In der derzeitigen GKV-Regulierung ist der Übergang aus der »gesunden Lebenswelt« in das »Gesundheitssystem« ein harter Schnitt. Entweder der Mensch ist – im Sinne der GKV, des Sozial- und des Arbeitsrechts – gesund oder er geht zum Arzt. Institutionell gibt es zwischen diesen beiden Welten so gut wie gar nichts. Die z. T. jahrelangen und für die Beeinflussung der chronisch-

degenerativen Volkskrankheiten entscheidenden Phasen vor der Krankheitsmanifestation werden von der Gesundheitspolitik nicht systematisch bearbeitet und verlaufen damit weitgehend spontan krankheitsfördernd.

Familiäre, nachbarschaftliche und milieumäßig organisierte Netzwerke sowie andere nicht-medizinische Auffangsstrukturen für vor allem psychosoziale Probleme haben sich im Zuge der Industrialisierung und der damit ausgelösten sozialen Verschiebungen in den letzten hundert Jahren kontinuierlich zurückgebildet. Es spricht nicht viel dafür, daß Anzahl und Intensität solcher Probleme im gleichen Maße geringer geworden wären. Der bleibende Problemdruck findet damit immer weniger informelle soziale Bearbeitungsstrukturen. Zum erheblichen Teil wandert er als »medikaliserbare Sozialprobleme« in das Medizinsystem. Das ist kein Wunder; denn im selben Zeitraum hat das Hilfsversprechen der Medizin an Qualität, Quantität und Lautstärke beträchtlich zugenommen und ist auch zunehmend gehört worden: Die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen ist lange Zeit kontinuierlich angestiegen, erst seit einigen Jahren hat sie sich stabilisiert. Der trotz zunehmender Selbstbeteiligung nicht nur in Randbereichen immer noch ökonomisch weitgehend undiskriminierte Zugang zu den Ressourcen des Krankenversorgungssystems, einst einer der wichtigsten Erfolge der deutschen Sozialpolitik, hat neben seinen nach wie vor erwünschten auch unerwünschte Wirkungen hervorgebracht. Das soll am folgenden Zahlenbeispiel deutlich werden: Von 100 selbst wahrgenommenen Gesundheitsstörungen gelangen auf Basis (schichtspezifischer) Selbstselektionsprozesse ca. 25 zum niedergelassenen Arzt. Die meisten der anderen 75 Gesundheitsstörungen sind harmlos, vorübergehend und brauchen keine medizinische Intervention. Aber eben auch nicht alle: Speziell bei Menschen aus unterprivilegierten Gruppen und Schichten bleiben auch heute noch behandlungsbedürftige und behandlungsfähige Gesundheitsstörungen unbehandelt. Insofern finden sich bis heute *auch* Unterinanspruchnahme und Unterversorgung im Krankenversorgungssystem. Andererseits gehören von den 25 Gesundheitsstörungen, die über den niedergelassenen Arzt ins Krankenversorgungssystem gelangen, nach verschiedenen Schätzungen zwischen 50 und 70% »eigentlich« nicht dorthin, weil sie weder medizinischer Natur noch medizinisch im Sinne von »Heilung« zu beeinflussen sind. Diese

Störungen landen nicht beim Arzt, weil dies sinnvoll ist, sondern weil es keine nicht-medizinische Auffang- bzw. Bewältigungsposition für sie gibt.

Geraten solche »Sozialprobleme« aber erst einmal aufgrund dieser (natürlich differenzierteren) Fehlsteuerungen ins Medizinsystem, werden sie dort oft zum Ausgangspunkt für die vielfältigsten und z.T. absurdesten, häufig auch gesundheitlich sehr belastenden und sehr teuren Patientenkarrieren. Das Studium solcher Schicksale läßt das Gerede vom Mißbrauch des Krankenversorgungssystems durch die Patienten ziemlich blaß und materialarm aussehen. Immerhin: es finden neben der genannten Unterversorgung sicher auch – aber eben kaum individuell mißbräuchlich – Überversorgung und Überinanspruchnahme von Krankenversorgungsleistungen statt.

Die einzig systematische Bearbeitung des zweiten Feldes zwischen »gesund« und »krank« erfolgt vom Krankenversorgungssystem aus: die Rede ist von Screening-Programmen zur Früherkennung zwecks Vorverlegung des individualmedizinischen Behandlungsbeginns. Dieser medizinisch-strategische Zugang ist von der gerade skizzierten, quantitativ weit überwiegenden Spontaninanspruchnahme mit »Sozialproblemen« scharf zu unterscheiden. Erfolge haben diese Bemühungen bis heute nur sehr punktuell (aber dann auch sehr wichtig) vorzuweisen. Große Hoffnungen auf epidemiologisch vorzeigbare Durchbrüche mit dieser Strategie gibt es kaum (Doll 1988, Abholz 1988). Die Früherkennungsprogramme in der Bundesrepublik sind in jedem Fall zu unspezifisch, mit einer reinen Komm-Struktur falsch organisiert und mit einiger Sicherheit auch zu umfangreich. Sie wären nach strenger epidemiologischer Evaluation einzuschränken bzw. gezielt weiterzuentwickeln.

Zur Lösung des generellen Steuerungsproblems (»das richtige Problem zum richtigen Zeitpunkt in das richtige soziale System«) werden drei unterschiedliche Wege diskutiert bzw. z.T. auch praktiziert, wobei auf schiere Kostendämpfung orientierende Ansätze oft störend interferieren.

Das ist z. B. von Versuchen zu sagen, die dieses Steuerungsproblem durch den Einsatz von ökonomischen Hebeln (Selbstbeteiligungen, Strafgebühren, Wahltarife) beim Versicherten zu lösen versuchen. Vor den angedeuteten Zusammenhängen entbehren solche Versuche konzeptionell der Logik. Ihr Erfolg konnte bis-

lang auch noch nirgends empirisch gezeigt werden, ihr Mißerfolg dafür um so öfter. Konzepte, die den Zugang zum Krankenversorgungssystem und seinen Leistungen analog zur souveränen Konsumententscheidung modellieren wollen, übersehen immer wieder,

– daß der Versicherte/Patient das für rationale Leistungsauswahlentscheidungen erforderliche Wissen über den gesundheitlichen Gebrauchswert medizinischer Leistungen nicht hat, nicht haben kann, und wohl auch nicht zu haben braucht,

– daß der Versicherte/Patient als Hilfesuchender in einer bis zum Extrem ausnutzbaren und ausbeutbaren Situation steckt, die keine gute Voraussetzungen für rationale Konsumententscheidungen bietet (auf dem Arzneimittelsektor kann in großem Umfang die inverse Wirkung von Preissignalen beobachtet werden, nach der das, was besonders teuer ist, deshalb als besonders hilfreich eingeschätzt wird),

– daß die Freistellung von ökonomischen Überlegungen bei der Bewältigung von Gesundheitsstörungen nicht nur eine zivilisatorische Errungenschaft, sondern zumindest plausiblerweise auch gesundheitlich sinnvoll im Sinne von gesundheitsförderlich ist.

Soweit das Verhalten der Versicherten überhaupt gesteuert werden soll oder kann, ist vor allem an den Ausbau nicht-medizinischer sozialer Beratungs-, Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen zu denken. Es geht dabei nicht um ein paar Sozialarbeiter mehr, sondern um die systematische Förderung gesundheitsdienlicher Aktivitäten und Institutionen (Vereine, Initiativen, Selbsthilfegruppen, integrierte Sozialstationen, kommunale Zentren). Erst in jüngster Zeit wird dies unter dem Aspekt der »Gesundheitsförderung« systematisch erforscht, die tatsächlichen Aktivitäten von Kommunen und Kassen bleiben bislang durchweg symbolisch und leiden an der ideologischen Zeitgeist-Hypothek von Ehrenamtlichkeit und Subsidiarität.

Einen dritten Steuerungszugang bietet das Krankenversorgungssystem selbst. Hier ist zunächst an Mechanismen zu denken, die dem immanenten Expansionsdrang des Medizinsystems (aggressive Marktstrategien in den Bereichen Arzneimittel und Medizintechnik, Einzelleistungsvergütung des niedergelassenen Arztes) den Antrieb nehmen oder mindern. In der Feinsteuerung muß der niedergelassene Primärarzt als Eingangsstufe, Gate-Keeper und Verweisungsinstanz (entweder zum medizinischen Spezialisten oder aber aus dem Medizinsystem hinaus) z. B. in die Lage

versetzt werden, sich selbst und seine Intervention dort sensibel zurückzunehmen, wo sie medizinisch nicht erforderlich ist. Das erfordert eine andere Ausbildung, andere ökonomische Anreize und wahrscheinlich auch andere Betriebsformen als die Einzelpraxis. In jedem Fall ist es eine komplizierte Steuerungsaufgabe, die durch Strafgebühren oder Vorschriften nicht zu lösen ist.

3. Problemfeld: Funktionsweise des Krankenversorgungssystems

In welchen Strukturen sich der Einsatz von medizinischen und nicht-medizinischen Gütern und Dienstleistungen des Krankenversorgungssystems vollziehen und mit welchen materiellen und immateriellen Impulsen dabei gesteuert werden soll, ist seit Jahrzehnten Hauptgegenstand der gesundheitspolitischen Strukturdiskussionen. Auf diesem Gebiet finden sich noch am ehesten politisch programmatische Aussagen, die die Kriterien der Gesundheitsgerechtigkeit und der Qualität der Leistungen ernstzunehmen versuchen (DGB 1987/1988, SPD 1988, Die Grünen 1986). Die Diskussion dieser Vorschläge würde den Rahmen sprengen.

Institutionell geht es um die Entwicklung von Organisationsformen, die einem pragmatisch verstandenen Gebot von Effizienz und Effektivität, dem tatsächlich verwendbaren Stand der Technik sowie dem besonderen Vertrauensbedarf im Gesundheitswesen (nicht nur im Arzt-Patienten-Verhältnis) entsprechen. Das (in jedem Bereich neu zu veranstaltende) Kunststück besteht in der möglichst gleichzeitigen Erfüllung der Kriterien:

- möglichst weitgehende und möglichst selbstregulative Entsprechung bzw. Abstimmung der materiellen und immateriellen Interessen von Leistungsnachfragenden und Leistungsanbietern,
- soziale undiskriminierte Verfügbarkeit der als notwendig definierten Dienstleistungen und Güter,
- zielgruppen- bzw. schichtenspezifische Schwellensenkungen des Angebotes, z. T. durch nachgehende Arbeit,
- und – last not least – die Aktivierung von Betroffenenkompetenz als eigenständige Aufgabe der Qualifikation und Motivation der Professionals.

Regulativ ist dies wohl nur durch jeweils (krankheits-, gruppen-, regional-, aggregat-)spezifisch zu modellierende Mischungen von Instrumenten aus den Bereichen staatliche Normierung,

Information, Expertise, Partizipation, ökonomische Hebel zu lösen.

Im Bereich der niedergelassenen Ärzte ist z. B. sowohl über neue Betriebsformen, Verzahnungen mit nicht-medizinischen Versorgungsinstitutionen und veränderte Verweisungsstrukturen als auch über die Überwindung der Einzelleistungsvergütung und den Übergang zu modifizierten Fall- bzw. Versichertenpauschalen zu diskutieren. Der rasche Wandel in der Arbeitsmarktlage und im Berufsverständnis der Ärzte, der sich u. a. in wachsender Opposition zur bisherigen Standespolitik ausdrückt, verbessert die Voraussetzungen für solche Reformen (Deppe 1987; Beck et al. 1987).

Im Bereich der Pharma-Industrie wird es nicht ohne eine steuernde Innovationspolitik, Expansionsbegrenzungen und qualitative Marktzutrittschürden (Bedarfsprüfung) abgehen. Dies und eine erhebliche Verstärkung der Nachfragemacht der Kassen können (und müssen unter gegebenen Umständen wohl) so instrumentiert werden, daß die chemisch-pharmazeutische Industrie ein forschungsintensives und lukratives Verwertungsfeld für das Privatkapital bleibt.

Die vor allem medizintechnische (d. h. eben nicht: pflegerische und auch nicht: kapazitative) Expansionsdynamik des Krankenhauses ist ein zumeist übersehenes Steuerungsfeld. Wohl nicht nur im stationären Bereich fließt mehr als die Hälfte der Investitionen in regelmäßig überproportional personalaufwendige technische Hilfsmittel zur Verbesserung der Diagnostik, denen in der Mehrzahl kein therapeutischer Vorteil entspricht und durch die auch häufig keine »ältere« diagnostische Technik überflüssig gemacht wird (Kirchberger 1986; Köppl/Lauber 1986; Abholz 1986). Die Durchsetzung des gesundheitlich sinnvollen Prinzips, nach dem sich Umfang und Feinheit der Diagnostik an den therapeutischen Interventionsmöglichkeiten ausrichten sollen, würde Einsparpotentiale freisetzen, die weit über die derzeit diskutierten (in ihren qualitativen Wirkungen z. T. absehbar negativen) Ansätze wie z. B. die Einführung diagnosebezogener Fallgruppenpauschalen (DRG) hinausgehen. An die ungelösten Probleme der Pflegequalität, für die sich auch durch Einsatz der EDV im Krankenhaus keine Lösung abzeichnet, sei nur erinnert.

Die GKV-Kassen sind in ihrem gegenwärtigen Zustand sicher nicht in der Lage, die spontanen Fehlsteuerungen im Bereich der

ambulanten Versorgung, der Arzneimittel, der Medizintechnologie und des Krankenhauses auch nur zu bremsen, geschweige denn sie gesundheitsgerecht zu regulieren. Die Gründe liegen in der mangelnden politischen Handlungsfähigkeit der Kassen. Diese ist durch die

- institutionelle Zersplitterung,
 - den rechtlich eng begrenzten Handlungsrahmen,
 - die den Kassen immanente Orientierung auf das Medizinsystem,
 - das Mischungs- und Kräfteverhältnis der in den Kassen und ihren Selbstverwaltungen präsenten Interessen,
 - das den Kassen zur Verfügung stehende politische Instrumentarium,
 - das inadäquate Verhältnis zwischen Zentralität und Dezentralität im Kassenbereich
- sowie durch die aus dem seit Jahren ideologisch forcierten Kassenwettbewerb resultierenden Imperative
- zumindest stark behindert. In der Summe dieser Einflüsse kommt es zu einer strukturellen und ohne weitgehende Eingriffe auch nicht zu beseitigenden Unterlegenheit der Kassen gegenüber allen wichtigen Leistungsanbietern. Die Diskussion hierüber leidet unter der faktischen Tabuisierung der dezentralen (regionalisierten) Einheitsversicherung. Von diesem Fluchtpunkt aus ließen sich qualitativ und quantitativ begründete Aussagen über die zweckmäßige Arbeitsteilung zwischen Staat (zentral und dezentral), GKV, Sozialparteien, sozialen Bewegungen und den Versicherten formulieren.

IV. Wie die Steuerungswirkungen abzuschätzen sind

Was immer in den drei skizzierten Problemfeldern an Strukturreform unternommen oder auch unterlassen wird: soll es seriös zugehen, muß der Beurteilungsmaßstab für politisches Tun und Lassen die gesundheitliche Wirksamkeit sein. Dabei gilt generell: Vor ihrer Ingangsetzung sind Maßnahmen jeweils im Hinblick auf die durch sie bewirkten erwünschten und unerwünschten Wirkungen möglichst vollständig abzuschätzen. Erwünschte und unerwünschte Wirkungen können sich dabei jeweils im eigentlichen Regelungsbereich (Wirkung auf die Gesundheit der Bevölkerung)

als auch in anderen Bereichen (Ordnungspolitik, Grundrechte, Sozialstaatsprinzip) ergeben.

In medizinischen Lehrbüchern heißt es dazu sinngemäß: Maßnahmen sind dann und nur dann zu ergreifen, wenn bei verständiger Würdigung des Gesamtzusammenhangs die erwünschten Wirkungen die unerwünschten eindeutig überwiegen und die unerwünschten Wirkungen tolerabel sind. Diese Denk- und Entscheidungsregel verbindet die Arbeit des Gesundheitsplaners mit der Tätigkeit eines jeden einzelnen Arztes, mit dem seriös forschenden Pharmaunternehmen und mit jedem, der sich über Präventionsstrategien Gedanken macht. Und da mit (Gesundheits-) Politik wahrscheinlich wesentlich mehr Menschen umzubringen bzw. gesund oder am Leben zu erhalten sind als durch die Summe der individuellen ärztlichen Therapien oder auch Nicht-Therapien, muß die Wirkungsweise auch bei jeder einzelnen staatlichen oder kassengetragenen gesundheitspolitischen Maßnahme explizit abgeschätzt werden. Gesundheitspolitik hat Sozialtechnologien zu entwerfen und durchzusetzen. Es ist nicht einzusehen, warum die Forderung, daß vor dem Einsatz neuer Technologien eine Technologiefolgenabschätzung vorzunehmen ist, nicht auch für Sozialtechnologien gelten soll.

Diese Forderung wirft freilich die Frage nach dem Meßniveau auf: wie exakt müssen Folgen abschätzbar sein, um Maßnahmen zu ergreifen oder zu unterlassen? Immerhin sind im Bereich »Gesundheit« medizinische Disziplinen präsent (und derzeit sogar dominant), die für ihre Messungen naturwissenschaftliche Exaktheit in Anspruch nehmen. Durch das Anlegen dieses Maßstabes an die Ergebnisse der angeblich »weicheren« Sozialwissenschaften ist in der Gesundheitspolitik schon viel Sinnvolles (und sicherlich auch einiges Sinnloses) verhindert worden. Die Antwort auf die Frage nach dem Meßniveau kann nur pragmatisch sein: so hoch wie möglich. Das heißt aber umgekehrt auch: wo Folgen und Nebenfolgen, also erwünschte und unerwünschte Wirkungen, nicht zu kalkulieren sind, können und müssen sie abgeschätzt werden. Wo die Datenlage nicht mehr hergibt, auf dem Niveau schlichter Plausibilität. Das klingt bescheiden, wäre aber in der Konsequenz gewaltig: staatliche Gesundheitspolitik wäre kaum noch wiederzuerkennen, wenn generell oder z. B. bei der Strukturreform das gesundheitlich Plausible unternommen und das plausibel Gesundheitsschädliche unterbleiben würde.

- Abholz, Heinz Harald 1988: *Was ist Früherkennung, was kann sie leisten?*, in: *Grenzen der Prävention, Argument-Sonderband AS 178*, Hamburg
- Ders. 1986: *Das Dilemma medizintechnischer Innovation*, in: *Technologie und Medizin, Argument-Sonderband AS 141*, Berlin, S. 29-48
- Beck, Winfried/Hans-Ulrich Deppe/Renate Jäckle/Udo Schagen (Hg.) 1987: *Ärzteopposition*, Neckarsulm/München
- Braun, Bernard/Hartmut Reiners 1988: *Kostendämpfung als Gegenreform*, in: *Blätter für deutsche und internationale Politik*, Heft 2, S. 182-195
- Conrad, Günter/Ilona Kickbusch 1988: *Die Ottawa-Konferenz zur Gesundheitsförderung*, in: *Grenzen der Prävention, Argument-Sonderband AS 178*, Hamburg, S. 142-150
- Deppe, Hans-Ulrich 1987: *Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar*, Frankfurt/M.
- Desplanques, G. 1983: *Vortrag beim Deutsch-Französischen Arbeitstreffen der Demographen* am 21. Oktober 1983 in Reims, zitiert nach: »Wirtschaft und Statistik«, Heft 1/1984, S. 20
- DGB 1987/1988: Alfred Schmidt/Erwin Jahn/Bodo Scharf (Hg.): *Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft; Bürgernähe, Arbeitnehmer- und Patientenorientierung statt Anbieterdominanz*, Band I: Grundmängel, Grundanforderungen, Reformperspektiven (1987), Band II: *Vorschläge zur Strukturreform* (1988), WSI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung, Nr. 60 und 63, Köln
- Die Grünen 1986: *Alternativen und Strategien in der Gesundheitspolitik der Grünen*, in: *Die Grünen im Bundestag* (Hg.), *Kritik des Gesundheitswesens und Grüne Alternativen*, Bonn, S. 131-142
- Doll, Richard 1988: *Möglichkeiten der Prävention; Das Potential für die Verbesserung der Gesundheit*, in: *Grenzen der Prävention, Argument-Sonderband AS 178*, Hamburg, S. 6-30
- Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«, *Zwischenbericht* 1988, 11. Deutscher Bundestag, Drucksache 11/3267, Bonn
- von Ferber, Christian 1988: *Strukturreform des gegliederten Sozialleistungssystems als Antwort auf die demographische Entwicklung*, in: *Die demographische Herausforderung. Das Gesundheitssystem angesichts einer veränderten Bevölkerungsstruktur*, Geringen (i. E.)
- Hauß, Friedrich/Frieder Naschold/Rolf Rosenbrock 1981: *Schichtenspezifische Versorgungsprobleme und leistungssteuernde Strukturpolitik im Gesundheitswesen*, in: dies. (Hg.): *Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, Forschungsbericht 55* (Gesundheitsforschung), herausgegeben vom BMAuS, Bonn
- Hauß, Friedrich 1983: *Arbeitsbelastungen und ihre Thematisierung im Betrieb*, Frankfurt/M./New York

- Kirchberger, Stefan 1986: *Technischer Fortschritt in der Medizin*, Strukturen der Kostenentwicklung und der Leistungserbringung, in: *Technologie und Medizin, Argument-Sonderband AS 141*, Berlin, S. 7–28
- Köhler-Schmidt, Barbara 1986: *Struktur und Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen*, WZB/IIVGdp86–208, Berlin
- Köppl, Franz/Wolfgang Lauber 1986: *Medizintechnik im Krankenhaus*, Wien, Kurzfassung in: *Jahrbuch für kritische Medizin 13*, *Argument-Sonderband AS 155*, Berlin/Hamburg 1988, S. 26–29
- Kühn, Hagen 1985: *Soziale Sicherheit und angebotsorientierte Wirtschaftspolitik*, in: *WSI-Mitteilungen*, Heft 2, S. 94–102
- Kühn, Hagen 1982: *Betriebliche Arbeitsschutzpolitik und Interessenvertretung der Beschäftigten*, Frankfurt/M./New York
- Labisch, Alfred et al. 1988: *Gesellschaftliche Bedingungen öffentlicher Gesundheitsvorsorge*, Frankfurt/M.
- McKeown, Thomas 1979/82: *The role of medicine, dream, mirage or nemesis?*, Oxford, deutsch 1982: *Die Bedeutung der Medizin*, Frankfurt/M.
- Milio, Nancy, 1986²: *Promoting health through public policy*, Ottawa
- Naschold, Frieder/Wilfried Schönback (Projektleitung) 1977: *Systemanalyse des Gesundheitswesens in Österreich*, 2 Bde., Wien
- Reiners, Hartmut 1988: *Ordnungspolitik im Gesundheitswesen*, Bonn
- Rosenbrock, Rolf 1988: *Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik*, Konzept für eine Forschungsgruppe am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), vervielf. Ms., Berlin
- Ders. 1987: *Prävention, warum sie nicht stattfindet und was zu tun ist*, in: *Dr. med. Mabase*, Zeitschrift im Gesundheitswesen, 12. Jg., Nr. 47, S. 50–53
- Ders. 1986 a: *Aids kann schneller besiegt werden – Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit*, Hamburg (3. durchges. Auflage 1987)
- Ders. 1986 b: *Prinzipien und Ideologie der Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik*, in: *Die Grünen im Bundestag (Hg.): Kritik des Gesundheitswesens und Grüne Alternativen*, S. 24–32, Bonn
- Ders./Friedrich Hauß (Hg.) 1985: *Krankenkassen und Prävention*, Berlin
- Ders. 1985 a: *Die Kolonialisierung des Sozialstaats*, in: *Soziale Sicherheit*, Heft 11, S. 324–330
- Ders. 1985 b: *Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen durch gesetzliche Krankenversicherung – ein Thema in einer Arena*, in: F. Naschold (Hg.): *Arbeit und Politik*, Gesellschaftliche Regulierung der Arbeit und der sozialen Sicherung, Frankfurt/M./New York, S. 367–404
- Ders. 1985 c: *Sozialpolitik aus arbeitspolitischer Sicht*, in: B. Lutz (Hg.): *Soziologie und gesellschaftliche Entwicklung*, Verhandlungen des 22. Deutschen Soziologentages, Frankfurt/M./New York, S. 198–204

- Ders. 1985 d: *Primärprävention durch GKV – Dreizehn Thesen und Gegenthesen*, in: *Soziale Sicherheit*, Heft 1, S. 1–9
- Ders. 1985 e: *Der Dialog muß jetzt praktisch geführt werden – Gedanken zum Gesundheitstag 1984 in Bremen*, in: *Soziale Sicherheit*, Heft 4, S. 116–119
- Ders. 1982: *Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb*, Frankfurt/M./New York
- Schmacke, Norbert 1987: *Der Standort der Gesundheitsämter in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion*, in: *Medizin, Moral und Markt, Argument-Sonderband AS 146*, Hamburg
- Schwartz, Friedrich Wilhelm 1988: *Chancen und Kostenfragen einer verstärkten Prävention in der Krankenversicherung*, in: *Grenzen der Prävention, Argument-Sonderband AS 178*, S. 31–49
- SPD 1988: *Eckwerte sozialdemokratischer Gesundheitspolitik*, vervielf. Ms., Bonn
- SVR 1987 (Sachverständigenrat der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1987), *Medizinische und ökonomische Orientierung*, Baden-Baden
- Trojan, Alf (Hg.) 1986: *Wissen ist Macht – eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen*, Frankfurt/M.
- Webber, Douglas 1988: *Krankheit, Geld und Politik: Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland*, in: *Leviathan*, Heft 2, S. 156–203
- Weber, Ingbert/Maria Rita Meye/Günter Flatten 1987: *Vorrangige Gesundheitsprobleme in den verschiedenen Lebensabschnitten. Entscheidungsgrundlagen für eine realistische Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland*; Herausgeber: Projektgruppe Prioritäre Gesundheitsziele, Köln
- WHO 1985: *Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa, Einzelziele für »Gesundheit 2000«*, Kopenhagen